

«Jeg tenker at musikkterapi er å mestre.»

# BRUKARERFARINGAR

Evaluering av musikkterapi  
ved Bergensklinikken



Reidar Dale, spesialrådgjevar  
Kompetansesenter rus vest Bergen  
Rapport 2019

3 KoRus Vest  
Bergen

Rapport © 2019

Tittel: Brukarerfaringar.  
Evaluering av musikkterapi ved Bergensklinikken  
Forfattar: Reidar Dale  
Utgitt av Kompetansesenter rus vest Bergen

ISBN: 978-82-691697-0-6

Kompetansesenter rus vest Bergen er eitt av sju regionale kompetansesenter innan rusfeltet i Noreg. Arbeidsområda er i hovudsak innan folkehelse, førebygging, tidleg intervensjon og rusavhengigheit. Kompetansesenteret gir råd og rettleiing, formidlar kunnskap, held kurs og konferansar, hjelper til med erfaringsutveksling, driv praksisnær forskning og utviklar prosjekt.



Kompetansesenter rus vest Bergen  
Kanalveien 5, 5068 Bergen  
Telefon: 55 90 86 00  
Heimeside: [www.korusbergen.no](http://www.korusbergen.no)

Område Hordaland og Sogn og Fjordane  
(Vestland frå 01.01.2020)

Kompetansesenteret får tilskot frå Helsedirektoratet

# FORORD

Fem år er gått siden Bergensklinikken evaluerte det som da var en prosjektbasert forsøksordning med musikkterapi som del av TSB. Siden den gang har musikkterapi utviklet seg til å være det som i dag er en selvskreven del av behandlingstilbudet vårt.

Posisjonen musikkterapi har fått i Bergensklinikken har ikke kommet av seg selv. Først og fremst dreier dette seg om dedikerte medarbeidere som tror på det de gjør, brenner for faget sitt og som har et genuint ønske om å bidra til å hjelpe våre pasienter og brukere til et bedre liv.

Dernest dreier det seg om de samme medarbeidernes evne til å jobbe sammen med kollegaer fra andre profesjoner som i utgangspunktet har en helt annen bakgrunn, og dermed tilnærming, til våre pasienter og brukeres behov. Uten deres utstrakte evne til å kunne samarbeide tverrfaglig, ville dette tilbudet ikke kunne befestes slik det har gjort.

Sist, men ikke minst, dreier manifestasjonen av musikkterapi som del av vårt behandlingstilbud seg om den betydning våre pasienter og brukere tillegger terapiformen. Som dere vil lese i rapporten, er tilbakemeldingene unisont positive. Musikkterapi dreier seg om å skape en følelse av mestring og inkludering på en relasjonsskapende måte.

For oss som har en bakgrunn fra helt andre deler av spesialisthelsetjenesten, gjør tilbakemeldingene fra våre pasienter og brukere oss ydmyke for den betydningen terapiformen har for dem. Musikkterapi er kommet for å bli og for å videreutvikles. Vi vil jobbe mot at en ny rapport fem år frem i tid vil kunne dokumentere ikke bare en solid pasienttilfredshet, men også outcome-data som viser en positiv effekt på morbiditeten.

Bergen, mai 2019

Eystein J. Hauge

Daglig leder

Bergensklinikken AS

# INNHALD

i:	Føreord	
<b>1:</b>	<b>INNLEIING OG BAKGRUNN .....</b>	<b>4</b>
1.1:	Kvifor denne rapporten? .....	4
1.2:	Brukarundersøkingar i rusfeltet .....	5
1.3:	Om konsernet Stiftelsen Bergensklubben AS .....	5
1.4:	Om forfattaren og Nasjonalt nettverk for musikkterapi i rus- og psykisk helse .....	7
<b>2:</b>	<b>MUSIKKTERAPI, DEFINISJONAR OG FORSKING .....</b>	<b>8</b>
2.1:	Musikkterapi, profesjon og tilnærming .....	8
2.2:	Forskning og dokumentasjon .....	9
<b>3:</b>	<b>EVALUERING AV MUSIKKTERAPI VED BERGENSKLINIKKEN.....</b>	<b>10</b>
3.1:	Føremålet .....	10
3.2:	Informantar og metode .....	10
3.3:	Innhald og rammer rundt musikkterapitimane .....	11
3.4:	Kva tenkjer informantane musikkterapi er .....	12
3.5:	Kor tilfredse har informantane vore med å delta i musikkterapien .....	13
3.6:	Kor tilfredse har informantane vore med korleis musikkterapeutane har rettleia dei, og med måten dei har følgd opp på .....	14
3.7:	Kor tilfredse har informantane vore med rammene rundt musikkterapien .....	15
3.8:	Forslag til endringar og/eller forbetringar til musikkterapien .....	16
3.9:	Kor ofte synest informantane at det burde vore musikkterapi i veka .....	17
3.10:	Kor nyttig synest informantane det har vore å ha musikkterapi .....	17
3.11:	I kva grad tenkjer informantane korleis dei kan ta i bruk og dra nytte av erfaringane frå musikkterapien etter at dei er ferdig med behandlingstida i Bergensklubben .....	19
3.12:	Intervju/samtale med musikkterapeutane .....	20
3.13:	2014 versus 2019 .....	21
<b>4:</b>	<b>VERDIEN AV GOD RELASJON .....</b>	<b>24</b>
4.1:	Vi blir til i møte med andre .....	24
4.2:	Forskning - relasjonar i behandling .....	24
4.3:	Vektlegging av relasjonar i musikkterapi .....	25
4.4:	Relasjonsskapande aktivitet .....	28
<b>5:</b>	<b>AVSLUTNING OG KONKLUSJON .....</b>	<b>30</b>
<b>6:</b>	<b>KJELDER .....</b>	<b>31</b>



# 1: INNLEIING OG BAKGRUNN

## 1.1: KVIFOR DENNE RAPPORTEN?

Det er fem år sidan førre evaluering av musikkterapi ved Bergensklinikken (Dale 2014). No er musikkterapi godt implementert i klinikken som ein del av eit mangfaldig behandlingstilbod. Då undersøkinga vart gjort den gongen, var musikkterapi framleis berre eit prosjekt. Evalueringa i 2014 var svært oppløftande. Pasientane var svært tilfredse og gav høge skårar (Dale 2014). Hang dei gode tilbakemeldingane saman med at musikkterapi var eit nytt og annleis tilbod? Det er behov for ei ny evaluering.

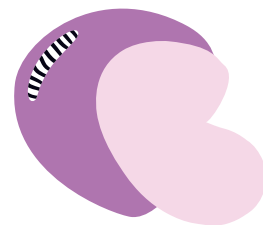
Først og fremst er føremålet med denne rapporten å formidla erfaringar frå brukarar som har deltatt systematisk og langvarig i musikkterapi ved Bergensklinikken. Desse erfaringane vil kunna gi eit nærare innblikk, og gjerne enda viktigare, ei forståing om kva musikkterapi kan bety for den enkelte brukar.

Denne evalueringa vil også kunna vere eit godt bidrag inn i kvalitetssikringsarbeidet ved Bergensklinikken.

Viss ein ser litt større på det - nærast tabloid og litt politisk – så kan ein stilla spørsmål om det det reelt sett er altfor dårleg tilbod om musikkterapi for borgarar i Noreg som treng behandling for si rusavhengigheit. Det er behov for, etter Kompetanseseter rus vest Bergen (KoRus) si meining, å kasta lys på, og gi inspirasjon til, musikkterapi i rusfeltet. Vi meiner at denne rapporten, gjennom brukarerfaringar ved Bergensklinikken, nettopp gjer dette.

Det manglande tilbodet til brukarar/pasientar handlar om at musikkterapi som fagdisiplin framleis er svært avgrensa bygd ut i rusfeltet, både i kommunalt rusarbeid og spesialisthelsetenesta. Dette er godt illustrert ved at det per juni 2019, i tillegg til tre stillingar (280%) ved Bergensklinikken, berre er nokre små handfulle stillingar i resten av Noreg. Fredrikstad, Sandnes, Oslo og Sør-Odal har faste stillingar i kommunal sektor. I TSB, Tverrfagleg Spesialisert Behandling av ruslidingar – eller Tverrfagleg spesialisert rusbehandling, som Helsedirektoratet omtalar det – er det berre 2 stillingar nasjonalt, i tillegg til dei 3 i Bergensklinikken. Tyrilistiftelsen ved Tyrili-kampen har 1 stilling, og Helse Bergen ved Haukeland universitetssjukehus, avdeling for rusmedisin (AFR), har 1 stilling. AFR har tre seksjonar for døgnbehandling (Askøy, Tertnes og Floen), og to seksjonar for polikliniske tenester.

Systematisk bruk av musikkterapi blir tilrådd av Helsedirektoratet i to sentrale retningslinjer knytt til rus, og éi til psykisk helse. Retningslinjene legg vekt på at det bør leggjast til rette for musikkterapi for dei brukarane som ynskjer dette. Det blir vist til at musikkterapi fremjar helse og livskvalitet (recovery) og reduserer negative symptom, og kan føre til avkopling frå vanskelege tankar og situasjonar. Gjennom opplevingar av å meistra, kan motivasjonen for å stå i behandling bli påverka (Taihaugen & Kielland, 2018).



Retningslinene det er vist til i avsnittet ovanfor er:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013, IS-1957).
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016, IS-2219).
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016, IS-2211).

## 1.2: BRUKARUNDERSØKINGAR I RUSFELTET

Denne rapporten føyer seg inn i rekkja av fleire brukarundersøkingar som er gjort dei siste 5 åra. Forfattar av denne rapporten, Reidar Dale ved KoRus vest Bergen, skreiv også ein rapport i 2014 basert på intervju av pasientar innlagt ved Hjellestad, Bergensklinikkene. Desse pasientane fekk tilbod om musikkterapi som ein del av rusbehandlinga.

I 2015 skreiv Torhild Kielland ved KoRus-Øst (no tilsett i Fagrådet-Rusfeltets hovedorganisasjon) ein tilsvarande rapport basert på intervju av brukarar i Fredrikstad kommune si rusteneste. I 2018 kom ein oppfølgingsrapport frå Fredrikstad, skriven av Malin Taihaugen ved KoRus-Øst og Torhild Kielland i Fagrådet.

I 2017 skreiv Malin Taihaugen ved KoRus-Øst ein evalueringsrapport av musikkterapitilbodet ved rus-psykisk helseteneste i Sør-Odal kommune.

Denne rapporten du no har framfor deg, er inspirert av desse rapportane som er vist til ovanfor.

Det er i tillegg venta fleire rapportar med brukarerfaringar i løpet av 2019. Den eine er frå Velferdsetaten Oslo kommune, Uteseksjonen og den andre frå Sandnes kommune si rus og psykisk helseteneste.

## 1.3: OM KONSERNET STIFTELSEN BERGENSKLINIKKEN AS

Stiftelsen Bergensklinikken AS har frå august 2018 og fram til i dag (juni 2019) vore gjennom ein stor omorganiseringsprosess. Desse organisasjons-, struktur-, stad- og arbeidsprosessendringane vil også halde fram i 2019.

Frå 1. januar 2019 vart organisasjonsforma til Stiftelsen Bergensklinikken endra til eit stiftingsaksjeselskap, med Bergensklinikken AS og Kompetansesenter rus vest Bergen AS som dotterselskap.

Det er 278 tilsette i konsernet pr. juni 2019, fordelt på 191 årsverk. Av desse er 12 tilsett i Kompetansesenter rus vest Bergen AS, 260 i Bergensklinikken AS og 6 i konsernleiinga.

## BERGENSKLINIKKEN AS

Bergensklubben er ein av dei største institusjonane på rusbehandling i Noreg, og den største i helseregion vest. Gjennom avtale med Helse Vest RHF gir Bergensklubben tilbod om avrusing, stabilisering, poliklinikk, døgnbehandling, samt ambulante tenester. Dei tilsette møter om lag 130 pasientar dagleg i behandling. Alle behandlingstilbod er kjønnsespesifikke, dvs. eigne behandlingsavdelingar for menn og for kvinner.

Nedanfor er nokre nøkkeltal pr. 31. desember 2018:

- Avrusing/stabilisering (ved plassering Skuteviken): 36 plassar
- Døgnbehandling/stabilisering (ved plassering Hjeltestad) 43 plassar
- Tal polikliniske konsultasjonar i 2018 (ved plasseringane Skuteviken, Hjeltestad og Vestre i Bergen sentrum.): 13 648
- Dagplassar: 13 – NB! Avdeling dag vart avslutta 31.12.2018

Alle intervju med informantane er gjennomført før omorganiseringa starta.

## KOMPETANSESENTER RUS VEST BERGEN AS (KORUS)

Korus vest Bergen er eitt av sju regionale kompetansesentre innanfor rusfeltet, der Helseledirektoratet gir tilskot og er oppdragsgjevar. KoRus vest Bergen skal dekkja Hordaland og Sogn & Fjordane (Vestland fylke frå 01.01.2020).

KoRus skal vere med og bidra til at nasjonale mål på rusfeltet blir nådd regionalt. Verksemda og aktivitetane skal retta seg mot, og skal fordele seg over, livsløp, inkludert førebygging i eit folkehelseperspektiv, tidleg innsats og oppfølging og behandling.

Sentra skal i hovudsak vere ei teneste for tenestene og for den førebyggjande verksemda i kommunane, spesialisthelsetenesta og det statlege barnevernet. Brorparten av kontakten, samarbeidet og samhandlinga KoRus har, er med tenestene, tenesteutøvarar og dei som tek avgjerd i kommunane. I tillegg vil innbyggjarar og brukarorganisasjonar vera målgrupper.

Arbeidsområda til KoRus er mellom anna retta mot tiltak i Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), Folkehelselova (Prop.90) og Meld.st.19 (2014-2015) «Folkehelsemeldinga – mestring og muligheter». Folkehelselova og Folkehelsemeldinga understrekar at rusførebygging skal inngå som ein del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, og KoRus har et spesielt ansvar for å integrera/ivareta rusførebygging som en del av det regionale og lokale folkehelsearbeidet.

KoRus skal også leggja vekt på samarbeid og samordning med andre kompetansesenter og kompetansetenester, relevante fagmiljø, samt Fylkesmannen og fylkeskommunane.



## 1.4: OM FORFATTAREN OG NASJONALT NETTVERK FOR MUSIKKTERAPI I RUS- OG PSYKISK HELSE

Forutan at forfattaren (som ikkje har musikkterapifagleg bakgrunn) er tilsett i KoRus vest Bergen, koordinerer han for tida det nasjonale nettverket for musikkterapi i rus- og psykisk helse. Dette medfører at forfattaren heilt openlyst har ei interesse for musikkterapi som tilnærming og fag, og i så måte kan ein ikkje sjå bort frå at det har påverka intervjuet og samtalane med informantane. Eitt grep i denne rapporten, for å understreke nøytralitet så godt det lar seg gjere, er å gjengi ei rekkje sitat frå informantane i kapittel 3. I kapittel 4 er det lagt vekt på refleksjon og diskusjon rundt omgrepet 'relasjonar', og då kjem tankar og meiningar hos forfattaren tydeleg fram. Vidare i rapporten vil forfattaren bruka ei aktiv form.

Nasjonalt nettverk for musikkterapi i rus- og psykisk helse er per i dag representert ved Kompetansesenter Rus (KoRus) vest Bergen, KoRus-Midt, KoRus Oslo, KoRus-Øst, KoRus vest Stavanger, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Fagrådet-Rusfeltets hovedorganisasjon, Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH) ved Norges Musikkhøgskole, og Griegakademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) ved Universitetet i Bergen og NORCE Helse.

Kompetansenettverket har som overordna mål:

- Å sikra at musikkterapi blir eit reelt alternativ for brukarar av rus og psykiske helsetenester.  
Og desse delmåla:
- Stimulera til praksisnær og brukarorientert forskning og utviklingsarbeid.
- Bidra til økt kunnskap om musikkterapi i samfunn og tenester
- Bidra til forankring og etablering av musikkterapi i rus- og psykisk helsetenester



## 2: MUSIKKTERAPI, DEFINISJONAR OG FORSKING

### 2.1: MUSIKKTERAPI, PROFESJON OG TILNÆRMING

Gjennom eit musikalsk mellommenneskeleg samarbeid og samspel, gir musikkterapi moglegheiter for utvikling og endring (Bruscia 2014), og bidrar med ei ressursorientert tilnærming til arbeid med rus og psykisk helse (Dale, Kielland, Stige, Trondalen 2016).

Musikkterapi handlar m.a. om å bruka dei moglegheitene musikken kan gi i forhold til;

- det å meistra
- deltaking og å bli inkludert
- relasjonsskapande aktivitet

Apropos relasjonsskapande aktivitet, så vil det i denne rapporten vera eit ekstra fokus på dette. God relasjon til terapeut (terapeutisk allianse) er ofte viktigare for utfallet enn sjølve metoden ein brukar i behandling (<https://www.rvtsvest.no/relasjonenskraft/>). Kan det vera lettare for ein musikkterapeut å skapa god relasjon med ein pasient enn det er for andre terapeutar innanfor andre tilnærmingar? Kva er musikkterapien sine moglegheiter her? Relasjonar blir diskutert nærare i kapittel 4.

Musikkterapi kan gå føre seg individuelt eller i gruppe. Det er brukaren som styrer det musikalske samspelet, alt etter kva han eller ho kan og har lyst til. Musikkterapeutane har då ei ressursorientert tilnærming i arbeidet med rusavhengigheit og psykisk helse. Her tar ein utgangspunkt i brukaren sine ressursar, med fokus på helsefremjing og livskvalitet (Dale, Kielland, Stige, Trondalen 2016, Dale, Kielland, Stige, Trondalen 2015). I dette samspelet er det også viktig med ei samfunnsorientert tilnærming, slik at musikkterapeutane i psykisk helse- og rusfeltet på mange måtar jobbar recovery-orientert.

Recovery er ikkje ein spesifikk type behandling, metode eller modell. Ein kan heller seia at recovery handlar meir om ein filosofi og ei haldning. Omgrepet 'recovery' er på mange måtar til dels tvitydig og kan bli forstått forskjellig i ulike samanhengar, og kan bli knytt til både individuelle og sosiale faktorar (Sælør 2016). Det fins mange definisjonar av recovery, men den det oftast blir vist er til W.A. Anthony, her omsett til norsk av Solfrid Vatne:

*«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.» (www.napha.no)*

For å vera profesjonsutøvar i musikkterapi, må ein ha femårig universitetsutdanning (master).

*«Sentralt i studiet står bruken av musikk til å hente fram ressurser hos enkeltindivider, og til å fremme uttrykksevne og opplevelse av mening, mestring og livssammenheng.»*  
(www.nmh.no).

Både Universitet i Bergen og Norges musikkhøgskole i Oslo tilbyr denne utdanninga. I tillegg til rusfeltet (og psykisk helse) som er fokuset her, arbeider musikkterapeutar også i eldreomsorga, på sjukehus, i skulen, kulturskulen, barnehage, psykisk helsevern, barnevern og fengsel.

## 2.2: FORSKING OG DOKUMENTASJON

Seinare tids nevrovitenskapelig forskning, viser at musikk blir behandla av hjernestrukturar nært knytt til motivasjon, påskjøning og emosjonar.

«Salimpoor og kollegaer (2011) dokumenterte for eksempel hvordan sterke musikalske opplevelser utløser dopamin, en neurotransmitter som spiller en avgjørende rolle i belønningsbasert læring. Undersøkelsen peker på musikkens relevans for arbeid med rus og psykisk helse, selv om den bare gir oss en delforklaring.» (Dale, Kielland, Stige, Trondalen, 2016)

Førebels viser eksisterande oversiktar at det ikkje er nokon einskapleg konsensus om effektar av musikkterapi (Hohmann m.fl. 2017). Det er heller ikkje per i dag kvantitative metaanalysar innan musikkterapi i rusfeltet, men ein Cochrane-oversikt er under utarbeiding (Ghetti, Chen, Facner & Gold 2017). Det finst individuelle studiar som indikerer positive effektar. Studiar med signifikante funn viser at musikkterapi kan ha positiv innverknad på affektive tilstandar, og på behandling-motivasjon for brukarar. Dei resultatata som er i rusfeltet, blir underbygga av sterke resultat (signifikante effektar) i tilgrensande felt som musikkterapi i psykisk helsevern, særleg når det gjeld depresjon, angst og psykose. Der er vidare sterk korrelasjon - innan musikkterapi og psykisk helse – mellom tal på musikkterapitimar og betringspotensial.

(<https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-i-rusfeltet/>).



# 3: EVALUERING AV MUSIKKTERAPI VED BERGENSKLINIKKEN

## 3.1: FØREMÅLET

Som skrive innleiingsvis, er føremålet med denne rapporten først og fremst å formidla erfaringar frå brukarar som har hatt systematisk og langvarig musikkterapi ved Bergensklinikken.

Evalueringa er ei fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi kan i utgangspunktet bli definert som studie på strukturar av erfaringar eller medvit. Heilt enkelt kan ein seia at fenomenologi har fokus på ulike typar erfaringar; tankar, minne, det å oppfatta noko, kjensler, sosial aktivitet og språkleg aktivitet. Medan empiristisk/positivistisk forskning i mest mogleg grad handlar om å eliminera det subjektive, handlar fenomenologi om det motsette, nemleg å få fram den subjektive opplevinga. Den subjektive opplevinga av fenomen er ein føresetnad for å oppnå forståing (Thornquist, 2015).

## 3.2: INFORMANTAR OG METODE

Det er gjennomført intervju/samtale med 20 brukarar. Dei fleste vart gjennomført i perioden hausten 2016-hausten 2017. Dei siste fem vart gjort våren 2018. Nedanfor er det lista opp nærare informasjon om informantane, og om metode:

- Informantane var anten i døgnbehandling, dagbehandling eller poliklinisk behandling.
- 13 menn og 7 kvinner.
- Aldersspenn frå 18-63 år, der dei fleste anten var mellom 18 og 29 år (8 personar) eller mellom 40 og 49 år (7 personar).
- Personleg semistrukturerte intervju (Kvale & Brinkmann 2009), med relativ stor grad av strukturering. Intervjuguide vart brukt.
- Intervjua, som i meir eller mindre grad vart «naturlege» samtalar, vara frå 30 minutt til om lag 1 ½ time.
- Det vart ikkje gjort lydopptak.
- Svara som informantane kom med vart fortløpande ført inn i 'QuestBack', som er eit elektronisk verktøy for m.a. handsaming av spørjeundersøkingar. Alle informantane er anonymisert. Ved skrivinga i QuestBack vart det lagt vekt på sitat.
- Alle informantane vart gjort kjende med føremålet med intervjua, at dei kunne trekkja seg undervegs eller etterpå, og at det skulle bli utarbeidd ein rapport.

Nokre moment som er viktige å nemne:

1. Kriteriet for å bli valt ut, eller å bli spurt om å vere informant, var at den aktuelle personen minst hadde deltatt i 6 timar musikkterapi. Innan musikkterapi er det sterk korrelasjon mellom tal på musikkterapitimar og betringspotensial (ibid. s. 9), så underteikna har her vore opptatt av at utvalet skulle bestå av personar som har hatt lang erfaring av og med musikkterapi. Dette vil etter mi meining gi større grunnlag for innsikt og forståing. Dei fleste informantane har deltatt minst 10 gonger/hatt 10 timar musikkterapi. Ein kan dermed missa relevant informasjon ved å ikkje snakka med dei som berre har vore innom éin gong eller to, og som kanskje ikkje har fått så godt inntrykk av musikkterapi.
2. Musikkterapeutane ved Bergensklubben var bindeledd til brukarane/informantane, så det var dei som peika ut og spurde aktuelle kandidatar. Ein kan sjølvstilla spørsmål ved inhabilitet her, når det er dei tilsette musikkterapeutane som har valt ut kandidatane. Kan det vera slik at dei berre har valt ut personar som har tala godt om musikkterapien og om dei sjølve?

I tillegg til er det gjort intervju med to av musikkterapeutane i Bergensklubben. Dei to har vore tilsett sidan august 2014. I alt har det vore 5 ulike musikkterapeutar (3 menn og 2 kvinner) som har hatt sitt virke ved Bergensklubben per juni 2019.

### 3.3: INNHOLD OG RAMMER RUNDT MUSIKKTERAPITIMANE

I musikkterapien har det vore, og er, både individuell oppfølging og gruppetilbod. 65% av informantane har hatt begge delar, 30% har berre hatt individuell oppfølging og 10% (2 personar) har berre deltatt i gruppe. Bergensklubben har ulike tilhaldsstadar, med tilhøyrande tilrettelagde rom til bruk for musikkterapi.

Informantane vart spurde om dei kunne fortelja om innhaldet i timane, som t.d. kva dei deltar på, kva dei øver/trenar på. Nokre av brukarane deltar på mykje og vil prøva seg på det meste, medan andre held seg til éin eller to «aktivitetar»:

- Samspelgruppe
- Afrikansk tromme, gitar, bass, piano, slagverk, keyboard, litt trekkspel og éin brukar spelte eufonium (høyrer til messingblåsefamilien)
- Læra skala, oktavar, akkordar
- Jamming
- Framsyning/å opptre
- Skriva tekstar
- Synging
- Band
- Lytting
- Programmering og miksing
- 2 av informantane har spelt inn song

Det kan vere verdt å leggja merke til at 15 av desse informantane/brukarane har spelt eller speler eit instrument, eller har spelt i band/sunge i kor. Så kan ein jo stilla spørsmål om musikkterapi stort sett berre appellerer til dei som «kan litt ekstra» på musikkområdet.

Det er heilt sikkert eit forbettringspotensiale med å «reklamera» for at musikkterapi også kan passa for brukarar som ikkje har erfaring med korkje instrument eller song. Samstundes er det kanskje slik at musikkterapi ikkje høver for alle, akkurat som andre metodar innanfor behandling gir meir meining for nokre enn for andre.

La oss no seia det slik at det er dei med erfaring frå instrument og song/kor, som best ser og kan gjera seg nytte av musikkterapi – snakkar vi då om nokre få som er i målgruppa? Dersom ein ser på kor mange i Noregs befolkning som kan spela eit instrument og som og/eller syng i kor/spelar i band, så snakkar vi opp mot 40% (www.ssb.no). Rett nok er ein del av desse born (over 9 år), men likevel er målgruppa stor. Sjølv om statistikken viser at det dei siste 30 åra er færre som spelar instrument enn før, så veks det i tillegg fram andre musikalske uttryksformer i den oppveksande generasjonen i dag. Generasjonen har stor data- og elektronikkdugleik, og ein del av den musikken som blir utforma i dag, skjer på gute- og jenterommet.

Sjølv om musikkterapi i praksis ikkje passar for alle (ibid), så kan musikkterapi likevel ha potensial for alle. Alle har eit forhold til musikk, og når ein snakkar rus, så er ein del rusavhengige opptatt av ritual knytt til korleis musikk blir brukt når dei rusar seg (Kristiansen 2013, Horesh 2010).

### 3.4: KVA TENKJER INFORMANTANE MUSIKKTERAPI ER

Underteikna har ved fleire høve spurt ulike musikkterapeutar om kva musikkterapi «eigentleg» er, og det er slett ikkje alltid det har kome lett forståelege og tydelege svar. Når er det berre musikk, og når er det terapi? Men, kva tenkjer og meiner informantane musikkterapi er:

«Noe som gjør meg bedre, mer balansert, får på en måte mer kontakt med meg selv»

«Like god terapi som treningsterapi, og det å snakke med psykologen»

«Et hjelpemiddel, eller en metode kanskje - for å gjøre meg tryggere»

«Musikkterapi er på en måte en knagg»

«Bearbeiding av psyken på en hyggelig måte»

«Vet ikke helt hva jeg skal si musikkterapi er, men hjelper mot russug... og så holder det fingrene mine i gang... og så gjør det behandlingen litt lettere på andre områder på en måte»

«Musikkterapi er noe som gir inspirasjon»

«Musikk og det jeg holder på med her, er medisin»

Musikkterapi er en litt mer ufarlig måte å ha terapi på»

«Jeg tror at musikkterapi henter fram ressurser»

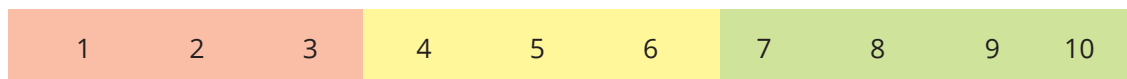
«Et bedre alternativ enn å gå til psykolog»

«Jeg tenker at musikkterapi er å mestre»

Ein skal ikkje sjå bort frå at både musikkterapeutar, Norges musikkhøgskole i Oslo og Universitetet i Bergen her har fått tips om korleis dei kan skildra kva musikkterapi er.

### 3.5: KOR TILFREDSE HAR INFORMANTANE VORE MED Å DELTA I MUSIKKTERAPIEN

Ved fleire av spørsmåla vart informantane spurt om å skalera. Skalaen gjekk frå 1 til 10, som vist i tabellen nedanfor, der 10 er maks tilfreds, og 1 minst tilfreds. Generelt syntest mange det var vanskeleg å skulla skalera svara sine. Underteikna kjenner seg godt att i den problemstillinga, der han mange gonger i spørjeundersøkingar har ringa rundt t.d. ein 8-ar, når det like gjerne kunne vore ein 7-ar (eller vice versa).



#### Gjennomsnittleg skåre når det gjeld tilfredsheit: 9,2

Som vist ovanfor var gjennomsnittleg skåre på tilfredsheit 9,2. Ein slik skåre fortel at brukarane er svært tilfredse, men det som er mest interessant her er å undersøka kva som ligg bak skåren. Kva er det som er bra, og kva er det som gjer at dei er så tilfredse? Underteikna ville utforska, og dei vart bedne om å utdjupa og å fortelja om kvifor dei gav den skåren dei gjorde, og sitata nedanfor gir i så måte god meining til nettopp det:

*«Hovedårsaken til at jeg ville i Bergensklinikken var at det var tilbud om musikkterapi»*

*«Det gir mestring»*

*«Det foregår på mine premisser»*

*«Det er sosialt»*

*«Demper sosial angst»*

*«Mestring med stor M»*

*«Demper angstproblematikk»*

*«Slutta å gå til psykolog – musikkterapi er bedre»*

*«Jeg lærer noe»*

*«Fantastisk å lære å spille den musikken jeg selv liker»*

*«Det gir en følelse av verdi»*

*«Musikkterapi er et smil i hverdagen»*

*«Har ADHD – trenger å få ut litt gørr – gjør det med musikkterapi»*

*«Kan sette ord på følelser»*

*«Får gjøre det jeg har lyst til»*

*«Gir positiv energi»*



*«Musikkterapi er noe annerledes»*

*«Det er gøy»*

*«Det gir glede»*

*«Det er på en måte et redskap for å få frem gode samtaler»*

*«Fellesskap»*

*«Blir så glad»*

*«Får tro på selv»*

*«Musikkterapi er grunnen til at jeg kommer ut til Hjeltestad» (dagpasient)*

Det som gjekk igjen i samtalanane hos nær sagt alle var: «mestring», «mestringsfølelse», «glede» og «læring», og for dei som gjekk i samspelsgruppe: «sosialt».

Informantane vart også bedne om å seia noko om det som var mindre bra. Nokre av svara, slik som «1 gang i uken er altfor sjelden», «kunne vært fleire ganger i uken» og «timene kunne vart lenger», kan kanskje tolkast like mykje i positiv lei, som i negativ. To av tjue informantar hadde merknader til det som var mindre bra/betringspotensial:

*«Skulle hatt flere permer med sanger i»*

*«Litt for ineffektive – får ikke utnytte tiden. Det er ulike behov i gruppen. Noen trenger hjelp til noter, andre til grep, og andre til andre ting»*

### **3.6: KOR TILFREDSE HAR INFORMANTANE VORE MED KORLEIS MUSIKKTERAPEUTANE HAR RETTLEIA DEI, OG MED MÅTEN DEI HAR FØLGTT OPP PÅ**

Informantane vart også bedne om å skalera ved dette spørsmålet: «Hvor tilfreds har du vært med hvordan musikkterapeutene har veiledet og fulgt deg opp?»

#### **Gjennomsnittleg skåre på 9,3 når det gjeld rettleiing og oppfølging frå musikkterapeutane**

Ved dette spørsmålet syntest dei fleste informantane at det på mange måtar var lettare å setja ein skåre. Likevel var det fleire av dei som landa på 9 som i utgangspunktet ville setja 10, men som éin sa det med eit lurt smil om munnen: «Kan jo ikke gi de 10, for de må jo ha noe å strekke seg etter».

Det som også skein gjennom i samtalanane med informantane, var at musikkterapeutane blir gjennomført på deira premissar. Mange sa også at dei samstundes vart «pusha», men på ein motiverande måte. Kanskje ein kan lansera eit nytt omgrep her; 'pushande brukarstyring', jamfør L. Vygotsky sitt omgrep 'proksimal utviklingszone' (Imsen 2005). Nedanfor er det mange sitat som handlar om musikkterapeutane:

*«De pusher meg fram, men på men premisses»*

*«Gir oss oppmerksomhet. De lodder stemningen før vi begynner»*

*«De har forståelse at vi som deltar gjerne er på ulike faser i behandlingen»*



«Flink til å gi oppmerksomhet og ros»

«De er flink til å bygge opp under håpet»

«Flink til å lære fra seg»

«Han er flink til å lytte»

«Han pusher meg forsiktig»

«Kan snakke med musikkterapeuten om alt, også når jeg har gått på en sprekk»

«Han følger meg godt opp i timene, til og med på privaten når jeg har hatt opptreden.  
Han går med meg»

«Flink til å inkludere»

«Her snakker vi ikke om noen ovenfra-og-ned holdning, altså»

«Jaggu meg er de tålmodig»

«Flink til å inkludere»

«Flink til å tilpasse seg på mine premisser og etter mine ønsker... de er rett og slett tilpasningsdyktige»

Eit omgrep som slår meg etter desse samtalane, inkludert sitata ovanfor, er relasjon. God relasjon! Relasjon, bygging av relasjon og verdien av relasjonen vil bli nærare reflektert over, og diskutert i kapittel 4.

Ingen av informantane hadde kritiske merknader.

### **3.7: KOR TILFREDSE HAR INFORMANTANE VORE MED RAMMENE RUNDT MUSIKKTERAPITIMANE, SOM T.D. INSTRUMENT, UTSTYR, ROM, TILRETTELEGGING OG ORGANISERING**

På skalerings spørsmålet i overskrifta ovanfor vart den **gjennomsnittlege skåren på 8,6**.

Alle er i meir eller mindre grad godt nøgde med både utstyr, instrument og øvingsrom. Det at både utstyrsparken er god og romma tilrettelagt, gjer sitt til at ein kan tilpassa behov på ein tilfredstillande måte. Nokre vil spela gitar, andre trommer, somme vil programmere og produsere, medan andre spelar piano og ein del vil syngja.

Den eine informanten som eg intervjuar hausten i 2016, og som også var inne til behandling i 2014, fortalde om ei fantastisk utvikling på utstyrsfronten. Ein annan av brukarane sa at det er meir enn ein kan forventa av ein behandlingsstad; «det er nesten som et lite lydstudio».

Mange fortalde også at musikkterapeutane er godt førebudde og at det ikkje er noko å utsetja på den pedagogiske tilrettelegginga.

Dei få som hadde nokre kritiske merknader, la vekt på dårleg luft i øvingsromma, at øvingsromma kunne vore litt større og at det kunne vore litt fleire instrument (fleire gitararar, og ein person kunne tenkja seg saksofon).

### 3.8: FORSLAG TIL ENDRINGAR OG/ELLER FORBETRINGAR TIL MUSIKKTERAPIEN

Informantane vart spurde om dei hadde forslag til endringar og/eller forbetringar til musikkterapien og den tilhøyrande oppfølginga, og det kom fram mange forslag:

«Det burde være musikkterapi oftere»

«1 time er litt kort – kunne kanskje vart i 1 ½ til 2 timer»

«Flere musikkterapeuter»

«Det burde også vært kvinnelig musikkterapeut» (på det tidspunktet var det ikkje det)

«Musikkproduksjon på ettermiddag- og kveldstid»

«Få hjemmelekser av terapeutene»

«Bedre markedsføring i klinikken – kan gjerne ha tema-timer for alle»

«Tilgang på sangpedagog, men det er jo bare ønsketenking fra øverste hylle»

«Det skulle vært tilbud om musikkterapi etter kl. 15.00. Det er jo ingenting som skjer da»

«Har ikke så mye med musikkterapien å gjøre egentlig, men programmet ved klinikken kunne vært mer fleksibelt og smidig. Det er mye program; treningsterapi, musikkterapi, samtalegrupper, timer hos psykolog og timer hos lege»

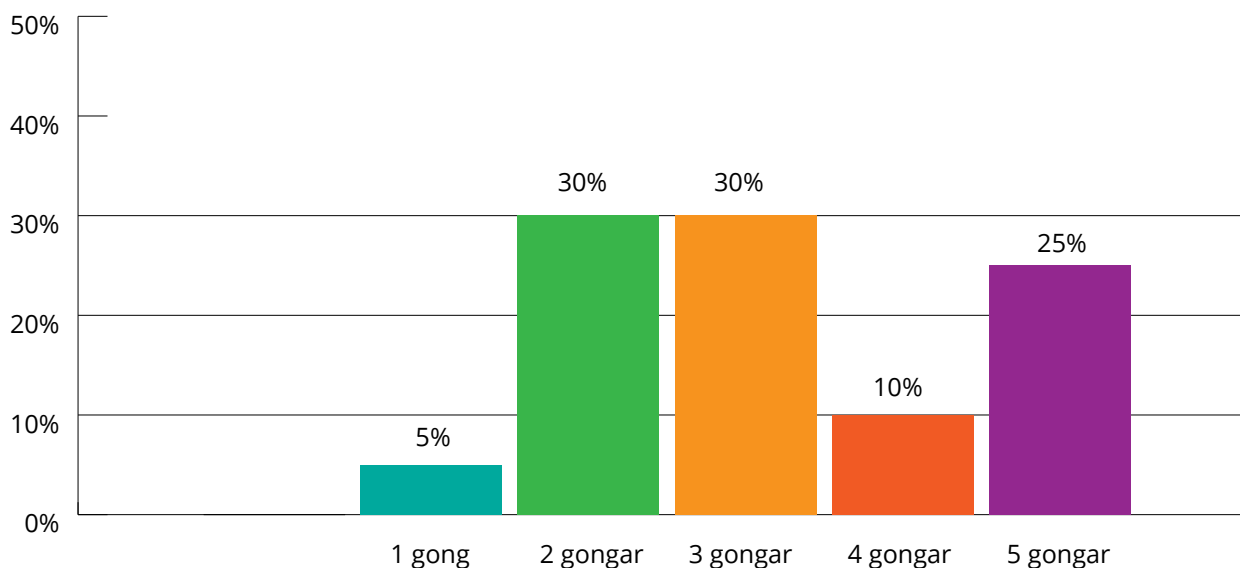
«Det er ikke musikkterapien som bør endres, men innstillingen min som bruker»

Mange av dei informantane som var i døgnbehandling, meinte at det burde vore tilgang til musikkrom og pc-ar på ettermiddag, kveldstid og i helgane. På den måten kan ein laga og leika med musikk.



### 3.9: KOR OFTE SYNEST INFORMANTANE AT DET BURDE VORE MUSIKKTERAPI I VEKA

Kor ofte informantane meinte det burde vore musikkterapi i veka, er illustrert i diagrammet nedanfor (N=20):



Brukarane får tilbod om 1 til 2 timar i veka, og ifølgje informantane var ikkje tilbodet om musikkterapi tilstrekkeleg i den perioden intervjua gjekk føre seg. Det går fram av søylene ovanfor, og det gjekk fram av tilbakemeldingar om forslag til forbetringar under punkt. 3.8.

### 3.10: KOR NYTTIG SYNEST INFORMANTANE DET HAR VORE Å HA MUSIKKTERAPI

#### Gjennomsnittleg skåre er 9,0


Dialogane med dei fleste informantane bar ikkje særleg preg av «typisk intervju-svar konsept», men heller naturlege samtalar. Pasientar/brukarar er sjølvsgt som folk flest. Nokre var utettervende og fortalde om mangt og mykje, medan andre var meir innertervende, og der flaut ikkje svara og dialogen like godt. Mange hadde godt ordforråd og formulerte seg klart og tydeleg, medan somme måte leita litt meir etter ord og uttrykk.

Fleire av spørsmåla i intervjuguiden var kanskje litt for like, og når mange av informantane prata i veg, svara dei på mange måtar på fleire av spørsmåla samstundes. Så då dei vart stilt spørsmål om dei kunne skildra nærare kva som har vore nyttig med musikkterapi, kom det ein del om att av det dei allereie hadde svara på og snakka om, rundt spørsmålet: Kva synest du er bra med musikkterapi?

Nedanfor er ei rekkje sitat om nyttigheit:

- «Får en opplevelse av glede, som for øvrig er vanskelig å få tak i, i hverdagen»
- «Det å fokusere på musikken og ikke ha rus i fokus, ja det er himmelsk»
- «Lært konsentrasjon, og det å kunne fokusere»
- «Har vært langt nede...psyken...musikkterapi har vært med å bygge meg opp igjen»
- «Rart, og en stor terskel å synge edru for andre»
- «En terskel å synge for terapeuten, så bandet, så opptreden»
- «Det gir håp, mening og glede»
- «Hjelper meg å bearbeide følelser»
- «Gjennom tekstene jeg skriver, reflekterer jeg over livet»
- «Musikk og rus var tidligere to kompanjonger, nå er det ikke det»
- «Det gir sosial mestring»
- «Lært masse nye ting og har fått forståelse for musikk»
- «Det gir meg kommunikasjonsferdigheter»
- «Gjøre noe meningsfullt mens man er nykter»
- «Demper sosial angst»
- «Har blitt gladere»
- «Psyken har blitt bedre»
- «Tilfredsstillende mestringsfølelse»
- «Jeg forteller de rundt meg om hva rundt meg om hva jeg har lært. Det er i alle fall en demper for angst. Kanskje rus også»
- «Helt utrolig hvor mye en time med bruk av instrument kan gjøre med meg»
- «Jeg blir friskere for hver dag som går»
- «Reduserer prestasjonsangst»
- «Dette vil gi meg en identitet»
- «Gir meg en retning i hverdagen»
- «Jeg er ikke helt frisk i hodet mitt enda, men musikkterapien kan hjelpe meg til å få bedre kontroll»


Sitata ovanfor er utdrag. Dei fleste var svært tydelege på at musikkterapi har vore svært nyttig i deira betringsprosess, men to av dei syntest at det var vanskeleg å svara på dette med nytte og nyttigheit, og ein tredje informant sa dette:

 «Går ikke an å isolere musikkterapi fra resten av behandlingen – det er en del av den.  
Må se alt i sammenheng; musikkterapi, treningsterapi og samtale med psykolog»

No er det ikkje eitt sitat her som er meir sant enn noko anna, men det sitatet ovanfor seier etter mi meining noko om kva som er viktig i rusbehandling. Det er viktig at det er fleire strenger å spela på, der det er ulike metodar, tilnærmingar og terapiformer som kompletterer kvarandre.

### **3.11: I KVA GRAD TENKJER INFORMANTANE KORLEIS DEI KAN TA I BRUK OG DRA NYTTE AV ERFARINGANE FRÅ MUSIKKTERAPIEN, ETTER AT DEI ER FERDIG MED BEHANDLINGSTIDA I BERGENSKLINIKKEN**

Dette var det siste spørsmålet dei fekk, og nedanfor følgjer den siste sitatrekkja frå desse brukarane:

 «Skal kjøpe meg en gitar»  
«Er blitt tryggere på meg selv, og det kan jeg jo bruke til det meste»  
«Har en drøm om leve av musikken»  
«Det gir meg håp»  
«Det var mange tidligere som ønsket at jeg skulle være med å spille, men på grunn av at rusen kom i veien har de fleste gitt meg opp. No skal jeg vise de!»  
«Skal kjøpe meg elektrisk piano. Et vanlig piano blir for stort»  
«Skal prøve å synge i kor»  
«Skal sjekke opp sammen med musikkterapeuten hva slags tilbud jeg kan gå inn på»  
«Nå skal jeg bruke musikk på buss og på kjøpesenteret for dempe min sosiale angst»  
«Skal bruke musikken for å ta vekk rusfokus»  
«Noe jeg kan holde på med når jeg kommer ut»  
«Skal trene og øve mye hjemme»  
«Har laget meg et lite lydstudio hjemme»  
«Skal bygge videre på det grunnlaget jeg har lagt»  
«Skal være med venner som spiller musikk, men som ikke holder på med den rusen»  
«Det å flytte fokus og ha tro på egne ferdigheter»  
«Nå har jeg fått meg en god hobby»  
«Håper den gnisten jeg har nå, alltid kommer til å være der»

Brukarane har håp, dei har draumar, dei har tru på eigne ferdigheiter, dei skal øva, og dei ynskjer å bli inkludert og delta i aktivitetar på lik line som «alle andre».

### 3.12: INTERVJU/SAMTALE MED MUSIKKTERAPEUTANE

Sjølv om meiningane og interessene til musikkterapeutane i denne samanhengen her er underordna brukarrøysta, så vil det likevel vera interessant å få deira perspektiv på musikkterapien ved Bergensklinikken. I det høvet hadde underteikna og to av musikkterapeutane ein samtale primo april 2019 på 1 ½ time. Begge har vore med frå byrjinga då tilbodet vart starta opp, og vart fast tilsett i 2017.

Det har gått sakte men sikkert framover med implementeringa av musikkterapi sidan tilbodet ved Bergensklinikken starta som eit prosjekt i 2014, og musikkterapeutane er heilt klare på at musikkterapien ved klinikken no er eit etablert tilbod. Tilbodet er godt integrert i «behandlingsporteføljen» i Bergensklinikken, som ein del av eit heilskapleg tilbod. Eg var nyfiken på dette med heilskapen, og brått dukka eit episodisk minne fram frå samtale med ein informant:



*«Går ikke an å isolere musikkterapi fra resten av behandlingen – det er en del av den. Må se alt i sammenheng; musikkterapi, treningsterapi og samtale med psykolog»*

Sitatet ovanfor og refleksjonar rundt dette med heilskapleg tilnærming, er også tidlegare skrive om under 3.10 s. 19. Korleis går musikkterapeuten frå å vera ein «singer-songwriter», til å bli ein del av «eit band» og «orkester» rundt pasienten? Dette er noko som musikkterapeutane framheva:

- Ein sjekkar ut med pasienten om ynskje og behov utover sjølve musikkterapien.
- Mini-team: Her møtest pasient og ulike tilsette som har nær oppfølging. Status, mål, utvikling og ynskje kan vera stikkord for innhald i eit slikt møte.
- Behandlingsmøte: Her møtest «alle» på avdeling som har oppfølging med pasient; pasientansvarleg (lege eller psykolog) behandlaransvarleg, sjukepleiar, miljøterapien, treningsterapien, musikkterapien, avdelingsleiar osv.
- Ein les seg opp på journalnotat og ser status til pasient, og kan då ev. tilpassa timen betre.
- Når noko oppstår (viktig «episode»), tek ein kontakt med behandlaransvarleg.

Kor ofte ein har møte med og rundt pasient, og kor mange som er med i dei ulike fora, vil variera frå pasient til pasient, og kven av dei aktuelle tilsette som er tilgjengelege og aktuelle når møta blir haldne.

Musikkterapitilbodet er populært. Tilbodet står ikkje i forhold til etterspurnaden. No lyt dei operera med venteliste. Det er opp til fleire månader å venta for enkelte. Det er avgrensa kva 280% stilling kan dekkja både i avrusing-, døgn- og poliklinikk.

Utveljinga av informantar til denne rapporten er som kjent basert på at dei hadde deltatt i musikkterapi over lengre tid. Sjølv om dei fleste held fram med å nytta musikkterapi etter at ein har starta, er det sjølvsagt fleire som berre prøver det ut éin eller eitt par gongar.

Noko som svært mange nyttiggjer seg ved klinikken, men som ikkje er ein direkte del av sjølve musikkterapitilbodet, er avspenning til musikk. Denne avspenninga, som på mange måtar er reseptiv musikkterapi (lytting), blir gitt som tilbod til pasientar etter trening eller som eigen avspenningstime.

Til slutt i samtalen vart det stilt eit konkret spørsmål, som det gjerne ikkje er så lett å gi eit konkret svar på: Korleis jobbar de som musikkterapeutar med brukarane?

Svaret, eller rettare sagt svara, var som venta ikkje med to strekar under:

- Ein prøver å leggja til rette for å få gode samspels erfaringar, både musikalsk og sosialt. «Tankegangen bak dette er at mange av våre pasientar kan seiast å ofte ha overvekt av dårlege samspels erfaringar i livet, gjerne også i den sårbare fasen heilt i starten av livet.»
- Pasientane er flinke til å opna seg. Av og til handlar musikkterapi om å ta ein pause, andre gonger om å arbeida med kjensler. Gjennom musikk kan det opne opp for terapeutisk samtale.
- Sjekkar alltid ut med pasient «kor han er». Spørja, undersøka og utforska.
- Eitt viktig spørsmål som blir tatt opp med pasientar er: Korleis kan musikk og musikkterapi bidra i arbeidet/prosessen din med å auka rusmeistring og livsmeistring?
- Dei jobbar mykje med å bygga sjølvtrillit og at dei skal få oppleva å meistra.

Musikkterapeutane har brukt FIT-skjema ovanfor dei ein har hatt behandlingsansvar for, elles ikkje. Feedback-informerte tenester (FIT) er ei tilnærming for å auka brukar- og meistringsperspektivet i rusbehandling. Dette kan hjelpa fagpersonen med å halda fokus på relasjonen med brukaren, samstundes som det gir brukaren ein moglegheit til å seia frå om kva som fungerer bra og kva som ikkje fungerer godt nok.

På grunn av at musikkterapeutane ser nytte med slike tilbakemeldingsskjema, både for pasient og dei sjølve, er dei i prosess med å utvikla eit eige som er meir skreddarsydd for musikkterapi.



### 3.13: 2014 VERSUS 2019

Som skrive heilt innleiingsvis, så var evalueringa i 2014 svært oppløftande. Det var fleire, både i fagmiljøet innan musikkterapi og ved Bergensklinikken, som vart litt overraska. Positivt overraska. Overraskinga handla ikkje om trua på musikkterapi i rusbehandling, men om at eit kortvarig prosjekt med siste års masterstudentar kunne gi så positive resultat. Ein gjekk ikkje djupt inn i kva forklaringa kunne vera, men fleire meinte årsaka kunne henga saman med at musikkterapi var eit nytt og annleis tilbod, og at dei som deltok var med i ei litt «eksklusiv gruppe».

Sjølv om mykje av denne evalueringa er bygd opp etter om lag same mal som i 2014, er det likevel nokre skilnader. Nedanfor er fleire av dei poengtert:

- I denne evalueringa er det fleire spørsmål enn den i 2014.
- Mange av spørsmåla var nokså like, sjølv om formuleringa ved enkelte var litt annleis.
- Den frå 2014 hadde 10 informantar, denne frå 2019 har 20.
- I snitt varte desse samtalan med pasientane over ½ time lenger enn dei i 2014.
- Alle informantar i 2019-evalueringa har deltatt i minst 6 timar, dei fleste 10. I 2014 var det berre 4 informantar som hadde deltatt meir enn 6 gonger.
- Kvinneandelen av informantane er høgare i 2019 (35%) enn 2014 (20%).
- Dei fleste informantane i 2014 var døgnpasientar. Denne gongen er informantane om lag likt fordelte mellom døgn og poliklinisk, samt nokre som har vore i dagbehandling.

Det at både samtalan har vart lenger og at informantane har deltatt i vesentleg fleire timar, har medført større djupn og gitt meir innblikk og meir forståing av brukarane sine opplevingar med musikkterapi. I tillegg er underteikna meir røynd, og har derfor vorte flinkare til å utforska og stilla oppfølgingsspørsmål. Som skrive tidlegare (ibid. s.7), kan ein ikkje sjå bort frå at det har påverka intervju og samtalan med informantane.

Det er ikkje store skilnader på dei gjennomsnittlege skårane ved skaleringsspørsmåla frå 2014 til 2019. Den største skilnaden handlar om tilfredsheit med utstyr, instrument, øvingsrom og tilrettelegging. Gjennomsnittleg skåre i 2014 var 7,4 mot 8,6 i 2019. Denne skilnaden var å forventa. Det var avgrensa med instrument og utstyr den gongen. Heller ikkje øvingsromma var godt nok tilpassa.

Ved dei andre skaleringsspørsmåla er det berre nokre få desimalar i skilnad, med litt høgare gjennomsnittlege skårar i 2014. Ein kan i alle fall konkludera med at musikkterapi i 2014 som ny og annleis tilnærming, ikkje var «eit bluff». Evalueringa i 2019 viser nettopp det. Eg skal ikkje dvela ved at skårane i 2014 var litt høgare «her og der», men heller vidare fokusera på det området som fekk høgast gjennomsnittleg skåre både i 2014 og 2019, nemleg relasjonar.





# 4: VERDIEN AV GOD RELASJON

## 4.1: VI BLIR TIL I MØTE MED ANDRE

Då eg tok førebuaende (Examen philosophicum) ved Universitetet i Bergen i 1992, vart eg fasinert av den velkjende filosofiske grunnsetninga «Cogito, ergo sum» - «Eg tenkjer, altså er eg.». Den franske filosofen og matematikaren René Descartes er opphavet til den. Sjølv om mykje av læra og teoriane hans er forkasta av etterkomarar, lever 'Cogito' (eg tenkjer) i beste velgåande i dag – mennesket som tenkjande vesen. M.a. grunnleggjaren av fenomenologien, Edmund Husserl, tok sitt utgangspunkt i Descartes' 'Cogito' ([www.snl.no/.tema/exphil](http://www.snl.no/.tema/exphil)). Denne evalueringa er, som tidlegare nemnd, ei fenomenologisk tilnærming.

For alle menneske er det ikkje tilstrekkeleg å berre 'tenkja', 'å vera' eller 'eksistera'. Det er når nokon 'tenkjer på meg', 'ser meg', 'bryr seg' og 'er med meg', at eg 'blir'. Vi blir ikkje oss sjølve av oss sjølve. Utviklinga og kapasiteten til vårt sinn og vår hjerne, er avhengig og blir påverka av kven vi møter og på kvaliteten på desse møta. Vi blir til i møte med andre, og vi utviklar oss betre i samhandling med andre.

## 4.2: FORSKING - RELASJONAR I BEHANDLING

Eg har frå tidlegare om lag 8 års fartstid i skuleverket, og veit godt kva god relasjon mellom lærar og elev kan bety for elevane sine prestasjonar og deira deltaking i aktivitetane på skulen. Eg har sjølv sett og fått oppleva at forholdet mellom meg som lærar og elev har peika seg ut som eit vesentleg bidrag til elevane sine resultat, skulefaglege interesser og sosial kompetanse. Ei rekkje studiar, både nasjonale og internasjonale, fortel om det same (Nordahl 2000, Hattie 2009, Throndsen og Turmo 2010, Lillejord m.fl. 2013b).

Kva veit vi om relasjonen si betyding i terapifeltet? Kva veit vi om forholdet mellom behandlar og brukar, uavhengig av diagnose eller lidning, og kva rolle spelar terapiform og metode i denne relasjonen?

Det er på ingen måte slik at metoden ein nyttar er uvesentleg, men det er konsensus og godt dokumentert, nasjonalt og internasjonalt, at det som først og fremst er det mest verksame i terapi, er styrken i den terapeutiske alliansen mellom behandlar og pasient (Wampold, B. E & Imel, Z. E 2015, Berglar, J mfl. 2016, Weisz, J. R. mfl. 2017).

Viser her også til den informative filmen «Relasjonens kraft» av Dag Nordanger (<https://www.rvtsvest.no/relasjonenskraft/>).

Viss ein berre ser på studiar innan musikkterapi, er det også god dokumentasjon her på viktigeita av relasjonar, uavhengig av «diagnose», anten ein jobbar med born, unge eller med vaksne (Krüger, Nordanger, Stige 2017, Medcalf. & McFerran 2016, Rolvsjord 2016, Trondalen 2016, Jacobsen & Killén 2015).

*«The main source of change in such a model cannot be attributed to the therapist's interventions, but must be attributed in large part to the process of collaboration . This necessitates a reconsideration of the powerrelations in therapy, since the main source of change in therapy is connected to the client's efforts in mobilizing her/his resources.»* Rolvsjord, Gold & Stige 2005)

Betydninga av relasjonar er også tydleg nok i ROP-retningslina:

*«En god relasjon mellom bruker og hjelper er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging. En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandling, både poliklinisk og i institusjon (Horvath, 2006). Dersom kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er god, blir pasienter/klient lenger i rusbehandling (Meier 2005).»* (Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykiske lidelse, 2012)

#### 4.3: VEKTLEGGING AV RELASJONAR I MUSIKKTERAPI

Musikkterapi, på lik line med fleire andre metodiske tilnærmingar, legg sterk vekt på relasjon:

- Kanskje den mest anerkjente definisjon er (Bruscia 2014): *«Musikkterapi kan bli forstått som eit helse- og utviklingsrelatert samarbeid mellom brukar(ar) og terapeut, der både mellommenneskelege relasjonar og deltaking i musikkaktivitet inngår som element i endringsprosessane.»*
- Går ein inn på Universitet i Bergen sin heimesider og les om musikkterapi og masterutdanninga, kan en m.a. lese dette *«Faget og forskingsfeltet musikkterapi fokuserer på relasjonar mellom musikk og helse, i kliniske situasjonar og i kvardagskontekstar».*  
(<https://www.uib.no/studier/MAHF-INMUT>)
- På heimesida til Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, må ein ikkje leita lenge før ein finn denne setninga *«Brukerinvolvering og en likeverdige relasjon vektlegges i det terapeutiske samarbeidet.»* (<https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-psykisk-helse>)
- På heimesida til Norsk forening for musikkterapi står dette: *«Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient.»* (<https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>)

Musikkterapi i seg sjølv bidrar sjølv sagt ikkje til relasjonar, korkje gode eller dårlege. Musikkterapien blir til gjennom terapeutane som utøver han, og musikkterapi som metode blir då ein reiskap som verkar gjennom relasjonen som blir etablert mellom musikkterapeuten og brukaren/mottakaren.

Det skalerings spørsmålet som informantane skåra høgast på (ibid. s. 14), handla om den rettleiinga og oppfølginga dei fekk av musikkterapeutane. Noko av det som skein gjennom i samtalane, men også gjennom sitata, handla om relasjon. God relasjon. Det som også kan vere greitt å hugse på her, er at fleire som skåra 9, eigentleg ville skåra 10.

Eg har tidlegare vist til 'relasjonens kraft' (ibid. s. 24) med professor og psykologspesialist Dag Nordanger. Der nemner han det som i følge forskinga kjenneteiknar dei terapeutane som får best resultat:

- Dei er empatiske
- Dei er samarbeidsorienterte
- Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap
- Har positiv forventning
- Er fleksible og fagleg oppdaterte

I tabellen nedanfor har eg henta alle sitata under 3.6 s.14 og 15, og plassert inn kva for nokre av desse kjenneteikna som kan passa til sitata.

SITAT	KJENNETEIKN
<i>«De pusher meg fram, men på men premisser»</i>	Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap Samarbeidsorientert Empatisk Positiv forventning
<i>«Gir oss oppmerksomhet. De lodder stemningen før vi begynner»</i>	Empatisk Fleksibel Samarbeidsorientert
<i>«De har forståelse at vi som deltar gjerne er på ulike faser i behandlingen»</i>	Empatisk Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap Fleksibel

«Flink til å gi oppmerksomhet og ros»	Positiv forventning
«De er flink til å bygge opp under håpet»	Positiv forventning
«Flink til å lære fra seg»	Fagleg oppdatert
«Han er flink til å lytte»	Empatisk
«Han pusher meg forsiktig»	Samarbeidsorientert Positiv forventning
«Kan snakke med musikkterapeuten om alt, også når jeg har gått på en sprekk»	Empatisk Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap Fleksibel
«Flink til å inkludere»	Samarbeidsorientert Faglig oppdatert
«Her snakker vi ikke om noen ovenfra-og-ned holdning, altså»	Samarbeidsorientert Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap
«Han følger meg godt opp i timene, til og med på privaten når jeg har hatt opptreden. Han går med meg»	Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap Samarbeidsorientert Positiv forventning Fleksibel
«Jaggu meg er de tålmodig»	Fleksibel Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap
«Flink til å tilpasse seg på mine premisser og etter mine ønsker... de er rett og slett tilpasningsdyktige»	Samarbeidsorientert Fleksibel Forståing av problemet blir utvikla i fellesskap med pasienten, og plan for behandlinga er utvikla i fellesskap Fagleg oppdatert

På bakgrunn av tabellen ovanfor kan ein ikkje konkludera med kor flinke musikkterapeutane faktisk er og kva resultat dei faktisk oppnår, korkje på eiga hand eller som ein del av eit større

behandlingsapparat. Men det eg meiner tabellen fortel, er at musikkterapeutane har stor mellommenneskeleg kompetanse og at dei har mange av dei kvalitetane som kjenneteiknar terapeutar som oppnår gode resultat.

Det ein kan summere etter;

- I. samtalar med pasientar
- II. samtale med musikkterapeutar
- III. definisjonar av musikkterapi
- IV. informasjonssider om musikkterapi

er at musikkterapi som profesjon, og musikkterapeutane ved Bergensklinikken, legg stor vekt på det mellommenneskelege og på relasjonar;

*... og vi veit at god relasjon er ein føresetnad for god terapeutisk allianse, som igjen er det mest verksame i terapi.*

#### 4.4: RELASJONSSKAPANDE AKTIVITET

Eg vil freista å reflektera over kva fortrinn musikkterapi kan ha med tanke på å bygga god relasjon med brukarar/pasientar i forhold til andre metodar og terapiformer som er vanleg i rus- og psykisk helsefeltet.

Fordelen musikkterapeutar kanskje har, samanlikna med «tradisjonell» samtaleterapi, er at musikk kan fungera godt som relasjonsskapande aktivitet. Det kan vera gjennom å snakka om musikk, lytta til musikk, syngja, spela instrument eller produsera musikk. Alle har eit forhold til musikk på eitt eller anna vis.

Eg har tidlegare nemnt min bakgrunn frå skuleverket. Erfaringar derifrå har vore positive i å etablera gode relasjonar gjennom ulike aktivitetar. Spesielt i forhold til elevar som har hatt bruk for ekstra oppfølging. Av og til handla det om enkeltelevar, andre gonger om to elevar eller mindre grupper. Desse aktivitetane varierte frå idrett/fotball, dataspel, fiske og mekking på motorar. Gjennom desse aktivitetane gjekk praten lettare, og ein fekk «lirka» inn skulefaglege «ting».

Relasjonsbygging gjennom aktivitet er anerkjent i elev-lærer situasjon. Det er kvaliteten i interaksjonane (samhandlinga) som styrer utfallet av relasjonen – om han blir god eller ikkje. Interaksjonar, ulike møtepunkt mellom elev og lærar, blir sett på som byggesteinar i utviklinga av relasjonar. Ein må forstå denne samhandlinga og relasjonen som sirkulær, altså slik at dei som inngår i interaksjonen gjensidig påverkar kvarandre. Pedagogen påverkar eleven/elevane, som igjen påverkar pedagogen. Kvaliteten i relasjonen som desse interaksjonane har skapt, vil igjen legge føringar for den neste interaksjonen.

Ulike eksempel på relasjonsbygging er: Aktivitetar generelt, kvalitetstid der aktivitet er i fokus med enkelte elever/grupper («banking time», Pianta 1999) perspektivtaking, småprat, meistringsopplevingar og god stemning. (Wubbles m.fl. 2015, Walker 2008, Drugili 2012, Roland 2016).

På same måten som mellom elev og lærar på skulearenaen, er kvaliteten i interaksjonane med barn og unge gjennom musikkaktivitet i musikkterapien gjeldande også på andre arenaer:

*Er ein god måte å koma i kontakt med barn og unge, og kan legga til rette for å etablera gode relasjonar og vera eit godt alternativ til tradisjonell samtaleterapi (Austin 2010, Gold m. fl. 2004).*

*«... egner seg til å etablere relasjonar, både til voksne og til jevnaldrende» (Kruger, Stige og Nordanger, 2017).*

Kva så mellom voksne? Når ein gjennom relasjon opplever å meistra, gir det grobottn for enda betre relasjon. Det å meistra gir tru, håp og motivasjon til handling (Bandura 1997). Å erfara meistring er ein føresetnad for endring. Desse 20 informantane fortel om god relasjon, meistring, tru og håp. Å ha gode relasjonar, er på mange måtar berebjelkar i livet. Vi blir til i møte med andre, og vi utviklar oss betre i samhandling med andre.



## 5: AVSLUTNING OG KONKLUSJON

Som ein del av eit heilskapleg behandlingstilbod har desse tjue informantane deltatt i musikkterapi. Alle har hatt ulike opplevingar og nytte av musikkterapi, men fellesnemnaren er at det har betydd mykje for dei. Noko av det som kan summerast opp, er at det har betydd mykje for:

- deira glede
- deira meistring
- deira håp og meining
- deira tru på seg sjølv
- deira bearbeiding av kjensler i forhold til rus- og psykisk helse
- deira brukarstyring og inkludering

Erfaringar gjennom brukarrøystene i denne evalueringa, og som på mange måtar liknar på brukarrøystene i tidlegare rapportar (Dale 2014, Kielland 2015, Taihaugen 2017, Taihaugen & Kielland 2018), tilseier at musikkterapi har ein plass i eit tverrfagleg behandlingstilbod innan rus- og psykisk helse, og i kommunal rus- og psykisk helseteneste.

Bergensklubben er den einaste innanfor rusfeltet i Noreg som har tre stillingar, og tilbodet om musikkterapi dekkjer ikkje etterspurnaden.

I musikkterapi legg ein betydeleg vekt på det mellommenneskelege, og det er stor grunn til å tru at den relasjonen informantane har hatt med musikkterapeutane har hatt mykje å seia for deira positive opplevingar og erfaringar. Ein kan ikkje hevda at informantane er representative for ein større populasjon. Derfor kan ein ikkje argumentera og konkludera med at evalueringa er generaliserbar i empirisk forstand. Men viss ein set empirien i relasjon til teori, kan dette likevel bli sett som ei «analytisk» eller teoretisk generalisering (Andersen, 2013).

For at kunnskapen skal bli ytterlegare styrka, er det viktig at arbeidet med dokumentasjon, forskning, erfarings- og brukarbasert kunnskap blir oppretthalde og utvida.



# 6: KJELDER

- Andersen, S. (2013). Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Bergen: Fagbokforlaget. ISBN: 9788245014792
- Aurlien, K. (2015). Musikkterapi med personer med rusmiddelproblemer. Hva sier forskningen? Masteroppgave i musikkterapi, Griegakademiet, Universitetet i Bergen
- Austin, D. (2010). When the bough breaks. Vocal psychotherapy and traumatized adolescents. I Stewart, S. (red.), Music therapy and trauma. Bridging theory and clinical practice (s. 176–187). New York: Satchnote Press
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy – The exercise of control. New York: W. H Freeman and company
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. I: J. Brooks-Gunn, Lerner & A.C. Peterson (Eds). The Encyclopedia of adolescence. Garland. New York.
- Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Köhler, P., Staczan, M et al. (2016). Therapist effects on treatment outcome in psychotherapy: A multilevel modelling analysis. *International Journal of Psychotherapy*, 20(2): 61-80
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3. edition). University Park, IL: Barcelona Publishers.
- Dale, R., Kielland, T., Stige, B., Trondalen, G. (2016). Psykisk helse og rus. Nr. 2-2016. Årgang 27.
- Dale, R. Kielland, T., Stige, B., Trondalen, G. (2015). Musikkterapi, rus og psykisk helse-bruker erfaringer. *Rusfag. Temamagasin for regionale kompetansesentre nr. 2.-2015.*
- Regionale kompetansesentre Rus (KoRus).
- Drugli, M.B. (2012): Relasjonen lærer-elev – avgjørende for elevenes læring og trivsel. Oslo: Cappelen Damm AS
- Ghetti, C. Chen, X.J., Fachner, J. & Gold, C. (2017). Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane database of systematic reviews* 2017 (3) s. 1-16.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V. & Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 29 (3), 193-207
- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 1054–1063.
- Hattie, J.A.C. (2009). *Visible learning. A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement.* London: Routledge
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse – ROP lidelser. IS-1984. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. IS-2219. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T. & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(11): e0187363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187363>
- Horesh, T. (2010). Drug Addicts and Their Music. A story of a Complex Relationship. I D. Aldridge & Fachner (red). *Music Therapy and Addictions* (s. 57-74). London: Jessica Kingsley
- Imsen, G. (2005). *Elevers verden. Innføring i pedagogisk psykologi.* (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, S. L. & Killén, K. (2015). Clinical application of music therapy assessment within the field of child protection. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2015. 24(2), s. 148–166
- Kielland, T. (2015). Musikkterapi i kommunalt rusarbeid. *Kompetansesentre rus-region øst.*
- Kristiansen, D. L. (2013): Nye muligheter. En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapi innen rusbehandling. Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole.
- Krüger, V., Nordanger, D., Stige, B. (2017). Musikkterapi og traumebevisst omsorg i barnevernet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol. 55, nummer 10. s. 998-1008

- Krüger, V. & Stige, B. (2014). Between rights and realities – Music as a structuring resource in the context of child welfare aftercare. A qualitative study, *Nordic Journal of Music Therapy*, DOI: 10.1080/08098131.2014.890242
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative intervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lillejord, S., Manger, T. & Nordahl, T. (2013b). *Livet i skolen 1. Grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: Undervisning og læring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Medcalf, L. & McFerran, K.S. (2016). A critical interpretive synthesis of music therapy case studies: Examining therapeutic boundary themes in the context of contemporary practice. *British Journal Of Music Therapy*. Volume: 30 issue: 1 pages 22-35.
- Norcross, J. C. (2010). *The Therapeutic Relationship*. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B. E.
- Nordahl, T. (2000). *En skole – to verdener. Et teoretisk og empirisk arbeid om problematferd og mistilpasning i et elev- og lærer perspektiv*. NOVA-rapport 11/00. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nordanger, D. (2018). <https://www.rvtsvest.no/relasjonenskraft/>
- Pianta, R. C. (1999). *Enhancing relationships between children and teachers*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rolvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Appendix to therapeutic principles for resource-oriented music therapy: A contextual approach to the field of mental health. *Nordic Journal of Music Therapy* 14(1), 2005
- Rolvjord, R., (2016). Five episodes of clients' contributions to the therapeutic relationship: a study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*. Vol. 25. Issue 2. Pages 158-184. DOI: 10.1080/08098131.2015.1010562
- Stamsø, M. A. (2010). *Velferdsstaten i endring: Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utgave.
- Sælør, K.T. (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.). Universitetet i Bergen.
- Taihaugen, M. (2017). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid – Et musikalsk tilbud tilpasset alle*. Kompetansesenter rus – region øst.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. 2. oppl. Bergen: Fagbokforlaget
- Thronsdalen, I. & Turmo, A (2010). *Læringsmiljøet i skolen*. I Kjærnsli, M. og A. Roe (red.): *På rett spor. Norske elevers kompetanse i lesing, matematikk og natur fag i PISA 2009*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy. An Intersubjective Perspective*. University Park, IL: Barcelona Publishers
- Walker, J. (2008). Looking at teacher practices through the lens of parenting style. *Journal of experimental education*, 76 (2), 218–240
- Wampold, & M. A. Hubble. (Eds. 2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. Utg.). Pp. 113-141. Washington DC: American Psychological Association
- Wampold, B. E & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). New York, NY: Routledge
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Do evidence-based youth psychotherapies outperform usual clinical care? A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry (Chic.)*, 70(7). doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1176
- Wubbels, T., Den Broek, P., Wijsman, L., Mainhard, T. & Tartwijk, J.V. (2015). *Teacher – student relationships and classroom management*. In E.T. Emmer & E.J. Sabornie (Eds), *Handbook of classroom management*.

---

## NETTSTADAR

<https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-psykisk-helse/>  
<https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>  
[www.snl.no/tema/exphil](http://www.snl.no/tema/exphil)  
[www.ssb.no](http://www.ssb.no)  
[www.nmh.no](http://www.nmh.no)  
<https://www.uib.no/studier/MAHF-INMUT>  
<https://utdanningsforskning.no/artikler/ulike-perspektiver-pa-relasjonsbygging/>  
[www.rusfeltet.no](http://www.rusfeltet.no)  
[www.napha.no](http://www.napha.no)