

# Musikkterapi og rusmiddelfeltet

Holdninger til behandling av mennesker med rusmiddelproblematikk beskrevet gjennom litteratur fra musikkterapi og statlige dokumenter.

Masteroppgave i musikkterapi

Universitetet i Bergen, vår 2015

Kari Duesten Bye



UNIVERSITETET I BERGEN

## Abstract

This study aims to examine literature written on Norwegian music therapy in the field of drug addiction and the official guidelines and legislations that regulates the field of treatment for drug addiction to detect how attitudes towards treatment of drug addiction correlates. The scarce literature that describes the Norwegian context is supplied with international studies. The discussion evolves around the use of medical models to measure psychotherapy, the social stigma of persons with drug addiction and the use of music therapy to focus on resources and to motivate the client. The review reveals that the views and experience of the service users is an important theme in both the official documents and in many of the most common Norwegian approaches (community music therapy, resource-oriented music therapy and recovery-based music therapy), but, even though psychotherapeutic support was recommended in the official documents, it still seems to require further steps towards proper implementation. Both music therapy and the official attitudes towards treatment are moving towards a more recovery-based health care perspective.

## Abstrakt – norsk

Studien undersøker hvordan holdninger i litteratur om Norsk musikkterapi i rusomsorgen sammenfaller med offisielle dokumenter og retningslinjer som regulerer behandling av ruslidelser. Siden det eksisterer lite norsk forskning på musikkterapi innen rusomsorg suppleres dette med internasjonale studier. Diskusjonen tar for seg hvordan den medisinske modellen har innvirkning på hvordan vi måler psykoterapeutiske tilnærminger, stigmatiseringen denne pasientgruppen opplever og hvordan musikkterapi anvendes for å fremme ressurser og gi motivasjon. I litteraturgjennomgangen viser det seg at brukerperspektivet er et gjennomgående tema både i de offisielle dokumentene og i de typisk norske tilnærmingene til musikkterapi (samfunnsmusikkterapi, ressurs- og recoveryorientert musikkterapi.) Til tross for at psykoterapeutiske behandlingstilnærminger anbefales i de offisielle dokumentene for rusomsorg ser det ut til at vi fremdeles har et stykke å gå før dette er skikkelig implementert. Både musikkterapitekstene og de offisielle holdningene beveger seg i samme retning mot et mer recoverybasert perspektiv på helse og omsorg.

### **Me sigler ikkje same havet**

Me sigler ikkje same havet,  
endå det ser so ut.

Grovt timber og jarn på dekk,  
sand og sement i romet,  
djubt ligg eg, seint sig eg,  
stamper i broddsjø,  
uler i skodde.

Du siler i ein papirbåt,  
og draumen ber det blå seglet,  
so linn er vinden, so var er bylgja.

Olav H. Hauge

## **Førord og takk**

Gjennom studietiden ved musikkterapistudiet har jeg lært mye om mennesker generelt, og om meg selv som menneske. Det har til tider vært et krevende studium som har utfordret meg praktisk, intellektuelt og dypt personlig. Jeg vil her takke noen av de som har hjulpet meg i prosessen:

Jeg ønsker å takke min veileder Simon Gilbertson for hjelp og støtte i en masterprosess som ble lenger enn jeg hadde tenkt. Du har også vært en viktig samtalepartner gjennom hele studietiden når jeg har tvilt på mine valg, og jeg takker for at døren din alltid har vært åpen.

Jeg ønsker å takke Birthe Berven Dahle for all hjelp med å koordinere studieforløpet mitt, og for hjelp med løsning av praktiske problemer underveis. Du er viktig for studentene ved musikkterapistudiet.

Jeg ønsker å takke min samboer Torgrim Vågan for all praktisk hjelp med oppgaven, og for at du har laget mye god mat til meg når jeg har tenkt på andre ting. Jeg vil takke for både humor og alvor, og for at du er god mot meg.

Jeg ønsker å takke mamma Oddrun Duesten for korrekturlesing, og ellers mamma, pappa, bestefar og bestemor for at dere har hatt troen på meg når jeg ikke har hatt det selv.

Takk også til studiekamerater som jeg har kunnet dele tanker, idéer og frustrasjoner med.

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	9
1.1	Introduksjon til tema .....	9
1.2	Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.3	Forskningsspørsmål.....	11
1.4	Litteraturgjennomgang .....	12
2.0	Metode.....	15
2.1	Kvalitativ forskning.....	15
2.1.1	Hvorfor kvalitativ forskning? .....	15
2.2	Hermeneutikk .....	16
2.2.1	Hva er hermeneutikk? .....	16
2.2.2	Hermeneutisk forståelse i min tekst og forutinntatthet .....	17
2.3	Hvordan gjennomføre et litteraturstudie? .....	17
2.3.1	Hva er en formålet med en litteraturgjennomgang? .....	18
2.3.2	Hva slags litteraturgjennomgang? .....	18
2.3	Søk og avgrensning .....	19
2.3.1	Ulike typer litteratur .....	19
2.3.2	Sekundær data .....	20
2.3.3	Søk i databaser og avgrensning av søk.....	20
2.3.4	Organisering av søk og analyse.....	21
2.3.5	Reliabilitet .....	21
2.3.6	Analyse av datamaterialet .....	22
3.0	Resultat av søkeprosessen .....	23
3.1.1	Kategorisering av litteraturtyper .....	23
3.1.2	Resultat av søk på musikkterapi i rusmiddelfeltet: .....	24
3.1.3	Inkludert litteratur fra nærliggende felt:.....	25
3.1.4	Inkluderte styringsdokumenter:.....	26

4.0 Presentasjon av politiske dokumenter .....	27
4.1 Tre forskjellige kildetyper .....	27
4.1 Hvem har ansvaret? .....	28
4.1.1 Rusreformens innvirkning .....	28
4.1.2 Skadereduksjon .....	29
4.1.3 ROP-lidelser .....	29
4.2 Psykososiale behandlingstiltak .....	31
4.2.1 Mangel på dokumentasjon .....	31
4.2.2 Psykososiale tiltak i retningslinjene for ROP-lidelser .....	31
4.3 LAR-behandling .....	32
4.3.1 Mål for LAR-behandling .....	32
4.3.2 Individuell Plan (IP) og holdninger til LAR .....	33
4.4 Retningslinjer og anbefalinger av psykososiale behandlinger .....	34
4.4.1 Psykososiale behandlingsmetoder i retningslinjene .....	34
4.4.2 Anbefalinger av musikkterapi .....	35
4.5 Brukerperspektiv og brukermedvirkning .....	35
4.5.1 Brukermedvirkning i de nasjonale retningslinjene .....	36
4.5.2 To anvendelser av begrepet .....	36
4.5.3 Brukermedvirkning i LAR .....	37
4.6 Hvilken rolle har psykoterapeutisk behandling i dokumentene? .....	37
4.6.1 Ulikt fokus for ulike grupper .....	37
4.6.2 Et statistisk syn på rusmiddelproblematikk .....	38
4.7 Et medisinsk problem? .....	38
4.7.1 Sykdomsbegrepet .....	38
4.7.2 Endringer i språket .....	39
4.7.3 Evidens som rettesnor? .....	40
5.0 Presentasjon av musikkterapi i rusmiddelfeltet .....	40

5.1 Kontekstavhengige tilnæringer .....	41
5.1.1 Hvorfor er variasjonene så store? .....	41
5.1.2 Vanlige tilnæringer i USA og Finland .....	42
5.2 En norsk tilnærming .....	43
5.2.1 Hva finnes av litteratur om musikkterapi i norsk kontekst?.....	43
5.2.2 Beskrivelser av praksisplassen .....	43
5.2.3 MIFF – Musikk i Fengsel og frihet .....	46
5.2.4 Rusmiddelproblematikk og MIFF .....	47
5.3 Holdninger til helse og stigma .....	48
5.3.1. Hva er god helse? .....	48
5.3.2 Sosial stigmatisering .....	48
5.3.3 Musikk som status .....	49
5.4.1 Musikk som trigger, regulator og struktur .....	50
5.4.3 Den terapeutiske relasjonen.....	52
5.4 Forebygging og ettervern .....	53
5.4.1 Forebygging .....	53
5.4.2 Ettervern .....	53
5.4.3 Ikke polariserte begreper .....	54
5.4.4 Skadereduksjon .....	54
5.5 Musikkterapi som motivasjon .....	55
5.5.1 Hva er motivasjon?.....	55
5.5.2 Musikkterapi som motivasjon for endring .....	56
5.5.3 Mestring som positiv spiral .....	56
5.6 Brukerinvolvering .....	57
5.6.1 Brukermedvirkning i litteraturen.....	57
5.6.2 Brukermedvirkning i tilnærming til musikkterapi .....	58
5.6.3 En rød tråd .....	59

6.0	Diskusjon.....	59
6.1	Organisering av behandling .....	59
6.1.1	Har omorganisering noe å si?.....	59
6.1.2	Organisering av musikkterapi i rusmiddelfeltet? .....	60
6.1.3	Forebygging, ettervern eller rehabilitering?.....	61
6.2	Musikk som motivasjon .....	62
6.2.1	Et godt utgangspunkt for behandling .....	63
6.2.2	Motivasjon i litteraturen .....	63
6.2.3	Positiv mestringsspiral .....	63
6.3	Holdninger i terapi .....	64
6.3.1	Sosial stigma .....	64
6.3.2	Viktigheten av den terapeutiske relasjonen.....	65
6.3.3	Skadereduksjon .....	66
6.4	Rusmiddelproblemer som medisinsk problem.....	66
6.4.1	En utvikling mot det medisinske .....	66
6.4.2	Evidensbasert evaluering av alle tilbud?.....	69
6.5	Brukerperspektiv/brukermedvirkning .....	70
6.5.1	To anvendelser av begrepet.....	70
6.5.2	Brukermedvirkning i praksis? .....	70
6.5.2	Samfunnsmusikkterapi, ressursorientering, og recovery .....	71
6.6	Puslespillet faller på plass .....	72
6.7	Kritikk av egen studie .....	73
7.0	Oppsummering og avslutning .....	74
7.1	Hvordan sammenfaller så holdningene? .....	74
7.2	Andre ting som kan være viktig å se på .....	74
	Bibliografi .....	75



## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til tema

I løpet av den perioden jeg har arbeidet med denne oppgaven har rusmiddelfeltet forandret seg, og om vi ser litt lenger tilbake har det, i en tidsperiode på fem år, utviklet seg en voksende interesse for musikkterapi på rusmiddelfeltet. Opprettelsen av Kompetansenettverket Kultur, Rus og Samhandling (KuRS) i 2010 har nok spilt en særlig rolle i aktualiseringen av dette tema (Kiellan, Stige, & Trondalen, 2013, s. 48; Kristiansen, 2013, s. 1), og de har arbeidet aktivt for at musikkterapi skal bli utprøvd og evaluert i rusmiddelfeltet. I tillegg, eller kanskje på grunn av KuRS, har Helsedirektoratet også engasjert seg. Musikkterapi er nylig blitt anbefalt i høringsutkastet for Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2014), og dette gir store muligheter for å utvide musikkterapi som fagfelt på dette området. Samtidig har aktiviteten på feltet økt betydelig, og det ble for eksempel avholdt konferanse om tema musikkterapi og rusmiddelfeltet i tiden rundt min masterinnlevering.

Å opprette nye stillinger for musikkterapeuter kan ta tid, og krever ressurser og vilje. På konferansen nevnt over (Nordisk inspirasjons-og erfaringskonferanse) ble det sagt at det i dag finnes ni stillinger for musikkterapeuter i rusmiddelfeltet, men jeg har kun klart å få bekreftet informasjon om seks av disse. Det viser seg at ingen av musikkterapeutene jeg har vært i kontakt med er fast ansatt, men ansatt i prosjektstillinger. Det kan virke som om dette blir gjort for å prøve ut hvordan musikkterapien fungerer i samarbeid med eksisterende praksis, men ordningen med prosjektstillinger er lite gunstig for musikkterapeuter som ønsker ansettelse. I tillegg er det kun to av de stillingene jeg har informasjon om som er 100%-stillinger.

Denne informasjonen sier noe om hvor lite fagfeltet enda er, men også noe om at feltet er i endring. Det er mange som jobber for at mennesker med rusproblematikk skal få tilbud om musikkterapi, og en anbefaling fra Helsedirektoratet er en god hjelp på veien dit.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Flere tekster fra musikkterapifeltet refererer til offentlige dokumenter, nasjonale retningslinjer og til SIRUS-rapporter (Hovestøl, 2007; Krüger, 2012; Overå, 2012; Kiellan, Stige, & Trondalen, 2013; Kristiansen, 2013). Dette har gjort meg nysgjerring på hvilke implikasjoner disse dokumentene kan ha for musikkterapi.

Gjennom å delta på en konferanse om musikkterapi og rus gjennomført av KoRus, NMH og UiB i mai 2013 fikk jeg også noe innsikt i hva de forskjellige stortingsmeldingenes innhold kunne ha å si for den musikkterapeutiske praksisen. Monika Overå var en av de som nevnte de politiske aspektene ved arbeidet med å få musikkterapien inn i rusmiddelfeltet.

Konferansen ble holdt i regi av Norges musikkhøgskole, Universitetet i Bergen, KoRus-Øst, KoRus-Vest Stavanger, KoRus-Vest Bergen, KoRus-Oslo og KoRuS Midt-Norge, og det var også representanter fra Helsedirektoratet og andre viktige aktører tilstede. Mange tankeprosesser og referanser som har dannet grunnlaget for min tekst stammer fra denne konferansen.

Randi Rolvsjord (2010) skriver at mye av hennes akademiske fokus kommer av at hun er interessert i å arbeide mot undertrykkelse, og hun sier videre at «...mental health problems are (and have historically been) connected with various aspects of oppression, for example stigmatization...» (Rolvsjord, 2010, s. 2). Jeg kan kjenne meg igjen i de personlige grunnene hun har for valg av fokus, og har av like grunner interessert meg for rusmiddelfeltet.

Rusmiddelbrukere er en gruppe som opplever svært mye stigmatisering, og jeg synes det er viktig å sette fokus på det og å se på hva som kan bli bedre. Jeg synes det er interessant å forstå hvilke rammevilkår som ligger til grunn for det tilbudet rusmiddelavhengige mottar i dag.

Gjennom praksisplass i kriminalomsorgen fikk jeg oppleve å jobbe med en gruppe mennesker som ofte opplever stigmatisering, og dette har bidratt til min interesse for å jobbe videre med denne typen arbeid. Særlig spennende var det å oppleve hvordan bandsamspillet fikk deltakerne til å utvikle seg i løpet av tiden jeg var der.

En gjennomgang av nasjonale retningslinjer, relevante stortingsmeldinger og rapporter fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) vil her danne et bilde av hvilke mål dagens politiske føringer har for rusmiddelomsorgen. Noen av disse dokumentene informerer, former

og veileder helsevesenet, mens andre informerer og veileder politikernes avgjørelser. Derfor vil de også påvirke den praktiske utformingen av musikkterapi i rusmiddelfeltet fordi den er underlagt de føringene som gjelder for feltet. Dette vil være interessant enten man skal jobbe direkte i rusomsorgen ved avrusningsenheter, døgnbehandling og andre enheter spesifikt beregnet for rusavhengige, eller om man skal jobbe med dette mer indirekte slik som ved DPS, sykehus eller kriminalomsorgen for å nevne noe.

### **1.3 Forskningsspørsmål**

Jeg har mange spørsmål om musikkterapi i rusfeltet: Hvilke lovverk og regler vil påvirke arbeid med musikkterapi i rusomsorgen? Hvordan passer musikkterapi inn i de politiske føringene? Hva trenger man å ta hensyn til om man skal tilby MT i denne konteksten? Er det mulig å påvirke de instansene som regulerer feltet?

Den typen musikkterapiforskning som jeg forsøker å utføre kommer inn under det Bruscia (1998, 2005a) kaller profesjonsforskning, og passer rett inn i underkategorien «lovgivning og offentlige forhold» [min oversettelse] som nettopp dreier seg om hvordan lovverk og regelverk påvirker musikkterapi i praksis (Bruscia, 1998, s. 252; Bruscia, 2005, s. 82). Mitt fokus for denne oppgaven vil derfor omhandle hva vi allerede vet om musikkterapi i rusmiddelfeltet, og om de styringsdokumentene som regulerer feltet. Dette fokuset passer inn under kategorien «forskning på skriftlig og muntling språk» (Bruscia, 2005a, s. 88), og i profesjonsforskning som kontekst vil jeg se på hvordan musikkterapeuter beskriver musikkterapi i rusmiddelfeltet og på hvordan styringsdokumentene beskriver rusmiddelfeltet. Hovedfokuset er å se på beskrivelsene om holdninger og målsettinger for behandling av rusmiddelavhengighet, og tilslutt vil jeg se om beskrivelsene sammenfaller.

Hensikten med studien er å forstå innholdet i de relevante tekstene, for så å se om de tar opp liknende tema. Derfor lyder forskningsspørsmålet mitt som følger:

**Hvordan sammenfaller mål og holdninger i behandling av mennesker med rusproblematikk om vi ser på musikkterapilitteratur og litteratur publisert fra statlige organer?**

Dette er utdypet i et faglig og et personlig ønske:

1. Jeg ønsker gjennom dette å argumentere for at musikkterapi kan ha en naturlig rolle i rusfeltet gjennom en synsvinkel som ikke har blitt brukt tidligere.
2. Jeg ønsker å forberede meg selv for en mulig jobb innen rusfeltet i framtiden.  
Gjennom å tilegne meg denne kunnskapen ønsker jeg også å dele den og informere andre om dette temaet.

Denne teksten vil også kunne brukes til å argumentere for hvordan musikkterapi kan innfri noen av målsetningene som er satt for rusmiddelfeltet fra politisk hold.

## 1.4 Litteraturgjennomgang

Å vurdere om mitt forskningsprosjekt er originalt vil også kun kunne avgjøres ved å gjennomgå litteraturen på det spesifikke emnet (Hart, 1998, s. 26). Jeg vil kort gjøre rede for tekster som omhandler musikkterapi i rusmiddelfeltet i Norge, og også argumentere for hvorfor de politiske føringene er viktige i denne sammenhengen.

Kiellan et. al (2013) påpeker at musikkterapi ikke har blitt systematisk utprøvd i rusmiddelfeltet i Norge. Det er ikke tvil om at musikkterapi er i startfasen når det gjelder dette feltet. Det har imidlertid blitt skrevet flere masteroppgaver knyttet til egenpraksis i TSB og kommunen (Hovestøl, 2007; Overå, 2012; Kristiansen, 2013; Rødland, 2013), og selv om det trengs forskning av en høyere kvalitet enn masternivå er dette en god start. I tillegg ser vi flere fagfelt som overlapper med rusmiddelfeltet. Et eksempel er Musikk i fengsel og frihet (MIFF) som er et musikkterapeutisk tilbud innen kriminalomsorgen hvor mange av deltakerne også sliter med rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser (Mortensen, 2006; Nilsen, 2007; Tuastad & Finsås, 2008). MIFF som ettervern bidrar til å hindre tilbakefall. Ettervern og forebygging innen barnevern og arbeid med unge (Kruger, 2012; Eriksen, 2012) presenterer tanker som til en viss grad overlapper rusmiddelfeltet.

Rolvjord (2010) skriver at musikkterapi eksisterer i et politisk landskap, både når det gjelder praksis, diskurs og forskning, og at den politiske situasjonen nødvendigvis vil ha konsekvenser for en musikkterapeutisk praksis enten man er opptatt av dette eller om man generelt må forholde seg til det ideologiske og økonomiske systemet man jobber i, som for eksempel helsevesenet (s.18). Som et eksempel på hvordan politiske bestemmelser kan påvirke musikkterapipraksis kan man se på hva som skjedde da avvikling av Helsevern for

Psykisk Utviklingshemming (HVPU) ble et faktum. Både Kari Aftret (2008) og Bente Almås (2008) beskriver hvordan situasjonen for norske musikkterapeuter forandret seg da HVPU-reformen, også kalt ansvarsreformen, ble innført. Tidligere hadde norsk musikkterapi hovedsakelig vært arbeid på institusjoner hvor mange mennesker med funksjonshemninger eller spesielle behov bodde. Da reformen trådte i kraft i januar 1991 ble ansvaret for bo-og levevilkår for alle innbyggere, uansett funksjonsnivå, overført til kommunene. Dermed ble de store institusjonene gradvis avviklet, og musikkterapeutene måtte revurdere sine kompetanseområder og bruke kompetansen i nye arenaer (Aftret, 2008; Almås, 2008).

Med dette ser vi at de statlige reformene har konsekvenser for musikkterapi som yrkesgruppe. Det politiske aspektet vil ha stor betydning for hvem som får musikkterapi, men også hvordan musikkterapien blir utført på grunn av politiske føringer for målsetninger, økonomiske midler og organisering av behandlingstiltak for å nevne noe. Alle politiske føringer vil ha ringvirkninger for en musikkterapeutisk praksis i et gitt felt. Det gjelder også rusmiddelfeltet, selv om det politiske aspektet ikke har vært mye diskutert i litteraturen. Særlig har omorganiseringen av behandlingsansvar vært en konsekvens av Rusreformen (Helsedepartementet, 2004), noe som også påvirker hvor det er behov for musikkterapi, og hvordan musikkterapeutiske praksiser må tilpasse seg for å bli implementert.

Anbefalingene i retningslinjene fra Helsedirektoratet er ment å legge sterke føringer for behandlingsinstitusjonene, og å sikre god og lik behandling. De innebærer også en rangering av hvor mye evidensbasert forskning som kan understøtte effekten av behandlingformene. Musikkterapi har fått høyeste graderingsanbefaling av evidensnivå i retningslinjene for psykosebehandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 16), hvor høyeste evidensnivå tilsier: «...kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier eller minst én randomisert kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens» (Helsedirektoratet, 2013, s. 161). Nye retningslinjene for rehabilitering og behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2014) er under utforming, og vil trolig inneholde en noe svakere anbefaling av musikkterapi for dette feltet enn for psykosebehandling, men anbefalingen vil uansett være viktig.

Stige hevder at arbeidet som musikkterapeut også har en politisk dimensjon i prosjekter som Gløppenprosjektet og lignende. Rollen innebærer at musikkterapeuten må være aktiv i utviklingen av nye arenaer å utøve musikkterapi i og på, og dette involverer både utdanning

kultur og helse. Videre er det viktig at musikkterapeuten involverer seg i samarbeid med andre fagprofesjoner og bidrar til utvikling av fagprofesjonen og systemene, til det beste for klientene.

(Aftret, 2008, s. 246)

Det er denne politiske dimensjonen som vil være fokusområdet for denne masteroppgaven. Denne teksten er derfor særlig i tråd med Krüger (2012) sin avhandling i form av at han ser på lovverket rundt klientgruppen han jobber med, og hvordan lovverket former og veileder en relativt ny musikkterapeutisk praksis. Jeg synes det er viktig å kjenne det systemet som vi som musikkterapeuter skal jobbe i, og rusmiddelfeltet er i en utviklingsfase som musikkterapi kan være en del av. Det blir også snakket om «...behovet for å se fagområdet rus i sammenheng med psykisk helse-feltet.» (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 123) Derfor velger jeg å inkludere noe litteratur fra psykisk helsevern.

Som det går frem av gjennomgangen finnes det ingen forskningsstudier som sier noe om musikkterapi og rusbehandling. Det er derimot 5 masteroppgaver om tema knyttet til rusmiddelomsorg, og 3 masteroppgaver knyttet til MIFF. Dette er et felt i startfasen. Som vi ser av den videre argumentasjonen kan politikk ha stor innvirkning på gjennomføring av praksis og hvor vi som musikkterapeuter får innpass. I denne innledende gjennomgangen finner jeg ingen tekster eller studier som inngående undersøker forholdet mellom politiske føringer og musikkterapipraksis innen dette feltet, og dette ser jeg på som argument for at jeg undersøker et tema som er originalt og som kan være nyttig i en slik implementeringsfase som musikkterapien er i når det gjelder rusmiddelfeltet og psykisk helsevern.

Mangelen på effektforskning i dette feltet er en av utfordringene musikkterapi har når det gjelder å bli akseptert av helsevesenet. Helsedirektoratet krever dokumentert effekt for å gi sterke anbefalinger i sine retningslinjer, og dette finnes ikke for musikkterapi i rusmiddelfeltet i dag. Til tross for dette er det allerede pionerer som arbeider i dette feltet og masteroppgavene som anvendes i denne teksten viser beskrivelsene av deres praksishverdag og hvordan brukerne opplever musikkterapi tilbudet.

Å se på hvilke holdninger som er gjennomgående i rusmiddelfeltet, og om de likner på holdningene som kommer frem av musikkterapilitteraturen kan gi en videre pekepinn både på hvordan musikkterapi som praksisfelt bør bevege seg for å imøtekomme tanker og føringer fra

politisk hold, men eventuelt også hva musikkterapeuter (og feltet) kan gjøre for å videre påvirke rusbehandling og de politiske aspektene i en ønsket retning.

I oppgaven bruker jeg ord som rusmiddelbruk, rusmiddelavhengighet og rusproblematikk. Dette henspeiler på både illegale rusmidler, reseptbelagte rusmidler og alkohol. Denne inndelingen ser vi både i de musikkterapeutiske tekstene og hos de statlige dokumentene, og det har vært et naturlig valg å inkludere alle former for rusmisbruk.

## **2.0 Metode**

Jeg vil i dette kapittelet presentere valg av metode og forskningstilnærming for denne oppgaven.

### **2.1 Kvalitativ forskning**

Overordnet for hele forskningsprosjektet står forskningstradisjonen og tilnærmingen som en retningslinje for både filosofiske og praktiske valg gjennom prosessen. Det er i et hvert forskningsprosjekt nødvendig å beskrive de filosofiske og de teoretiske perspektivene som forskeren tar utgangspunkt i (King & Horrocks, 2010). Å forstå og forklare forskningsprosjektets metodikk er en måte å redegjøre for hvilket utgangspunkt forskningen er bygd på, og å plassere forskningen i en lang forskningstradisjon legitimerer vår måte å skaffe kunnskap på (O'Leary, 2010).

Kvalitativ forskning er vanskelig å definere, både fordi det omfavner bredt, men også fordi skillet til kvantitativ forskning er flytende. Kvalitative metoder «omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale observasjon eller skriftlig kildemateriale» (Malterud, 2011, s. 26). I denne oppgaven omfatter datamaterialet kun tekst.

#### **2.1.1 Hvorfor kvalitativ forskning?**

Grunnlaget for valg av en kvalitativ forskningsmetode kan underbygges av to årsaker. For det første er forskningsspørsmålet mitt formulert i ønsket om å avdekke hvilke mål og holdninger som ligger til grunn for både musikkterapeutisk og alminnelig behandling i rusmiddelfeltet. Dette kan man lese som uttrykt gjennom tekst i både forskningslitteratur og statlige dokumenter, og meningen i ordene vil gå tapt om dette kvantiseres i tall. Det vil i stor grad bli

fokusert på kvalitative data i denne oppgaven, og all data vil bli behandle kvalitativt i prosessen (Kenny & Wheeler, 2005). For det andre ønsker jeg å se på to forskjellige typer dokumenter, henholdsvis forskningslitteratur og offentlige styringsdokumenter. For å trekke ut informasjon av så forskjellige dokumenter må jeg kunne tolke meningsinnholdet

Et helhetlig og holistisk fokus blir også en viktig årsak til valg av en kvalitativ tilnærming. Hvordan mål og holdninger for to forskjellige områder kommer til uttrykk i tekst, og hvordan samspillet mellom dem fungerer er komplekst, og består av mange faktorer.

## **2.2 Hermeneutikk**

Fortolkning av datamaterialet og de resultatene jeg kommer frem til er en viktig del av kvalitativ forskning. Jeg vil videre si noe om hermeneutikk.

### **2.2.1 Hva er hermeneutikk?**

Hermeneutikk er fortolkningslære (Kenny & Wheeler, 2005) og har sitt utgangspunkt i fortolkning av religiøse/bibelske tekster (Brewer, 2003; Blaikie, 2004). Med Schleiermacher og Dilthey tok hermeneutikken en vending mot en filosofisk interesse for forståelse (Wernet, 2014), gjennom denne kan vi forklare hvordan vi som mennesker tolker verden rundt oss.

Sentralt i denne fortolkningslæren står tanken om den hermeneutiske sirkelen som et bilde på fortolkning, og innebærer å anse teksten, eller det man fortolker, som både en del av en helhet, og en helhet bestående av deler (Blaikie, 2004). Helheten kan bety å forstå tekstens helhetlige budskap, eller å forstå forfatterens bibliografi eller dens kulturelle og historiske kontekst (Brewer, 2003). Den hermeneutiske sirkelen tar også hensyn til det tidsmessige aspektet i hvordan mennesket undersøker et fenomen (Kenny & Wheeler, 2005). Forståelsen utvikler seg over tid, og slik kan man også argumentere at sirkelen heller bør ta form av en spiral siden hver runde kan føre til en dypere form for forståelse og ikke at man returnerer til utgangspunktet (Kenny, Jahn-Langenberg, & Loewy, 2005). Heidegger (ref i Blaikie, 2004) mente at forståelse ikke bare handler om hvordan mennesket tilegner seg kunnskap om verden, forståelsen er nemlig en essensiell del av hvordan mennesket er i verden og dermed et ontologisk anliggende. «It is not about how we establish knowledge; it is about how human beings exist in the world» (Blaikie, 2004).



### **2.2.2 Hermeneutisk forståelse i min tekst og forutinntatthet**

Konseptet om den hermeneutiske spiralen har hatt innvirkning på min lesing og tolkning av tekstene i datamaterialet. Hva jeg leser og finner relevant i en tekst vil nødvendigvis påvirke hvordan jeg leser den neste teksten, og både søkeprosessen og fordypningen i de utvalgte tekstene har gitt meg et godt bilde av hvordan forskningsfeltet fremstår som helhet, og hvordan tekstene forholder seg til hverandre. Forståelsen av hvordan mine data ser ut som helhet gjør meg i stand til å se hvilke tema som går igjen, hva som kan passe sammen og hvor det er store forskjeller mellom synspunkter og holdninger.

Siden det ikke er mulig å frigjøre seg fra sin egen forforståelse og gi en objektiv fortolkning av materialet blir det viktig for forskeren å tydeliggjøre og selv bli klar over sin egen forforståelse og hvordan dette påvirker prosessene (Kenny, Jahn-Langenberg, & Loewy, 2005; Kenny & Wheeler, 2005; Wernet, 2014). Dette innebærer at min fortolkning og forståelse av datamaterialet i denne oppgaven farges av min historiske og kulturelle bakgrunn. Dermed vil også gjennomføringen av analysen påvirkes av meg som kvalitativ forsker og min teoretiske og ideologiske bakgrunn. Den norske musikkterapien tar utgangspunkt i et humanistisk perspektiv (Ruud, 2008). Jeg er klar over min egen posisjon som musikkterapistudent ved et studiested som tar utgangspunkt i en ressursorientert tilnærming (Rolvjord, 2010) og som har vært i spissen for utviklingen av samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2012). Disse retningene har påvirket mitt standpunkt for praktisering av musikkterapi, og for hvordan jeg leser og fortolker litteraturen i denne teksten.

På grunn av min egen forutinntatthet ble problemstillingen endret underveis i prosjektet. Jeg tok ubevisst utgangspunkt i hvordan de statlige bestemmelsene påvirker musikkterapi og hvordan musikkterapien kanskje burde endre seg for å passe inn i de rammevilkårene som allerede eksisterer. Etterhvert ble det tydelig for meg at denne tilpassingen i praksis vil være mer gjensidig og at også statlige holdninger er i stadig endring. Dette ble også en lærerrik tankeprosess for meg som fremtidig representant for et musikkterapeutisk fagmiljø, og jeg ønsker ikke at musikkterapi automatisk skal fremstilles som hierarkisk underlegent selv om det fortsatt er i en viktig utviklingsfase.

### **2.3 Hvordan gjennomføre et litteraturstudie?**

### 2.3.1 Hva er en formålet med en litteraturgjennomgang?

En litteraturgjennomgang er på mange måter et omfattende sammendrag av relevante tekster og dokumenter, men skal ikke kun beskrive disse tekstene, men også kritisk vurdere dem og syntetisere, eller forene og sammenfatte dem (Kiteley & Stogdon, 2014, s. 9). Aveyard (2010) ser på litteraturgjennomgangen som et fullført puslespill med mange biter (s.6), og kan derfor gi et mer helhetlig bilde.

Gjennom en litteraturgjennomgang skal man studere og assimilere allerede kjent kunnskap om feltet for så å tilføre dialogen noe nytt gjennom et nytt ståsted eller en ny synsvinkel (Bloomberg & Volpe, 2008, s. 46). Ved å sammenfatte litteraturen viser forfatteren at hun kjenner feltet godt, og i tillegg viser hun behovet for sin egen studie ved å peke på hva som ikke allerede er gjort (s.47). I både kvantitativ og kvalitativ forskning er studien av relevant litteratur et viktig steg i forskningsprosessen, men et litteraturstudium kan også være en forskningstilnærming i seg selv (Aveyard, 2010). Hensikten med en slik litteraturstudie er altså å undersøke og sammenfatte litteraturen som er skrevet om et spesifikt tema på en måte som ikke er gjennomført tidligere (Hart, 1998, s. 26; Kiteley & Stogdon, 2014, s. 10).

Hensikten med en studie som har litteraturgjennomgang som metode kan være å:

- consolidate understanding
- bring together findings from multiple sources
- map out the terrain of evidence in relation to a given issue
- highlight what is most convincing in the literature that has been published to date.

This in turn can serve a number of purposes, including:

- policy and practice development based on research evidence
- future research planning and development
- comparative understandings (Kiteley & Stogdon, 2014, s. 10).

### 2.2.2 Hva slags litteraturgjennomgang?

Ifølge Kiteley & Stogdon (2014, s. 11) er det vanlig å finne to former for litteraturstudier innenfor forskningslitteraturen, nemlig narrativ og systematisk litteraturgjennomgang. Den narrative litteraturgjennomgangen er svært vanlig, men anses å være mindre strengt, mindre

rigid og mer fleksibel enn en systematisk gjennomgang (Kiteley & Stogdon, 2014). Som forskningsmetode går dette på bekostning av reliabilitet og validitet fordi det ikke nødvendigvis er oppgitt hvordan man kom frem til resultatet, eller hvilke steg forskningsprosessen besto av. Den systematiske litteraturgjennomgangen stiller derimot strenge krav til grad av åpenhet og transparens i de forskjellige trinnene i forskningsprosessen. Eksempler kan være hvilke inklusjons- eller eksklusjonskriterier som ble tatt i bruk, eller hvilken søkestrategi som ble anvendt. Et slikt gjennomgang bør også omfatte all relevant litteratur innen feltet (Kiteley & Stogdon, 2014).

Systematisk review er vurdert til å frembringe best mulig forskningsresultater, og er standard for gjennomgang av litteratur og forskning på et høyt nivå. Et systematisk review er en omfattende arbeidsprosess ofte gjennomført av team av forskere (Kiteley & Stogdon, 2014), og en slik tilnærming blir for omstendig for dette masterarbeidet. En gjennomgang av litteraturen kan også gjøres på en tilnærmet systematisk måte selv om den ikke oppfyller alle kravene til en systematisk litteraturgjennomgang slik Cochrane Collaboration definerer det (Aveyard, 2010, s. 15). Den utføres dermed med ikke fullt så strenge rammer, men på en systematisk måte.

## **2.3 Søk og avgrensning**

### **2.3.1 Ulike typer litteratur**

For å besvare forskningsspørsmålet vil altså datamaterialet for denne oppgaven være publiserte artikler, bøker, masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger innenfor temaet musikkterapi og rus(omsorg). For å finne ut av hvordan musikkterapi kan spille en viktig rolle innenfor offentlig rusbehandling må jeg også inkludere retningslinjer fra helsedirektoratet, stortingsmeldinger og offentlige rapporter som omtaler rusbehandling i Norge. Slike tekster omtales ofte som *grå litteratur* («grey literature») (Kiteley & Stogdon, 2014, s. 7).

Hovedforskjellen mellom denne litteraturen og publisert forskningslitteratur er at grå litteratur ikke har gjennomgått de samme kvalitetskontrollene, for eksempel fagfellevurdering, og kan derfor ikke anses som like reliabel og valid som annen forskning.

### **2.3.2 Sekundær data**

Sekundær data er data som allerede eksisterer, og som forskeren kun må samle sammen og analysere (O'Leary, 2010, p. 243). Denne arbeidsmåten kan spare tid og ressurser som en eventuell intervjuundersøkelse ville krevd, men det er flere sider ved arbeidsmåten som kan kritiseres: Den øker avstanden mellom forskeren og feltet(?), og de dataene som tas i bruk har blitt laget med andre hensikter enn den de nå blir brukt til. Det vil også være vanskelig å identifisere eventuelle metodiske feil og bias som forfatterne har hatt med seg i prosessen (O'Leary, 2010). Det vil være viktig å vurdere data som blir brukt opp mot reliabilitet, troverdighet og hvor sikker kunnskap tekstene kan gi.

### **2.3.3 Søk i databaser og avgrensing av søk**

I denne teksten presenteres litteratur om musikkterapi og rusmiddelomsorg fra år 2000 til 2014. Denne avgrensningen er basert på hvor relevante tekstene var, og for å gi en overkommelig rammebetingelse. Til litteratursøket ble databasen ved UiB, Oria (Bibsys), tatt i bruk. Andre aktuelle databaser, som RILM, PubMed (Medline), PsykINFO, ble også anvendt, og Google Scholar ble brukt for å supplere søket.

Da prosjektet startet skrev jeg på engelsk, så søkeordene var som følger: Substance abuse + music therapy, music therapy + misuse of drugs, music therapy + drug abuse, addiction og ulike kombinasjoner av disse. Søket i norsk litteratur var basert på de tekstene og forfatterne jeg hadde kjennskap til gjennom pensum ved utdanningsforløpet, forelesninger og gjennom å lese litteratur som omhandlet feltet eller overlappende felt. I tillegg har jeg interessert meg for rusmiddelfeltet en god stund, og hadde i utgangspunktet god oversikt over litteraturen. Det som i midlertid har vært mest nyttig for å finne all relevant litteratur har vært gjennomgang av litteraturlistene hos de tekstene som allerede var tatt i bruk. Gjennom disse har jeg funnet nye tekster hvor jeg igjen har gjennomgått litteraturlistene. I tillegg gjennomførte jeg et kort søk etter norskspråklige tekster for å være sikker på at jeg hadde dekket det viktigste. Jeg brukte søkeordene: musikkterapi + rus, musikkterapi + rusomsorg og musikkterapi + rusmiddelavhengighet. Bloomberg og Volpe (2008) beskriver at søket kan avsluttes når man stadig kommer frem til de samme kildene (s. 49), og dette kom også tydelig frem i min prosess. Man kan imidlertid aldri være sikker på at man har funnet alt, men søkeprosessen ble avrundet da jeg begynte å finne de samme referansene om igjen.

### 2.3.4 Organisering av søk og analyse

Alle tekstene som kunne være relevant ble, enten gjennom bruk av abstractet eller lesing av hele teksten, gjennomgått og satt inn i en tabell som utgjorde arbeidsdokumentet mitt. Denne tabellen var en del av analyseprosessen for dette prosjektet hvor tekstene ble systematisert og kategorisert, og innholdt følgende kategorier:

Forfatter, år, tema, tittel, felt/område, musikkterapietodikk/tilnærming, forskningsmetode, kommentar, resultat/viktige aspekter, relevans for min oppgave.

Disse kategoriene hjalp meg å holde oversikt over materialet, og gjorde det enkelt å gå tilbake for å finne ut hvor jeg hadde lest noe. Det gjorde også at jeg tydelig kunne se tema som gikk igjen, og gå nærmere inn på dette. Arbeidsdokumentet med analysetabellen var mye mer omfattende enn tabellene som presenteres i kapittel 3.0 fordi den inneholdt mer informasjon, og også tanker om sammenhenger og tolkninger om relevans. Også tekster som ikke handlet direkte om rusmiddelproblematikk eller som ikke var om musikkterapi ble plassert i tabellen for å gi meg oversikt.

### 2.3.5 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til hvorvidt det er mulig å komme fram til samme resultat som i en gitt studie om man følger nøyaktig samme metode (Kiteley & Stogdon, 2014, s. 8). I den forstand kan reliabiliteten til denne teksten diskuteres på grunn av de subjektive tolkningene som er brukt. Det er ikke dermed sagt at det samme resultatet ikke vil kunne gjenskapes, men at utvelgelsesprosessen har vært gjort på et subjektivt grunnlag, og at det dermed er mulig å fokusere på andre tema i de samme dokumentene.

Angående kriterier for inklusjon og eksklusjon ble alle tekster som omhandlet norsk musikkterapi inkludert. Internasjonal musikkterapilitteratur og annen relatert forskningslitteratur som kunne supplere temaer og kategorier som ble fremtredende i gjennomgangen av tekstene fra norsk kontekst ble også inkludert og gjennomgått.

Når det gjelder datamaterialets reliabilitet er disse nokså sikre kilder. Retningslinjene fra Helsedirektoratet, SIRUS og stortingsmeldingene baserer seg på den nyeste forskningen på feltet selv om fokuset for disse tekstene delvis kan være farget av hvilket politisk budskap de ønsker å fremme. SIRUS er et uavhengig forskningsinstitutt som er underlagt Helse- og Omsorgsdepartementet, og jeg beskriver disse kildene innledningsvis i kapittel 4.1.

Det blir lagt en del vekt på tidligere masteroppgaver i denne teksten, og dette kan ses på som problematisk. Det er ikke nødvendigvis god forskningsmessig kvalitet på disse, og de tar ofte for seg mindre datamateriale enn en større studie ville gjort. Samtidig er alle oppgavene blitt publisert, og dermed godkjent av universitet eller høyskoler, og det at det er lite informasjon å finne på feltet gjør at jeg ser behov for å bruke den informasjonen som finnes fra Norsk kontekst. Det viser seg også at alle masteroppgavene har lagt stor vekt på brukernes opplevelser, noe som kan kritiseres ved å si at feltet trenger en systematisk undersøkelse av disse temaene, men som samtidig understøtter en økende fokusering på brukerinvolvering i helsevesenet.

### **2.3.6 Analyse av datamaterialet**

Jeg vil her si noe om hvordan jeg gikk frem for å analysere datamaterialet. Fremfor å følge faste prosedyrer er kvalitativ forskning en fremtredende prosess som blir til underveis (Bruscia, 2005c), og en analyseprosess innebærer en dekonstruksjon. Perspektivet beveger seg fra det helhetlige bildet og ned til bestanddeler for deretter se nærmere på delene og hvordan de forholder seg til hverandre. Analysen vil også bestå av identifisering av tema og tolkningsprosessen kan være kreativ (Pierce, 2008, s. 177). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en forenklet tilnærming til gjennomarbeiding av datamaterialet, presentert i Aveyard (2010, s. 128), men vil supplere med annen metodelitteratur om analyse.

Første trinn bestod av å organisere og oppsummere materialet mitt . Det første trinnet innebærer å organisere datamaterialet, vurdere gyldighet og klassifisere (Pierce, 2008 s.178). Dette trinnet innebærer også en reduksjon siden litteratur som ikke viser seg å være relevant ble ekskludert. Som beskrevet i 2.3.4 laget jeg en tabell som viser denne organiseringen. Ved hjelp av denne fikk jeg oversikt over feltet og det ble tydeligere for meg hvilken litteratur som ville være relevant å gå mer inn i. Litteraturen ble organisert i to tabeller, en for musikkterapilitteratur og en for de offentlige, politiske dokumentene og litteraturen ble klassifisert.

I det neste trinnet gikk jeg mer i dybden på de tekstene som var relevant for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Jeg mener at prosessen på mange måter kan kalles en tematisk analyse, som betyr å kode eller markere utdrag av tekst som bidrar til fremtredende tema (Thematic Analysis, 2007). Utgangspunktet for disse fremtredende temaene var søken etter informasjon som kunne anvendes opp mot forskningsspørsmålet (Aveyard, 2010; Lapadat, 2010)

Ifølge Bruscia (Bruscia, 2005b, s. 183) kan man anvende forskjellige former for koding. Det mest nærliggende for denne oppgaven var anvendelsen av «interpretive code», hvor jeg markerte og kodet med bakgrunn i tidligere kjennskap til litteraturen og antagelser om hvordan det kunne relateres til tenkte teamer. Analysen var i stor grad også en hermeneutisk prosess siden oppbyggingen av temaer og ny informasjon influerte hvordan datamaterialet ble videre undersøkt. Kodingen førte frem til opprettelsen av temaer/kategorier (Aveyard, 2010).

Neste steg besto av å se om kodene og temaene passet sammen, og å flytte om på de seksjonene som ikke passet inn, eller som bedre kunne brukes i andre passasjer. Noen tema ble også tatt ut av dokumentet fordi det var for få kilder til påstanden, eller det ble tolket som mindre viktig enn andre tema.

Som del av veien mot å besvare forskningsspørsmålet vil jeg i de neste kapitlene vil jeg presentere temaene som ble tydelig gjennom analysen. Resultatene kan sies å være en syntese av tilgjengelig informasjon og forskning om akkurat dette temaet (Aveyard, 2010).

### **3.0 Resultat av søkeprosessen**

Tabellene som kommer under er blitt laget i etterkant av det første kategoriseringsarbeidet, og representerer ikke den første analyseprosessen. Det må understrekes at den første tabellen kun er en oversikt over resultatet av søket, og ikke en oversikt over hva jeg har inkludert i min tekst. Det er likevel interessant å se på søkeresultatet som helhet, og jeg velger derfor å ha med denne tabellen slik at andre kan danne seg et bilde av feltet.

#### **3.1.1 Kategorisering av litteraturtyper**

Wallace and Wray (referert i Aveyard, 2010, s. 44) beskriver en forholdsvis enkel kategorisering av litteratur:

1. Teoretisk litteratur
2. Forskningslitteratur
3. Praksislitteratur
4. Veiledende politisk litteratur (Policy)

Jeg har valgt å bruke disse kategoriene i tabelloversikten fordi det gir en god beskrivelse av hva slags type litteratur som finnes på rusmiddelfeltet.

### 3.1.2 Resultat av søk på musikkterapi i rusmiddelfeltet:

Forfatter	År	Type tekst
Soshensky	2001	Praksislitteratur
Gallagher & Steele	2002	Praksislitteratur
Horesh	2002	Praksislitteratur
Doak	2003	Forskningslitteratur
Erkkilä	2003	Forskningslitteratur
Silverman	2003	Forskningslitteratur
Winkleman	2003	Praksislitteratur
Ghetti	2004	Teoretisk litteratur/praksislitteratur
Punkanen	2004	Teoretisk litteratur/praksislitteratur
Dijkstra & Hakvoort	2004	Praksislitteratur
Cevasco, Kennedy & Generally	2005	Forskningslitteratur
Hedigan	2005	Praksislitteratur
Jones	2005	Forskningslitteratur
Horesh	2006	Praksislitteratur
Baker, Gleadhill & Dingle	2007	Forskningslitteratur
Horesh	2007	Forskningslitteratur/praksislitteratur
Hovestøl	2007	Forskningslitteratur
Punkanen	2007	Praksislitteratur
Dingle, Gleadhill & Baker	2008	Forskningslitteratur
Ross et.al.	2008	Forskningslitteratur
Mays, Clark & Gordon	2008	Forskningslitteratur
Silverman	2009a	Forskningslitteratur
Silverman	2009b	Forskningslitteratur
Aldridge & Falckner	2010	Praksislitteratur
Silverman	2010a	Forskningslitteratur
Silverman	2010b	Forskningslitteratur
Albornoz	2011	Forskningslitteratur
Borling	2011	Praksislitteratur
McFerran	2011	Praksislitteratur
Punkanen & Ala-Ruona	2011	Praksislitteratur
Saarikallio	2011	Forskningslitteratur
Silverman	2011	Forskningslitteratur
Haugen	2011	Forskningslitteratur
Overå	2012	Forskningslitteratur
Dickerson et. al.	2012	Forskningslitteratur



<b>Silverman</b>	2012	Forskningsslitteratur
<b>Gardstrom &amp; Diestelka</b>	2013	Forskningsslitteratur
<b>Kristiansen</b>	2013	Forskningsslitteratur
<b>Overå</b>	2013	Forskningsslitteratur
<b>Rødland</b>	2013	Forskningsslitteratur
<b>Hwang &amp; Oh</b>	2013	Forskningsslitteratur
<b>Kiellan, Stige &amp; Trondalen</b>	2013	Praksislitteratur?

Etter søkeprosessen er det totalt 43 tekster som handler om musikkterapi i en rusmiddelkontekst, og som var skrevet på engelsk eller norsk. Denne tabellen har dannet grunnlaget for hva jeg valgte å fokusere på, og hva som informerte forskningsspørsmålet mitt.

Så kommer en oversikt over andre tekster som har tilknytning til tema. Dette er tekster som er viktige for å beskrive feltet, men som ikke direkte handler om rusmiddelproblemer, eller som ikke er tilknyttet musikkterapi. Samme søkeprosess gjelder for disse som i den første tabellen.

### 3.1.3 Inkludert litteratur fra nærliggende felt:

Forfatter	År	Type tekst	Felt
<b>Fazel et.al.</b>	2006	Forskningsslitteratur	Rusmiddelbruk i fengsel
<b>Mortensen</b>	2006	Forskningsslitteratur	Masteroppgave i musikkterapi
<b>Nilsen</b>	2007	Forskningsslitteratur	Masteroppgave i musikkterapi
<b>Tuastad &amp; Finsås</b>	2008	Forskningsslitteratur	Musikkterapi i fengsel (MIFF)
<b>Berge &amp; Repål</b>	2008	Praksislitteratur	Håndbok i kognitiv terapi
<b>Moen</b>	2008	Forskningsslitteratur	Rusreformen
<b>Solli</b>	2009	Praksislitteratur	Musikkterapi & psykisk helsevern
<b>Skretting &amp; Rosenqvist</b>	2010	Veiledende politisk litteratur/praksislitteratur	SIRUS
<b>Skeie et.al.</b>	2011	Forskningsslitteratur	Medisin
<b>Mössler et. al</b>	2011	Forskningsslitteratur	Cochrane review på musikkterapi
<b>Eriksen</b>	2012	Forskningsslitteratur	Masteroppgave i musikkterapi
<b>Krüger</b>	2012	Forskningsslitteratur	Musikkterapi i barnevernet
<b>Solli</b>	2012		Musikkterapi & psykisk helsevern. Recovery!
<b>Lossius</b>	2012	Praksislitteratur	Håndbok i rusbehandling
<b>Gold et.al.</b>	2013	Forskningsslitteratur	Musikkterapi i psykisk helsevern
<b>Solli, Rolvsjord &amp; Borg</b>	2013	Forskningsslitteratur	Psykisk helsevern og recovery
<b>Solli</b>	2014	Forskningsslitteratur	Psykisk helsevern og recovery

Etter søk i Helsedirektoratet sine sider, avgrenset fra 2000-2014 og en gjennomgang av rapporter på Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS), avgrenset fra 2010-2014 på grunn av den store mengden av rapporter, kom jeg fram til at disse kan være relevante for min studie. Alle tekstene går under kategorien *veiledende politisk litteratur* [min oversettelse] (Aveyard, 2010, s. 44).

### 3.1.4 Inkluderte styringsdokumenter:

Tittel	År	Nummer/Utgitt av
<b>Opptrappingsplan for rusfeltet</b>	Udatert	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Stortingsmld. 48 Kulturpolitikk fram mot 2014</b>	2003	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Rusreformen – Pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten (rundskriv)</b>	2004	Helsedepartementet
<b>Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence</b>	2009	WHO – World Health Organization
<b>Nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet</b>	2010	IS-1701/ Helsedirektoratet
<b>Hva er misbruk? Betegnelser, begreper, omfang.</b>	2010	SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning
<b>Nasjonale retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene fram til barnet når skolealder</b>	2011	IS-1876/ Helsedirektoratet
<b>Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken</b>	2011	SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning
<b>Stortingsmld. 30 Se meg – En helhetlig rusmiddelpolitikk</b>	2012	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Stortingsmld. 10 God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten</b>	2012	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser</b>	2012	IS-1948/ Helsedirektoratet
<b>Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser</b>	2013	IS-1957/ Helsedirektoratet

## 4.0 Presentasjon av politiske dokumenter

### 4.1 Tre forskjellige kildetyper

I kapittel fire vil jeg ta for meg data som er med på å forme de statlige anbefalingene av behandlingen i rusmiddelfeltet, og dataene er hentet fra tre forskjellige teksttyper med tre ulike formål. De tre typene er nasjonale retningslinjer, stortingsmeldinger (eller meldinger til Stortinget) og rapporter fra SIRUS.

Helsedirektoratet utformer nasjonale retningslinjer for å ivareta befolkningens rett til lik behandling i møtet med helsevesenet og de har politisk innflytelse på hvordan helsevesenets tjenester skal utføres. Disse retningslinjene er likevel ikke lovpålagt, og fungerer dermed mer som en veileder og en norm. De nasjonale retningslinjene er utarbeidet for personer som skal jobbe spesifikt med denne gruppen mennesker (Helsedirektoratet, 2012, s. 16), og skal i hovedsak fungere som en veileder. Dokumentene skal bestå av oppdatert forskning på hvilken behandling som fungerer best, og fungerer dermed som en guide over kvalitetssikrede behandlingsformer. «Retningslinjen er et resultat av vurderinger av relevant kunnskap fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune og spesialisthelsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2012). Dermed er disse dokumentene med på å bestemme hva slags behandling befolkningen skal motta fra helsevesenet.

SIRUS, eller Statens Institutt for Rusmiddelforskning, er et uavhengig forskningsinstitutt som er underlagt Helse- og Omsorgsdepartementet, og med det formål å: «...utføre forskning, dokumentasjon og formidling omkring rusmiddelspørsmål, med særleg vekt på samfunnsvitskaplege problemstillingar» (SIRUS, Udatert). Deres fokusområder er alkohol-, narkotika- og tobakksforskning, og de har publisert svært mange rapporter som kan leses og lastes ned av alle. I en rapport (Amundsen, 2010) beskriver SIRUS sin forskning som epidemiologisk, noe som vil si at de er opptatt av årsakssammenhenger og at de ønsker å «beskrive forekomst og forløp av sykelige tilstander og faktorer som påvirker helse i en befolkning» (Store medisinske leksikon, 2009).

Stortingsmeldinger blir tatt i bruk av regjeringen når de vil fremme nye forslag, eller når de vil trekke gamle lovforslag (Regjeringen.no, Udatert). Meldingene er en måte for regjeringen å komme med forslag til nye politiske vedtak på, og er dermed ikke direkte regulerende. Likevel er de ofte grunnlaget for kommende politiske vedtak, noe som kan fortelle oss om politiske holdninger til et spesifikt tema.

## **4.1 Hvem har ansvaret?**

### **4.1.1 Rusreformens innvirkning**

Rusreformen trådte i kraft i 2004. Gjennom denne fikk personer med rusmiddelavhengighet pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter på grunn av at de gikk fra å ha status som klienter hos sosialtjenesten til å bli pasienter hos spesialisthelsetjenesten (Meld.St.30(2011-2012), 2012; Haga, 2010; Lundberg, 2012; Skretting & Storvoll, 2011). Det fylkeskommunale ansvaret for all behandling av rusmiddelavhengige ble overført til staten ved de regionale helseforetakene. Tjenesten ble underlagt spesialisthelsetjenestene via spesialisthelsetjenesteloven(ref.), fikk betegnelsen TSB – Tverrfaglig Spesialisert Behandling, og innebærer både sosialfaglig og helsefaglig innhold (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, ss. 16, 20-22).

På samme tid er det hver enkelt kommune som har ansvar for sine innbyggers helsetilstand. Ved innføringen av Folkehelseloven av 2012 ble nemlig ansvaret for befolkningens helsetilstand overført til den enkelte kommune, og det er i kommunen de sosiale tjenestene forvaltes. Det er kommunen som skal skal «definere folkehelseutfordringer og sette inn tiltak» ved behov (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 126). Det vil si at kommunene har ansvar for den enkelte så fremt personens tilstand ikke blir forverret og krever spesialkompetanse, og dermed må henvises videre. Både sosialtjenesten og helsetjenesten, det vil si leger, kan henvise til TSB slik at det er større sannsynlighet for at pasienten blir sett (Skretting, 2011c).

I tillegg til ansvarsfordeling mellom kommune og regionale helseforetak er det også en ansvarsfordeling mellom psykisk helsevern og TSB. Denne fordelingen kan være komplisert, og varierer etter hvilke lidelser som er mest alvorlig for personen ved henvisning.

Ansvarsfordeling mellom psykisk helsevern og TSB:

Ansvar	Psykisk helsevern	Psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert behandling	Tverrfaglig spesialisert behandling
Psykisk lidelse	Alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse
Ruslidelse	Alvorlig ruslidelse og mindre alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig ruslidelse	Alvorlig ruslidelse

(Helsedirektoratet, 2012, s. 74)

For mer om dette, se kapittel 2.2 *Milepæler i rusmiddelpolitikken* i Stortingsmelding 30 (2011-2012)(2012) og *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet* (Skretting, 2011c).

#### 4.1.2 Skadereduksjon

Skadereduksjon handler om å redusere skadene av rusmisbruket for både personen det gjelder og samfunnet for øvrig uten at målet er å redusere rusmiddelbruken (Skretting, 2011b).

Begrepet er dessverre ikke fullstendig avgrenset, og det kan for eksempel diskuteres om substitusjonsbehandling er skadereduserende eller rehabiliterende. Skretting (2011b) beskriver at ideen om skadereduksjon har eksistert i lang tid i forbindelse med alkoholisme, men noe kortere tid for narkotikamisbrukere. Hun mener det kan forklares med at det tradisjonelt var eldre, litt slitne menn som ble avhengig av alkohol, mens det ofte var unge mennesker som ble avhengig av illegale rusmidler, og at det dermed var noe vanskeligere å godta at de ikke kunne «kureres». Nå er det derimot blitt flere skadereduserende tiltak rettet mot narkotikabrukere, slik som lavterskel helsetilbud, matservering og i senere tid sprøyterom.

#### 4.1.3 ROP-lidelser

Det er påvist høy forekomst av ruslidelser hos pasienter i behandling innen psykisk helsevern, og hos innsatte i fengsel, og det er påvist høy forekomst av psykiske lidelser hos pasienter i TSB (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg mener ansatte ved ulike sosialkontor at gruppen med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser er en svært krevende gruppe å hjelpe (Helsedirektoratet, 2012, s. 29). Dette kan i verste fall føre til at det kompliserte sykdomsbildet gjør det vanskelig for hjelpeapparatet å tilby riktig tjeneste. I retningslinjene for ROP-lidelser er det dermed utviklet noen punkter som er særlig viktig i behandlingen av denne pasientgruppen:

- Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende (Helsedirektoratet, 2012, s. 4).

#### **Kommunenes ansvar for ROP-lidelser omfatter blant annet**

- kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer
- ruskartlegging og psykososial oppfølging
- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig
- sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- arbeid med individuell plan
- generell oppfølging og veiledning
- henvisning til behandling

(Helsedirektoratet, 2012, s. 75)

#### **Relevante aktører og samarbeidspartnere er**

- legevakt
- fastleger, hjemmetjenester, øvrig primærhelsetjeneste
- psykisk helsearbeid og rusenheter i kommunen
- ansatte i bolig
- NAV
- Politi
- kriminalomsorgen/helsetjenesten i fengsel

(Helsedirektoratet, 2012, s. 76)

Mange av disse punktene vil være direkte knyttet til en eventuell musikkterapistilling, enten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

## **4.2 Psykososiale behandlingstiltak**

De nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet har som mål å beskrive hvordan utredning, behandling og oppfølging bør foregå innen de forskjellige feltene (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2013). Som nevnt innledningsvis er retningslinjene kun en guide og en rettesnor, men siden de er skrevet med grunnlag i den nyeste evidensbaserte forskningen er de også en god og trygg kilde å rette seg etter.

### **4.2.1 Mangel på dokumentasjon**

Det etterlyses mer dokumentasjon på behandling av personer med sammensatte lidelser. På grunn av mangelfull kunnskap om de mer komplekse sammensetningene av diagnoser som ROP-lidelser ofte innebærer, tar behandlingen gjerne utgangspunkt i anbefalinger for den enkelte psykiske lidelsen eller ruslidelsen (Helsedirektoratet, 2012). Dette er ikke nødvendigvis den beste behandlingen for de med sammensatte lidelser, men vi ser imidlertid noen viktige faktorer som kan, og bør følges. Psykososiale behandlingstiltak er avhengige av en god terapeutisk relasjon, og det er bevist at dette er særlig viktig for utfallet av behandling. Spesielt trenger mennesker med ROP-lidelser langvarige relasjoner, ekthet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati hos behandler, og dette anses som viktigere enn hvilken type behandling som blir anvendt (Helsedirektoratet, 2012, ss. 58-59). Særlig den langvarige terapeutiske relasjonen blir vektlagt.

### **4.2.2 Psykososiale tiltak i retningslinjene for ROP-lidelser**

Spesifikke psykososiale behandlingstiltak deles inn i tre kategorier:

1. Tiltak som fokuserer på organiseringen av behandlingen
2. Psykoterapeutiske behandlinger
3. Sosialrettede oppfølgingstiltak

#### *1 Tiltak som fokuserer på organiseringen av behandlingen*

Integrert behandling vil være svært fordelaktig for mennesker med samtidige lidelser, og innebærer at man tar hensyn til at pasienten har flere lidelser og at disse skal behandles samtidig. Om det lar seg gjøre skal all behandling foreligge fra samme behandlingssted/behandlingsteam, slik at behandlingen fremstår som så samlet som mulig. Integrert behandling kan også bety at de ulike behandlingseenhetene er samkjørte og tar felles beslutninger slik at all behandling fremstår som helhetlig. Behandlingen bør også være

forankret i Individuell Plan (IP). IP er et lovpålagt verktøy som skal sikre at brukeren deltar i beslutningstaking, og at behandlinger er helhetlig og gjennomtenkt. Den skal inneholde alt av støtte og tiltak fra NAV, psykisk helsevern, TSB, fastlege og andre instanser. Det bør i tillegg til dette foreligge mulighet for oppfølging gjennom et oppsøkende behandlingsteam eller gjennom døgntil behandling slik at pasienten nås via den kontakten som passer best for den enkelte. Kjønnsspesifikk behandling bør også vurderes siden mange av kvinnene kan ha opplevd overgrep og siden kvinner og menn i mange tilfeller kan ha behov for ulike behandlingstiltak.

## *2 Psykoterapeutiske behandlinger*

Det anbefales å bruke motiverende samtalemetoder/intervju, og da særlig i kombinasjon med kognitiv terapi. Også stadiebasert behandling har gitt gode resultater. Dette baseres på at man først etablerer god kontakt før man velger en metode som passer pasientens motivasjon. Senere ligger fokuset på å hindre tilbakefall og å planlegge fremover. I tillegg til de overnevnte metodene nevnes læringsbaserte tiltak og psykoedukative tiltak som mulige tiltak som kan vurderes å ta i bruk. Det blir påpekt at arbeid med motivasjon er «en sentral del av behandling av ROP-pasienter» (Helsedirektoratet, 2012, s. 62).

## 3 Sosialrettede oppfølgingstiltak

Sosialrettede oppfølgingstiltak skal sette fokus på trening av sosiale ferdigheter, noe som gjøres gjennom for eksempel støttetiltak i nærmiljøet, fysisk aktivitet og ernæring og forebygging av tilbakefall. I tillegg kan pasienter som ikke har mulighet til å bli rusfri få hjelp til skadereduserende tiltak, som vil si at man hindrer negative konsekvenser av rusmiddelbruken så godt det lar seg gjøre. Målet er at pasienten skal oppnå best mulig livskvalitet. Det er også behov for rusfrie arenaer i behandling for ROP-lidelser slik at man får muligheten til å diagnostisere korrekt og slik at symptomer kan reduseres så mye som mulig (Helsedirektoratet, 2012).

## **4.3 LAR-behandling**

### **4.3.1 Mål for LAR-behandling**

I mange land, også det norske helsevesenet, blir mange mennesker som lever med en sterk avhengighet av opioider behandlet med et syntetisk farmasøytikum som metadon eller



varianter av dette (Skeie, et al., 2011), såkalt LAR-behandling (Legemiddelassistert rehabilitering). Dette er den mest vanlige behandlingen av avhengighet av opioder i store deler av verden (WHO, 2009). Behandlingens mål er å redusere, eller avslutte pasientens avhengighet til stoffer som heroin og morfin. Behandlingens sosiopolitiske mål er å hjelpe mennesker med avhengighet bort fra situasjoner som hjemløshet og kriminelle miljø ved å tilby daglige doser medisin under kontrollerte og lovlige omstendigheter slik at man kan leve et mest mulig normalt liv. Ved siden av den medisinske behandlingen er, ifølge Helsedirektoratet, den sosiale støtten og veiledningen viktig, slik som hjelp fokusert mot arbeidstrening, og terapi som fokuserer på mestring av vanskelige situasjoner (Helsedirektoratet, 2012). Likevel er LAR-tilbudet omdiskutert på grunn av mangel på medbestemmelse og mangel på tiltak utenom medisiner. Særlig er rehabiliteringsdelen av LAR-tilbudet ofte etterlyst.

#### **4.3.2 Individuell Plan (IP) og holdninger til LAR**

I retningslinjene for LAR-behandling (Helsedirektoratet, 2010) er hovedfokuset på den medisinske behandlingen og den sikkerhetsmessige delen av tilbudet. Man skal være sikker på at medikamentet blir brukt av pasienten selv, og må dermed ha rutiner som sikrer dette. Det uttrykkes at «LAR er en langvarig, ofte livslang, prosess» (Helsedirektoratet, 2010, s. 74), og mange instanser skal være involvert i forløpet. Individuell plan (IP) er her et viktig verktøy for å samkjøre behandlingen fra alle involverte instanser og oppnå en helhetlig behandling. Mens det i retningslinjene for ROP-behandling står at IP er «lovpålagt...[og]... skal alltid utarbeides sammen med brukeren» (Helsedirektoratet, 2012, s. 60), står det i retningslinjene for LAR-behandling at IP er frivillig, men at man er pliktig til å informere om retten til å få utarbeidet en plan. Ordlyden gir to forskjellige inntrykk, selv om begge kan forsvares i Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) og i Forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Individuell plan skal, i tillegg til å inneholde somatiske tiltak, omhandle psykososiale tiltak. I retningslinjene for gravide under LAR-behandling (Helsedirektoratet, 2011) er det, slik som i overnevnte retningslinje for LAR-behandling, lite fokus på psykoterapeutisk behandling. Det fokuseres derimot mye på støtteapparatet rundt kvinnen og familien for å legge til rette for at barnet skal vokse opp i gode vilkår. Også her er IP nevnt, og det anbefales at kvinnen får ha kontakt/samtale med en person hun har tillit til, det være en psykolog eller andre personer med tilknytning til DPS.

Jeg opplever at holdningene og ordlyden i retningslinjen for gravide i LAR-behandling er mer positiv og gir mer respekt for menneskene i behandling enn mange av de andre tekstene.

## 4.4 Retningslinjer og anbefalinger av psykososiale behandlinger

### 4.4.1 Psykososiale behandlingsmetoder i retningslinjene

Helt konkret sier retningslinjene overraskende lite om hvilken psykososial behandling som bør gis for mennesker med rusproblematikk og psykiske lidelser, og spesielt lite når det handler om LAR-pasienter. Tabellen under viser en oversikt over de fire retningslinjene som blir omtalt i denne teksten:

Tittel	År	Hvilke psykososiale behandlingsmetoder nevnes?
Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet	2010	Ingen spesifikk behandling nevnes, men det uttrykkes at LAR-behandling helst bør kombineres med psykososial støtte.
Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene fram til barnet når skolealder	2011	Ingen spesifikk behandling nevnes. Psykososial støtte i form av samtale nevnes. Viser til cochraneoppsummering om «contingency management» med gode resultater. Kognitiv terapi og motiverende samtale.
Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidesle – ROP-lidelser	2012	Motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi, studiebasert tiltak, læringsbaserte tiltak, psykoedukative tiltak
Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser	2013	Kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk psykoterapi, miljøterapi, kognitiv miljøterapi, kunst- og musikkterapi, gruppeterapi.

#### 4.4.2 Anbefalinger av musikkterapi

Retningslinjen for psykoselidelser har en klar anbefaling av musikkterapi, og graderer musikkterapi som grad A i evidensbasert effektforskning, noe som er den høyeste graderingen (Helsedirektoratet, 2013, s. 70). Denne graderingen gis som resultat av et cochrane-review som viser effekt av musikkterapi med mennesker med psykoselidelser (Mössler, Chen, Heldal, & Gold, 2011).

1a	Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.	A
----	---	---

(Helsedirektoratet, 2013, s. 70)

I tillegg til de overnevnte retningslinjene er musikkterapi anbefalt i de nye retningslinjene for rehabilitering og behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2014) som er sendt inn som høringsutkast, og det er sannsynlig at anbefalingen vil komme med i det endelige utkastet. Ordlyden i anbefalingen lyder foreløpig slik:

Musikkterapi har dokumentert effekt for å redusere symptomer ved psykiske lidelser (Cochrane depresjon, Cochrane schizofrenilignende tilstander). I psykoseretningslinjen får musikkterapi en sterk anbefaling. Sannsynligheten for god effekt også for pasienter med skadelig bruk og rusmiddelavhengighet er stor. Det er lite vitenskapelig dokumentasjon for musikkterapi som en del av rusbehandling, men mange av pasientene innen rusbehandling har psykiske lidelser i tillegg. Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og pasient. Musikk kan skape nye muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk og for å arbeide med sosial angst. Mestringsopplevelser er sentrale i musikkterapien. Behandlingen bør utføres av personer med utdanning innen musikkterapi (Helsedirektoratet, 2014).

#### 4.5 Brukerperspektiv og brukervedvirkning

Brukermedvirkning er et tema som går igjen i svært mange av de nye dokumentene, og blir lagt mer og mer vekt på (Meld.St.30(2011-2012), 2012; Meld.St.11(2014-2015), 2014; (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012). Brukermedvirkning er også lovfestet (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2001; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Innføringen av brukermedvirkning blir sett på som et paradigmeskifte i psykisk helsevern, og hadde sin begynnelse på 1990-tallet (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). Siden den gang har det blitt en sentral del av målsetningene som kan leses i de statlige dokumentene.

#### **4.5.1 Brukermedvirkning i de nasjonale retningslinjene**

Samtlige av de nasjonale retningslinjene som omhandler rusmiddelproblematikk skriver om brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2010; Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2013). Målet er at brukerne aktivt skal være med på å forme og tilrettelegge tjenestene, og ikke kun være en passiv mottaker. Det vil også føre til en kvalitativ bedring av tjenestene siden kvaliteten kan vurderes av de som anvender tjenestene. Brukermedvirkning handler om respekt for den enkeltes erfaringer, og tillit til at individet vet hva som er best for seg selv. Brukermedvirkning kan også bidra til at brukeren «opplever håp og større kontroll over eget liv» (Helsedirektoratet, 2013, s. 22), og kan dermed oppleve «økt myndighet» (Helsedirektoratet, 2012, s. 41).

#### **4.5.2 To anvendelser av begrepet**

Det kan virke som om begrepet brukermedvirkning blir brukt på to forskjellige måter i disse dokumentene. Den første er mer som en mulighet for å gi tilbakemelding på tjenestene og som kvalitetssikring av brukeropplevd kvalitet (Meld.St.10 (2012-2013), 2012), og brukermedvirkning som medbestemmelse (Meld.St.30 (2011-2012), 2012). Den andre måten å forstå begrepet på handler om å ta i bruk pasientens ressurser og om empowerment. En rapport fra Helsedirektoratet (2006) som omhandler brukermedvirkning i psykisk helsevern definerer begrepet som at personen som benytter seg av en tjeneste, eller i noen tilfeller personens pårørende, skal ha reell innflytelse på beslutninger som angår tjenesten (Helsedirektoratet, 2006). Det påpekes også at større mulighet til å påvirke sin egen situasjon vil kunne gi økt selvtillit og motivasjon (Helsedirektoratet, 2006, s. 9). I samme rapport understrekes det at begrepet om brukermedvirkning har sterke røtter i teori om empowerment, og det blir også påpekt i retningslinjene for LAR-behandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 32). Empowerment blir da forstått som en prosess som styrker individets makt og myndighet, og som, gjennom å legge til rette for økt selvtillit og kunnskap, selvstendiggjør personens innflytelse og deltakelse i samfunnet (Helsedirektoratet, 2006, s. 9). Det virker som graden av empowerment-tenkning varierer i de forskjellige dokumentene.

### **4.5.3 Brukermedvirkning i LAR**

Brukermedvirkning er en særlig utfordring i LAR-behandling. Her har pasientgruppen svært lite kontroll og medbestemmelse over det praktiske tilbudet som gjelder dosering og utlevering av legemidler. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidbehandling peker på at nettopp dette gjør at mange i denne gruppen føler seg svært umyndiggjort. Det er paradoksalt at målet for LAR-behandlingen er selvstendigjøring (Helsedirektoratet, 2010, s. 32).

## **4.6 Hvilken rolle har psykoterapeutisk behandling i dokumentene?**

### **4.6.1 Ulikt fokus for ulike grupper**

I forordet i retningslinjen for psykosebehandling er det et uttalt mål at innholdet skal være mer enn symptombehandling, og at den skal gi «en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid» (Helsedirektoratet, 2013, s. 3). Det er derimot ingen spesifikk informasjon om psykososiale behandlingstiltak i retningslinjen for LAR-behandling (Helsedirektoratet, 2010) foruten anerkjennelsen av at pasienter i LAR-behandling bør få støtte i form av psykososial støtte. Det er kun fokus på det medisinske perspektivet, og på sikkerhetstiltak ved utlevering av medikamenter.

Både i Melding til Stortinget 30 (2011-2012) (2012) og i en forskningsrapport om utviklingen av legemiddelassistert behandling (Skretting & Rosenqvist, 2010) uttrykkes det tydelig at «LAR har effekt forutsatt at tilbudet gis helhetlig og med oppfølging av den enkelte» (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 90). Det vil si at all LAR-behandling bør ha fokus på en helhetlig behandling bestående av medisinsk, psykologisk og sosialrettet hjelp og støtte, og at det derfor bør det legges til rette for at rehabiliteringsdelen i LAR blir tatt på alvor. Rapporten fra Skretting og Rosenqvist (2010) viser til at hurtig vekst i substituttbehandling har gjort at den psykososiale delen av behandlingen trolig har blitt skadelidende, og at behandlingen stort sett er en medisinsk rettet behandling. Litteraturen er dermed enig om at psykososiale behandlinger bør være tilgjengelige, men dette blir ikke nødvendigvis innfridd. Spørsmålet er hvorfor den psykososiale komponenten i behandling for rusmiddelavhengighet blir neglisjert, og hva som kan gjøres for å endre dette?

#### **4.6.2 Et statistisk syn på rusmiddelproblematikk**

Det er fremtredende at så mange av dokumentene om rusproblematikk omhandler statistiske analyser av forekomst av rusmiddelbruk og tabeller. Om man ser på rapportene fra SIRUS ser man en klar tendens til at det er fokus på å informere om statistikk og tallbaserte fakta. Dette gjelder også den nasjonale retningslinjen for ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Til sammenlikning har retningslinjen for psykoselidelser én side som omhandler forekomst av psykose (Helsedirektoratet, 2013, s. 140), mens retningslinjen for ROP-lidelser inneholder ni sider om forekomsten av ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012, ss. 25-33). Det kan kanskje forklares ved at ROP-lidelser ofte er svært komplekse, og at det er behov for en nøye gjennomgang av disse. Men det kan også forklares i SIRUS sitt utgangspunkt i epidemiologisk forskning (Amundsen, 2010) hvor målet er å beskrive forekomst og årsakssammenhenger. Om retningslinje for ROP-lidelser tar utgangspunkt i SIRUS sin forskning vil retningslinjen nødvendigvis bli preget av de fokusområdene som SIRUS har, og det er kritikkverdige om dette ikke blir balansert med et mer psykososialt syn på behandling. Overvekten av statistiske beskrivelser, sammen med fraværet av beskrivelser av anvendte psykososiale tiltak, gjør det vanskelig å la være å trekke slutninger om at psykososiale behandlingstiltak ikke er prioritert i like høy grad hos mennesker med rusmiddelproblematikk som hos mennesker med psykiske lidelser.

#### **4.7 Et medisinsk problem?**

##### **4.7.1 Sykdomsbegrepet**

Rise (2011) skriver i en rapport fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning at defineringen av rusmiddelavhengige som syke ikke er et resultat av en nevrofysiologisk eller nevrobiologisk vurdering, men er et sosiopolitisk middel for å gi avhengige status som pasient og dette medfører pasientrettigheter som behandling og omsorg (Rise, 2011, s. 35). Denne definisjonen er dermed en politisk handling som vil ha direkte påvirkning på rusmiddelavhengiges liv, og også påvirke de som skal behandle dem. Definisjonen vil ha innvirkning på kategorisering og organisering av tjenestene mot en mer medisinsk tankegang. Fra tidlig av var sykdomsforklaringen brukt for å forklare alkoholmisbruk. Deretter ble den erstattet av en sosial orientering på 70-tallet som så på de sosiale forutsetningene og klassekillene som lå til grunn for rusmisbruk (Skretting, 2011c, s. 22). Nå er vi igjen i en

periode hvor sykdomsmodellen er gjeldende, og dette kommer frem gjennom organiseringen av behandlingen. Skretting (2011c) viser til at behandling for rusmiddelmisbruk er innlemmet i spesialisthelsetjenesten, og at det satses sterkt på substitusjonsbehandling (Skretting, 2011c, ss. 22-23). Disse to faktorene blir fremtredende med tanke på at det tidligere var fokus på samfunnsmessige problemer, mens det nå ses mer etter biologiske forklaringer enn før. Gjennom den medisinske substitusjonsbehandlingen, også kalt LAR, blir det også nødvendigvis en mer medisinsk synsvinkel når hjelpeapparatet i hovedsak består av medisinerere (Skretting, 2010, s. 30).

#### **4.7.2 Endringer i språket**

Holdningsendringer kan også vise seg i språket. Det har skjedd en dreining fra bruken av ordet rusmisbruker til ordet rusavhengig (Skretting, 2011a), hvilket gjør at rusmiddelbruk går fra å være et overforbruk til å bli en sykdom. Lund og Bretteville-Jensen (2010) utfordrer disse kategoriene og påpeker at man ikke trenger å være enten avhengig eller misbruker. Avhengighet er en fysisk eller mental tilstand som forekommer, men den trenger ikke å bety at personen misbruker det gjeldende rusmidlet (Lund & Bretteville-Jensen, 2010, s. 14). Man kan for eksempel kalles misbruker om man bruker et stoff som LSD, selv om dette stoffet ikke regnes som avhengighetsskapende, og man kan kalle seg «avhengig» av for eksempel kaffe uten at man er en «misbruker». Det vil nødvendigvis være nær tilknytning og overlapp mellom disse to begrepene, men man må være klar over skillet mellom dem (Lund & Bretteville-Jensen, 2010).

Skretting (2010) problematiserer bruken av begreper som blir mye brukt i dette feltet, og understreker at vi må være bevisste på hvordan vi bruker ord og uttrykk. For eksempel har ordet rusmiddelavhengige blitt til rusavhengige, noe som er en språklig avart, og lite presist. Også begrepet «bruker» kan forstås på flere måter, og kan oppleves som ukorrekt. Det kan henseile på både bruker av rusmidler og bruker av tjenester. Kanskje kan man med hell benytte seg av andre begreper, slik som mennesker med rusmiddelproblematikk?

Det skal likevel nevnes at skiftet fra bruken av ordet misbruk til avhengighet nok har hatt rot i et ønske om mindre stigmatisering for personer med rusmiddelproblematikk. Ved å ta i bruk avhengighetsbegrepet gis personen mindre ansvar enn ved bruken av misbruk fordi misbrukbegrepet peker i retning av en selvforskyldt situasjon (Skretting, 2010, s. 31), mens avhengighet peker mot en sykdomsforklaring og gir rett til behandling og hjelp. Skretting

(2010) sitt kapittel, «Behov for språk- og begrepsrøkt», i SIRUS-rapport 4/2010 har en tabelloversikt som viser hvilke begreper som blir ansett som mer korrekte enn andre.

#### **4.7.3 Evidens som rettesnor?**

I tillegg til språket kommer den evidensbaserte behandlingsnormen som direkte avgjør hva slags behandling som skal være gjeldende. Mette Snertingdal (2011) påpeker at det evidensbaserte begrepet kommer direkte fra det medisinske fagfeltet, noe som uten tvil kommer det medisinske fagfeltet til gode, mens fagfelt som musikkterapi kan oppleve at rammene for det evidensbaserte systemet ikke helt passer til sine framgangsmåter. Hun trekker frem at kravet om evidensbasert kunnskap kan føre til: 1) at praktikernes autonomi blir svekket siden det blir vanskelig å velge en type behandling som ikke har garantert effekt, 2) at praktikerne ikke følger eget skjønn, men heller en forventet behandlingsanbefaling, 3) at brukerperspektivet og brukervedvirkning blir neglisjert gjennom at den «sikre kunnskapen» veier tyngre enn brukere og pårørendes opplevelser og ønsker, og 4) at den evidensbaserte forskningen kan bli presset på et fagfelt på grunn av favoritisering fra styresmakter og finansieringskilder (Snertingdal, 2011, s. 46).

Hun påpeker også at den terapeutiske forståelsen av menneskelige prosesser blir skadelidende i denne typen rammeverk når hun uttaler at «...terapeutisk effekt [må] forstås situasjonsbestemt og individuelt. Evidensbasert praksis gir lite rom for en slik forståelse» (Bøe, 2007; Nordtvedt & Grimmen, 2004 referert i Snertingdal, 2011, s. 45). Den evidensbaserte praksisen vil dermed kunne utelukke andre behandlingsformer som ikke passer inn i den evidensbaserte forståelsen av ulike prosesser, og man må være bevisst på hva slags utgangspunkt som ligger til grunn for de ulike dokumentene som er med på å forme praksis.

## **5.0 Presentasjon av musikkterapi i rusmiddelfeltet**

I internasjonal sammenheng har det blitt forsket på bruk av musikkterapi i rusmiddelbehandling i lang tid. Jeg har fokusert på litteratur fra 2000 til 2014, men om man er interessert kan man se nærmere på Silverman (2003) som tar grundig for seg den litteraturen skrevet om dette feltet fram til 2003.



Jeg vil i denne teksten se nærmere på hvordan den norske musikkterapien kan fungere i samspill med rammene til det norske helsevesenet. På grunn av ønsket om å se på musikkterapien i en norsk kontekst og sammen med norske veiledningsdokumenter er det nærliggende å bruke tekster som nettopp handler om den norske konteksten. En kritikk av materialet som blir brukt er at mange av tekstene er masteroppgaver, hvilket ikke kan garantere en god forskningsoppgave, og det vil også være et begrenset forskningsområde på grunn av størrelsen og tidsrammen til en masterprosess. I tillegg har alle oppgavene en kvalitativ tilnærming hvor de intervjuer deltakere. Dette gir et ensformig utvalg av data. Intervjuene ble også utført av den samme musikkterapeuten som hadde ledet musikkterapien, noe som kan ha formet resultatene.

Jeg starter med å peke på at musikkterapiens ulike tilnærminger utvilsomt er kontekstavhengige. Deretter kommer en kort presentasjon av den norske litteraturen om rusmiddelfeltet og MIFF, før jeg presenterer resten av musikkterapilitteraturen i kategorier som er valgt på grunn av at disse temaene er gjennomgående diskutert. For å ha et bedre og sterkere grunnlag å argumentere på trekkes det inn internasjonal litteratur om musikkterapi i rusmiddelfeltet, og annen litteratur om musikkterapi i tilstøtende områder som psykisk helsevern.

## **5.1 Kontekstavhengige tilnærminger**

### **5.1.1 Hvorfor er variasjonene så store?**

På verdensbasis finnes det mange ulike måter å jobbe med musikk og rusavhengighet på, og musikkterapien tilpasser seg etter gjeldene normer ved institusjonene eller ideologiene de tilhører. Dette gjør at vi blant annet ser svært forskjellige måter å tilnærme seg rusmiddelfeltet på.

Det er interessant å se hvor tilpasningsdyktig musikkterapi kan være, og det hadde vært svært interessant å se på hvilke normer som gjelder for helsevesenet i ulike deler av verden og sett i hvor stor grad disse rammevilkårene har hatt å si for utformingen av den enkelte musikkterapitilnærmingen. Jeg har ikke mulighet til å gjøre en så omfattende undersøkelse innenfor rammene av en masteroppgave, men under kommer en beskrivelse av to ulike tilnærminger som er blitt beskrevet som svært vanlige i henholdsvis USA og Finland.

### 5.1.2 Vanlige tilnæringer i USA og Finland

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant musikkterapeuter som jobbet med rusfeltet i USA hvor de ble bedt om å beskrive sin musikkterapeutiske situasjon og praksis (Silverman, 2009a). Ut ifra undersøkelsen oppga flesteparten av musikkterapeutene at de jobbet med grupper og at tekstanalyse var oftest tatt i bruk. Det ble også tydelig at 12-step-modellen var den modellen som oftest var anvendt ved musikkterapeutenes respektive institusjon og dermed også implementert i musikkterapien slik at behandlingen fikk et helhetlig fokus. Silverman (2009a) påpeker at det, på grunn av at 12-step-modellen brukes i så stor grad, burde være nærliggende at musikkterapeuter kjenner til og kan ta i bruk denne modellen. Flere tekster fra USA nevner bruk av 12-step-modellen og CBT (Borling, 2011; Gallagher & Steele, 2002). Spørreundersøkelsen viste i tillegg at tilnæringer som CBT (Cognitive Behavioral Therapy) og det som kalles «dual diagnosis recovery counseling» var andre og tredje mest anvendte tilnærming. Medisinering var den fjerde mest vanlige behandlingen av rusmiddelavhengighet ved de institusjonene som disse musikkterapeutene arbeidet ved.

I Finland ser det ut til at en fysioakustisk tilnærming ofte anvendes i rusfeltet (Punkanen, 2004, 2007; Punkanen & Ala-Ruona, 2011) eller i forbindelse med annen avhengighet slik som spillavhengighet (Erkkilä, 2003). Dette er en avart av vibroakustisk terapi, og denne metoden har mer fokus på det psykoterapeutiske (Punkanen & Ala-Ruona, 2011). Gjennom denne tilnærmingen anvendes det dype vibrasjoner i en spesialdesignet stol som blir styrt av et dataprogram. Dette kombineres med musikklytting og med påfølgende terapeutisk samtale og diskusjon, og er en metode som henvender seg mot emosjonelle, kognitive og sosiale problemer som klienten sliter med. I følge forfatterne gir metoden gode resultater når det gjelder avslapping og stressreduksjon (Erkkilä, 2003), og gjør klientene mer åpne for terapiprosessen (Punkanen M. , 2004).

Vi ser av disse to eksemplene at musikkterapeutiske tilnæringer til samme fagfelt kan utarte seg svært forskjellig. USA og Finland har utviklet seg i forskjellige retninger når det gjelder tilnærming til musikkterapi i rusmiddelfeltet, og vi skal nå se at den norske konteksten er betydelig annerledes enn de to foregående eksemplene.

## **5.2 En norsk tilnærming**

I den norske konteksten virker det som om det er helt andre valg til grunn for tilnærming enn den beskrevet over. Det er foreløpig et svært lite felt, men vi ser at musikkterapipraksisen i rusmiddelfeltet likner på den som ellers finnes i helsevesenet i Norge.

### **5.2.1 Hva finnes av litteratur om musikkterapi i norsk kontekst?**

Musikkterapi med mennesker i rusmiddelfeltet har lenge vært mangelfull i norsk kontekst. Nå er det imidlertid en oppblomstring både når det gjelder praktisering og forskning.

Kompetansenettverket Kultur, Rus og Samhandling (KuRS) ble etablert i 2010 og har som mål å aktivt jobbe med forskning og praksisutvikling av musikkterapi i rusfeltet (Kiellan, Stige, & Trondalen, 2013). Dette har vært medvirkende til at tre masterprosjekter om nettopp dette feltet har blitt til (Eriksen, 2012; Kristiansen, 2013; Overå, 2012). I tillegg er det et pågående forskningsprosjekt, POLYFON, hvor ett av fokusområdene for prosjektet er musikkterapi i rusomsorg (Universitetet i Bergen, 2015). Ved UiB er det, inkludert denne, tre masteroppgaver knyttet til musikkterapi i rusmiddelfeltet som leveres våren 2015.

Det finnes tre masteroppgaver som omhandler musikkterapi i rusmiddelfeltet i direkte sammenheng med TSB (Overå, 2012; Kristiansen, 2013; Rødland, 2013), en masteroppgave med fokus på arbeid med rusmiddelbrukere på kommunalt nivå (Hovestøl, 2007) og en masteroppgave ved et lavterskeltilbud (Haugen, 2011). I tillegg er det er tre oppgaver som omhandler Musikk i Fengsel og Frihet (MIFF) (Mortensen, 2006; Nilsen, 2007; Tuastad & Finsås, 2008), og som også helt klart berører rusmiddelavhengige.

I tillegg har det blitt skrevet om musikkterapi og forebygging både på masternivå (Eriksen, 2012) og doktornivå (Krüger, 2012) som overlapper tydelig med rusfeltet. Eriksens (2012) tekst ble i tillegg skrevet som et samarbeid med KuRS, som nevnt over.

Masteroppgavene og doktorgraden tar utgangspunkt i kvalitative intervjuer.

### **5.2.2 Beskrivelser av praksisplassen**

Alle de fem masteroppgavene som omhandler rusmiddelfeltet har blitt skrevet i tilknytning til en praksisplass om nettopp dette tema, og tar utgangspunkt i kvalitative intervjuer.

Hovestøl (2007) beskriver et musikktilbud på et kommunalt ressurscenter for rusmisbrukere som drives av Rusmiddeletaten i Oslo kommune, og åpnet august 2005. Hun hadde egenpraksis ved senteret i 2006, og senteret er åpent for dem som vil selv om de fleste har tilknytning til rusmiljøer. Flere av deltakerne har tidligere vært med i prosjektet «musikk i fengsel og frihet», og forfatteren anser musikkgruppene ved ressurscenteret som en del av en større økologisk tenkning for denne «brukergruppen».

Haugen (2011) beskriver praksis ved et lavterskeltilbud for rusmiddelbrukere, men beskriver ikke hvordan tilbudet er organisert, altså om det er kommunalt eller drevet av en organisasjon. Hun utførte et fokusgruppeintervju med fem personer som arbeidet ved praksisplassen, og spurte dem hva musikkterapi kan bety for brukerne av tilbudet. Intervjuobjektene var en vernepleier, en frivillig, en miljøarbeider, en musikkterapeut og en person som blir omtalt som «musikkomsorger» (s. 41).

Overå (2012) ledet musikkterapi grupper i TSB på en avgiftningsenhet kalt Sekjson IR (Illegale Rusmidler) som var tilknyttet en avrusningsklinikk på Ahus. Pasientene ved Ahus hadde svært korte opphold og musikkterapien utspiller seg dermed innenfor et svært begrenset tidsrom med innleggelse mellom seks dager til tre uker. Det resulterte i at musikkterapi gruppa hadde ulik sammensetning hver gang. Til tross for dette beskriver mange av pasientene at de har fått noe positivt ut av «musikkgruppa».

Med grunnlag i den overnevnte masteroppgaven har Overå også publisert et hefte hvor hun beskriver sine egne og pasientene sine erfaringer, og hvor hun tar sikte på å inspirere andre til å starte opp musikkterapi tilbud for rusmiddelavhengige (Overå, 2013).

Kristiansen (2013) ledet musikkterapi grupper tilknyttet kort- og langtidsbehandling for alvorlige rusmiddelproblemer og tilleggspromatikk underlagt TSB. Deltakerne var menn fra 16 år og oppover, og to grupper med forskjellig fokus ble dannet. Den første hadde som utgangspunkt å lære å spille gitar. Musikkterapeuten beskriver at de også delte sanger med hverandre og at det ble viktig å sette seg ned og slå av en prat, og «bare være sammen». Den andre gruppen tok utgangspunkt i samspill, og spilte rockelåter. Her avsluttet de siste time med å spille inn en låt som skulle brukes i en musikkvideo ved et annet prosjekt ved behandlingsstedet.

Også Rødland (2013) har, i form av en case-studie, sett på sangskrivning i rusomsorgen, og han spør hvilke aspekter ved sangskrivningen som er betydningsfulle. Gjennom intervju med en

klient som deltok i et prosjekt for sju år siden etterspør han hvilke faktorer som var «mest sentrale og betydningsfulle for deltakeren» (Rødland, 2013, s. 12).

Alle oppgavene ønsker å undersøke hvordan deltakerne i deres praksis opplevde tilbudet, og hvilke aspekter ved musikkterapeutilbudet som var betydningsfulle for dem. Haugen (2011) anvender en annen synsvinkel enn de andre når hun velger å spørre de ansatte om hvordan brukerne av tilbudet opplever musikkterapien, og det kan stilles spørsmål ved om de ansatte er i en posisjon til å besvare dette. Rødland (2013) sitt prosjekt kan også kritiseres ved at det lange tidsforløpet mellom sangprosjektet og intervjuet kan ha mye å si for resultatet av intervjuet.

Om vi ser på de fem masteroppgavene sine analyser av intervjuene finner vi disse kategoriene:

<b>Hovestøl (2007)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mening og sammenheng,</li> <li>2) sosial samhandling og gjensidighet,</li> <li>3) mestring, ansvar og kompetanse,</li> <li>4) vitalitet og kreativitet og</li> <li>5) kontinuitet og tilhørighet (s.68).</li> </ol>
<b>Haugen (2011)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) oppsig i nedsig</li> <li>2) konge i musikken</li> <li>3) vi skal jo bare rocke litt (s.44).</li> </ol>
<b>Overå (2012)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) identitet,</li> <li>2) minner,</li> <li>3) tid,</li> <li>4) terapi,</li> <li>5) inkludering,</li> <li>6) avkobling og</li> <li>7) følelser (s.36).</li> </ol>
<b>Kristiansen (2013)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) motivasjon og mening,</li> <li>2) pusterom,</li> <li>3) mestring,</li> <li>4) musikk, rus og minner og</li> <li>5) musikken i livet (s.30).</li> </ol>
<b>Rødland (2013)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) verdien av den kreative prosessen,</li> <li>2) teknologiens rolle,</li> <li>3) hjelperens rolle,</li> <li>4) stolthet og glede,</li> <li>5) høydepunktsopplevelser,</li> <li>6) identitetsbygging og</li> <li>7) CD'ens verdi (s.20).</li> </ol>

Det er ikke alle kategoriene som gjør seg like godt ut av kontekst, men vi kan se at tematikk som har tilknytning til motivasjon og mestring er særlig gjennomgående.

### **5.2.3 MIFF – Musikk i Fengsel og frihet**

MIFF ble startet av Venja Ruud Nilsen i 1991 ved Bredtvedt fengsel, forvarings- og sikringsanstalt (Mortensen, 2006, s. 4). Etter at hun holdt konsert med bandet sitt i nettopp dette fengselet i 1990 fikk hun lyst til å starte et prosjekt med kvinnelige innsatte og bandsamspill (Mortensen & Nilsen, 2006). Prosjektet har senere blitt et landsdekkende tilbud ved 12 forskjellige soningssteder i Norge for både kvinner og menn (Tuastad & Finsås, 2008, s. 42).

MIFF består av tre trinn:

Trinn 1 er deltakelse inne i fengselet.

Trinn 2 er deltakelse utenfor fengselet, hvor Nilsen (2007) påpeker at dette trinnet skal skje med samme person/leder som i trinn 1, og at trinn 2 er et åpent tilbud for andre som kan ha nytte av et «styrt tilbud» (s.57).

Trinn 3 vil si at deltakeren har tatt steget ut av prosjektet og holder på med musikk på en selvstendig og uavhengig måte.

MIFF har fokus på både musikalske mål, som å lære å spille et instrument eller uttrykke følelser gjennom musikk, og på utenommusikalske mål, som å trene konsentrasjon og oppmerksomhet og lære å samarbeide (Mortensen, 2006, s. 17). Hver øving avsluttes med samtale om hvordan øvingen har vært. Her er det rom for å snakke om egne problemer og ta opp viktige ting. Det er skrevet tre rapporter som evaluerer MIFF-tilbudet (Neset, 2004 referert i Mortensen & Nilsen, 2006; Gotaas, 2006; Lillebø, 2006 referert i Tuastad & Finsås, 2008)

Både Mortensen (2006) og Tuastad og Finsås (2008) tar utgangspunkt i hvordan de innsatte opplever musikktilbudet, og begge tekstene baserer seg på deltakende observasjon og kvalitative intervjuer. Nilsen (2007) forsøker å beskrive MIFF ut fra deltakende observasjon og relevant litteratur. Alle tre tekstene spør om MIFF kan forstås i lys av samfunnsmusikkterapeutisk tenkning, og Tuastad og Finsås trekker også frem empowerment som et viktig begrep. Musikktilbudets hovedmål: å gjøre den enkelte bedre rustet til å mestre hverdagen, livet og fritiden sin etter løslatelse (Mortensen, 2006, s. 16; Nilsen, 2007, s. 10). Nilsen (2007) innrømmer at dette er et ambisøst mål, men at deltakerne er enige om at det er

realistisk (s. 55). Alle tre masteroppgavene legger stor vekt på samfunnsmusikkterapi og empowerment.

#### **5.2.4 Rusmiddelproblematikk og MIFF**

Nilsen (2007, s.69) påpeker at svært mange soner narkotikarelaterte dommer og at dette peker på et større samfunnsproblem som ikke kan løses med fengsling. Det vil si at kriminalisering av narkotikabruk ikke er preventivt. Det påpekes også at innsatte er en gruppe som har dårligere levekår og høyere andel av rusproblematikk enn den generelle befolkningen (Tuastad & Finsås, 2008). Det blir vist til levekårsundersøkelser av de innsatte som viser at mange har hatt en vanskelig oppvekst, har lav utdanning, dårlig helse, lever under fattigdomsgrensa, og at mange sliter med rusproblematikk (Mortensen, 2006; Tuastad & Finsås, 2008).

MIFF forsøker å bidra til å skape et rusfritt miljø, og bandgruppene har klare regler for rusbruk. Dette har ført til behovet for å ha et eget tilbud for de som aktivt bruker rusmidler, slik at man skåner de personene som har sluttet med rusmidler, men fortsatt har et godt fritidstilbud til personer som ikke har sluttet. Flere beskriver at man kan oppnå et alternativ til å ruse seg gjennom musikken ved allikevel å oppleve et «rush» (Tuastad & Finsås, 2008).

Mortensen (2006) beskriver at de i trinn 2 har fire forskjellige grupper: En nybegynnergruppe, to for viderekomne og en rusgruppe. De tre første gruppene tolererer ingen form for rusbruk, mens hos rusgruppen kan man delta til tross for rusmiddelbruk. «Rusgruppen ble opprettet i 1996 og er et tilbud for de som har ruset seg og ikke kan delta på de andre rusfrie gruppene. Rusgruppen er til for at vi ikke skal avvise[sic!] noen fra spillinga og for å skjerme de andre deltakerne fra rus» (Mortensen, 2006, s. 15). MIFF-Hordaland har også et musikktilbud for personer med rusproblematikk, og som er atskilt fra de andre samspillgruppene (Tuastad & Finsås, 2008).

Det er interessant at deltakerne som sliter med rusmiddelproblematikk uttrykker at det vanskeligste er å forholde seg til en ny sosial situasjon uten rusmidler, og de krav og utfordringer som følger med dette, og ikke å slutte med selve rusmiddelet (Mortensen, 2006, s. 67). «Det er vanskelig å takle overgangen fra rus til nykterhet, det er mye forskjellige følelser som popper opp. Du må ventilere underveis, hvis ikke så går du på veggen. Det fikk jeg gjort gjennom musikkprosjektet (Dame 4)» (Mortensen, 2006, s. 31).

Videre vil jeg presentere litteraturen tematisk, og supplere med internasjonale studier og litteratur fra felt som omtaler liknende tema.

## **5.3 Holdninger til helse og stigma**

### **5.3.1. Hva er god helse?**

Ved å jobbe som musikkterapeut i helsevesenet vil man nødvendigvis arbeide i en delvis medisinsk kontekst. Det vil ikke utelukkende bety at musikkterapien må innta en holdning til helse som har grunnlag i en patologisk orientering (Tuastad & Finsås, 2008). I en ressursorientert tilnærming til musikkterapi blir den medisinske forståelsen av helse som fravær av sykdom mindre betydningsfullt enn spørsmålet om hvordan livskvaliteten til den enkelte blir påvirket av sykdom (Rolvjord, 2010). Det medfører at helsebegrepet tar utgangspunkt i individets opplevelse av egen helse. Denne forståelsen kalles salutogenese (Antonovsky, 1987 referert i Bruscia, 1998, s. 81), og er godt etablert innen norsk musikkterapi. Siden det salutogeniske perspektivet handler om hvordan individet ved hjelp av egne ressurser selv kan håndtere helsemessige utfordringer kan det også kritiseres for å legge for mye ansvar på individet (Rolvjord, 2010, s. 32).

### **5.3.2 Sosial stigmatisering**

Rusmiddelbrukere er en stor gruppe, men mye tyder på at en stor andel av mennesker med rusmiddelproblemer har lavere utdanning og et mindre sosialt nettverk. Både Mortensen (2006) og Tuastad og Finsås (2008) beskriver levekårsundersøkelser gjort om innsatte i Norge som viser at fangebefolkningen har lavere utdanning, dårligere oppvekstvilkår og dårligere tilknytning til arbeid og sosiale nettverk. Dette gjør, sammen med rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser, at de innsatte er en gruppe mennesker som er særlig utsatt for stigmatisering. Kristiansen (2013) trekker frem at rusmiddelavhengige ofte er svært stigmatiserte, og at det dermed kan være enda viktigere for nettopp denne gruppen at musikkterapien stimulerer til sosial likeverd. Soschensky (2001) hevder også at pasientene ofte opplever fordømmelse og negativitet fra ansatte som skal hjelpe dem, og dette bidrar til ytterligere stigmatisering.

I MIFF er det lagt vekt på sosial læring, og at deltakerne skal oppnå målsetninger av sosial og musikalsk karakter gjennom samspill. Nilsen (2007) påpeker at mange av deltakerne ikke er vant til å nå målene sine, og at det dermed er enda viktigere at målsettingene er oppnåelige for



den enkelte (s.10). Hovestøl (2007) peker også på at tilhørighet til samfunnet kan skapes gjennom det musikalske samspillet:

Ruud (1998) understreker at tilhørighet ikke bare handler om tilhørighet til en gruppe, men også tilhørighet til tid, sted og historie. Mennesker som har blitt isolert gjennom rusmisbruk finner det ofte vanskelig å finne en plass i samfunnet. Gjennom et felles musikalsk utgangspunkt kan man etablere kontakter og få innpass i en større samfunnsmessig kontekst (ibid.).

(Hovesøl, 2007, s 71)

Det finnes også et kjønnsperspektiv i denne sosiale skjevheten, og Nilsen (2007) påpeker kjønnsperspektivet som en ytterligere faktor for stigmatisering. Mortensen (2006) skriver at det er større andel av de kvinnelige innsatte som sliter med narkotikamisbruk, enn den mannlige andelen. I tillegg viser hun til Langelid og Manger (2005 referert i Mortensen 2006), som sier at kvinnelige innsatte har færre tilbud ved institusjonen enn de mannlige (s.25). Også Gardstrom og Diestelkamp (2013) påpeker at kvinner er mer utsatt for avhengighet enn menn, og det kan virke som om kvinner ofte opplever en større livskrise når de blir kriminelle (Nilsen, Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud (Masteroppgave), 2007). Det kan ha sammenheng med at kvinner oftere har omsorg for barn ved fengsling, og også at kvinner er en svært liten andel av fangebefolkningen. I tillegg er det ikke alle fengsler som tar imot kvinner, og dette gjør at mange må tilbringe sitt soningsopphold langt unna hjem og familie (Nilsen, Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud (Masteroppgave), 2007, ss. 40-43). Det blir derfor ekstra viktig å tilby et sosialt og engasjerende tilbud.

Det er grunnlag for å hevde at musikkterapeutisk deltakelse kan motvirke isolasjon. Hovestøl (2007) skriver at musikkgrupper kan være en kilde til sosial kapital for rusmisbrukere, og også Overå (2012) trekker frem det å arbeide i gruppe som særlig positivt og skriver at det kan være viktig å oppleve fellesskap med andre. Gruppeterapi kan være en god arena for å trene på sosiale ferdigheter i en trygg ramme. Viktigheten av gruppeterapien kommer også godt fram når man ser at rusmiddelavhengige ofte er svært isolerte fra samfunnet. Å komme sammen som gruppe vil føre personen fra «isolasjon til relasjon» (Overå, 2012, s. 60).

### **5.3.3 Musikk som status**

Mortensen (2006) peker på et viktig aspekt med musikk i det vestlige samfunnet: «Det å være musiker er en positivt ladet identitet i samfunnet» (s.40). Rolvsjord (2010) er også opptatt av

dette, og hun viser til Small (1998 referert i Rolvsjord 2010) når hun beskriver den elitistiske holdningen mange har til musikk, og at musikk har fått et prestasjonsfokus. Dette vil i mange sammenhenger begrense menneskers muligheter til å ta i bruk musikk på forskjellige nivåer, og undergrave deres rett til å bruke musikk på sin egen måte fordi man ikke føler seg «god nok» (Rolvsjord, 2010, s. 34). Det er det MIFF endrer på når de skaper tilrettelagte musikkaktiviteter. I tillegg kan nettopp denne holdningen om at musikk kun er for eliten skape ekstra mestring når deltakerne først deltar, noe vi ser i sitatet fra Mortensens (2006) informant: «Det å spille i band gir meg status i den forstand at det gir en bekreftelse på hvem jeg er» (Mortensen, 2006, s. 40). Det gir dermed status å gå inn i en ny sosial posisjon som man ikke tenkte var oppnåelig, og det skaper en positiv mestringsopplevelse.

#### **5.4.1 Musikk som trigger, regulator og struktur**

Både Doak (2003) og Horesh (2010) hevder at bruken av musikk hos rusmiddelbrukere ikke nødvendigvis har et positivt formål. Doak (2003) undersøkte om det fantes en sammenheng mellom psykisk lidelse (diagnose), preferanse i valg av rusmidler, og preferanse i valg av musikk sjanger hos en gruppe ungdommer. Hun fant ingen signifikant sammenheng mellom valg av musikk sjanger og valg av rusmiddel. Derimot var det en signifikant sammenheng mellom musikkpreferanse og diagnose, og mellom rusmiddelpreferanse og diagnose. Et interessant funn fra hennes studie var at ungdommenes grunner for å ta i bruk musikk var lik grunnene for å ta i bruk rusmidler: å slappe av, å bedre humøret, å fokusere eller å unnslipe virkeligheten (escape reality). Hennes funn peker på at ungdom muligens kan bruke musikk og rus for å oppnå samme mål: å lindre psykisk smerte (Doak, 2003).

Horesh (2006, s. 300) beskriver at kulturen rundt en rusmiddelavhengig gjerne innebærer faste steder, verdier, ritualer, symboler og musikk som er sterkt knyttet til bruk av rusmidler. Dette kan være med på å opprettholde avhengigheten, og mange synes det er lettere å kvitte seg med rusavhengigheten enn selve kulturen. Det kan for eksempel være utenkelig å dra på en rockekonsert uten å drikke øl. Mange av hans klienter fortalte også om tilbakefall (relapse) som var direkte knyttet til musikklytting av en spesiell sjanger eller sang (s. 302). Det kom også fram at for mange hang rusopplevelsen og musikkopplevelsen tett sammen, og det virker umulig å ruse seg uten å lytte til musikk, og umulig å lytte til musikk uten å ruse seg (Horesh, 2007, s. 331). Doak (2003) presenterer en antakelse om at ungdommene som deltok i undersøkelsen søkte en eller annen form for sansestimuli, gjennom musikk og rus, for å

tilfredstille emosjonelle eller psykiske behov. Hun mener det er usikkert om slik bruk av musikk er en del av en sunn strategi for selvregulering eller om den er en del av en misbruksatferd som repeteres igjen og igjen, og både hun og Horesh (2006) ser på musikklytting som potensielt skadelig. Gjennom å bevisstgjøre et sunt forhold til musikk kan vi muligens forebygge musikkens eventuelle effekt på tilbakefall, og klientene kan ta med seg et positivt forhold til musikk etter endt musikkterapiforløp.

Å lære seg å håndtere intense følelser vil være viktig for mennesker som gjennomgår en avrusningsprosess siden mange som sliter med avhengighet ofte kan bli overveldet at følelser, ha vanskelig for å identifisere og tolke følelser og ofte har brukt rusmidler for å mestre sitt følelsesregister (Jones, 2005, s. 96). Vi ser flere eksempler på hvordan musikk kan tas i bruk for å regulere følelser i litteraturen. Blant annet sier Mortensens (2006) intervjuobjekt at musikken fungerer som en ventilator og kanal for følelser (s.31-32). Informanten sier at når man slutter med rusmidler trenger man å finne nye måter å takle følelsene sine på. Hun sier også at musikken gir henne noe positivt å snakke om, i motsetning til tidligere når hun rusa seg og kun snakket om destruktive ting (s.33). Dette kan ses i sammenheng med at musikken kan brukes i prosessen med å regulere følelser, og Saarikallio (2011) beskriver at bruken av musikk ofte endrer seg i løpet av livet. Samme forfatter beskriver også ungdomstiden som en tid hvor man går gjennom store endringer der man skal finne sin voksne identitet, separere seg fra foreldre, finne nye vennskap, lære å være selvstendig og mestre livet (Saarikallio, 2011, s. 308). Denne beskrivelsen av ungdomstiden likner i stor grad på de prosessene som Mortensen (2006) og Nilsen (2007) sine klienter må igjennom for å bli rusfrie. Rusmiddelavhengige som ønsker å bli integrert inn i samfunnet igjen etter å ha vært mer eller mindre isolert må finne sin identitet uten rusmidler, stå på egne ben, finne vennskap utenfor rusmiljøet, og generelt lære å mestre livet uten rusmidler. Dette gjelder også personer etter endt soning. For innsatte i fengsel er løslatelse ofte en problematisk tid, og mange har ikke personlige erfaringer med positive fritidssysler fra tidligere. Her kan musikkterapigruppene være en viktig del av det å danne et sosialt nettverk og fylle tiden med noe positivt (Nilsen, Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud (Masteroppgave), 2007, s. 55).

Vi kan her se at musikken kan fungere som en viktig ressurs i denne prosessen. Både musikklytting og aktiv musisering kan strukturere tanker og fritid mot noe meningsfullt, og det er akkurat dette Krüger (2012) skriver om.

### 5.4.3 Den terapeutiske relasjonen

Det nevnes flere steder at en god terapeutisk relasjon oppleves som essensiell uavhengig av hvilken tilnærming behandlingen orienterer seg mot. Bordin (1979, 1980 i: Silverman, 2009b) beskriver at endring skjer på grunn av relasjonen mellom klient og terapeut. Han beskriver tre faktorer som avgjør hvordan relasjonen fungerer, nemlig kvaliteten på relasjonen mellom dem, klientens tro på at terapeuten fokuserer på de riktige temaene, og enighet om de terapeutiske målsetningene (Silverman, 2009b, s. 115).

«If service users experience their relationship with the professional helper as empowering, this is a strong predictor of recovery outcomes» (Crane-Ross, Lutz, & Roth, 2006 referert i Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013, s. 265). Å utøve en form for terapi der terapeuten er i en ekspertposisjon, og klienten kun er mottaker, blir lite hensiktsmessig når det påpekes at likeverd i relasjonen mellom klient og terapeut er viktig (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Ross, et al. (2008) forteller om to faktorer som ofte gir positive resultater i psykoterapeutisk forskning, nemlig terapeutens dyktighet og hvor sterk relasjonen mellom terapeut og klient er, og skriver videre at «...one could assume that the benefits of music therapy had nothing to do with the music and everything to do with the music therapist himself» (Ross, et al., 2008, s. 50).

Rolvsjord (2010) beskriver en tilnærming til nettopp de faktorene som nevnes over som «the common factors approach» (s. 46). Vi ser at forskning på psykoterapi ofte kommer fram til at valg av tilnærming og metodiske valg i terapiforløpet ikke nødvendigvis er avgjørende for utfallet av terapien, men at alle tilnærminger til psykoterapi har noen fellesfaktorer som er gunstig for klienten. I lys av dette mener Rolvsjord (2010) at vi må endre fokus fra å se på innholdet i terapien til å se på hvilke fellesfaktorer som finnes i psykoterapi. I tillegg blir selve forskningen på psykoterapi problematisert. Ved at forskning på psykoterapi ofte blir gjort etter en evidensbasert medisinsk modell vil den likne på medisinsk forskning, men den vil fortsatt ha psykoterapeutiske forklaringsmodeller. Dette vil føre til at en fremstilling av en viss tilnærming blir oppfattet som årsaksbestemt, og at terapeuten inntar en ekspertrolle som på forhånd vet hvilken terapiform som vil gagne klienten. Dette undergraver også klientens betydning i sin egen terapiprosess (Rolvsjord, 2010).

Uavhengig av tilnærming kan psykoterapi altså være en ressurs for klienten som tar den i bruk.

## 5.4 Forebygging og ettervern

Det er to overordnede faser i rusbehandling: avgiftningsfasen, som består av å finne motivasjon for endring, og vedlikeholdsfasen eller oppfølgingsfasen (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008; Punkanen, 2007). I tillegg har du den forebyggende fasen som ofte er relevant for utsatte grupper, for eksempel barn med vanskelige oppvekstkår eller personer med psykiske lidelser.

### 5.4.1 Forebygging

Eriksen (2012) beskriver sin praksis ved en alternativ ungdomsskole både som forebyggende arbeid mot vansker når det gjelder skolegangen helt spesifikt, og som forebygging av langsiktige problemer som kriminalitet, rusmisbruk og helseproblemer (s.6). Han skriver at «...å stimulere ungdommenes personlige utvikling og trivsel i hverdagen kan virke forebyggende» (Eriksen, 2012, s. 8), og at man gjennom ressursorientert musikkterapi kan arbeide med «beskyttende faktorer» og med «samspillet mellom individ og samfunn» (s.37). Vi ser av denne teksten at forebyggingsarbeidet har utgangspunkt i hvilke forutsetninger ungdommene har for å øke sine ressurser, særlig siden mange av dem er i en risikogruppe for å utvikle helserelaterte og sosiale problemer.

«En kombinasjon av musikkterapi, behandlig og alternative opplevelser ser ut til å fungere best når det gjelder musikk som forebygging av rusmisbruk» (Tuastad & Finsås, 2008, s. 68). Musikkterapien kan bidra til empowerment av den enkelte slik at han eller hun skal bli selvstendigjort og «klare seg selv» (Tuastad & Finsås, 2008). Nilsen (2007) påpeker også den økonomiske gevinsten for samfunnet ved tett oppfølging av straffedømte, og vi ser at det har skjedd en forandring fra segregering til normalisering i straffesystemet i Norge, med mål om å endre negativ atferd og at den enkelte skal ta ansvar for eget liv (Mortensen, 2006, s. 19).

### 5.4.2 Ettervern

MIFF-tilbudet er et svært godt eksempel på ettervern som fungerer i praksis. Vi ser at trinn 2 er essensielt for mange av deltakernes re-integrering i samfunnet etter soning og rusmiddelbruk.

For mange innsatte har deltakelse i musikkspillingsgrupper vært med på å stake ut en ny kurs i livet. Deltakelsen i MIFF har for mange, hatt stor betydning for fengselsoppholdet og livet

etter soning. Gjennom arbeidet i MIFF ser jeg at deltakelse i musikkaktivitetene bidrar positivt for deler av livet og livssituasjonene hos deltakerne. (s. 67).

MIFF har etablert seg som et godt tilbud for ettervern i kriminalomsorgen, og må sies å være en suksess til tross for at få personer har klart overgangen til trinn 3 av tilbudet (se kap.5.2.3). Å nå trinn 3 er derimot ikke essensielt for deltakernes utbytte av prosjektet, og Nilsen (2007) påpeker at det kan ta opptil ti år å endre vaner og det er derfor viktig at deltakerne holder et stabilt oppmøte på trinn 2.

### **5.4.3 Ikke polariserte begreper**

Gjennom lesing av litteraturen om disse temaene framstår forebygging og ettervern som to begreper som overlapper med hverandre. Begrepene kan stå alene, slik som forebyggingsbegrepet blir brukt hos Eriksen (2012), men den glidende overgangen er særlig fremtredende når vi snakker om begrepet ettervern, siden ettervern også handler om å forebygge tilbakefall. Det er ikke en revolusjonerende tanke at distinksjonen mellom ettervern og forebygging ikke er særlig tydelig, men det kan være viktig å bli bevisst på det, og å være trygg på hvilke begreper vi velger å bruke. Tuastad og Finsås (2008) skriver om «forebygging av rusmisbruk og kriminalitet» (s. 61) som et tema som ble viktig i intervjuene med sine informanter. Det er da interessant at MIFF, som er et tiltak som i utgangspunktet er ettervern for tidligere straffedømte, også oppleves som forebyggende. Hos Tuastad og Finsås (2008) blir MIFF derimot ikke omtalt som ettervern, men som forebyggende tiltak og som rehabilitering.

### **5.4.4 Skadereduksjon**

Ghetti (2004) beskriver to modeller som er dominerende i USA når det gjelder rusmiddelavhengighet: 1) den moraliserende modellen, som kriminaliserer bruk av rusmidler og avstraffer ved brudd på reglene, og 2) sykdomsmodellen, som søker å kurere rusmiddelavhengigheten og som dermed har som mål å skape total avholdenhet. Ghetti (2004) foreslår å implementere tankegangen fra modeller om skadereduksjon inn i musikkterapeutiske holdninger som et alternativ til de to andre modellene som er i bruk. Hun påpeker at man, ved å fokusere på skadereduksjon, kan se på konsekvensene av rusmisbruket for både individet og samfunnet.

I MIFF-tilbudet får også rusmiddelbrukere tilbud om å delta i tilrettelagte grupper, og dette kan ses som en form for skadereduksjon. «De fleste av våre deltakende kvinner er rusmisbrukere» (Mortensen, 2006, s. 7). Svært mange sliter med rusproblematikk, og det er

ikke hensiktsmessig for den enkelte eller for samfunnet at personen med rusmiddelproblemer blir utestengt fra aktiviteter som skal fungere rehabiliterende.

## **5.5 Musikkterapi som motivasjon**

Det kan virke som om det i rusfeltet er særlig vanskelig å motivere og engasjere klienter, og at det ofte er stort frafall. Mange pasienter som sliter med rusproblematikk, og da særlig unge mennesker med narkotikaavhengighet, viser liten motivasjon for å delta i terapi og for å følge en terapiprosess (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008), men flere studier viser at musikkterapi kan engasjere og motivere rusavhengige til å delta og fortsette og delta i terapi (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008; Silverman, 2011; Gold, et al., 2013).

### **5.5.1 Hva er motivasjon?**

Nødvendige elementer for å oppnå gode resultater i behandling innebærer engasjement og interesse fra klienten (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008). Gold et al. (2013) antyder at det sosiale aspektet ved musikk sammen med muligheten for å utvikle bedre evner til kommunikasjon er noe av det som skaper motivasjon. I *Håndbok i kognitiv terapi* beskriver Mais, Olsen og Martinsen (2008) fem faser for motivasjon for endring, og pasientene flytter seg ofte frem og tilbake mellom de forskjellige stadiene i løpet av prosessen: føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, beslutningsfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008, ss. 489-493). Kategoriene er delvis selvforklarende, men et viktig poeng er at pasienten kan hoppe mellom disse fasene i løpet av prosessen, og at terapeuten hele tiden bør avklare hvilken fase pasienten er i og tilpasse behandlingen etter denne. Hverken rusmiddelavhengighet eller motivasjon er en lineær prosess, og dette er noe som går igjen i flere tekster (Ghetti, 2004; Nilsen, 2007; Mais, Olsen, & Martinsen, 2008). Motivasjon er ikke en stabil faktor, og varierende motivasjon vil være en faktor uansett hva slags livsendring man er i ferd med å gjennomgå (Lossius, 2012). Dette må man ta hensyn til i en behandlingsprosess.

Musikkterapiaktiviteter kan skape glede, engasjement og lyst, og Kristiansen (2013, s. 51) hevder at disse faktorene er med på å skape motivasjon, og å opprettholde et ønske om å delta videre. Det er også funn som tilsier at musikkterapi skaper interesse for deltakelse i behandling selv om personen(e) ikke viste noe interesse for dette tidligere (Ross, et al., 2008,

s. 42), og at personer som tidligere hadde vist lite følelser og ansiktsuttrykk (emotions) både lo og gråt i løpet av en musikkterapigruppe (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008, p. 194).

### **5.5.2 Musikkterapi som motivasjon for endring**

Kristiansen (2013, s. 51) beskriver motivasjon som en viktig del av deltakernes erfaring med musikkterapi. Motivasjon for endring er essensielt for personer som skal gjennom en endringsprosess på så mange arenaer av livet som personer som ønsker seg ut av rusmiddeltilværelsen. Det å bli bevisst at man har gode kvaliteter og å oppleve at man mestrer en situasjon kan skape motivasjon for endring og for å ta fatt på noe nytt. Mange opplever også at det som skaper motivasjon er at de blir «følelsesmessig beveget» (Tuastad & Finsås, 2008, s. 49). Dette uttrykte informantene som «kick» eller at «musikken gjør deg glad» (s.49). Informantene fortalte at det å ha et mål å øve mot, for eksempel å spille konsert, skapte større motivasjon for å delta på øving.

Silverman (2009b) mener at musikkterapi kan være like effektivt som samtaleterapi for å oppnå motivasjon og vilje til endring. Hans studie undersøkte hvilken effekt en enslig musikkterapitime kan ha for mennesker som gjennomgår avrusning/avgiftning, og sammenliknet derfor en samtaleterapigruppe og en musikkterapigruppe som begge fokuserte på å motvirke tilbakefall. Resultatene viser at gruppene hadde like god effekt, og at musikkterapi kan være særlig positivt når det gjelder motivasjon for endring, et godt samarbeid mellom klient og terapeut, og generell fornøyelse (enjoyment) (Silverman, 2009b). Musikkterapi ble ukas høydepunkt (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008, p. 194).

### **5.5.3 Mestring som positiv spiral**

Å mestre noe er å lære at man kan «få til noe» og å styrke selvbildet, hvilket igjen påvirker troen til å mestre neste situasjon. Tuastad og Finsås (2008) beskriver at når deltakerne fikk gode konsertopplevelser ble motivasjonen enda større, og «det blir dermed dannet en positiv selvforsterkende motivasjonsspiral mellom deltakelse på øving og konsertfremførelser» (Tuastad & Finsås, 2008, s. 50) Denne positive spiralen, eller forståelsen av at positive opplevelser skaper håp og forplanter seg videre, er noe som går igjen i mange av tekstene (Ghetti, 2004; Mortensen, 2006; Tuastad & Finsås, 2008; Rolvsjord, 2010; Haugen, 2011; Kristiansen, 2013; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013).

«Engagement in music therapy may act as a gateway, and as confidence and trust are established within the music therapy context, these new skills may generalize to other treatment settings.» (Ghetti, 2004, s. 87) Ghetti (2004) sier med dette at musikkterapi kan



påvirke andre områder av pasientenes liv enn kun det som er direkte tilknyttet musikkterapien, og med dette underbygger hun påstanden til Tuastad og Finsås (2008) om en positiv selvforsterkende motivasjonsspiral. Haugen (2011) påpeker at denne spiralen kan knyttes både til Ruud (Ruud, 1990) sin definisjon av musikkterapi som økte handlemuligheter, og til empowerment. Gjennom å gi økte handlemuligheter styrker man individets myndighet og makt (Rolvjord, 2010). Begrepet mestringstillit blir anvendt i *Håndbok i rusbehandling*, og handler om troen på endring, og skal skapes gjennom å gi klienten økt tro på egen kompetanse (Andresen, 2012).

I Solli, Rolvsjord og Borg (2013) sin tekst om recovery i musikkterapi vises det til forskning som påpeker en sammenheng mellom evnen til å ta i bruk sosiale ressursser (social agency) og håp (Davidson et. al, 2006 referert i Solli, Rolvsjord og Borg, 2013). Positive opplevelser, å oppleve glede og begeistring, ga næring til håpet om at livet kan forandre seg til det bedre. «This hypothesis supports a similar spiral of positive processes of joy and mastery, hope, agency, and social participation» (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013, s. 264). Den sosiale faktoren av mestringsopplevelsen kan gi grobunn for å ta i bruk mer av de sosiale og musikalske ressursene som finnes i nærmiljøet.

## **5.6 Brukerinvolvering**

### **5.6.1 Brukermedvirkning i litteraturen**

«Brukerinvolvering og en likeverdig relasjon vektlegges i det terapeutiske samarbeidet (Stige, 2002; Stige & Aarø, 2012, Trondalen, 2008)» (Kiellan, Stige, & Trondalen, 2013, s. 45).

Dette blir mer og mer eksplisitt i musikkterapilitteraturen og er viktig i de fleste tilnærmingene som blir brukt i den norske konteksten. Vi kan tydelig se at musikkterapiforskningen legger vekt på brukeres opplevelser, og at mange forskningsprosjekt ønsker å gi brukerne en stemme for å påvirke sin egen situasjon. Om vi ser på valg av metode i eksempelvis masteroppgavene som er anvendt i denne teksten ser vi at alle har tatt utgangspunkt i intervju, og vi ser også at tema kretser rundt hvordan klienten opplever musikkterapitilbudet, og hva som er viktig for klienten. Krüger viser til regjeringens strategiplan for psykisk helse som fokuserer på ungdommers brukermedvirkning (s. 19).

### 5.6.2 Brukermedvirkning i tilnærming til musikkterapi

I de tilnærmingene som er vanlig i den norske musikkterapipraksisen legges det mye vekt på at klienten skal være medbestemmende i terapien, og at terapien skal tilpasses brukerperspektivet.

Ressursorientert musikkterapi kan sies å være brukerorientert med grunnlag i fokuset som terapien har på klientens styrker og på et likeverdig samarbeid mellom klient og terapeut. Rolvsjord (2010) tillegger empowerment-filosofien stor vekt i den ressursorienterte tilnærmingen, og dette fokuset på å gi individet makt og kunnskap til å påvirke sin egen situasjon vil gi klienten større handlingsrom både som bruker av musikkterapitilbudet, og forhåpentligvis også som individ i samfunnet. En overordnet forklaring av hva som karakteriserer en ressursorientert tilnærming kan vises i disse fire punktene: 1) fremme styrker, ressurser og potensial hos klienten, 2) likeverdig samarbeid mellom klient og terapeut, i motsetning til intervensjon gjennom en ekspertrolle, 3) å se individet i kontekst, 4) å se musikk som en ressurs (Rolvsjord, 2010, s. 74).

Samfunnsmusikkterapi har også et sterkt brukerperspektiv, og også denne tilnærmingen adresserer de sosiale og politiske elementene som empowerment-perspektivet gjør. Stige og Aarø (2012) peker på at tema som inkludering, sosial rettferdighet og fred både handler om individet, men også en større kontekst. Å arbeide med grupper som er marginaliserte, og som ikke har de samme mulighetene til å utfolde seg i samfunnet som andre, er arbeid som blir til på grunn av brukerens situasjon og behov. Dermed er brukermedvirkningen avgjørende i denne sammenhengen. «To work with relationships between individuals and communities, helping people to mobilize resources and instigate social change, could be viewed as an acknowledgement of their right to a life in dignity and equity» (Stige & Aarø, 2012, p. 146).

Recovery er også en tilnærming som uttalt vektlegger brukermedvirkning. I kontekst av psykisk helsevern handler recovery-perspektivet om å lære seg å mestre og leve livet med psykiske lidelser, i motsetning til den medisinske betydningen av ordet som eliminering av alle sykdomssymptomer. Gjennom å forandre sine forventninger og målsetninger slik at de blir overkommelige (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013, s. 246), og å jobbe med seg selv for å skape et meningsfullt liv (Kristiansen, 2013, s. 22) kan behandlingen skje på pasientens premisser. Perspektivet fokuserer på at personen som lever med psykiske lidelser selv vet hva som er best, og brukermedvirkning er dermed essensielt, og har blitt anerkjent i så stor grad at det har påvirket deler av de politiske føringene rundt psykisk helsevern i flere land (Solli,

Rolvjord, & Borg, 2013). Tre punkter blir fremhevet som essensielle for recovery: 1) å være aktiv og medbestemmende i sin egen tilfriskningsprosess, 2) personens sosiale kontekst og inkludering i samfunnet, og å motvirke sosial stigma, 3) å fokusere på positive hendelser og personens ressurser og preferanser (Solli, Rolvjord, & Borg, 2013, s. 247). Recovery-perspektivets syn på helse som noe kontekstuellet og sosialt kan i stor grad fremmes gjennom samfunnsmusikkterapeutisk praksis (Solli, Rolvjord, & Borg, 2013, s. 248).

Det påpekes også at recovery-perspektivet har sprunget ut av at pasienter i psykisk helsevern tradisjonelt har opplevd stigmatisering, avmakt, og sosial ekskludering har perspektivet blitt en motvekt til dette gjennom å kjempe for retten til å bli sett på som likeverdige deltakere i samfunnet (Solli, 2014).

### **5.6.3 En rød tråd**

Disse tre tilnærmingene har til felles at de uttalt er en motvekt til det medisinske perspektivet, at de vil motvirke sosial stigmatisering, at de legger vekt på konteksten som klienten befinner seg i, og at de har en kritisk posisjon i forhold til etablerte perspektiver. Drøsdal (2013) ser i sin masteroppgave på norske doktoravhandlinger som er skrevet om musikkterapi, og mener å se en viss sammenheng og rød tråd mellom alle tilnærmingene som blir omtalt. Han mener at alle er situert i en humanistisk tradisjon som kan tilskrives Ruud (2008), og sier som Rolvjord (2007 i: Drøsdal, 2013) at den norske musikkterapien kan oppfattes som en sosial bevegelse som er kritisk til det medisinske perspektivet, og som legger vekt på sosial rettferdighet og på å bygge ned maktstrukturer. Dette vil jeg komme tilbake til i diskusjonen.

## **6.0 Diskusjon**

### **6.1 Organisering av behandling**

#### **6.1.1 Har omorganisering noe å si?**

Politiske synspunkt på helse, sykdom, terapi og musikk er med på å forme konteksten som musikkterapi befinner seg i (Rolvjord, 2010, s. 18), og vi ser av kapittel 4.1.1 at den umiddelbare virkningen av politiske bestemmelser kom til uttrykk i organiseringen av de forskjellige helseforetakene. De sosialpolitiske konsekvensene av å overføre ansvaret for

rusmiddelavhengige til spesialisthelsetjenesten innebar at denne gruppen fikk status som pasienter og fikk rettigheter til behandling (Meld.St.30(2011-2012), 2012; Haga, 2010; Lundberg, 2012; Skretting & Storvoll, 2011). Slik jeg leser dokumentene medfører også denne ansvarsinndelingen at rusmiddelavhengige må forholde seg til flere instanser siden Folkehelseloven gir kommunen ansvar for alle øvrige sosiale tiltak som ikke faller inn under spesialisthelsetjenesten (Meld.St.30 (2011-2012), 2012).

Kapittel 4.1.1 og 4.1.2 viser også til at mange pasienter er i kontakt med flere forskjellige foretak og behandlingssteder fordi grunnlaget for henvisning til foretakene kan være basert på ulike lidelser ved ulike tidspunkt. Bedre forklart vil det for en person med ROP-lidelser kunne variere hvilke vansker som er mest problematiske – rusmiddelproblemene eller de psykiske lidelsene – og det vil derfor variere hvilke foretak som skal ta ansvaret for behandlingen. I tillegg har mange kontakt med kommunen og dens ulike sosialrettede støttetiltak. Det er ikke vanskelig å se at samordning av de forskjellige tiltakene og behandlingene fra forskjellige instanser vil gagne den enkelte pasienten. En oppfølging av Individuell Plan (IP) er ment å sikre dette.

«Co-occurring mental illness and addiction is very common and results in worse treatment outcomes compared to singly diagnosed addicted individuals» (Ross, et al., 2008, s. 41). Personer som har flere lidelser eller diagnoser vil ha utbytte av samtidig behandling for disse. I kapittel 4.2.2 ser vi at retningslinjene for ROP-lidelser påpeker at det bør tas hensyn til at pasientene kan ha flere lidelser samtidig, og at det med fordel bør behandles på samme tid i en integrert behandling. Samordning av behandling anbefales også i musikkterapilitteratur og psykologilitteratur. For eksempel viser forskning at depresjon forekommer oftere hos rusavhengige enn hos andre, og at depresjon bør behandles parallellt med avhengigheten (Silverman, 2011). En integrert behandling av pasienters rusproblemer og deres psykiske lidelser gir best resultat ettersom redusering av lidelser eller symptomer ofte vil dempe andre problemer. Rusproblemer og psykiske lidelser ser ut til å påvirke hverandre sirkulært, og derfor vil det være relevant å se på hele sykdomsbildet (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008).

### **6.1.2 Organisering av musikkterapi i rusmiddelfeltet?**

Organiseringen av ansvarsområder vil også påvirke hvor musikkterapeuter bør jobbe. Som beskrevet i innledningen ble arbeidsområdene for musikkterapeuter i Norge definert på nytt da utviklingen av HVPU-reformen ble et faktum (Aftret, 2008; Almås, 2008). Til da hadde musikkterapeuter hovedsakelig jobbet ved institusjonene hvor mennesker med psykisk

utviklingshemming bodde. Denne gruppen skulle nå integreres inn i lokalsamfunnet, og musikkterapeutene måtte revurdere sin kompetanse, og finne nye praksisområder. Det er nå behov for slike omrokninger i rusmiddelomsorgen. Beskrivelsene fra praksis viser at klientene selv mener de har utbytte av musikkterapi både ved korte forløp, slik som i avrusning (Overå, 2012), og ved lengre terapiforløp slik som Kristiansen (2013) beskriver. I tillegg er det gode eksempler på musikkterapi i eksempelvis kommunale tilbud (Hovestøl, 2007) og i ettervern og oppfølging gjennom MIFF (Mortensen, 2006; Nilsen, 2007; Tuastad & Finsås, 2008). Som beskrevet i kapittel 4 har både kommune og spesialisthelsetjeneste ansvar for oppfølging og rehabilitering, og mange av disse vil kunne gjennomføres av en musikkterapeut. Praksisbeskrivelsene taler i tillegg for at musikkterapi med fordel kan utprøves i alle ledd av helsetjenestene. Det vil si i kort- og langtidsbehandling i TSB, i kort- og langtidsbehandling i psykisk helsevern, eller i kommunen, for eksempel under punktene *ruskartlegging og psykososial oppfølging* eller *sosial eller arbeidsrettet aktivisering* (Helsedirektoratet, 2012, s. 75). Kritikken av LAR-behandlingens mangel på psykososiale tiltak, som kan leses i kapittel 4.3.2, 4.4.1 og 4.5.3, vil også kunne argumentere for implementering av musikkterapi som del av LAR-behandling, uten at dette har støtte i noen forskningsstudie.

### **6.1.3 Forebygging, ettervern eller rehabilitering?**

Det påpekes i kapittel 5.4.3 at forebygging og ettervern ofte er begreper som glir over i hverandre. MIFF er et særlig godt eksempel på dette, og Tuastad og Finsås (2008) kaller musikktilbudet for forebyggende og rehabiliterende til tross for at det tar utgangspunkt i ettervern av tidligere straffedømte. Denne typen tilbud vil nok med fordel kunne tjene på en slik åpen organisering av tjenesten siden det dermed legger til rette for at deltakeren selv kan bruke tilbudet slik hun trenger det, og vil fungere som brukervedvirkning i praksis.

«Rehabilitering innen kriminalomsorgen fungerer dårlig. MIFF-tilbudet står som en motsats til denne uheldige trenden» (Tuastad & Finsås, 2008, s. 97). Dette sitatet kan enkelt overføres til rehabilitering av rusmiddelavhengige, hvor det også er lite psykoterapeutisk oppfølging enten man er knyttet til LAR eller man er ferdig med en mer ordinær avrusningsprosess. MIFF har vist at de kan romme både mennesker uten rusmiddelproblemer, mennesker som forsøker å leve uten rusmidler og mennesker i aktiv rus (Mortensen & Nilsen, 2006; Tuastad & Finsås, 2008), og kan dermed sies å være både forebygging og ettervern i den forstand at de forebygger tilbakefall samtidig som de gjennomfører oppfølgende tiltak. Likevel eksisterer dette tilbudet kun for personer som har vært i kontakt med kriminalomsorgen, og det virker

nærliggende å stille spørsmålet: Hadde det vært nyttig med et tilbud tilsvarende MIFF knyttet direkte til rusmiddelfeltet?

Dette kunne for eksempel være tilknyttet TSB, for så å bli overført til kommunen etter hvert som ansvaret endrer seg. Et slikt tilbud vil også kunne være knyttet til Individuell Plan (IP) slik at det følger den enkelte personens overordnede organisering uavhengig av overføring mellom ulike helseforetak. Om vi eksempelvis ser på kommunens ansvar for mennesker med ROP-lidelser kan et eventuelt musikkterapeutisk tilbud enkelt kunne forsvares av punkter som:

- ruskartlegging og psykososial oppfølging
- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp  
(behandling av sykdom, medisinsk og psykososial  
habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- generell oppfølging og veiledning (Helsedirektoratet, 2012, s. 75)

I tillegg blir trening av sosiale ferdigheter gjennom for eksempel støttetiltak i nærmiljøet trukket frem i retningslinjene under punktet *Sosialrettede oppfølgingstiltak*. Dette er helt i tråd med samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2012). Samtidig påpeker Nilsen (2007) at tett oppfølging av straffedømte etter soning vil kunne ha en samfunnsmessig økonomisk gevinst (s.39) siden dette gjør at færre går tilbake til kriminalitet eller rusmisbruk, og flere kommer tilbake til jobb (Langelid og Manger, 2005 referert i Nilsen, 2007). Dette kan være et viktig argument for å få i gang den politiske prosessen for et sterkere ettervern for rusmiddelavhengige, helst med musikkterapi som en del av tilbudet.

Det kan sies at «...musikk, tatt i bruk som tilbakefallsforebygging og nettverksbygger, [vil] være særlig relevant i overgangen mellom institusjonsbehandling og hverdagsliv» (Kiellan, Stige, & Trondalen, 2013, s. 49). Det er sosiale og økonomiske fordeler med å ta i bruk musikkterapi som rehabilitering i rusmiddelfeltet samtidig som musikkterapi er en god måte å følge opp ansvarsområder som foreligger hos både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

## **6.2 Musikk som motivasjon**

### **6.2.1 Et godt utgangspunkt for behandling**

Å begynne på et behandlingsforløp kan være utfordrende, men det kan være flere grunner til at en innleggelse eller annen institusjonalisering, slik som fengsling, kan være et bra utgangspunkt for å starte med terapi. Mortensen (2006) skriver at opphold ved fengselsinstitusjoner er et egnet sted for å starte med en aktivitet fordi personenes liv blir strukturert gjennom tidsplaner og regler og lite forstyrret av andre aspekter. Mange av deltakerne er uten jobb og har få fritidssysler, og tilbud som MIFF vil kunne bidra til at de har en fast aktivitet som de kan engasjere seg i også etter endt opphold ved institusjon. I tillegg vil et stabilt miljø og oppfølging av medisinerer av psykiske lidelser kunne minske risikoen for rusmiddelbruk (Ross, et al., 2008, s. 51), og at dette er en av grunnene til at man ser bedret funksjon og motivasjon hos pasientene (Ross, et al., 2008, s. 51). Medisinering av psykiske lidelser kan dermed knyttes til avtakende rusproblematikk.

### **6.2.2 Motivasjon i litteraturen**

Om vi ser på litteraturen kan det virke som musikkterapi kan ha særlig effekt på deltakernes motivasjon både når det gjelder deltakernes lyst til å delta i musikkterapi og motivasjon for helt andre områder av behandling (Dingle, Gleadhill, & Baker, 2008; Silverman, 2011; Gold, et al., 2013). Men hva er det som motiverer? Og hva er det som gjør behandlingen god?

Det blir påpekt at motivasjon, som er en viktig faktor i all behandling og livsendring, ikke er konstant, men vil variere i løpet av en prosess (Ghetti, 2004; Mais, Olsen, & Martinsen, 2008; Lossius, 2012). Retningslinjene for ROP-lidelser skriver at motivasjon er «en sentral del av behandling av ROP-pasienter» (Helsedirektoratet, 2012, s. 62), og påpeker også at en behandling som tar utgangspunkt i de forskjellige stadiene av motivasjon er best egnet i et behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2012, s. 62). Dette er i tråd med eksempelvis de fem stadiene fra *Håndbok i kognitiv terapi* (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008):

føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, beslutningsfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008, ss. 489-493). Pasienter vil bevege seg mellom ulike stadier for motivasjon gjennom hele prosessen, og man må ta hensyn til dette.

### **6.2.3 Positiv mestringspiral**

Det er gjennomgående i musikkterapilitteraturen om rusmiddelfeltet at mestring er en viktig bestanddel av motivasjon. Mange tekster omtaler at mestringsopplevelser og opplevelser av håp vil være med å gi den enkelte klienten motivasjon og opplevelsen av en situasjon som

utvikler seg i riktig retning (Ghetti, 2004). Dette blir flere steder henvist til som en form for positiv mestringsspiral (Tuastad & Finsås, 2008; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013).

Hos Solli, Rolvsjord og Borg (2013) grunnlegges denne positive bevegelsen i at den enkelte utvikler evnen til å ta i bruk sosiale ressurser (social agency), og at positive opplevelser og håp derfor blir motivasjon til å mestre nye situasjoner. Slik jeg forstår social agency i denne sammenhengen er anvendelsen av samfunnets ressurser altså noe man kan trene seg opp til. I så fall kan det diskuteres om også denne ressursen er en del av en sosial kapital som i utgangspunktet er forbundet med sosiale klasseskiller. Uansett om denne påstanden stemmer eller ei vil det være naturlig å trekke inn empowerment-begrepet, som også søker å bygge opp individet gjennom positive opplevelser (Rolvsjord, 2010). Begrepene positiv spiral og empowerment bygger på mange av de samme prinsippene, men slik Tuastad og Finsås (2008) bruker begrepet positiv spiral fokuserer de kun på de individuelle konsekvensene av mestring, mens empowerment-perspektivet er mer eksplisitt opptatt av å motvirke matkstrukturer gjennom den positive oppbyggingen.

## **6.3 Holdninger i terapi**

### **6.3.1 Sosial stigma**

Gjennomgående i denne oppgaven tematiseres det at rusmiddelbrukere er en stigmatisert gruppe. Helt fra dårlige oppvekstvilkår og lite skolegang (Tuastad & Finsås, 2008), til risiko for utvikling av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012), dømmende behandling fra helsevesen (Soshensky, 2001) og lite tilrettelagte tiltak for psykoterapeutisk behandling fra staten (kap. 4.6.1). Solli (2014) skriver at også psykiske lidelser fører med seg stigmatisering i form av maktesløshet, diskriminering og sosial ekskludering (s. 15), og som en motsatt setter recovery-perspektivet fokus på klientens ressurser ved å si at klienten er erfarings ekspert (expert by experience) (Solli, 2014, s. 16).

Helt konkret kommer mange som sliter med rusproblematikk fra en risikogruppe som har grunnlag i sosiale forskjeller. Dette er ikke omtalt særlig stor grad i de offisielle dokumentene, men blir mye fokusert på i musikkterapilitteraturen (Mortensen & Nilsen, 2006; Tuastad & Finsås, 2008). Likevel blir det tematisert i en rapport fra SIRUS (Skretting & Storvoll, 2011), der de påpeker at misbruksproblemer ofte har grunnlag i sosioøkonomiske problemer, og det



anbefales at det, i stedet for å bruke strafferettslige og medisinske tiltak, fokuseres på integrasjon og inkludering (Bretteville-Jensen, Snertingdal, & Hordvin, 2011, ss. 156-157). Det vil være hensiktsmessig å forsøke å motvirke konsekvensene av sosiale ujevnheter, både gjennom musikkterapeutisk praksis som tar sikte på empowerment, og gjennom politiske virkemidler. Nilsen (2007) forsøker å påpeke det politiske ansvaret når hun sier at «politikkutformingene må ha som mål å bøte på disse [levekårsmanglene] og dermed bidra til en utjevning av befolkningens levekår» (Nilsen, 2007, s. 39). Hun viser til en rapport fra FAFO (ikke referert i hennes tekst) som sier at man må fokusere på de områdene der personen har ressurser, slik at disse danner grunnlaget for en reintegreringsprosess (s.39). Dermed argumenterer hun også for et ressursorientert perspektiv i forbindelse med den politiske erkjennelsen av sosial rettferdighet.

### **6.3.2 Viktigheten av den terapeutiske relasjonen**

Svært mange tekster kommenterer at psykoterapi innehar noen overordnede elementer som gir positive utfall av terapien uavhengig av valg av tilnærming (Silverman, 2003; Ross, et al., 2008; Silverman, 2009b; Rolvsjord, 2010; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013).

Det understrekes også at, til tross for manglende forskning på ROP-lidelser og hvilke typer behandling som passer for de forskjellige kombinasjonene av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet (Helsedirektoratet, 2012), er en god terapeutisk relasjon overordnet for et godt utfall av terapien. Andre faktorer som vektlegges er langvarige relasjoner, ekthet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati hos behandler (Helsedirektoratet, 2012, ss. 58-59). Disse faktorene er til gjengjeld lik de som nevnes i musikkterapilitteraturen, og som Rolvsjord (2010) beskriver som deler av grunnlaget for den ressursorienterte tilnærmingen.

Rolvsjord (2010) presenterer en påstand som har vokst ut av tanken om fellesfaktorer i terapi: Om det finnes fellesfaktorer i all psykoterapi som ikke er basert på segmentene i den enkelte tilnærmingen og de forskjellige verktøyene terapeuten velger å benytte seg av vil teorien om fellesfaktorer ikke lenger være kompatibel med et medisinsk perspektiv fordi utfallet av terapien ikke kan forklares gjennom et årsaksforhold. Dermed vil den terapeutiske effekten mer hensiktsmessig kunne forklares gjennom en holistisk fellesfaktortilnærming. Rolvsjord (2010) presenterer to ulike modeller som inngår i en holistisk tilnærming.

- 1) Den første mener at det spesifikke innholdet i terapien ikke er hovedfokus, men er et verktøy for å skape et troverdig behandlingsforløp som både terapeuten og klienten kan tro på.

- 2) Den andre setter klienten mer i fokus, og mener at terapien kun er et verktøy for å skape et rom hvor klienten selv kan arbeide med sin egen tilfriskningsprosess med hjelp fra terapeuten (Rolvsgjord, 2010, s. 49).

Begge har rot i et helhetsperspektiv på terapi, men den siste er mer kompatibel med empowerment-tenkningen i det ressursorienterte perspektivet.

### **6.3.3 Skadereduksjon**

Både rapport nr.3/11 fra SIRUS (2011, s. 59) og Ghetti (2004) beskriver skadereduksjon som et forsøk på å redusere skadene av rusmiddelbruk for både samfunn og individ. Ghetti (2004) foreslår å implementere skadereduksjon som tilnærming i musikkterapi for å ha et godt alternativ til sykdomsmodellen, som fokuserer på patologi og som i praksis er en slags ansvarsfraskrivelse, og til kriminaliseringsmodellen, som søker å avstraffe bruk av rusmidler med rettslige midler. I tillegg er skadereduksjonsmodellen den eneste som ikke har som mål å redusere, eller avslutte, rusmiddelbruken, og dermed den eneste som er et reelt tilbud for de personene som ikke ønsker eller klarer å slutte, og nettopp dette blir omtalt som et viktig støttetiltak i retningslinjene for ROP-lidelser (2012).

Rusgruppene i MIFF kan i denne sammenhengen kalles skadereduksjon. Til en viss grad forsøker MIFF-prosjektene å jobbe forebyggende eller oppfølgende, med regler som utelukker bruk av rusmidler og som oppfordrer til endring (Mortensen, 2006). Men gjennom å også tilby noe for de personene som blir ekskludert av disse reglene viser de at det er mulig å tilrettelegge for de forskjellige behovene som hver enkelt trenger. Slik jeg leser Mortensens (2006) tekst ble «rusgruppa» til etter hvert som de så behovet for et slikt tilbud. Det er et tydelig budskap om at MIFF tar utgangspunkt i hva klientene ønsker, og at det dermed er et godt eksempel på brukermedvirkning i praksis.

## **6.4 Rusmiddelproblemer som medisinsk problem**

### **6.4.1 En utvikling mot det medisinske**

Kristiansen (2013) skriver at man må vurdere flere hensyn enn de rent biomedisinske, og han trekker fram at det biopsykososiale perspektivet er gjeldende i dag (s.17-18). Dette står på mange måter i strid med det jeg leser i rapportene fra SIRUS. Vi ser av flere av tekstene at avhengighet i økende grad ses i en medisinsk kontekst, og skal løses med medisinske

hjelpemidler/løsninger (Skretting & Rosenqvist, 2010; Skretting & Storvoll, 2011). Når det i tillegg fokuseres på medisinsk substitusjonsbehandling er det liten tvil om at det er det medisinske perspektivet som står mest i fokus, og at det er medisinerere som skal utføre arbeidet. Denne utviklingen er til hinder for en etablering av flere psykososiale behandlingsformer innen dette feltet. Som nevnt over (kap. 3.2.1) mener Rise (2011, s. 35) at det å definere rusmiddelavhengighet som en sykdom kun er et sosiopolitisk middel for å oppnå medfølgende rettigheter. Nettopp dette poenget er også viktig for Hovestøl (2007). Hun anerkjenner at konsekvensene av å definere rusavhengighet som en sykdom vil kunne skape endringer både i helsevesen og rettsvesen. Hovestøl (2007) skriver at denne dreiningen mot å klassifisere rusavhengighet som en sykdom vil kunne få konsekvenser både for de som er rammet og trenger behandling, og for musikkterapeutene som kan gi behandling, noe den allerede har fått.

Dette fokuset på sykdomsforklaringen av rusmiddelavhengighet har hatt positive ringvirkninger. Det har sørget for at behandling og tiltak ved rusmiddelavhengighet har kommet inn under spesialisthelsetjenesten som TSB, og det har gitt fordeler i form av pasientrettigheter og mulighet for henvisning(sjekk). Samtidig passer det svært dårlig sammen med det salutogeniske fokuset som musikkterapi ofte bruker. Men kanskje kan nettopp dette, den ressursorienterte fokuseringen på den friske delen av mennesket som musikkterapien kan representere, være med på å utvikle rusmiddelfeltet i en ressursfokuset retning? Man kan, i stedet for å se på perspektivene som polariserte, se at det tverrfaglige samarbeidet skaper en helhetlig tilnærming hvor hele mennesket er i fokus. Det medisinske og det salutogeniske kan bidra til forskjellige deler av perspektivet.

En rapport fra SIRUS (Skretting & Storvoll, 2011) skildrer utviklingen som har skjedd på rusmiddelfeltet, og kritiserer det medisinske perspektivet for ikke å slippe til sosiale tiltak:

En kritikk av dreiningen av narkotikapolitikken til å bli sett på som i hovedsak et medisinsk problem, er at i denne prosessen fortreges en sosialintegrerende narkotikapolitikk. Det siktes spesifikt til at rusmiddelmisbruk primært blir definert som et helseanliggende, og at det derfor bidrar til reduserte ressurser til sosialpedagogiske hjelpetiltak, som ettervern, botrening, omsorgstiltak, sysselsetningstiltak, arbeidstiltak, opplæring rettet spesielt mot rusmiddelbrukere (Andresen, 2010). Dette er en kritikk som også omfatter tilbudet til pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved at R'en (rehabilitering) nedprioriteres til fordel for medisiner (ibid).

(Bretteville-Jensen, Snertingdal, & Hordvin, 2011, s. 156)

Som nevnt i kapittel 3.3.1 er det også paradoksalt at målet for LAR-behandlingen er selvstendigjøring, når personer innrullert i LAR-programmet ikke har noen reell brukermedvirkning over det rigide systemet rundt for eksempel utlevering av medisiner og urinprøver, og mange føler seg dermed heller umyndiggjort enn selvstendigjort (Helsedirektoratet, 2010, s. 32). Her er det tydelig at det trengs andre tiltak enn medisiner, men at det medisinske perspektivet lett kan få råderett på grunn av blant annet sikkerhetsmessige forhold som skal sikre at medisinerne blir tatt av riktig person.

Det er slående hvor mange av de offentlige dokumentene som ikke nevner hva slags behandling pasientene får (foruten medisinsk behandling), men som i stedet ramser opp hvor mange rusmiddelavhengige som finnes og hvilken type rusmidler de foretrekker. Da jeg begynte å lese datamaterialet for dette prosjektet etter søkeprosessen viste det seg at nesten alle tekster fra SIRUS måtte ekskluderes på grunn av manglende relevans for behandling. Det var et overveldende antall rapporter som kun dreide seg om statistikk, ruspreferanse og andel av befolkningen som for øyeblikket har rusmiddelproblemer. Ved nærmere gjennomgang av 12 tekster som jeg, ved første øyekast mente var relevante, ble kun tre brukt i denne teksten. Alle øvrige var kun statistiske undersøkelser eller ignorerte de psykososiale faktorene i behandlingsforløpet. Det ble rett og slett ikke nevnt.

Som skrevet i kapittel 3.2.1 går de medisinske og sosiale forklaringsmodellene i bølger, og vi kan se at feltet har forandret seg flere ganger. Det vil kunne forandre seg igjen, og musikkterapien kan være en pådriver til å flytte fokus mot en recovery-basert helsetjeneste

med fokus på ressurser, empowerment og som forsøker å sosialisere mennersker inn i samfunnet, men i samarbeid med et medisinsk perspektiv.

#### **6.4.2 Evidensbasert evaluering av alle tilbud?**

Det er mange som beskriver det økende presset som ansatte i helsevesenet opplever når det gjelder evidens (Stige, 2008, s. 55; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013, s. 245; Snertingdal, 2011, s. 39; Kiteley & Stogdon, 2014, s. 6; Aveyard, 2010, s. 11). Gjennomføringen av kvantitativ effektforskning på musikkterapi og psykoselidelser var nok hovedgrunnen til at musikkterapi ble en del av anbefalt behandling i Helsedirektoratets retningslinje (Helsedirektoratet, 2013). Ideellt sett skal alle tiltak som er igangsatt og finansiert av det offentlige ha en dokumentert effekt, og som igjen skaper behovet for et organ som organiserer og publiserer oppdatert kunnskap slik vi for eksempel finner i de nasjonale retningslinjene. Mays, Clark og Gordon (2008) henviser til manglende forskning på effekten av musikkterapi ved avhengighet gjennom evidensbasert kvantitativ forskning, og påpeker at mange av studiene som er gjort kun har basert resultatene på oppmøte og på positive følelser og opplevelser (Mays, Clark, & Gordon, 2008, p. 56). De mener dette tvinger fram et behov for mer effektforskning, og mener at musikkterapi med mennesker med avhengighetsproblemer ikke kan oppnå full aksept før dette er gjennomført (s.58).

Det synet som Mays, Clark og Gordon (2008) representerer har faglig tyngde og mer effektforskning vil naturligvis føre med seg en rekke goder. Men det er likevel nærliggende å spørre seg hvem som skal akseptere musikkterapien, og på hvilke grunnlag musikkterapien bør evalueres. Den evidensbaserte forskningen har blitt kritisert fra flere hold (Stige B. , 2008), mye på grunn av hvilken informasjon man får ut av en slik forskningsmetode. Det blir stilt spørsmål om det musikkterapeutiske samspillet lar seg dokumentere gjennom disse metodene, og hvilke implikasjoner det kan ha for faget.

«Although there is recognition of the need for greater understanding of what is both effective and ineffective in social work practice, there is some disagreement as to whether evidence-based research can fulfil this role» (Kiteley & Stogdon, 2014, s. 6).

Som vi så i kapittel 3.2.3 påpekes det i en rapport fra SIRUS (Skretting & Storvoll, 2011) at den evidensbaserte forskningen er utviklet i det medisinske fagfeltet, noe som kan påvirke hvilke fagområder som vil få gode resultater, og det vil ha implikasjoner for hvordan man kan beskrive sitt fagområde (Snertingdal, 2011). Evidensbasert forskning kan ifølge samme rapport (s.39) hevdes å være selvbekreftende, siden få vil argumentere mot behandling som er

basert i kunnskap, og ingen ønsker tilfeldig behandling av pasienter. Likevel kan vi si at den hierarkiske rangeringen av forskningsmetoder ikke alltid gagnar musikkterapien.

Mye av kritikken mot evidensbasert praksis er at slike randomiserte kontrollerte studier gjøres til et ideal også i evaluering av behandling / intervensjoner som ikke springer direkte ut av medisinske tilnærminger, men eksempelvis av psykososiale tilnærminger, slik tilfellet ofte vil være innen rusmiddelfeltet.

(Snertingdal, 2011, s. 41).

Det er ikke tvil om at mange aspekter ved musikkterapi kan gå tapt i en klinisk effektstudie. Det er ikke dermed sagt at slike studier ikke er nødvendig, men vi må være forsiktig med å redusere musikkterapien på grunn av den. Nødvendigheten av å kvantifisere og føre statistikk kan være tilstede i mange tilfeller, men noen ganger kan effekten være slående gjennom følelser og medmenneskelighet. Dette må vi ta vare på som en viktig del av musikkterapien.

## **6.5 Brukerperspektiv/brukermedvirkning**

### **6.5.1 To anvendelser av begrepet**

I de offentlige dokumentene kan begrepet brukermedvirkning tolkes på to forskjellige vis. Den ene forstås som en brukeropplevd kvalitetssikring av tilbudet (Meld.St.10 (2012-2013), 2012), mens den andre er mer knyttet til brukerens rett til medbestemmelse og empowerment (Helsedirektoratet, 2006). Begge perspektivene er viktige, men det siste vil ha mer innvirkning på brukerens liv og hvordan brukeren forholder seg til konteksten rundt seg siden personen lærer seg at han eller hun kan ha innvirkning på verden rundt seg.

### **6.5.2 Brukermedvirkning i praksis?**

«Det er [...] viktig å lytte til deltagerens egne tolkninger av det man har observert» (Nilsen, Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud (Masteroppgave), 2007, s. 18), og de få studiene innen rusmiddelfeltet i norsk musikkterapi interesserer seg i stor grad for akkurat brukerperspektivet. Det kommer frem av beskrivelsene av praksis, men ikke minst også i valg av metode. Alle masteroppgavene om dette tema har tatt i bruk kvalitative intervjuer som sin forskningsmetode og vi ser dermed at grunnlaget for å skaffe informasjon

om musikkterapitilbudene bunner i brukernes opplevelser og tanker(ref??). Det er en gjennomgående holdning til at brukernes perspektiv er viktig å få fram.

Dette er også stadig mer gjeldende innen helsevesenet i Norge, selv om det konkurrerer sterkt med det medisinske og evidensbaserte perspektivet. Brukermedvirkning anbefales med høyeste gradering i retningslinjene for psykosebehandling:

Anbefaling med gradering A:

Behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.

(Helsedirektoratet, 2013, s. 22)

Vi kan også se av retningslinjen for LAR-behandling at «brukermedvirkning er en etisk og juridisk forpliktelse for behandlere nedfelt i helselov givningen, en formell rettighet og et terapeutisk virkemiddel» (Helsedirektoratet, 2010, s. 32). Det snakkes også om å styrke brukerorganisasjonenes posisjon slik at tjenestene kvalitetsikres av dem som faktisk opplever tilbudet (Meld.St.30 (2011-2012), 2012). Dette et viktig steg for å sørge for at brukerne av et tilbud får reell innflytelse på utformingen av tjenestene.

Brukermedvirkning er viktig ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. Behandlingen bør derfor innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg (anbefaling 1). (Helsedirektoratet, 2012, s. 41)

Brukermedvirkning vil dermed gi den enkelte større handlemuligheter (Ruud, 1990) til å utfolde seg i samfunnet (Stige & Aarø, 2012).

### **6.5.2 Samfunnsmusikkterapi, ressursorientering, og recovery**

Mange av tilnærmingene som blir brukt i norsk kontekst legger vekt på brukerens rett til medbestemmelse, og det kan argumenteres for at samfunnsmusikkterapi, ressursorientert musikkterapi og recovery-tenkning overlapper kraftig på flere punkter.

Helt eksplisitt ønsker alle disse tilnærmingene å være en motvekt til det medisinske perspektivet, å se klienten i en samfunnsmessig kontekst, og legger vekt på brukerens perspektiv. De har tydelige fellestrekk, og Drøsdal (2013) argumenterer for at de har vokst ut fra det humanistiske perspektivet som Ruud (2008) har frontet. «Når visjonen i stadig flere land er å ha et recovery-orientert helsevesen, betyr det at psykiske helsetjenester i langt større grad enn i dag må sette relasjon, mening, innhold og kontekst i forgrunnen» (Solli, 2012, s. 38). Kombinert med et medisinsk perspektiv vil dette kunne gi en svært helhetlig behandlingstankegang.

Rolvsvjord (2010) påpeker at hvilken diskurs og hvilket språk vi bruker for å beskrive musikkterapeutisk praksis vil påvirke hvilke valg vi tar og hvordan vi forstår praksisen, men de ulike tilnærmingene er ikke nødvendigvis så forskjellige i praksis. Likevel vil den diskursen vi velger å beskrive praksis med bidra til enten å fasilitere og sementere verdier og holdninger, eller å utfordre og forandre verdier og holdninger (s. 36). Hvilke ord vi velger å omtale musikkterapi med vil ha en innvirkning på hvor godt musikkterapien lar seg implementere i en allerede etablert helsepraksis.

## **6.6 Puslespillet faller på plass**

Som nevnt i metodekapittelet ser Aveyard (2010) på en litteraturgjennomgang som et puslespill med mange biter. Denne metaforen fungerer godt til å beskrive den holistiske forståelsen av at helheten er mer verdt enn summen av delene sekundærref?. Mens bitene legges på plass trer bildet stadig mer fram, og hver bit bidrar til motivet. I løpet av prosessen med å skrive opp de forskjellige kategoriene og forklare dem har jeg stadig opplevd at de forskjellige kategoriene flyter over i hverandre, eller kan bidra til forståelse av hverandre, og jeg har følt at bildet stadig ble mer komplisert samtidig som ... Jeg vil nå gjøre et kort forsøk på å skrive kategoriene sammen til et helhetlig bilde.

Det rettes mye fokus på at helsevesenet preges av et medisinsk tankesett (Stige, 2008; Skretting & Storvoll, 2011; Solli, Rolvsvjord, & Borg, 2013), og dette gjør at det kreves stadig mer effektforskning og årsaksforklaring. Samtidig gjør Rolvsvjord (2010) det klart (?) at om antakelsen om fellesfaktorer i psykoterapi skal godkjennes vil psykoterapi ikke nødvendigvis



kunne forklares gjennom årsak-virkning (?) fordi det ikke er de spesifikke detaljene og ingrediensene i terapien som er avgjørende, men mer helhetlige prosesser.

Gjennom Rolvsjord (2010) sin gjennomgang av de kontekstuelle og holistiske aspektene ved en fellesfaktortilnærming knyttes utfallet av terapien også til håp, forventning til en bedring og til anvendelse av ressurser (agency). Dette kan knyttes direkte til den positive spiralen som mestringsopplevelser og håp kan gi (Tuastad & Finsås, 2008), og også til prosessen med å ta i bruk sosiale ressurser som finnes rundt seg (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Denne anvendelsen av ressurser kan kanskje defineres gjennom Ruud (1990) sin definisjon om økte handlemuligheter, og er, forenklet sett, empowerment i praksis. Et økt fokus på brukermedvirkning gjennom fokus på individets ressurser, og recovery-perspektivet sitt fokus på livskvalitet til tross for helseproblematikk vil kunne bidra til en helhetlig helsetjeneste med individet i fokus.

Myndighetenes vektlegging av brukermedvirkning (Regjeringen, udatert; Helsedirektoratet, 2012) vil bli godt ivaretatt gjennom et ressursorientert fokus i musikkterapien, og jeg mener det vil være relevant om forskningen her knytter seg opp mot den utviklingen som skjer i benyttelse av recoveryperspektivet innen musikkterapi og psykisk helsearbeid (Solli, 2012).

(Kristiansen, 2013, s. 64)

## **6.7 Kritikk av egen studie**

Denne forskningsprosessen har i stor grad vært en subjektiv prosess. Jeg har selv gjennomført litteratursøk og organisert og analysert datamaterialet. Ved å for eksempel inkludert veileder i analyseprosessen kunne jeg i større grad fått bekreftet gyldigheten til fortolkningene mine.

Tidsbegrensningen innenfor rammen av masteroppgaven setter også en tidsbegrensning på arbeidet. Med mer tid kunne jeg ha gått dypere inn i materialet og den hermeneutiske prosessen kunne ha fått pågå og modnes over lengre tid.

Andre svakheter ved oppgaven er at jeg for sent i prosessen oppdaget at inklusjons- og eksklusjonskriteriene for oppgaven var for dårlige og for utydelige, noe som gjør at jeg kan ha oversett viktige og relevante tekster innenfor rusfeltet.

## **7.0 Oppsummering og avslutning**

### **7.1 Hvordan sammenfaller så holdningene?**

Da jeg startet på oppgaven hadde jeg forventninger om at musikkterapi måtte implementere deler av de nåværende behandlingsmodellene som allerede brukes i rusmiddelfeltet. Når jeg nå har gjennomført studien er inntrykket noe forandret. Selv om musikkterapi alltid vil nytte godt av et tverrfaglig samarbeid er mitt inntrykk at musikkterapi kan bidra med sine holdninger og erfaringer til en bedre rusmiddelomsorg. Rusmiddelfeltet generelt er i endring, og musikkterapi som fagområde kan være med på å styre utviklingen mot en salutogenisk, ressursorientert recovery-modell med fokus på mennesket i kontekst.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2014-2015) slår fast at styrkingen og utviklingen av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette. Dette gjelder særskilt kompetanse for behandling av rusavhengige i kommunene, og behovet for å se fagområdet rus i sammenheng meg psykisk helse-feltet.» (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 123)

Kristiansen (2013) etterlyser mer praksis og mer forskning på området. I tillegg ønsker han et fagpolitisk bidrag, og at Helsedirektoratet er med og støtter opp om på denne utviklingen av rusmiddelfeltet gjennom å anbefale og styrke bruken av musikkterapi (s.65). Dette har delvis blitt innfridd gjennom Helsedirektoratets nye anbefaling av musikkterapi i høringsutkastet for de nye retningslinjene (Helsedirektoratet, 2014).

«Det er behov for nye tilnærminger og hensiktsmessige tilpassninger av tradisjonelle behandlingstiltak» (Gråwe & Hagen, 2008, s. 518). Holdningene til behandling av mennesker med rusproblematikk i musikkterapi og i offentlige dokumenter kan sies å korrelere selv om det i praksis ofte er manglende psykoterapi i tilbudene som gis til rusmiddelavhengige. Musikkterapi kan trolig anvendes til å møte målsettingene i de offentlige dokumentene, men det trengs fortsatt mer forskning på musikkterapi i rusmiddelfeltet.

### **7.2 Andre ting som kan være viktig å se på**

Det nevnes mye om pårørende i de offisielle dokumentene (Skretting & Storvoll, 2011, ss. 47-52). Dette kan være noe å se på videre. Pårørende blir sett på som en viktig ressurs (Meld.St.10 (2012-2013), 2012, s. 53), men kan også ha behov for støtte i belastende situasjoner (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 105). Opptrappingsplanen har satt i gang tiltak

for å styrke de pårørendes rolle (Meld.St.30 (2011-2012), 2012, s. 105), og kanskje kan musikkterapi i fremtiden være en god måte å inkludere og engasjere pårørende, og arbeide med relasjonen mellom pårørende og bruker?

## Bibliografi

- Aftret, K. (2008). Samspill - om musikkterapeuten i kommunen. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 243-252). Oslo: NMH-Publikasjoner.
- Almås, B. (2008). Norsk musikkterapi på 1980- og 90-tallet - en banebrytende periode. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 233-241). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Amundsen, E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport nr. 4/10.
- Andresen, N. E. (2012). Motiverende samtale. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (ss. 194-221). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care - A Practical Guide*. Berkshire: McGraw Hill. Open University Press.
- Blaikie, N. (2004). Hermeneutics. I M. Lewis-Beck, A. Bryman, & T. Liao, *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods* (ss. 455-458). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. .
- Bloomberg, L. D., & Volpe, M. (2008). *Completing Your Qualitative Dissertation: A Roadmap from Beginning to End*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Bretteville-Jensen, A. L., Snertingdal, M., & Hordvin, O. (2011). Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk? I A. S. Storvoll(red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* (ss. 148-163). Oslo: SIRUS-rapport (Statens Institutt for Rusmiddelforskning) 3:2011.

- Brewer, J. (2003). Hermeneutics. I R. Miller, & J. Brewer, *The A-Z of Social Research* (ss. 139-140). London: SAGE Publications, Ltd.  
doi:<http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.4135/9780857020024.n48>
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005a). Reserach Topics and Questions in Music Therapy. I B. Wheeler, *Music Therapy Research* (ss. 81-93). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005b). Data Analysis in Qualitative Research. I B. L. Wheeler, *Music Therapy Research* (ss. 179-186). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005c). Designing Qualitative Research. In B. Wheeler, *Music Therapy Research* (pp. 129-137). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Dingle, G. A., Gleadhill, L., & Baker, F. A. (2008). *Can Music Therapy Engage Patients in Group Cognitive Behaviour Therapy for Substance Abuse Treatment?* Queensland: Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs. Retrieved from [informahealthcare.com](http://informahealthcare.com)
- Doak, B. A. (2003). Relationships Between Adolescent Psychiatric Diagnoses, Music Preferences, and Drug Preferences. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 21.
- Drøsdal, A. W. (2013). På barrikadene. En studie om idégrunnlaget i norsk musikkterapi. *Master i musikkterapi ved NMH*.
- Eriksen, Ø. (2012). *Musikken – en slags Skybert: Om musikkterapi som forebyggende ungdomsarbeid (Masteroppgave)*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Erkkilä, J. (2003, Juni). Music Therapy Methods in the Treatment of Gambling Addiction. *Music Therapy Today*. Vol. IV (3).
- Gardstrom, S. C., & Diestelkamp, W. S. (2013). Women with Addictions Report Reduced Anxiety After Group Music Therapy: A Quasi-Experimental Study. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, Vol 13, No 2.
- Ghetti, C. M. (2004). Incorporating Music Therapy into the Harm Reduction Approach to Managing Substance Use Problems. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 22.

- Gold, C., Mössler, K., Grockeh, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., . . . Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 82 (5), 319–331.
- Gotaas, N. (2006). *Rocka stabilitet*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Gråwe, R. W., & Hagen, R. (2008). Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykose lidelser. I T. Berge, & A. R. (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 513-532). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Hart, C. (1998). *Doing a Literature Review*. London: Sage Publications Ltd.
- Haugen, L. J. (2011). *Oppsig i nedsig: Ein studie av musikkterapi si betydning for rusmiddelavhengige ved eit lågterskeltilbod sett frå eit tverrfagleg perspektiv (Masteroppgave)*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-5*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2012). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Det kongelige helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - Psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. (IS-1315)*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS-1701)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonalt retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS-1876)*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser (IS-1948)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (høringsutkast)*. Hentet januar 03, 2015 (ikke lenger tilgjengelig) fra Helsedirektoratet.no. Anbefaling nr. 54 s. 46.
- Horesh, T. (2006). "Music is My Whole Life" - The Many Meanings of Music in Addicts Lives. *Music Therapy Today Vol. VII (2)*, 297-317.
- Horesh, T. (2007). Music Therapy, Regression and Symbolic Distance in Substance Abusers and Their Preferred Music. *Music Therapy Today Vol. VIII (3)*, 324-333.
- Horesh, T. (2010). Drug Addicts and Their Music: A Story of a Complex Relationship. I D. Aldridge, & J. Falchner, *Music Therapy and Addictions* (ss. 57-74). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hovestøl, M. (2007). *Jeg skulle gjerne spilt mye mer, jeg: En undersøkelse av betydningsfulle aspekter ved deltakelse i musikkgrupper på et ressursenter for rusmisbrukere (Masteroppgave)*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Jones, J. D. (2005). A Comparison of Songwriting and Lyric Analysis Techniques to Evoke Emotional Change in a Single Session with People Who are Chemically Dependent. *Journal of Music Therapy, XLII (2)*, 94-110.
- Kenny, C., & Wheeler, B. L. (2005). Principles of Qualitative Research. I B. Wheeler, *Music Therapy Research* (ss. 59-71). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Kenny, C., Jahn-Langenberg, M., & Loewy, J. (2005). Hermeneutic Inquiry. I B. Wheeler, *Music Therapy Research* (ss. 333-351). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Kiellan, T., Stige, B., & Trondalen, G. (2013). Musikkterapi i rusfeltet. *Rusfag*, 43-52.
- King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in Qualitative Research*. London: SAGE publications.

- Kiteley, R., & Stogdon, C. (2014). *Literature Reviews in Social Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Kristiansen, D. L. (2013). *Nye muligheter - En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapigruppe innen rusbehandling (Masteroppgave)*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Krüger, V. (2012). *Musikk - Fortelling - Fellesskap. En kvalitativ undersøkelse a ungdommers perspektiver på deltagelse i samfunnsmusikkterapeutisk praksis i barnevernsarbeid (Doktoravhandling)*. Bergen: University of Bergen.
- Lapadat, J. (2010). Thematic Analysis. I A. J. Mills, G. Durepos, & E. Wiebe, *Encyclopedia of Case Study Research*. (ss. 926-928). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius(red.), *Håndbok i rusbehandling - Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (ss. 23-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lund, I., & Bretteville-Jensen, A. L. (2010). Kan vi skille mellom bruk og misbruk? I E. J. Amundsen(red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begrep og omfang*. (ss. 13-27). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning rapport nr. 4/2010.
- Mais, A. H., Olsen, T., & Martinsen, E. W. (2008). Rusmiddelavhengighet. I T. Berge, & A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 486-512). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mays, K. L., Clark, D. L., & Gordon, A. J. (2008). Treating Addiction with Tunes: A Systematic Review of Music Therapy for the Treatment of Patients with Addictions. *Substance Abuse*, 51-59.
- Meld.St.10 (2012-2013). (2012). *God kvalitet, trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St.30 (2011-2012). (2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

- Mortensen, B. M. (2006). *Fra fengsel til storsamfunn med musikken som ledsager: En undersøkelse blant kvinnelige innsatte ved Bredtveit fengsel (Masteroppgave)*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Mortensen, B. M., & Nilsen, V. R. (2006). Musikk i fengsel og frihet. I T. Aasgaard, *Musikk og helse* (ss. 139-151). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., & Gold, C. (2011). Music Therapy for People with Schizophrenia and Schizophrenia-like Disorders. *The Cochrane Collaboration*.
- Nilsen, V. R. (2007). *Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud*. Masteroppgave i musikkterapi ved NMH.
- Nilsen, V. R. (2007). *Musikk i fengsel og frihet - et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud (Masteroppgave)*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- O'Leary, Z. (2010). *The Essential Guide to Doing Your Research Project*. London: SAGE Publications Ltd.
- Overå, M. (2012). *Hekta på musikk: en studie om betydning av deltakelse i en musikkterapigruppe på en avgiftningsenhet (Masteroppgave)*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Overå, M. (2013). Hekta på musikk. *NMH-publikasjoner 2013:11*.
- Pierce, R. (2008). Chapter 12 Analysing Research Data: The Process. I R. Pierce, *Research Methods in Politics* (ss. 174-181). London: SAGE Publications Ltd.  
doi:<http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.4135/9780857024589.d18>
- Punkanen, M. (2004). On a Journey to Somatic Memory. Theoretical and Clinical Approaches for the Treatment of Traumatic Memories in Music Therapy Based Drug Rehabilitation. *Music Therapy Today*. Vol. V, Issue 5.
- Punkanen, M. (2007). Music therapy as part of drug rehabilitation. *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3).
- Punkanen, M., & Ala-Ruona, E. (2011). Making My Body a Safe Place to Stay: A Psychotherapeutically Oriented Approach to Vibroacoustic Therapy in Drug



- Rehabilitation. I A. Meadows, *Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives* (ss. 350-367). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Regjeringen.no. (Udatert). *Meldingar til Stortinget*. Hentet fra Regjeringen.no:  
<https://www.regjeringen.no/nb/dokument/meldst/id1754/>
- Rise, J. (2011). Hva er avhengighet? I A. Skretting, & E. E. Storvoll(red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. (ss. 29-35). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport nr. 3/2011.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. University Park: Barcelona Publishers.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music Therapy: A Novel Motivational Approach for Dually Diagnosed Patients. *Journal of Addictive Diseases*, 41-53.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling - Teoretiske perspektiver på samhandling*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 5-28). Oslo: NMH - Norges Musikkhøgskole.
- Rødland, T. G. (2013). *Sangskrivning i rusomsorgen (Masteroppgave)*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Saarikallio, S. (2011). Music as Emotional Self-Regulation Throughout Adulthood. *Psychology of music* 39 (3), 307-327.
- Silverman, M. (2003). Music Therapy and Clients Who are Chemically Dependent: A Review of Literature and Pilot Study. *The Arts in Psychotherapy*, 273-281.
- Silverman, M. J. (2009a). A descriptive analysis of music therapists working with consumers in substance abuse rehabilitation: Current clinical practice to guide future research. *The Arts in Psychotherapy* 36, 123-130.

- Silverman, M. J. (2009b). The Effect of Lyric Analysis on Treatment Eagerness and Working Alliance in Consumers Who Are in Detoxification: A Randomized Clinical. *Music therapy perspectives* 27 (2), 115-121.
- Silverman, M. J. (2011). Effects of music therapy on change and depression on clients in detoxification. *Journal of Addictions Nursing*, 185-192.
- SIRUS. (Udatert). *Om SIRUS*. Hentet fra sirus.no: <http://www.sirus.no/om-sirus/>
- Skeie, I., Brekke, M., Gossop, M., Lindbaek, M., Reinertsen, E., Thoresen, M., & Waal, H. (2011). *Changes in Somatic Disease Incidents During Opioid Maintenance Treatment: Results From a Norwegian Cohort Study*. Hentet fra BMJ Open: <http://bmjopen.bmj.com/content/1/1/e000130.full.pdf+html>
- Skretting, A. (2010). Behov for språk- og begrepsrøkt. I E. J. Amundsen(red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. (ss. 28-33). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport nr. 4/2010.
- Skretting, A. (2011a). Begrepsbruk på rusmiddelfeltet. I A. Skretting, & E. E. Storvoll, *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. (ss. 24-28). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport nr. 3/11.
- Skretting, A. (2011b). Skadereduksjon. I A. Skretting, & E. E. Storvoll, *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* (ss. 59-611). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusiddelforskning. Rapport nr. 3/11.
- Skretting, A. (2011c). Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere - noen utviklingstrekk. I A. Skretting, & E. E. Storvoll(red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmaterieell for regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* (ss. 12-23). Oslo: SIRUS - Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport nr. 3/2011.
- Skretting, A., & Rosenqvist, P. (2010). Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries. *Nordic studies on alcohol and drugs Vol. 27*, 581-597.

- Skretting, A., & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Oslo: SIRIUS - Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport nr. 3/11.
- Snertingdal, M. (2011). Evidensbasert behandling - Noen utfordringer. I A. Skretting, & E. E. Storvoll(red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. (ss. 39-46). Oslo: SIRUS - Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport 3/2011.
- Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Towards Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice Within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273.
- Solli, H.-P. (2012). Med pasienten i førersetet – Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online*. Vol.7 (2), 23-44.
- Solli, H.-P. (2014). Battling Illness with Wellness: A Qualitative Case Study of a Young Rapper's Experiences With Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Soshensky, R. (2001). Music Therapy and Addiction. *Music Therapy Perspectives* (vol. 19), 45-52.
- Stige, B. (2008). Musikkterapiforskning - mellom praksis og akademia. I G. Trondalen, & E. Ruud(red.), *Perspektiver på musikk og helse* (ss. 49-66). Oslo: NMH-publikasjoner. Skriftserie fra Senter for musikk og helse.
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York and London: Routledge.
- Store medisinske leksikon. (2009, februar 13). *Epidemiologi: Store medisinske leksikon*. Hentet fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/epidemiologi>
- Thematic Analysis . (2007). I T. A. Schwandt, *The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry* (s. 292). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Tuastad, L., & Finsås, R. R. (2008). *Jeg fremfører, altså er jeg: En studie av deltakernes opplevelser i to rockeband tilknyttet musikktilbudet "Musikk i fengsel og frihet" (Masteroppgave)*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Universitetet i Bergen. (2015, mars 09). *Griegakademiet: Universitetet i Bergen*. Hentet fra uib.no/grieg: <http://www.uib.no/grieg/86794/polyfon-musikkterapi-i-teori-og-praksis>

Wernet, A. (2014). Hermeneutics and Objective Hermeneutics. I U. Flick, *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (ss. 234-247). London: SAGE Publications Ltd.

WHO. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependency*. Geneva: World Health Organization.

Winkelman, M. (2003, April). Complementary Therapy for Addiction: "Drumming Out Drugs". *American Journal of Public Health*, ss. 647-651.