

Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi



Foto: Rune Solberg

Brynjulf Stige, Wolfgang Schmid, Hans Petter Solli & Gro Trondalen

26. mai 2020

Forord

Musikkterapi kan utgjøre en viktig forskjell i folks liv, og kan gi økt motivasjon, bedre funksjon, mer glede og nye muligheter for medvirkning og sosial deltaking. Men – mange venter fortsatt på å få ta disse mulighetene i bruk, siden vegen fra ny kunnskap til ny praksis ofte er lang og implementering av nasjonale anbefalinger fortsatt er mangelfull. Utredningsutvalget ønsker at musikkterapiprofesjonen skal styrkes kvantitativt og kvalitativt og at det blir større likeverd i musikkterapitilbud nasjonalt. Slik kan profesjonen bidra til utvikling av en mer tverrfaglig og utadvendt helsetjeneste, med fokus på involvering og samarbeid, der musikkterapi har en naturlig og integrert rolle. Det er i dette lyset utvalget har valgt å vurdere spesialistutdanning for musikkterapeuter.

Utvalget vil benytte anledningen til å takke UiB og NMH – og samarbeidspartene NFMT og Creo – for et spennende oppdrag. Vi vil også takke de mange studenter, praktikere, forskere, ledere, rådgivere og brukere som har bidratt med sine vurderinger og innspill i skriveprosessen. Alle disse innspill, kommentarer og forslag har bidratt til å gjøre denne teksten bedre.

Videre vil vi takke for de mange konstruktive innspill under innspillskonferansen 21. januar 2020, organisert av firepartsamarbeidet i norsk musikkterapi. Basert på Norsk forening for musikkterapi sitt referat, vil vi her oppsummere de innspillene som det var stor enighet om:

- Spesialistutdanning er et nødvendig neste steg for musikkterapiprofesjonen, da det vil kunne gi økt trygghet både for musikkterapeutene, brukerne og samfunnet
- Spesialistutdanning vil supplere mastergradsutdanninga, der mastergradsutdanninga gir en grunnleggende breddekompetanse, mens spesialistutdanning gir en mer spissa kompetanse
- Spesialistutdanning vil også supplere doktorgradsutdanninga, der doktorgradsutdanning vektlegger forskingskompetanse, mens en spesialistutdanning gir styrka praksiskompetanse
- Det var enighet om at det i første runde er mest aktuelt med en spesialistutdanning innen psykisk helse og rus, samtidig som det kom klare signal om kompetansebehov også innen andre felt
- Tilsvarende kom det tydelige innspill om betydninga om å ivareta kompetansebehov i hele landet, både i de ulike regioner og i småkommuner så vel som storbyer
- I videre arbeid med spesialistutdanningsspørsmålet, må aktuelle reformer og utviklingstendenser innen ulike samfunnssektorer heile tida vurderes svært nøye
- I arbeidet med faglig innhold bør musikken være tydelig representert, da det er vår musikalske tilnærming som tydeligst skiller oss fra andre yrkesgrupper
- Videre arbeid med spørsmålet vil fordre at behovet for økonomiske og faglige ressurser kartlegges nøye og at dette vektlegges når planer utarbeides
- Videre arbeid med spørsmålet forutsetter dessuten tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, organisasjonene og aktuelle samfunnssektorer, inklusivt myndigheter.

Dette er viktige innspill som utvalget har tatt hensyn til i arbeidet med å slutføre rapporten. Samtidig bærer rapporten preg av utvalgets sjølstendige vurderinger, der vi blant anna er opptatt av at profesjonshistorier er prega av stegvis utvikling betinga av de mulighetsrom som oppstår lokalt, regionalt og sentralt (se kapittel 2). Det vil derfor neppe være mulig å realisere alle hensyn på kort sikt, slik at det etter utvalgets vurdering er avgjørende å vurdere aktuelle retningsvalg som gradvis kan gi en ønska profesjonsutvikling på lengre sikt. Slike retningsvalg må debatteres åpent i profesjonen for å ha legitimitet, så utvalget håper at denne utredninga kan gi et godt grunnlag for videre debatt av og arbeid med spørsmålet om spesialistutdanning. Utvalget tar det fulle og heile ansvar for mangler og svakheter i teksten som følger.

Bergen/Oslo, 26. mai 2020

Brynjulf Stige, Wolfgang Schmid, Hans Petter Solli & Gro Trondalen

Innhold

Forord	2
1 Sammendrag og innledning	5
1.1 Sammendrag	5
1.2 Bakgrunn og mandat	8
1.3 Klargjøring av begreper	9
1.4 Utvalgets fortolkning av mandatet	13
1.5 Utvalgets arbeidsmåte og metode	15
2 Musikkterapiprofesjonens utvikling i Norge	16
2.1 Profesjonshistorier	16
2.2 Kort tilbakeblikk på framveksten av norsk musikkterapi	17
2.3 Nåværende praksis- og tjenestekontekst	19
2.4 Musikkterapiens samfunnsoppdrag og konkurransesituasjon	21
2.5 Erfaringer med etter- og videreutdanning i norsk musikkterapi	24
2.6 Kontekst: Profesjonskompetansestrategier innen internasjonal musikkterapi	25
2.7 Kontekst: Profesjonskompetansestrategier innen norsk medisin og psykologi	26
2.8 Utvalgets vurdering av spesialistutdanning som profesjonsutviklingsstrategi	28
3 Samfunnskontekst og framtidssutsikter	30
3.1 Den norske musikkterapi tradisjonen	30
3.2 Samfunnsanalyse og økologisk profesjonsforståelse	32
3.3 Den nordiske samfunnsmodellen	33
3.4 Det norske helsesystemet	34
3.5 Mot mer samarbeidsorienterte aktørroller i det norske helsesystemet?	35
3.6 Scenarier for offentlig sektor i 2040	37
3.7 Utvalgets vurderinger av framtidssutsikter for norsk musikkterapi	38
4 Rammer for eksisterende spesialistutdanninger i andre profesjoner	41
4.1 Et spekter av begrunnelser	41
4.2 Ulike inndelinger i spesialiteter	41
4.3 Profesjonsspesifikke og overordna mål	42
4.4 Varierte innholdskomponenter og arbeidsformer	42
4.5 Ulikt omfang og utdanningslengde	43
4.6 Ulike løsninger på forankring, ansvar og finansiering	43
4.7 Aktuelle rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi	44
5 Forslag til rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi	45
5.1 Begrunnelser	45
5.2 Inndeling av spesialiteter	45

5.3 Mål	46
5.4 Innholdskomponenter og arbeidsformer	47
5.5 Omfang og utdanningslengde.....	47
5.6 Forankring, ansvar og finansiering.....	49
5.7 Videre arbeid med rammer og modell.....	50
6 Skisse av en musikkterapispesialitet innen psykisk helse og rus	52
6.1 Bestemmelser og føringer når det gjelder kompetanse for helsevesenet	52
6.2 Mål for spesialistutdanning i musikkterapi innen psykisk helse og rus	53
6.3 Praksis	53
6.4 Veiledning av praksis	54
6.5 Felleskurs	54
6.6 Obligatorisk fordypningsdel.....	54
6.7 Valgfrie fordypningskurs	55
6.8 Skriftlig arbeid over eget valgt tema	55
6.9 Arbeidsmåter, vurdering og vedlikeholds krav	56
7 Etterspørsel, behov og fagpolitiske konsekvenser.....	57
7.1 Rekrutteringsgrunnlag: interesse blant norske musikkterapeuter	57
7.2 Behov forstått i et utviklingsøkonomisk perspektiv.....	62
7.3 Brukernes behov for bedre tjenester.....	63
7.4 Profesjonsutøvernes behov for faglig utvikling og karriereveger	64
7.5 Profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon	66
7.6 Samfunnets behov for kvalitetssikring og innovasjon	68
7.7 Utvalgets totalvurdering av etterspørsel, behov og fagpolitiske konsekvenser	69
8 Utvalgets anbefalinger om videre prosess	70
8.1 Institusjonsforankring, kullstørrelse og opptaksfrekvens.....	70
8.2 Utvikling av faglig innhold og oppbygging av fagmiljø.....	71
8.3 Rekruttering og kvalifisering av veiledere	74
8.4 Samarbeid om finansiering.....	75
8.5 Etablering av vedtaksprosedyrer innen firepartssamarbeidet.....	76
8.6 Anbefalinger om videre prosess.....	77
8.7 Sluttkommentar: Spesialistutdanning for <i>heile</i> profesjonen	78
Litteratur.....	79
Vedlegg: Skisse av to etterutdannings- og spesialistutdanningsmodular	86
Modul 1: Musikkterapi som profesjon: historie, samfunnsoppdrag og omverdsanalyse	87
Modul 2: Musikkterapeutiske arbeidsmåter, psykisk helse og rus: ei innføring.....	89

1 Sammendrag og innledning

Dette kapitlet gir et sammendrag av heile utredningsteksten, samt en beskrivelse av utvalgets mandat, utvalgets fortolkning av dette og utvalgets arbeidsmåte.

1.1 Sammendrag

Med forankring i firepartssamarbeidet i norsk musikkterapi, etablerte UiB og NMH i januar 2019 et utvalg som fikk i oppdrag å utrede muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi. En tidligere versjon av denne rapporten danna grunnlag for en innspillskonferanse i januar 2020. Konferansen, samt etterfølgende debatt (Johns & Ruud, 2020), har hatt innvirkning på arbeidet med å slutføre rapporten. Utvalget står samla bak vurderingene og anbefalingene som blir gitt. Disse er oppsummert i boks 1.1, med henvisninger til kapitlene der begrunnelsene gis:

Boks 1.1: Utvalgets viktigste vurderinger og anbefalinger

Utvalget vurderer at det er behov for spesialistutdanning for musikkterapeuter, og at:

- Etablering av spesialistutdanning vil møte behov hos brukere, profesjonsutøvere, tjenester og samfunn, og vil være et viktig strategisk grep for å bygge musikkterapi som en profesjon som får en tydelig og hensiktsmessig plass i relevante tjenester (kap. 2-3 og 4-6).
- En spesialistutdanning må bygge på et *samfunnsoppdrag*, noe som per i dag er etablert innen psykisk helse og rus (kap. 2).
- Skal musikkterapi bli en livskraftig profesjon, trengs heilhetlige utviklingsstrategier, der etablering av spesialiteter må inngå i arbeidet med å løfte *heile* feltet (kap. 2).
- Etablering av spesialistutdanning vil ikke rokke ved at fullført masterprogram i musikkterapi er det grunnleggende kvalifikasjonsnivået for musikkterapeuter (kap. 2).
- Med økt anerkjenning av profesjonen, vil økt regulering følge, med både negative og positive konsekvenser. Økt profesjonskompetanse vil neppe forsterke de negative aspektene, men vil kunne styrke profesjonens utviklingsmuligheter og innflytelse (kap. 7).

Utvalget anbefaler at det blir etablert en spesialistutdanning så fort som praktisk mulig, og at:

- En spesialistutdanning bør bygge videre på og styrke den musikk- og brukerorienterte tradisjonen i norsk musikkterapi, og dessuten bygge på en samfunnsanalyse som tar hensyn til særtrekk i den nordiske samfunnsmodell og velferdsstat (kap. 2-3)
- Arbeidskravene i en spesialistutdanning defineres som i) 5 årsverk praksis som musikkterapeut (disse inngår i studieførløpet etter nærmere regler), ii) 192 timer veiledning av praksis, iii) 240 timer kurs, og iv) Godkjent skriftlig arbeid (kap. 4-5).
- Utdanningsinstitusjonene UiB og NMH inviteres til å ta hovedansvaret for utvikling av spesialistutdanningstilbudet. Andre alternativ vurderes om nødvendig (kap. 4 og 7).
- Et Spesialistråd etableres, med representanter fra firepartssamarbeidet, fagmiljøene, kompetansemiljø, myndighetene, tjenestene, brukerorganisasjoner, m.m. (kap. 5-6)
- Arbeidet med å etablere en spesialistutdanning bør initieres raskt, før konkurransesituasjonen for profesjonen blir for krevende og mens det er energi i og støtte for arbeidet med å implementere de nasjonale retningslinjene fra 2013 og 2016 (kap. 7-8).
- Tilbudet finansieres eksternt, slik at kandidatene ikke belastes økonomisk (kap. 8).
- For å sikre kvalitet og unngå å tappe masterprogrammene faglig, bør nødvendige ressurser tilføres og egne stillinger knytta til spesialistutdanningsnivået etableres (kap. 8).
- En slik oppbygging av fagmiljøet må begynne i det små og skje stegvis, der samarbeid med masterutdanningene og eksterne fagmiljø og organisasjoner må vektlegges (kap. 8).
- Videre arbeid må bl.a. omfatte i) utarbeiding av studieplan og et regelverk, ii) forhandlinger med tjenestene om finansiering og tilrettelegging, iii) etablering av et Spesialistråd, og iv) initiering av en dialog med aktuelle myndigheter (kap. 8).

I kapittel 1 beskrives utvalgets mandat, og følgende begreper klargjøres: profesjon, etterutdanning, videreutdanning, spesialistutdanning, samfunnsbehov, samfunnsoppdrag og samfunnsansvar. I kapitlet gjøres det også greie for utvalgets mandatfortolkning og arbeidsmåte. Utvalget legger vekt på at yrkesgruppa musikkterapeuter i Norge i økende grad kan beskrives som en profesjon, at etter- og videre- og spesialistutdanning kan sees i sammenheng, og at det er på området psykisk helse og rus at samfunnsoppdraget per i dag er så tydelig at det vil være grunnlag for å initiere dialog med tjenester og myndigheter om samarbeid om utvikling av en spesialistutdanning.

I kapittel 2 gir utvalget en vurdering av om det er *ønskelig* å etablere spesialistutdanningstilbud, sett i lys av musikkterapiprofesjonens utvikling i Norge i dag. Utvalget konkluderer positivt, og gjør en slik vurdering utfra de muligheter det gir for faglig utvikling til brukernes beste og for håndtering av profesjonens krevende konkurransesituasjon i dagens norske samfunn. Ved etablering av en spesialistutdanning, ligger det også muligheter for å arbeide med spesifikke kulturutfordringer i egen profesjon, der et slikt utdanningstilbud vil kunne bidra i arbeidet med å videreutvikle i) en *balansert musiker-terapeut-kultur*, ii) en *veiledningskultur*, iii) en *kompetansekultur*, og iv) en *likestillingskultur*. I dagens pluralistiske samfunn er dessuten idealene for profesjonalisering i endring, noe som kan gi muligheter som passer musikkterapifaget godt. Det er for eksempel slik at idealet om den sjølstendige ekspert utfordres av et ideal om *samarbeidsorientert ekspertise*. Etter utredningsutvalgets vurdering, vil spesialistutdanning være ett viktig strategisk grep for å bygge musikkterapi som en profesjon som finner sin plass i tjenestene i det norske samfunnet. Musikkterapi er i dag godt etablert som universitetsfag,¹ med solide forskingsmiljø og utdanningstilbud for musikkterapeuter. Samfunnsoppdraget er også tydeligere enn det var før 2013, først og fremst på grunn av anbefalinger av musikkterapi i flere nasjonale retningslinjer for behandling. Samtidig er profesjonens konkurransesituasjon altså langt mer krevende enn den var bare fem år tilbake. Implementering av ulike retningslinjers anbefalinger går også sakte, og musikkterapi er en helseressurs som er ujevnt og urettferdig fordelt i det norske samfunnet, med bl.a. store regionale forskjeller.

I kapittel 3 beskrives den norske musikkterapi tradisjonen kort, før den relateres til den nordiske samfunnsmodellen og det norske helsevesenet. Kapitlet munner ut i en vurdering av behovet for innovasjon i offentlig sektor – ikke minst da i helsevesenet – de neste 20 år. Utvalgets vurdering er at muligheten for nasjonal implementering av musikkterapitjenester har vært til stede siden 2013, *samtidig* som dette ikke vil gå av seg sjøl, bl.a. fordi offentlig finansierte tjenester sannsynligvis står overfor svært store utfordringer som krever omfattende omstilling og tydelige prioriteringer de kommende år/tiår. Spørsmålet om spesialistutdanning i musikkterapi må derfor sees i lys av en heilhetlig strategi, der en bygger profesjonen med tanke på at musikkterapi kan bli relevant i framtidig innovasjon og tjenesteutvikling i offentlig sektor.

I kapittel 4 beskrives gjeldende rammer for spesialistutdanningstilbud i ulike profesjoner, både i helsevesenet og i andre samfunnssektorer. Etter dette følger en oppsummering av aktuelle premisser for en framtidig spesialistutdanning for musikkterapeuter. Utvalget gjør her en tredelt vurdering: a) Når det gjelder praksiskrav, veiledning av praksis og omfang og organisering av kurs, vil musikkterapeutene være tjent med en modell som ligner den psykologene har valgt. b) Når det gjelder mål, innhold og arbeidsmåter i en spesialistutdanning, er det viktig å bygge videre på musikkterapiprofesjonens egen tradisjon. c) Når det gjelder ansvar og forankring, vil en kunne hente inspirasjon fra de valg tannlegeprofesjonen har gjort, der utdanningstilbudene er lagt til universitetene, samtidig som tette samarbeidsrelasjoner er utvikla med helsemyndigheter og tjenester.

¹ Begrepet «universitetsfag» brukes her sjølsagt også om fagets forankring ved Norges musikkhøgskole, som er en vitenskapelig høgskole med universitetsrettigheter på musikkområdet.

I kapittel 5 gis et konkret forslag til rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi. Fire arbeidskrav/innholdskomponenter foreslås, nemlig praksis, veiledning av praksis, kurs og skriftlig arbeid. Kursdelen foreslås i tre deler, med en fellesdel for alle (kommende) spesialiteter, en obligatorisk fordypningsdel og valgfrie fordypningskurs. Kapitlet gir også begrunnelser for disse anbefalingene, samt for forslaget om å legge spesialistutdanningstilbudene for musikkterapeuter til utdanningsinstitusjonene.

I kapittel 6 skisseres aktuelt innhold i en spesialitet i musikkterapi, psykisk helse og rus. I tråd med de rammer som er skissert i kapittel 5, bygger forslaget på en heilhetlig forståelse som ser psykisk helse og rus i sammenheng (samtidig som forskjeller mellom de to områdene også anerkjennes). Forslaget har også et livsløpsperspektiv for øye, og fokuserer dessuten både på behandlingstilbud og aktuelle tiltak innen forebygging, helsefremming og oppfølging. Ei slik heilhetlig tilnærming, med relevans for både spesialisthelsetjenesten og kommunene, anser utvalget som i tråd med profesjonens tradisjon og med endringsorienterte utviklingstendenser i tjenestene, ikke minst recovery-bevegelsen.

I kapittel 7 belyses etterspørsel, behov og aktuelle faglige og fagpolitiske konsekvenser. Kapitlet tar utgangspunkt i et økologisk perspektiv på utviklinga av musikkterapi som fag og profesjon. Utvalgets vurdering er at et tilfredsstillende rekrutteringsgrunnlag er på plass, men at videre utvikling av profesjon og grunnutdanning (utdanningstilbuda på masternivå) er en forutsetning for at spesialistutdanningstilbudet skal være bærekraftig over tid. Faglige og fagpolitiske konsekvenser, både muligheter og risikomoment, vurderes i forhold til fire aspekt, nemlig brukernes behov for bedre tjenester, profesjonsutøvernes behov for faglig utvikling/karriereveger/forebygging av utbrenthet, profesjonens behov for å styrke sin faglige situasjon, samt samfunnets behov for kvalitetssikring og innovasjon.

I kapittel 8 gir utvalget konkrete anbefalinger om hvordan en kan etablere en spesialistutdanning, der hensyn til kvalitet, ressurser og eksisterende fagmiljø ivaretas. Etter utvalgets vurdering vil et Spesialistråd, sammensatt av aktuelle institusjoner og aktører, sørge for god samfunnskontakt og være en viktig ressurs i en slik prosess. Utvalget legger så fram et konkret forslag til hvordan bygge opp eksternfinansierte fagstillinger knytta til spesialistutdanning, og dessuten et konkret forslag til rekruttering og kvalifisering av veiledere. Samarbeid med tjenestene om finansiering blir en forutsetning for å kunne lykkes, og utvalget beskriver tre mulige steg i et slikt arbeid. I et mer overordna perspektiv, argumenterer utvalget for at kvalitetssikring av profesjonens utvikling kan arbeides med i tre steg: 1) Etablering av spesialistutdanningstilbud med en «egengodkjenning», 2) Autorisasjon etter Lov om helsepersonell, 3) Myndighetsgodkjenning av spesialiteter og spesialistutdanningstilbud. Samarbeid om spesialistutdanning vil inkludere strategisk samordning i firepartssamarbeidet, men vil også forutsette en formalisering av vedtaksprosedyrer. Utvalget skisserer et forslag til prosedyrer, der hver enkelt part gjør vedtak i egne organ, samtidig som en koordinert prosess avtales. Når det gjelder det videre arbeidet, peker utvalget på behovet for av oppdragsgiverne UiB og NMH avklarer så raskt som mulig om disse utdanningsinstitusjonene har ønske om og mulighet til å ta det faglige ansvaret for en spesialistutdanning, eller om denne rolla bør tas av andre aktører. Dersom UiB og NMH ønsker et slikt ansvar, vil det være hensiktsmessig å avklare hvilken institusjon som er i posisjon til å ta på seg ansvaret i den første oppbyggingsfasen. Utvalget anbefaler videre at det etableres et Spesialistråd samt et tett samarbeid mellom aktuell utdanningsinstitusjon og ett eller flere store helseforetak som har bygd opp musikkterapi systematisk og som er interessert i å være presedensdannende pioner-institusjon(er) også i spørsmålet om spesialistutdanning. Det bør ellers legges til rette for en åpen diskusjon i fagmiljøet, noe kanskje særlig Norsk forening for musikkterapi er i posisjon til å initiere. Avslutningsvis utdjuer utvalget sin vurdering av at en satsing på spesialistutdanning må ha som mål å løfte *heile* profesjonen.

1.2 Bakgrunn og mandat

Spørsmålet om spesialistutdanning i musikkterapi har vært diskutert i fagmiljøet i noen år. Det har siden 2015 også kommet opp som innspill fra tjenestene som samarbeider om POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi. Spørsmålet har dessuten vært diskutert på møter i fireparts-samarbeidet mellom Norges musikkhøgskole (NMH), Universitetet i Bergen (UiB), Norsk forening for musikkterapi (NFMT) og Creo (tidligere MFO).

Møtet i firepartssamarbeidet 26.01.2018 konkluderte med å anbefale at UiB og NMH sammen tar initiativ til å få gjennomført ei utredning av mulighetene for å utvikle et spesialistutdanningstilbud innen musikkterapi. I referatet fra møtet anbefales følgende:

Arbeidsgruppen skal utrede spørsmålet om spesialistutdannelse og se dette i sammenheng med autorisasjonsspørsmålet. I den sammenheng bør det inviteres til en innspillskonferanse.

Med utgangspunkt i dette, utarbeida instituttleder for Griegakademiet – i samråd med ledelsen ved NMH – et notat datert 13.11.2018. Notatet beskriver først bakgrunnen på følgende måte:

Bakgrunnen er at etterspørselen etter musikkterapitjenester har blitt aktualisert etter at musikkterapi har blitt anbefalt i flere nasjonale faglige behandlingsveiledere. Mulighetene for å utvikle kompetansehevende tiltak for musikkterapeuter er et mulig tiltak for å fremme en god implementering av behandlingsretningslinjene.

Dernest skisseres et mandat, der det bl.a. legges vekt på at både faglige og profesjonspolitiske problemstillinger skal vurderes, i tillegg til mer konkrete aspekt knytta til regelverk og rammevilkår for utdanningsinstitusjonene, slik som muligheten for å gjennomføre tilbud i henhold til NOKUT sine krav (slik disse er formulert i studietilsynsfor skrifter).

For utdanningsinstitusjonene vil det også være viktig å gjøre vurderinger om faglige ressurser og kapasitet i fagmiljøene for å kunne ta ansvar for gjennomføring av undervisningsoppgaver og administrasjon av videreutdanningstilbud eller spesialisering utdanning. Disse vurderingene bør sees i sammenheng med at det også er ønskelig med en økning i studieplasser og kapasitet på grunnutdanningene (master). Utredningen bør også vurdere heile spekteret av EVU løsninger for å møte kompetansebehovet: Etterutdanningstilbud, videreutdanningstilbud (studiepoeng-givende) eller spesialistutdanning.

Notatet konkretiserer mandatet med følgende punktliste:

Behov og etterspørsel:

- Rekrutteringsgrunnlag til videreutdanning/spesialistutdanning
- Etterspørsel etter musikkterapeuter med videreutdanning/spesialistutdanning
- Betalingsvilje i institusjonene som vil etterspørre musikkterapeuter med videreutdanning/spesialistutdanning

Fagpolitiske konsekvensene:

- Vurdering av effekt av kompetansegivende videreutdanning/spesialistutdanning på implementering av musikkterapi.
- Spørsmål om autorisasjon
- Mulige endringer i musikkterapeutens rolle og praksis ved kompetanseheving

Ressursforvaltning og faglige ressurser:

- Ressursbehovet knyttet til utvikling av videreutdanning/spesialistutdanningstilbud
- Faglige ressurser og kapasitet i fagmiljøene ved NMH og UiB
- Rekrutteringsgrunnlag for faglærere og veiledere med tanke på utvikling av videreutdanning/ spesialistutdanning samtidig med en forventet oppbygging av studenttall på grunnutdanningene (master).

Det etterfølgende møtet i firepartssamarbeidet 31.01.2019, slutta seg til forslaget til mandat, og anbefalte at UiB og NMH står for sjølve utredningsarbeidet og at de to andre partene – NFMT og Creo – kommer inn i forbindelse med den videre prosess.

UiB og NMH etablerte da på nyåret 2019 følgende utvalg til å gjennomføre utredninga: Wolfgang Schmid (førsteamanuensis UiB), Hans Petter Solli (førsteamanuensis NMH), Brynjulf Stige (professor UiB) og Gro Trondalen (professor NMH). Utvalget har konstituert seg med Hans Petter Solli som leder og Brynjulf Stige som sekretær.

Utvalget står samla bak vurderingene og anbefalingene som blir gitt i denne utredninga.

1.3 Klargjøring av begreper

Vi vil klargjøre noen begreper som er nødvendige for at utvalget skal kunne gjøre greie for sin fortolkning av mandatet. Vi legger da først vekt på begrepet *profesjon*. Deretter ser vi på de tre begrepene *etterutdanning*, *videreutdanning* og *spesialistutdanning*, samt begrepene *samfunnsbehov*, *samfunnsoppdrag* og *samfunnsansvar*. Det er en viss variasjon både i fagmiljøer og offentligheten når det gjelder bruk av disse begrepene, så vi vil tydeliggjøre vår egen bruk.

Begrepet profesjon

Profesjonsbegrepet brukes ulikt fra land til land og i ulike historiske epoker. I Norge brukes begrepet i dag ofte i nokså vid forstand, om yrker med fagutdanning og/eller spesielle faglige ferdigheter. For norske musikkterapeuter tidlig i det 21. hundreåret, kan det være naturlig å sammenligne seg med det som gjerne kalles «velferdsstatens profesjoner», med grupper som lærere, sosionomer, sjukepleiere, psykologer og leger. Disse profesjonene er ulike, men har det til felles at en viss høyere utdanning er knytta til en mer eller mindre formalisert rett til å utføre visse arbeidsoppgaver (Molander & Terum, 2008, s. 10). Harald Grimen (2005) minner om at en profesjon også er en *sammenslutning* av yrkesutøvere. Disse har en viss utdanning og et samfunnsoppdrag, og forplikter seg som gruppe til å holde egeninteresser i sjakk.

I beskrivelser av profesjoner framheves også ofte *profesjonsetikk* og profesjonens *autonomi*. Som vi skal se i kapittel 2, vil en profesjonsetikk forutsette etiske retningslinjer om relasjonen til klienter/brukere, men det handler også om profesjonens relasjon til det samfunnet den er en del av. På denne måten henger spørsmålene om profesjonsetikk og autonomi sammen. At dette endrer seg over tid har vært spesielt tydelig de siste tiårene, der profesjonenes autonomi er utfordra både av marked, byråkrati og brukermedvirkning. Dette skal neppe fortolkes som at profesjonenes tid er forbi, snarere som at sosiale, økonomiske og kulturelle endringer skaper nye idealer for profesjonsutøvelse (Slagstad & Messel, 2014).

Når vi i denne rapporten bruker begrepet *profesjon* om musikkterapeutene som yrkesgruppe, vektlegges da at musikkterapeutene har:

- lang og forskningsbasert utdanning på universitetsnivå
- særlige kvalifikasjoner til spesifikke oppgaver (se også om samfunnsoppdrag nedafor)
- etiske forpliktelser, både i forhold til enkeltindivid, tjenester og samfunn
- ansvar for å bidra med en kompetanse som kan styrke og fornye tjenestene.

En profesjonsutøver er derfor allerede litt spesialisert, i betydninga *spesielt dyktig eller godt utdanna på et bestemt felt*, mens uttrykket *spesialistutdanning*, som vi skal se, brukes om videreutdanninger etter fullført grunnutdanning innen en profesjon. I de fleste profesjoner reserveres da betegnelsen *spesialist* til fagpersoner som har fullført en spesialistutdanning.

Begrepene helse og helseprofesjon

Som skissert nedafor, er ikke en diskusjon om spesialistutdanning kun kopla til en forståelse av musikkterapi som helseprofesjon, da spesialistutdanninger er etablert innen flere ulike samfunnssektorer. Vi velger likevel å klargjøre begrepene helse og helseprofesjon, dels fordi spesialistutdanninger har en særlig sterk posisjon innen helsesektoren, dels fordi vi i denne utredninga foreslår at en spesialistutdanning innen psykisk helse og rus vil være det riktige sted å starte ved oppbygging av spesialistutdanningstilbud for musikkterapeuter.

Norsk musikkterapi har en solid forankring i det musikkfaglige, og begge de to norske utdanningene er etablert ved musikkutdanningsinstitusjoner, nemlig Norges musikkhøgskole og Griegakademiet ved Universitetet i Bergen. I dagens samfunn vil en fortsatt kunne få spørsmål om hvorvidt en musikkutdanning også kan være en helseutdanning. Flere sterke tradisjoner i Europas kulturhistorie spiller her inn, som opplysningstidas skille mellom kunst og vitenskap og det kartesianske skillet mellom kropp og sjel. Det siste preger fortsatt måten vi organiserer våre sjukehus på, med somatikk og psykiatri som atskilte avdelinger og fagmiljø. Det er også etablert at helsevesenet først og fremst bygger på vitenskapelig kunnskap, ikke kunst. Musikkterapi ligger litt på tvers i forhold til dette bildet. Etter utvalgets vurdering, ligger det noen store utfordringer for faget akkurat her, men også noen muligheter, dersom det å «ligge på tvers» kan utvikles til en brobyggerfunksjon.

Helse er nemlig ikke noe entydig eller endimensjonalt felt. Mens biomedisinen tradisjonelt har lagt stor vekt på helse som fravær av sjukdomssymptomer med biologisk basis, er dette en forståelse som for det første er utfordra av biomedisinen sjøl, og som for det andre er supplert av mer psykososiale og sosiokulturelle perspektiv. Innen biomedisinen, er det stadig nye studier som dokumenterer at «kropp og sjel» henger sammen, for eksempel ved at en persons stressnivå påvirker kroppens immunforsvar. Siden verdens helseorganisasjons (WHO, 1946) arbeid er basert på en definisjon av helse som en persons fysiske, psykiske og sosiale velvære, har det også i økende grad blitt akseptert for at det ikke er noen helse uten psykisk helse, og at det sosiale – inklusivt både velferd og velvære – er en viktig del av helsepolitikken.

Norske sjukehus er likevel fortsatt inndelt i somatiske og psykiatriske avdelinger, og en biomedisinsk logikk dominerer helsevesenet, noe kravet om bruk av biomedisinsk funderte diagnosemanualer også innen psykisk helsevern eksemplifiserer. Samtidig vil Leonard Cohens tekstlinje “There is a crack in everything. That's how the light gets in” kunne passe ganske godt som beskrivelse på dagens, norske helsevesen. En biomedisinsk logikk dominerer, men er ikke enerådende, noe som skaper en åpning for nye fag og tenkemåter. Et særlig tydelig eksempel på dette finner vi i nasjonal, faglig retningslinje for psykosebehandling (Helsedirektoratet, 2013)², en retningslinje som har bidratt til å etablere det samfunnsoppdraget som gjør det relevant å diskutere spesialistutdanning for musikkterapeuter. Som andre nasjonale retningslinjer for helsevesenet, er den i stor grad basert på en biomedisinsk logikk. Det stilles krav om kvantitativ dokumentasjon av intervensjoners effekt, målt med utgangspunkt i et biomedisinsk diagnosesystem. *Samtidig* vektlegges brukermedvirkning og «tilfrisking» slik det er forstått innen recovery-tradisjonen, der brukerens egne valg og verdier, samt hverdagsmestring, står i sentrum. Retningslinja er med andre ord prega av to ulike diskurser, som står side ved side. Disse kan neppe forenes eller smeltes sammen, men helsemyndighetene mener altså at feltet trenger begge. At musikkterapi fikk en så sterk anbefaling i denne retningslinja, kan da forstås i lys av at fagets tradisjoner samsvarer svært godt med den gryende recovery-bevegelsen innen psykisk helse, *samtidig* som det foreligger vitenskapelig dokumentasjon av symptomreduksjon.

² For omtale av denne retningslinja, se pkt. 2.2. og 2.4.

Utvalgets forståelse er derfor at musikkterapi kan forstås som en subkultur i helsevesenet, til dels en motkultur som ikke bare er tålt, men også legitimert og ønska av helsemyndighetene. At dette også kan oppleves slik av aktørene i feltet, ser vi bl.a. i flere kvalitative studier av implementering av musikkterapi innen psykisk helsevern, der enkelte brukere for eksempel kan beskrive musikkterapi som «det motsatte av behandling» («det er derfor det virker») (Solli & Rolvsjord, 2015). Slike brukerutsagn har sannsynligvis flere dimensjoner, der det for eksempel både kan handle om musikkens attraktivitet og egenverdi og om opplevd samarbeid og likeverdighet i relasjonen. Myndighetenes legitimering av musikkterapeutisk praksis, som også finner gjenklang i mye tverrfaglig støtte til og samarbeid om utvikling av musikkterapi i ulike deler av tjenestene, må uansett sees i lys av en økende anerkjennelse av at helse er en mangefasettert og kompleks biopsykososial/bioøkologisk prosess. I slike tilfeller bør kanskje motkulturforståelsen nyanseres, der det blir mer presist å beskrive musikkterapi som en «medkultur» som bidrar til tjenestenes tverrfaglighet, bredde og metode-mangfold.

Nå er helsetjenestene og annen offentlig forvaltning i seg sjøl komplekse, med flere ulike og til dels kontrasterende subkulturer. Det er derfor ikke gitt at musikkterapi automatisk vil bli anerkjent som en helseprofesjon i alle sammenhenger, sjøl om flere nasjonale behandlingsretningslinjer anbefaler musikkterapi. Utvalgets forståelse er at det er viktig og nødvendig at partene i firepartssamarbeidet arbeider for en anerkjennelse av musikkterapi som helseprofesjon, da dette vil være en forutsetning for systematisk og rettferdig implementering av de behandlingsretningslinjene som anbefaler musikkterapi. Dette vil da etter utvalgets vurdering ikke være det samme som å promotere en mer biomedisinsk orientering av norsk musikkterapi, men å arbeide for at helsevesenet også skal kunne romme praksiser der brukerens ressurser og verdier, og ikke «bare» patologi og symptomer, styrer veg- og metodevalg.

En slik profil vil være forenlig med en forankring av faget i musikkutdanningsinstitusjoner, samtidig som musikkterapiforskningas tverrfaglige samarbeidsrelasjoner trolig i økende grad vil bli viktige. Utvalgets forståelse er altså ikke at musikkterapeutene bør velge mellom en identitet som musikkprofesjon eller som helseprofesjon, men at nettopp det hybride i en musikk-og-helse-profesjon må ivaretas og videreutvikles. Med sine kvaliteter som musikkprofesjon vil musikkterapeutene være relevante som helseprofesjon, og vice versa.³

Begrepene etterutdanning, videreutdanning og spesialistutdanning

I Norge bruker en gjerne betegnelsene etterutdanning, videreutdanning og spesialistutdanning om noen av de mest aktuelle kompetansehevende tilbud for profesjonsutøvere.

Etterutdanningskurs gir oppdatering og vedlikehold av kompetanse innenfor kandidatens eksisterende utdanningsnivå og stilling. Det dreier seg da om korte kurs uten eksamen.

Videreutdanninger gir ny formell kompetanse og har formelle ordninger for eksamen og vurdering. Tilbudene kan være på heiltid eller deltid. Det blir ofte presisert at videreutdannings-tilbud gir studiepoeng, i motsetning til etterutdanningskurs. Dette vil gjelde når slike utdanninger ligger ved høyskoler og universitet⁴.

Spesialistutdanninger er videreutdanninger som leder fram til en spesialistgodkjenning, der godkjenningsordninger og status varierer fra profesjon til profesjon (se kapittel 4). Studieforløpene er som regel relativt lange (heilt opp i 6-7 år). Det kan variere om det er etablert

³ Det er sannsynlig at videre arbeid med å få en slik hybrid profesjon fullt ut anerkjent av samfunn og myndigheter vil ta flere år, sannsynligvis flere tiår, se pkt. 2.1 om profesjonshistorier og pkt. 3.1 om den norske musikkterapitradisjonen.

⁴ Noen aktører bruker termene «etterutdanning» og «videreutdanning» mer generelt enn det vi gjør her, mer som paraplybegrep. Når ikke anna er spesifisert, vil vi bruke begrepene slik de er definert her.

ordninger for å gi studiepoeng. Spesialistutdanning er altså en form for videreutdanning, der betegnelsen reserveres for utdanninger som leder fram til godkjenning som spesialist:

Spesialist er i helsetjenesten en person som etter fullført grunnutdanning innen et fagfelt har gjennomgått teoretisk og praktisk videreutdanning i en nærmere angitt del av faget. Det er i dag mulig for de fleste typer helsepersonell med høyskole eller universitetsutdanning å ta videreutdanning for å bli spesialist i en del av fagfeltet sitt (Store norske leksikon)⁵.

Den leksikon-definisjonen som vi har sitert her, tar utgangspunkt i helsevesenet, trolig fordi det er her det er lengst tradisjon for slik utdanning. Som vi kommer tilbake til i kapittel 4, er det imidlertid ingenting i veien for å utvikle spesialistutdanninger også for profesjoner i andre sektorer. Den nye lærerspesialistutdanninga eksemplifiserer dette.

Noen få profesjoner har myndighetsgodkjenning av spesialistutdanninger og spesialister. For de fleste profesjonene er det en eller annen form for egengodkjenning (se kapittel 7 og 8).

Sjøl om musikkterapistudiet før 2004 var definert som ei videreutdanning, og en master i noen profesjonssammenhenger regnes som videreutdanning, er master etablert som grunnutdanningsnivået for musikkterapeuter.

- Profesjoner med lange universitetsutdanninger organiserer gjerne spesialistutdanning som flerårige deltidsforløp parallelt med at fagpersonen arbeider i en stilling i praksisfeltet. Praksis og veiledning av denne inngår da som en sentral del av spesialistutdanninga, med mer eller mindre styring av hvilken praksis kandidaten må ha for å få en godkjent spesialisering. For helseprofesjonene, ligger spesialistutdanninger under Helse- og omsorgsdepartementet.
- For profesjoner med bachelor som utdanningsnivå, inngår en toårig master gjerne som sentral del av ei spesialistutdanning, evt. supplert av egne krav til kurs, praksis, og veiledning (se f.eks. Norsk fysioterapeutforbund, u.å.). Masterutdanningene som gir spesialistkompetanse ligger under Kunnskapsdepartementet (også for helseprofesjoner).

Det er verdt å merke seg at kompetanseområdet for faglig fordypning i en spesialistutdanning kan være smalt eller bredt. Spesialiseringen kan altså i noen tilfeller forstås som fordypning for praksis på et mer avgrensa område, i andre tilfeller som fordypning for fleksibel og kontekstuell orientert praksis. Vi kan ta legeprofesjonen som eksempel, der det i tillegg til en rekke smale spesialiteter også finnes brede spesialistområder. Spesialiteten i allmenntidisin, som gir fordypning i en generalistkompetanse, er et eksempel på det siste⁶. Fordypning er altså ikke det samme som innsnevring, sjøl om noen spesialistutdanninger innebærer begge deler.

Begrepene samfunnsbehov, samfunnsoppdrag og samfunnsansvar

Samfunnsbehovet forstår vi som de oppgaver og utfordringer som profesjonene arbeider med, f.eks. de problemer som profesjonsutøverne kan være med på å løse og de muligheter de kan være med og realisere. Det kan være behov hos enkeltpersoner og grupper i samfunnet, der det er ønskelig at samfunnet imøtekommer disse, av humanitære, sosiale og ofte også økonomiske grunner. Det kan dessuten være snakk om overordnede politiske målsettinger, slik som behovet

⁵ Definisjonene vi her gir av etter- og videre- og spesialistutdanning samsvarer med etablert språkbruk i Norge, og tilsvarer informasjon som blir gitt i aktuelle leksikon og på ulike nettsider om utdanning og kompetanse, se f.eks. <https://www.kompetansenorge.no/om-kompetanse-norge/sentrale-begreper-i-kompetansepolitikken/> og https://sml.snl.no/spesialist_-_helsetjenesten.

⁶ Det er også det vi kan kalle en vid og snever bruk av selve spesialistutdanningsbegrepet innen helsevesenet. Mens det rent faktisk er etablert spesialistutdanninger for en rekke profesjoner, er Helse- og omsorgsdepartementets rolle så langt særlig sentral når det gjelder legene og tannlegene. I flere offentlige dokumenter blir derfor spesialistutdanningsbegrepet brukt snevert, som betegnelse for videreutdanningstilbud som leder til offentlig spesialistgodkjenning for disse profesjonene (se f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

for tillit, orden og rettferdighet i et samfunn. Hvilke samfunnsbehov som skal prioriteres og hvilke profesjonelle tjenester og/eller andre tiltak som kan komme disse i møte, er sjølsagt gjenstand for både politisk og faglig debatt (NAVF, 1977).

Samfunnsoppdraget forstår vi som de forventninger som samfunnet har artikulert om hva en profesjon skal bidra med innen et felt (to alternative uttrykk her er samfunnskontrakt eller samfunnsmandat). Forventningene artikuleres gjerne gjennom ulike offentlige dokument, men vil til en viss grad også kunne etableres som sedvane og tradisjon i politikk og forvaltning. Offentlige dokument vil kunne omhandle en eller flere profesjoner heilt direkte, men også f.eks. de institusjoner som utdanner og/eller tilsetter profesjonsutøvere. Dessuten er samfunnsoppdrag artikulert på ulike nivå av forvaltning og politikk, f.eks. i lover vedtatt av Stortinget, i retningslinjer utarbeida av et direktorat, eller i handlingsplaner vedtatt av helseforetak, fylkeskommuner, kommuner og organisasjoner. I tillegg til at samfunnsoppdrag mer eller mindre tydelig spesifiserer hver enkelt profesjons ansvar og myndighet innen et arbeidsområde, vil det også kunne være noen felles samfunnsoppdrag for en gruppe profesjoner. Forventninger om tverrprofesjonelt samarbeid er en del av samfunnsoppdraget for velferdsstatens profesjoner (Willumsen & Ødegård, 2016).

Samfunnsansvar forstår vi her som den forpliktelsen profesjonsutøvere og profesjon har til å opptre ansvarlig overfor det samfunnet man er del av. En side av dette er hvordan en forholder seg til de aktuelle samfunnsbehov og samfunnsoppdrag. Det er f.eks. vanlig å framheve at profesjoner og profesjonsutøvere skal tenke ut over snever egeninteresse og vektlegge behovene til enkeltbrukere og til samfunnet som helhet. Hvor godt profesjoner lykkes med dette, kan være en annen sak (Madsen, 2017). En annen side av samfunnsansvaret handler om *hvordan* egen virksomhet utformes. I økende grad sees dette i lys av FN's bærekraftsmål, der bl.a. miljøbevissthet, fattigdomsbekjempelse, god helse og globalt engasjement vektlegges.

Samfunnsbehov og samfunnsoppdrag vil naturlig nok være i konstant endring, og vil også alltid være omstridt og debattert i et samfunn. Når kan f.eks. profesjoner beskyldes for å legge for mye vekt på egne rammevilkår og rettigheter, og når forsømmes arbeidet med dette på måter som reduserer mulighetene til å arbeide fullgodt med samfunnsbehov og samfunnsoppdrag? Det kan da sies at ett aspekt av profesjoners samfunnsansvar er å bidra til at det blir rom for kunnskapsinformert vurdering og diskusjon av denne type spørsmål.

1.4 Utvalgets fortolkning av mandatet

Utvalgets vurdering er at yrkesgruppa musikkterapeuter i økende grad kan beskrives som en profesjon. Utdanningene er etablert på masternivå, faget har blitt stadig mer forskningsintensivt, og helsemyndighetene har begynt å utmeisle et samfunnsoppdrag for musikkterapeutene. En egen profesjonsforening er ikke etablert, men det er bygd opp et solid faglig fellesskap og et nasjonalt firepartssamarbeid for utvikling av fag og profesjon. Samtidig vil det etter utvalgets vurdering være behov for ambisjoner om og strategier for å utvikle musikkterapeutprofesjonen. Utvalget leser en slik ambisjon og strategi inn i mandatet, ved at det vises til at utredning av spørsmålet om spesialistutdanning skal sees i sammenheng med autorisasjonsspørsmålet. To sider av å bygge en profesjon, er å sikre nasjonal tilgjengelighet på profesjonens tjenester, samt å utvikle kompetansehevende tiltak ut over grunnutdanning. Dette doble fokuset leser vi også inn i mandatet, der det vises til god implementering av nasjonale retningslinjer.

Både tilgjengelighet og kvalitet må vurderes i sammenheng med et samfunnsoppdrag, og her kommer nasjonale føringer inn. Musikkterapi er i dag omtalt i 8 nasjonale behandlingsretningslinjer, for oppfølging av for tidlig fødte barn (Helsedirektoratet, 2007), behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009), psykose (Helsedirektoratet, 2013) rusproblemer/avhengighet (Helse-

direktoratet, 2016a), avrusning (Helsedirektoratet, 2016b), palliasjon for barn og unge (Helsedirektoratet, 2016c), spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017a) og demens (Helsedirektoratet, 2017). Det er likevel viktig å merke seg at de fleste av disse retningslinjene avgrenser seg til å omtale musikkterapi som et eksisterende og/eller mulig tilbud. Kun to av disse retningslinjene gir klare anbefalinger av musikkterapi. Det gjelder retningslinjene for behandling av psykose (2013) og av rusproblemer/avhengighet (2016). Utvalgets forståelse er da også at det foreløpig bare er innen psykisk helse og rus at samfunnsoppdraget er så tydelig og sterkt at det per i dag vil være grunnlag for å initiere dialog med tjenester og myndigheter om samarbeid om utvikling av en spesialistutdanning. Her har det til gjengjeld vært en prosess der retningslinjenes anbefalinger av musikkterapi er fulgt opp med nye nasjonale føringer som forsterker disse⁷.

At utvalgets vurdering er at det foreløpig kun er innen psykisk helse og rus at det er artikulert et noenlunde tydelig samfunnsoppdrag, er *ikke* det samme som at samfunnsbehovene er mindre på andre områder. Vi kan gi tre eksempler av en rekke mulige: Det kan argumenteres for at musikkterapeutene som arbeider i pedagogiske sammenhenger har behov for et kompetanseløft, både fordi dette er en relativt stor gruppe innen profesjonen og fordi barn og unges utfordringer med psykisk helse og skolefravall blir stadig tydeligere i det norske samfunnet. En kan også framheve betydninga av kompetanse for musikkterapeuter som arbeider innen somatikken på sjukehus, en kontekst der kompetanse, spesialisering og autorisasjon vektlegges i stor grad. Og en kan peke på musikkterapeutenes kompetansebehov knytta til nye profesjonsroller når det gjelder arbeid med mennesker med demens, der samfunnsbehovet indikeres av de enorme demografiske endringene i det norske samfunnet i de kommende tiår.

Utvalgets forståelse er at mandatet gir tydelige signal om at utredninga skal ta hensyn til *heile* profesjonen, i tillegg til nasjonale retningslinjer, der føringene altså er klare når det gjelder psykisk helse og rus. Å identifisere psykisk helse og rus som det området som det er realistisk å arbeide med i første omgang, bør derfor *ikke* forstås som at ett område prioriteres framfor andre, men som at det er her det er mulig å ta tak for å begynne arbeidet med å løfte profesjonen.

Utvalgets fortolkning av mandatet, er da:

- Når mulighetene for ei spesialistutdanning i musikkterapi skal utredes, sees dette i sammenheng med temaene profesjonsutvikling og autorisasjon
- I dette arbeidet er det per i dag relevant og nødvendig å legge særlig vekt på musikkterapeutenes samfunnsoppdrag innen psykisk helse og rus.
- Samtidig skal utredninga ta hensyn til samfunnsbehov også på andre områder, og til ei heilhetlig tenking om musikkterapeutenes kompetanse og samfunnsansvar.

Med denne fortolkinga som utgangspunkt, har utvalget gjort følgende prioriteringer:

- Utvalget vil se på muligheter for å utforme ei spesialistutdanning på en inkluderende måte, slik at den blir relevant for flest mulig musikkterapeuter.
- Utvalget legger vekt på at spørsmålet om spesialistutdanning ikke «bare» skal vurderes som et kvalitetshevende tiltak, men også som et grep for å styrke og videreutvikle musikkterapiens identitet som en hybrid musikk-og-helse-profesjon.
- Utvalget velger videre å vektlegge de muligheter som finnes for å se ulike etter- og videreutdanningstilbud i sammenheng, der eventuell satsing på spesialistutdanning (som altså er en form for videreutdanning) på ett felt ikke utelukker en *samtidig* satsing på etterutdanning på andre områder og *framtidig* satsing på nye spesialiseringstilbud.

⁷ Det gjelder anbefalinga av musikkterapi i forbindelse med etablering av medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern, omtalen av musikkterapi i nasjonale pakkeforløp for psykisk helse og rus, etablering av en nasjonal prosedyrekode for musikkterapi, publisering av en nasjonal behandlingstekst for musikkterapi, samt omtalen av musikkterapi i nasjonalt samvalgsverktøy for psykose.

Vi vil også presisere følgende avgrensinger:

- Utvalgets rapport er skrevet med tanke på å få fram moment og argument av relevans for firepartssamarbeidets vurdering av spesialistutdanningsspørsmålet.
- Rapporten forutsetter at leserne er kjent med musikkterapiens teori og forskningsgrunnlag. Det betyr at profesjonens musikkforståelse, helsebegrep og vitenskapelig grunnlag *ikke* blir presentert og diskutert i rapporten, utover de grunnleggende begrepsavklaringer. Utvalget forutsetter imidlertid at dette blir tatt med i framtidige henvendelser til tjenestene og myndighetene (se pkt. 8.4 og 8.6).
- Når utdanningsmål, innhold, arbeidsmåter osv. for en spesialitet i musikkterapi, psykisk helse og rus tentativt beskrives i kapittel 6, er dette ikke ment som en kortversjon av en studieplan, men som foreløpige skisser som kan antyde mulighetene og danne utgangspunkt for framtidig studieplanarbeid.

1.5 Utvalgets arbeidsmåte og metode

Mens Hans Petter Solli har vært leder og Brynjulf Stige sekretær for utvalget, har alle utvalgsmedlemmene deltatt i innhenting av informasjon og i utvikling av diskusjon og argumentasjon. I tillegg til lokale møter og regelmessig elektronisk kommunikasjon, har utvalget gjennom året 2019 hatt tre heildags arbeidsseminar, i juni, september og november. Etter innspillskonferansen i januar 2020, har samarbeidet vært gjennom elektronisk kommunikasjon, bl.a. fordi korona-epidemien begrensa mulighetene for tradisjonelle arbeidsseminar.

Der vi har brukt publiserte dokumenter og aktuell forskingslitteratur, refererer vi til denne etter vanlig akademisk skikk. Samtaler med brukere, fagmiljø, forskingsmiljø, ledere i tjenestene, samt aktuelle rådgivere (f.eks. når det gjelder juridiske og økonomiske aspekt) har inngått i utvalgets arbeid, samt en enkel spørreundersøkelse på Facebook. Utvalget har valgt disse metodene for å sikre at utredningsprosessen er i best mulig kontakt med holdninger og vurderinger som kan finnes hos de aktørene som i framtida skal forholde seg til en eventuell spesialistutdanning i musikkterapi. De vurderinger og anbefalinger som følger, står sjølsagt utvalget sjøl fullt og heilt ansvarlig for.

For å støtte prosessen, har Griegakademiet søkt om støtte fra UiBs stimuleringsmidler til utvikling av etter- og videreutdanningstilbud (EVU). Støtte på kr. 200 000,- ble tildelt, noe som muliggjorde frikjøp av Wolfgang Schmid (5 % stilling) og Brynjulf Stige (15 % stilling) høsten 2019. Utover dette har det ikke vært egne ressurser satt av til utredningsprosessen. Tildelinga fra UiB gjaldt utredning av muligheter for etablering av spesialistutdanning, samt utvikling av to konkrete moduler som eventuelt kan inngå i en framtidig spesialistutdanning. Beskrivelsene av disse modulene er lagt ved som vedlegg 1 og 2.

2 Musikkterapiprofesjonens utvikling i Norge

Som kontekst for vurdering av spørsmålet om det er *ønskelig* å etablere spesialistutdanning i musikkterapi, skal vi i dette kapitlet beskrive musikkterapiprofesjonens utvikling i Norge. Vi gjør det med et sideblikk både til andre norske profesjoner og til musikkterapiens utvikling i andre land. Det første tydeliggjør vi ved å framheve at det ikke finnes én allmenngyldig mal for profesjonalisering av et yrke og fagfelt. Det andre tydeliggjør vi med en presentasjon av strategier for musikkterapeutisk profesjonskompetanse i USA og Østerrike. Utvalget mener at det er impulser å hente fra disse to eksemplene, samtidig som eventuelle spesialiseringstilbud i norsk musikkterapi må tilpasses profesjonens egen tradisjon her til lands (se pkt. 3.1).

2.1 Profesjonshistorier

Uttrykket «profesjonshistorier» (i flertall) er brukt for å framheve et poeng som det er økende enighet om i forskningslitteraturen: Profesjon er ikke noe en yrkesgruppe er, det er noe en *blir*, på ulike måter til ulike tider på ulike steder. Det er ikke én gitt og ideell måte å være profesjon på, til enhver tid, i et hvert samfunn (Slagstad & Messel, 2014). Forskning på profesjoner har lang historie, og går bl.a. tilbake til arbeid gjort av noen av sosiologiens pionerer, som Max Weber. I den internasjonale musikkterapilitteraturen, er det ofte angloamerikanske profesjonsforskere en har støtta seg til. I norsk sammenheng, blir det også viktig å støtte seg til skandinaviske forskingsstudier, fordi forskingspraksis og teoretisering nødvendigvis vil ta farge av de rammer som gjelder i de aktuelle samfunn.

I amerikansk kontekst regnes gjerne sosiologen Talcott Parsons som pioneren innen feltet, med en vektlegging av at profesjonenes funksjon er å utføre oppgaver på vegne av samfunnet, ikke minst i forhold til vanskeligstilte og trengende (Slagstad, 2014). Abbott (1988) har utvikla en slik tanke videre, samtidig som han vektlegger profesjonenes innbyrdes konkurranse i et *marked*. Slagstad (2014) peker på at norsk profesjonsforskning, bl.a. utvikla av sosiologen Wilhelm Aubert etter andre verdenskrig, i større grad også har vektlagt samspillet mellom profesjon og *stat*. I Abbotts teori gir *legeyrket* en slags «idealmødel» av en profesjon, mens *advokatyret* gjør det i Auberts teori. Som vi kommer tilbake til, vil teorier om profesjoner i dagens mer pluralistiske seinmoderne samfunn være langt mer tilbakeholdne med å formulere ideer om en-dimensjonale hierarki med enkeltprofesjoner som ideal.

Blant tradisjonene for studier av profesjoner, finnes det også tradisjoner der *kritikk* er mer framtrødende. Den tyske sosiologipioneren Max Weber utvikla f.eks. i begynnelsen av det 20. hundreåret perspektiv på profesjonsutvikling som også inkluderte dimensjoner som makt og klasse, der han la vekt på profesjonenes forsøk på å begrense andre gruppers adgang til visse funksjoner og stillinger i samfunnet (Christoffersen, 2011). Noen forskere har altså satt søkelys på profesjonalisering som en moderniseringsprosess som til samfunnets beste sikrer kompetanse og forsvarlighet i tjenester, mens andre har lagt vekt på at profesjoner kan kjennetegnes av sær-interesser, «gruppeegoisme» og maktmisbruk. Det er rimelig å se dette som et spesifikt uttrykk for en mer generell tendens, nemlig at moderniseringsprosesser er «ambivalente», de fører med seg både positive muligheter og nye utfordringer og problemer (Nielsen, 1993, 2018). I vurderinger av profesjonaliseringsprosesser, er det derfor nødvendig å balansere ulike perspektiv (Christoffersen, 2011; Slagstad, 2014).

Med en slik tvetydighet, er det kanskje ikke overraskende at politisk støtte og kritikk av profesjoner har hatt ulik karakter i ulike historiske epoker. På 1970-tallet, det tiåret norsk musikkterapi ble organisert og en egen utdanning ble etablert, kom en del profesjonskritikk fra venstresida i norsk politikk. Vekten lå da gjerne på at profesjonalisering kan bidra til «klientifisering»: folks egne muligheter til å løse problemer blir underminert. Risikoen for at problemene blir definert på individnivå, på måter som kan dekke over samfunnsproblemer, ble

også vektlagt. Siden 1980-tallet har mye profesjonskritikk i stedet kommet fra høgresida i politikken, der profesjonene har blitt sett på som et hinder for å effektivisere og reformere velferdsstaten (Slagstad, 2014). Disse politiske debattene har i sin tur avfødt forskningsstudier av profesjonenes roller i samfunnet. Disse studiene – i den grad de blir lest – burde kunne mane til nyansering av de politiske debattene (se f.eks. Fauske, 1991; Greve m.fl., 2019; Kildal, 2013).

Dette tydeliggjør at *profesjoner nødvendigvis befinner seg i et spenningsfelt mellom fag og samfunn*. Grimen (2005) tematiserer dette ved å argumentere for at det ikke er nok å identifisere profesjoner som yrkesgrupper med nødvendig kompetanse til å utføre visse oppgaver (et såkalt *epistemisk* kriterium). Profesjoner kjennetegnes også av det Grimen kaller et *organisatorisk* og et *politisk* kriterium. En profesjon er organisert i et fellesskap (f.eks. profesjonsforening) og dette fellesskapet forvalter et politisk legitimert samfunnsoppdrag. Profesjonsetikk må forstås i dette lyset, argumenterer Grimen. Det handler ikke først og fremst om retningslinjer som regulerer forholdet mellom den enkelte profesjonsutøver og den enkelte bruker, sjøl om det er viktig nok. I *den* relasjonen er allmenn etikk langt på veg utgangspunkt og rettesnor. Det som særpreger profesjonsetikken, ifølge Grimen, er at den er basert i politikk. Profesjonen som gruppe tar ansvar for å forvalte det politisk definerte samfunnsoppdraget på en måte som er faglig forsvarlig og holder egeninteresser i sjakk⁸. Med andre ord, profesjonsetikken regulerer forholdet mellom profesjon og samfunn:

For meg som samfunnsborgar er fungerande profesjonsetikkar først og fremst eit vern – som rett nok ikkje er perfekt – mot til dømes slike ting som: 1. Subversive hensikter 2. Illegitim forfølgning av eigeninteresser 3. Illegitime interessesamanblandingar 4. Illegitim politisering 5. Perverse insentiv 6. Lågt fagleg nivå, manglande oppdatering av kompetanse, det at eg i fagleg tyding ikkje får det eg har krav på (Grimen, 2005, s. 6).

Det kan altså være like problematisk å framstille profesjoner som en trussel mot demokrati og deltaking som det er å framstille dem som en hindring for innovasjon og kreativ tjenesteutvikling. Denne type utsagn blir for generelle. De tar verken hensyn til profesjoners positive bidrag i samfunnsutviklinga eller til de store forskjellene som finnes, både *mellom* profesjoner og *innen* profesjoner over tid. Som Slagstad (2014) og andre har pekt på, er profesjoner i dag svært mangfoldige. De representerer ikke nødvendigvis høgstatusgrupper på samme måte som tidligere, og i dagens pluralistiske samfunn – der ulike kulturer og kunnskapsforståelser bryner seg mot hverandre – blir ikke idealene for nye profesjoner nødvendigvis modellert etter de som gjaldt for de mest prestisjeprega profesjonene i det 19 og 20. hundreåret.

2.2 Kort tilbakeblikk på framveksten av norsk musikkterapi

Sjøl om musikkterapi som virksomhet har en forhistorie som kan sies å gå hundrevis av år tilbake, i enkelte samfunn tusenvis av år, er framveksten av en musikkterapeutprofesjon først og fremst et etterkrigsfenomen. Litteratur om musikkterapiens historie peker gjerne på at den første universitetsutdanninga i musikkterapi ble etablert i USA i 1944, og at samfunnsbehovet knytta til behandling og rehabilitering av veteraner fra andre verdenskrig var en viktig driver for utviklinga. Pionerpraksiser og de første musikkterapiutdanninger i Europa ble etablert på 1950- og 1960-tallet, med andre samfunnsbehov i fokus enn de som dominerte i USA på 1940-tallet (Horden, 2000). Vi skal kort gjøre greie for noen sider ved framveksten av *norsk* musikkterapi. Det finnes ingen heilhetlig beskrivelse av denne historia å vise til, men vi bygger på ulike «delhistorier» som bl.a. dekker ulike epoker og/eller regioner (Ruud, 1987/1990, s. 106-121; Stige, 2018; Stige & Rolvsjord, 2009; Stige & Trondalen, 2014; Trondalen, 2018; Trondalen, Rolvsjord & Stige, 2010, Aasgaard & Trondalen, 2004):

⁸ Et lignende argument er til stede i Trondalens (2019) diskusjon av profesjonsetikk og verdier.

I Norge, som i de andre nordiske land, går pioneraktivitet innen musikkterapifeltet tilbake i alle fall til tidlig nittenhundretall og fikk vind i seilene på 1950-tallet. Dette økte på utover 1960-tallet, da det også ble etablert viktige internasjonale kontakter, bl.a. med Paul Nordoff og Clive Robbins. Disse stod for en praksis der musikken ikke var redusert til et middel for ikke-musikalske mål, men snarere fungerte som et medium for mellommenneskelig samhandling og utvikling. Denne musikalsk-relasjonelle tradisjonen har satt varige spor i norsk musikkterapi, samtidig som en egen mer samfunnsorientert norsk tradisjon også har vokst fram. De *nordiske* kontaktene innen musikkterapifeltet ble også utvikla på 1960-tallet. I 1972 ble arbeidet mer organisert og musikkterapiforeninger etablert, både i Oslo og Bergen, der den første lever videre som Norsk forening for musikkterapi.

Når det gjelder akademisering, har norsk musikkterapi vært tidlig ute i nordisk sammenheng. Da ei musikkterapiutdanning ble etablert i Oslo i 1978, var dette det aller første studiet i sitt slag i Norden. 10 år seinere kom utdanninga på Sandane (nå lokalisert ved Griegakademiet i Bergen), og Norge ble da det første nordiske landet med to fullverdige musikkterapiutdanninger. Det tette samarbeidet mellom to likeverdige fagmiljø er fortsatt unikt i nordisk sammenheng. Begge utdanninger var riktignok svært små og sårbare i utgangspunktet, og begge hadde i etableringsfasen betydelige problemer med å få godkjenning på departementsnivå. Fra dette vanskelige utgangspunktet, har likevel to fullfinansierte utdanninger på universitetsnivå vokst fram, i tilknytning til sterke forskingsmiljø.

Ved at utdanningene i 1978 og 1988 ble etablert ved henholdsvis et regionalt konservatorium og et lite, regionalt høgskolemiljø, var det i begynnelsen likevel ingen forutsetninger for å bygge opp noen omfattende forskingsaktivitet i faget. Den første doktordisputasen i musikkterapi i Norge var i 1987 (Even Ruud), og den neste skulle først komme i 2003⁹. Dermed var faget i en meget sårbar situasjon da høgskolereformen i 1994 ble gjennomført, med nye nasjonale krav og ambisjoner om forskning ved høgskolene. Reformen innebar et krav om at alle høgskoleutdanninger skulle være forskingsbaserte, ikke bare ved at undervisninga (som tidligere) skulle bygge på forskning, men også med krav om aktive forskingsmiljø knytta til utdanningene. Dette var en ikke i nærheten av for musikkterapi sin del, hverken i Oslo eller på Sandane. Muligheten for å komme i bakleksa i det norske universitets- og høgskolesystemet var reell.

De første signalene om denne høgskolereformen kom med NOU 1988:28 *Med viten og vilje*, med en påfølgende Stortingsmelding og politisk debatt. Fagmiljøene valgte en offensiv tilnærming til situasjonen. Da høgskolereformen var en realitet i 1994, hadde Østlandets musikkonservatorium på plass et samarbeid med Universitetet i Oslo, noe som muliggjorde det første hovedfagstilbudet i musikkterapi (deltid 1994-1998). Med dette ble forutsetninger bygd for at kandidater kunne begynne å søke seg mot doktorgradsutdanning og forskning. Etter hvert ble også begge utdanninger en del av institusjoner på universitetsnivå. Studiet i Oslo ble en del av NMH i 1996 og studiet på Sandane ble flytta til UiB i 2006.

Fagets akademisering akselererte ytterligere etter tusenårsskiftet. Kontrasten mellom dagens situasjon og fagets ressurser 20 år tidligere, er svært stor. Antall forskere med doktorgradsutdanning kan illustrere dette: Mens det i år 2000 altså bare var én musikkterapiforsker med fullført doktorgrad i Norge, er det i dag over 20 musikkterapiforskere med denne kompetansen. Og denne veksten ser ut til å fortsette. De fleste av disse forskerne er knytta til forskningssentrene GAMUT i Bergen og CREMAH i Oslo, men det er også forskere med doktorgradskompetanse i musikkterapi knytta til andre institusjoner.

⁹ Etter 2003 har det vært en ganske «jevn strøm» av musikkterapi-disputaser i Norge. Flere norske musikkterapeuter har også disputert ved Aalborg Universitet (den første i 2002).

I dag er norsk musikkterapiforskning godt synlig i internasjonal musikkterapi. Som viktige utviklingssteg i denne retninga, kan vi nevne: etableringa av det første hovedfagstilbudet i musikkterapi (ved UiO i 1994), etableringa av det andre hovedfagstilbudet i musikkterapi (ved NMH og HiSF i 2000), overgangen fra toårig videreutdanning til masterutdanning (ved de to samme institusjonene i 2004), oppbygging av ph.d.-utdanning i musikkterapi (ved NMH fra 1999 og ved UiB fra 2006), samt etablering av internasjonalt orienterte forskingssenter (ved UiB/Unifob i 2006 og ved NMH i 2008).

Samfunnseffekten av norsk musikkterapiforskning er også tydelig. Som skissert i kapittel 1, har Helsedirektoratet siden 2013 anerkjent musikkterapi gjennom anbefalinger i nasjonale, faglige retningslinjer, særlig da i retningslinjene for psykosebehandling (2013) og rusbehandling (2016). Norsk forskning er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget direktoratet da bygger på. Disse retningslinjene er fulgt opp med andre nasjonale føringer som forsterker signalene.

I tillegg til arbeid med kvalitet i utdanning og forskning, har fagmiljøene de siste årene utført et betydelig arbeid for å tydeliggjøre musikkterapiens relevans for tjenester og samfunn i Norge. Her kan nevnes POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi, koordinert av GAMUT, samt CREMAHs samarbeidsrelasjoner og avtaler med ulike tjenesteleverandører og kompetansemiljø. Nasjonalt er det også etablert flere nettverk for å fremme samarbeid om implementering og utvikling av musikkterapi. Det første nasjonale nettverket ble etablert i 2010, med fokus på rusfeltet og med KoRus Øst som initiativtaker. Nylig har dette nettverket utvida virkeområdet til også å omfatte psykisk helse. De siste åra har dessuten nye nasjonale nettverk kommet til, innen barnevern og eldrehelse, nå med NFMT som initiativtaker.

De yrkesetiske retningslinjene understreker musikkterapeutenes profesjonsorientering. Disse ble først etablert av MFO (i dag Creo) i 2008, sist revidert i 2017. Creo har dessuten etablert et fagpolitisk utvalg. NFMT har også i økende grad engasjert seg i fagstrategisk arbeid, siden 2015 med et eget fagstrategisk utvalg og siden januar 2019 med en fagstrategisk koordinator i deltidstilling. I tillegg kommer det nasjonale firepartssamarbeidet som ble beskrevet i pkt. 1.2.

Den utviklinga vi har beskrevet er muliggjort av og har muliggjort en utvikling i praksisfeltet. Mens det for 40 år siden bare var noen ytterst få praktiserende musikkterapeuter, for det meste knyttet til spesialskoler og institusjoner for mennesker med utviklingshemming, er det i dag 300 praktiserende musikkterapeuter, fordelt på en rekke ulike praksisområder:

2.3 Nåværende praksis- og tjenestekontekst

Marte Sortland Halås (2019) har gjennomført en kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge i dag, med vekt på utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Vi tar utgangspunkt i denne, og supplerer med annen aktuell informasjon ved behov.

Utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold

Halås (2019) sitt overslag, basert på data fra 2018, er at det siden 1978 er utdanna 550 musikkterapeuter i Norge, noe som skulle tilsvare ca. 575 i 2019¹⁰. Ingen har eksakt informasjon over hvor mange av disse som er yrkesaktive i dag. Et vanlig overslag i fagmiljø og interesseforening (NFMT) har vært at det kan dreie seg om ca. 300 musikkterapeuter. Halås (2019) fikk i forbindelse med sin spørreskjemaundersøkelse mulighet til å kontakte 540 musikkterapeuter og studenter som er medlem av NFMT. 212 av disse svarte, derav 133 yrkesaktive musikkterapeuter og 76 ikke-aktive (bl.a. jobbsøkende, studenter, pensjonister, arbeidsuføre og personer som har «konvertert» til andre profesjoner).

¹⁰ Fra 1978 til 1988 ble det utdanna ca. 6 musikkterapeuter per år, deretter ca. 10-12 per år fram til 1998, så i snitt ca. 20 per år, med en økning de siste par år til 26-28 per år.

Når det gjelder fordeling av arbeidsfelt, finner Halås (2019) at mange musikkterapeuter arbeider i delte stillinger (her er N altså større enn 133). Noen eksempler: 17 av de som svarte arbeider i barnevern, 17 med flyktinger, 17 på somatiske sykehus, 19 i ulike former for palliativ omsorg, 24 i rusfeltet, 32 innen eldreomsorgen, 59 i psykisk helsevern og 112 i pedagogiske kontekster. Sammenligner vi disse tallene med Hodne (2007) sin undersøkelse, ser vi at det pedagogiske arbeidsfeltet holder seg relativt stort, samtidig som rus- og psykisk helsefeltet har vokst forholdsvis mye. Andre felt, som barnevern har også vokst betydelig, mens eldreomsorg har hatt mer moderat vekst.

Omtrent halvparten av de 133 yrkesaktive i Halås (2019) sin undersøkelse går i 100 % stilling som musikkterapeut, mens resten går i ulike deltidsstillinger (de fleste av disse i 50 % stilling eller mer). Svarene tyder på at arbeidsgiverne fordeler seg noenlunde likt mellom tre samfunnssektorer. Omtrent 1/3 av de yrkesaktive musikkterapeutene som har svart er tilsatt i institusjoner/etater for kultur/fritid, ca. 1/3 innen skole/opplæring og 1/3 innen helse/omsorg.

Halås (2019) sin undersøkelse viser at fordeling mellom landsdelene er svært ujevn: med Sørlandet (Agder) på bunn (1 % av de yrkesaktive musikkterapeutene som har svart), dernest Trøndelag (2%) og Nord-Norge (2 %). Tyngdepunktet ligger på Vestlandet (36 %) og Østlandet (59 %). Disse tallene må korrigeres for folketall i hver landsdel, men det er liten tvil om at tilgang til musikkterapi tjenester er en ressurs som er svært ulikt fordelt i det norske samfunnet.

Implementeringserfaringer og brukererfaringer

Hvordan fungerer det så de stedene der en er kommet i gang? Studier av implementering av musikkterapi i Norge er relativt nytt, men er et felt i utvikling¹¹. Rolvsjord (2019) har f.eks. studert implementering av musikkterapi ved en recovery-orientert psykosepost i psykisk helsevern. Funna viser at musikkterapi med en ressursorientert tilnærming kan bidra til personlig og sosial recovery (f.eks. ved å styrke mestring, identitet og sosiale relasjoner), støtte eksisterende behandlingstilbud (f.eks. ved å styrke endrings- og behandlingsmotivasjon) og utfylle etablert praksis (f.eks. ved å tilby en kreativ og «annerledes» måte å samhandle på).

Som skissert i pkt. 1.4, fokuserer utvalget i denne rapporten på moment som har relevans for firepartssamarbeidets vurdering av spesialistutdanningsspørsmålet, og forutsetter at leserne er kjent med musikkterapiens evidensgrunnlag og forskningslitteratur¹². Her skal vi derfor bare kort omtale noen av de *brukerundersøkelsene* som er gjort de seinere år. Disse ser i stor grad ut til å bekrefte funn i internasjonal forskning. De viser også at det *er* mulig å implementere musikkterapi på en god måte i det norske helsevesenet og at mange brukere er svært fornøgte med og gjør god bruk av en slik utvidelse av tjenestetilbudet¹³.

Den første brukerundersøkelsen vi kjenner til er Dales (2014) undersøkelse av brukererfaringer ved oppstarten av musikkterapitilbudet ved Bergensklinikken. Tilbakemeldinga var svært positiv, med funn som tydelig indikerte at dette var et behandlingstilbud brukerne fant glede i og opplevde at de hadde nytte av. Året etter presenterte Jensen (2015) resultatene av en bruker-spør-bruker-undersøkelse ved psykisk helsevern ved Stavanger universitetssykehus, der i overkant av 120 brukere på psykiatrisk klinikk ble spurt om de hadde fått behandlingstilbud i tråd

¹¹ Vi kan nevne to studier ved NMH som eksempel: Ingelill Eides (under arbeid) doktorgradsprosjekt om suksessfaktorer for implementering av og stabilitet for musikkterapitilbud, og Hans Petter Sollis (under arbeid) postdoktorprosjekt om implementering av musikkterapi i ambulerende team innen psykisk helsefeltet.

¹² Interesserte kan finne litteraturoversikter i GAMUTs kunnskapsbeskrivelser: www.gamut.no

¹³ Erfaringene fra kunnskapsklynga POLYFON bekrefter også at å implementere musikkterapi systematisk i det norske helsevesenet er mulig. Helse Bergen vedtok f.eks. i 2017 å etablere musikkterapi på alle sine klinikker innen psykisk helsevern. Implementering av vedtaket er per i dag kommet et godt stykke på veg.

med psykoseretningslinja, og om hvilke tilbud de ønsket seg. For musikkterapi var tallene henholdsvis 0 og 67 %. Med andre ord: Ingen hadde fått tilbud om musikkterapi, mens 2 av 3 kunne ønske seg dette.

Flere brukerundersøkelser er kommet til, både i kommuner og i deler av spesialisthelsetjenesten. Det gjelder kommuner som Fredrikstad (Kielland, 2015; Taihaugen & Kielland, 2018), Oslo (Johannesen, 2019), Sandnes (Kielland & Selbekk, 2019) og Sør-Odal (Taihaugen, 2017), og det gjelder helseforetak som Bergensklinikken (Dale, 2019), Haukeland universitetssjukehus (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018) og Tyrilistiftelsen (Danielsen, Lagesen & Kristiansen, 2016). De kvantitative funnene i disse brukerundersøkelsene er konsistente fra kontekst til kontekst, og indikerer at brukerne i hovedsak er svært fornøyd med musikkterapitilbudene, at de opplever musikkterapeutenes oppfølging som meget god og at tilbudet er nyttig for dem. De åpne svarene i brukerundersøkelsene utdyper dette, og indikerer at dimensjoner som mestring, håp og fellesskap betyr mye for mange. Dette er igjen resultater som samsvarer med internasjonal forskning, som viser at musikkterapi har høy grad av akseptabilitet, også for brukere som har lav behandlingsmotivasjon og finner andre former for behandling mindre akseptable (Gold m.fl., 2013).

At behovet for musikkterapitjenester er forankra både i forskning, nasjonale behandlingsretningslinjer og brukerønsker, er likevel ikke det samme som at musikkterapitjenester per i dag er etablert på en systematisk måte i det norske samfunnet. Som Halås (2019) sin undersøkelse viser, er det langt igjen før det er tilfelle.

2.4 Musikkterapiens samfunnsoppdrag og konkurransesituasjon

Vi ser av beskrivelsene over at bevisstheten om musikkterapi som profesjon har økt markant de siste årene. I det følgende skal vi utdype det samfunnsoppdraget som ble skissert i kapittel 1, og også beskrive konkurransesituasjonen for musikkterapi i dagens norske samfunn.

Samfunnsoppdrag

Som nevnt i pkt. 1.4, er musikkterapi omtalt i til sammen 8 nasjonale behandlingsretningslinjer gitt ut av Helsedirektoratet. Kun to av disse retningslinjene gir klare anbefalinger av musikkterapi, og det er derfor først og fremst disse som i vesentlig grad gir musikkterapeutene et samfunnsoppdrag. Det gjelder retningslinjene for behandling av psykose (2013) og av rusproblemer/avhengighet (2016).

Helsedirektoratets anbefaling av musikkterapi i *Nasjonale, faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* er formulert slik:

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 (Helsedirektoratet, 2013, s. 70).

Anbefalinga er gitt høyeste gradering og kunnskapsgrunnlaget for behandlingen er vurdert til høyeste evidensnivå. Videre er det presisert at anbefalinga er like relevant i kommunene som i ulike deler av spesialisthelsetjenesten, både døgnavdelinger og poliklinikker.

I *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* er anbefalinga av musikkterapi formulert slik:

Det foreslås at det tilrettelegges for bruk av musikkterapi til pasienter/brukere som ønsker dette (Helsedirektoratet, 2016, s.32).

Musikkterapi fremheves her som relevant både i spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorga og i kommunale tilbud. Det påpekes også i denne retningslinja at terapien må utføres av personer med godkjent utdanning i musikkterapi.

Slike nasjonale faglige retningslinjer er ikke juridisk bindende, men normerende for helsevesenets praksis. Helsedirektørens forord til psykoseretningslinja beskriver dette slik:

Helsedirektoratets retningslinjer er faglig normerende, og ved å støtte seg til retningslinjens anbefalinger kan helsepersonell være tryggere på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp. Når Helsetilsynet vurderer om det er handlet i samsvar med god praksis, tar de utgangspunkt i anbefalinger som er utviklet systematisk og kunnskapsbasert. Det medfører at retningslinjen bør være sentral i arbeid med kvalitetsforbedring (Helsedirektør Bjørn Gullvåg, i Helsedirektoratet, 2013, s. 3).

Sammenligner vi anbefalingene av musikkterapi i de to retningslinjene, ser vi at formuleringene i retningslinja for psykosebehandling er sterkest rent formelt sett. Dette er ikke urimelig, gitt at evidensgrunnlaget for musikkterapi er best på psykosefeltet. Samtidig vil anbefalinga i rusretningslinja ikke nødvendigvis være svak i praksis. Når begge retningslinjer legger stor vekt på *brukermedvirkning*, vil ikke en anbefaling om at «det tilrettelegges for bruk av musikkterapi til pasienter/brukere som ønsker dette» være uten tyngde. Det har da også vist seg at helsemyndighetene har fulgt opp begge retningslinjer med nye vedtak og dokumenter som legger føringer om at tjenestene bør ta musikkterapi i bruk: I 2016 ble musikkterapi trukket fram av Helsedirektoratet som et anbefalt psykososialt tiltak når retten til å velge medisinfri behandling i psykisk helsevern ble etablert. Når pakkeforløpene for psykisk helse og rus ble iverksatt 1. januar 2019, var musikkterapi (og andre behandlingstilbud anbefalt i retningslinjene) en del av disse. Videre er det både etablert en nasjonal prosedyrekode og en nasjonal behandlingstekst for musikkterapi innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Endelig ble et nasjonalt samvalgsverktøy for psykose publisert høsten 2019, der musikkterapi er presentert som ett av fem hovedvalg (mens musikkterapi er en av ca. 80 anbefalinger i retningslinja)¹⁴.

Samla sett gir dette musikkterapeutene et samfunnsoppdrag om å bidra med god psykose- og rusbehandling, til de pasientene som ønsker dette, enten de mottar kommunale tjenester eller tjenester fra kriminalomsorg eller spesialisthelsetjenesten. Slik oppdraget er gitt, er det også et ansvar for tjenestene å følge dette opp og legge til rette for musikkterapitilbud til sine pasienter. Samtidig må det sies at samfunnsoppdraget fortsatt er noe utydelig. Musikkterapi er anbefalt som behandling i helsetjenestene, samtidig som musikkterapeuter ikke er autorisert helsepersonell etter Lov om helsepersonell (se pkt. 7.5). Musikkterapeutenes plass i helsetjenestene er med andre ord ikke klar. Denne uklarheten er trolig noe av bakgrunnen for at implementering av anbefalingene av musikkterapi går seint (samtidig som forskning og erfaring jo viser at det uansett kan ta mange år før nye anbefalinger implementeres i tjenestene). *Noen* helseforetak og kommuner har også allerede fulgt opp anbefalingene ved å innarbeide musikkterapi i sine planer og tjenester. Bildet er altså komplekst, der musikkterapeutene på en heilt annen måte enn tidligere må forholde seg til at de har fått et samfunnsoppdrag, samtidig som dette er noe uklart. Det som *er* klart, er at konkurransesituasjonen de siste åra har blitt meget krevende.

Konkurransesituasjon

Utvalgets erfaring er at norsk musikkterapi opplevde nokså begrensa konkurranse før tusenårsskiftet. Fagfeltet var lite og fikk minimal offentlig oppmerksomhet, og det var få aktører som bevegde seg inn på musikkterapeutenes arbeidsområder. Forskingssuksessen faget har hatt etter tusenårsskiftet, kombinert med ny forskning også i andre disipliner og en generell kulturendring i samfunnet, har endra situasjonen totalt. Det er langt større interesse for musikkterapi og også for kultur og helse mer generelt, både i media og i samfunn og tjenester. Forskinga på mange ulike former for arbeid med kultur og helse har også tatt seg kraftig opp de siste par tiåra (WHO

¹⁴ Nasjonale samvalgsverktøy er utvikla for å hjelpe pasienter og behandlere til å gjøre informerte valg sammen, ut ifra forskning og gjeldende retningslinjer. Samvalgsverktøyet for psykose gir følgende fem hovedvalg: Samtaleterapi, medisiner, musikkterapi, individuell jobbstøtte og andre mestringsiltak.

Europe, 2019). At det er mer allmenn forståelse for at ulike former for kulturdeltaking kan ha positive helseeffekter, bør musikkterapeutene kunne glede seg over. Det er likevel et økende behov for å artikulere og formidle hva musikkterapiens unike bidrag er og bør være i dette komplekse feltet. Det uklare i situasjonen forsterkes av at begrepene musikkterapi og musikkterapeut av noen aktører, både i politikken og i tjenestene, ikke avgrenses til musikkterapi-profesjonens praksis, men anvendes om ulike former for helserelatert musikkbruk. Riktig nok er det slik at flere av de nasjonale føringene referert til over bruker begrepet på samme måte som musikkterapilitteraturen gjør¹⁵, men situasjonen er like fullt uklar, og derfor alvorlig.

Det er ikke lenger bare enkeltpersoner som bruker begreper som musikkterapi og musikkterapeut på måter som utfordrer musikkterapi-profesjonen. Dette kan i dag også gjelde myndighetene. Noen eksempler: Solberg-regjeringa la fram en satsing på musikkterapi i sitt forslag til statsbudsjett for 2015. Forslaget viste seg ikke å handle om musikkterapi, slik partene i firepartssamarbeidet bruker begrepet. Dette statsbudsjettet ble starten på en nasjonal satsing på musikkbasert miljøbehandling, der Helsedirektoratet har formidla flere millioner kroner årlig i støtte til kursing av sjukepleiere og anna helsepersonale i bruk av musikk som miljøbehandling. Helse- og omsorgsdepartementet har også etablert et nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg. Dette senteret samarbeider med Nord universitet, både om forskning og om studiepoenggivende videreutdanningstilbud.

Myndighetenes satsing på dette må først og fremst vurderes med tanke på hvordan og i hvilken grad det tjener brukerne. Uten at dette er kartlagt i detalj, har utvalget et klart inntrykk av at fruktbare samarbeidsrelasjoner er etablert mange steder, til det beste for brukerne. Likevel er det legitimt å spørre om musikkterapeutene, med et ferskt og i stor grad urealisert samfunnsoppdrag, er sårbare i denne nye konkurransesituasjonen, og også om hvilke konsekvenser det kan få for brukere, tjenester og fagutvikling. Siden musikkterapi er tatt inn i nasjonale faglige retningslinjer uten at musikkterapeutene har status som autorisert helsepersonell, øker risikoen for uklarhet. Ledere får et press på å tilby musikkterapitjenester, samtidig som de har lite erfaring med å rekruttere og tilsette musikkterapeuter. Vi ser allerede eksempler på kommuner og helseforetak som velger å bruke andre profesjonsgrupper til musikkterapeutiske oppgaver. Dette vil i neste omgang kunne skape en manglende klarhet om kompetanse, til ulempe for brukere og tjenester, samt sviktende grunnlag for kvalitetssikring, forskning og fagutvikling.

Også rent faglig er vesentlige endringer på gang, der flere fag i større grad enn tidligere har faglige interesser som overlapper med musikkterapiens. Innen musikkfeltet ser vi f.eks. at både musikere, musikkpedagoger og samfunnsmusikere har et økende engasjement for en praksis som er sosialt bevisst og engasjert (Higgins, 2012). Innen helsefeltet kan vi f.eks. nevne at hjerneforskere i økende grad viser interesse for musikk, også musikkens terapeutiske potensial, bl.a. knytta til nevroplastisitet og sosio-emosjonelle funksjoner (Koelsch, 2012). Dessuten vil noen teorier/funn innen psykologien i dag framheve musikkens terapeutiske potensial, f.eks. når det gjelder affektregulering innen traumebehandling (Nordanger & Braarud, 2017) og behandling for ungdom med sjølskadingssatferd (Stänicke, 2019).

Disse utviklingstendensene innebærer mange muligheter for musikkterapien, med mindre profesjonen er for liten og svak, slik at den blir marginalisert og spilt «ut over sidelinja». Etter utvalgets vurdering, må situasjonen få konsekvenser for musikkterapiens profesjonsstrategi, både når det gjelder satsing på grunnutdanning og på aktuelle etter- og videreutdanningstilbud, inklusiv spesialistutdanning.

¹⁵ Dette gjelder retningslinjene for psykose- og for rusbehandling, spesialisthelsetjenestens prosedyrekode og behandlingstekst for musikkterapi, samt det nasjonale samvalgsverktøyet for psykose.

2.5 Erfaringer med etter- og videreutdanning i norsk musikkterapi

I utvikling av gode tjenester, er kompetanse en hovedstrategi. Å se på erfaringene norsk musikkterapi har gjort seg med etter- og videreutdanningstilbud, vil gi informasjon av relevans for utredninga av muligheter for å etablere en spesialistutdanning.

Både NMH og UiB har erfaring med å tilby enkeltstående etterutdanningskurs i musikkterapi, mens UiB også har erfaring med å tilby mer langvarige etterutdanningstilbud samt videreutdanningstilbud innen feltet¹⁶. Med bakgrunn i gjennomførte evalueringer, vil vi kort skissere erfaringene fra Bergen. Også etterutdanningskursene ved NMH er evaluert, og resultatene derfra samsvarer i stor grad med det som skisseres nedafor. Det er ellers verdt å merke seg at to utdannings-tilbudene som vi her vil beskrive har vært realisert gjennom et tett faglig samarbeid mellom fagmiljøene i Bergen og Oslo, noe en kan velge å bygge videre på i framtidig utvikling av spesialistutdanningskurs for profesjonen.

Etterutdanning i musikkterapi, psykisk helse og rus

GAMUT søkte i 2014, 2015 og 2016 Helsedirektoratet om støtte til etterutdanning i musikkterapi, psykisk helse og rus. Søknadene gav tilslag og etterutdanningskurs ble gjennomført fram til våren 2017, dels som enkeltstående kursdager, dels som sammenhengende forløp med 3 + 2 kursdager med noen måneders mellomrom. I det siste tilfellet arbeida kandidatene med litteratur og praksisrelaterte oppgaver i perioden mellom samlingene. Brynjulf Stige ved UiB var prosjektleder. Hans Petter Solli ved NMH var emneansvarlig for kursa mesteparten av perioden.

Interessen for kursa var god, med heilt opp i 27 deltakere fra heile landet på noen kurs, og nede i 10-12 deltakere på enkeltkurs av mer regional karakter. De ulike kursa har vært evaluert skriftlig, der kandidatene dels har gitt vurderinger i fritekst, dels har rangert faglig utbytte, praktisk avvikling og samla tilfredshet på en skala fra 1-6.

De kvantitative evalueringene viser at kandidatene i all hovedsak var fornøgde eller svært fornøgde med både faglig utbytte og avvikling (skårene 5 eller 6). Tilbakemeldingene i fritekst spriker naturlig nok mer, ettersom kandidatene har forskjellig erfaringsbakgrunn og ulike forventninger og interesser. Mange framhever verdien av at kursa både inneholdt undervisning av musikkterapeuter og av andre faggrupper som psykologer og leger. Noen ønsker seg mer praksisorienterte komponenter og mer tid til diskusjon/refleksjon. Mange framhever også et ønske om tettere veiledning av praksis. Dessuten kommer det fram at kortere etterutdannings-tilbud lett får et noe fragmentert preg, der progresjonen kan oppleves som tilfeldig, samtidig som det blir lite rom for kontinuitet og fordypning.

Videreutdanning i musikkterapi og eldrehelse

Arbeidet med å etablere en videreutdanning i musikkterapi og eldrehelse ved UiB ble initiert av GAMUT i 2014, ved avslutninga av «Nettverket musikk og eldre», et nordisk nettverk for forskning og kunnskapsutvikling som forskingssenteret hadde koordinert og GC Rieber Fondene finansiert siden 2008. Våren 2016 ble planer for en 15 studiepoengs videreutdanning godkjent av UiB. Brynjulf Stige ved UiB var prosjektleder, mens Tone Sæther Kvamme ved NMH var sentral fagperson i planprosessen og ble engasjert som emneansvarlig da videreutdanninga ble etablert høsten 2016.

¹⁶ Det som her beskrives er erfaringer gjort de siste år. Før dette, fra 1978 til 2004, var musikkterapiutdanning i Norge i seg sjøl organisert som (toårig) videreutdanning, ikke som en grunnutdanning på masternivå.

Utdanninga bestod av fire samlinger fordelt over et år, med nettbasert aktivitet mellom samlingene. Avslutningsvis var det en heimeeksamen over 7 dager, der kandidatene gjorde et skriftlig arbeid med sjølvalgt tittel over et oppgitt tema. Finansieringa av tilbudet var egenbetaling til stipulert kostpris.

Muntlig og skriftlig evaluering av tilbudet ble gjennomført ved studieavslutning våren 2017. Det var i all hovedsak positive eller svært positive tilbakemeldinger på det faglige opplegget, samtidig som det også her kom fram at mange kandidater ønskte en nærmere kopling mellom kurs og praksis. Evalueringa viste at det økonomiske ved konseptet var en utfordring for flere kandidater. Noen av disse betalte utdanninga av egen lomme, og noen av disse igjen hadde usikre tilsettingsforhold og forholdsvis lav lønn. Etter den informasjonen vi sitter inne med, var det også aktuelle kandidater som var faglig interessert i denne videreutdanninga, men som ikke så seg i stand til å søke fordi de ikke fikk økonomisk støtte fra arbeidsgiver.

2.6 Kontekst: Profesjonskompetansestrategier innen internasjonal musikkterapi

Arbeid med utvikling og vedlikehold av profesjonskompetanse i musikkterapi foregår naturligvis i en rekke land, og European Music Therapy Federation (EMTC) la på den europeiske musikkterapikonferansen i 2016 fram resultater av en kartlegging av situasjonen, der krav til oppdatering og vedlikehold av kompetanse sannsynligvis vil inngå i framtidige retningslinjer for det europeiske musikkterapeutregisteret som EMTC administrerer.

Utvalget vurderer USA og Østerrike som to interessante internasjonale eksempler å se nærmere på. USA var det første land i verden som etablerte musikkterapiutdanning på universitetsnivå (i 1944), mens Østerrike var det første land i Europa med høgere utdanning i faget (i 1959)¹⁷.

Situasjonen i USA

American Music Therapy Association har utarbeida egne «policy documents» om utvikling og vedlikehold av profesjonskompetanse. En sertifiseringsordning for musikkterapeuter, med krav om oppdatering og vedlikehold av kompetanse, ligger til grunn for dette. Kostnader dekkes vanligvis av musikkterapeutene sjøl.

Teksten «Advisory on Specialized Trainings» gir definisjoner av henholdsvis «specialized training» og «advanced training», der det første defineres som en kortere spesialisert opplæring i en avgrensa teknikk eller metode, mens «advanced training» forstås som:

... learning of a comprehensive approach to, or model of, music therapy intended for broad and in-depth clinical application. The training occurs over an extended period of time; includes both didactic instruction and extensive, supervised clinical application; and results in the acquisition of a number of advanced competencies. Advanced training typically requires the master's degree as a prerequisite or co-requisite of the training program (AMTA Advanced Competencies, 2007, Glossary).

Utfra disse definisjonene vil «advanced training» (og ikke «specialized training») være den termen som ligger nærmest det vi forstår med spesialistutdanning i Norge. Noen amerikanske universiteter har inngått partnerskap med organisasjoner som tilbyr «advanced training». For eksempel har New York University (NYU) inngått slike partnerskap i forbindelse med etablering av Nordoff-Robbins Music Therapy Advanced Training (U.S. model) og Advanced Training Program in Vocal Psychotherapy. Begge utdanningstilbudene inneholder en kombinasjon av undervisning og veiledning av klinisk praksis.

¹⁷ Disse eksemplene er også valgt ut fordi det med rimelig tids- og ressursbruk har vært mulig å få ut nyansert informasjon. Ved GAMUT er det tilsatt forskere både fra USA og Østerrike. Vi vil benytte anledninga til å takke Claire Ghetti, Christian Gold og Karin Mössler for nyttige innspill.

Situasjonen i Østerrike

Siden 2008 er musikkterapi formelt anerkjent som en profesjon i Østerrike, gjennom en egen musikkterapilov. Allerede i 1991, da den østerrikske psykoterapilova ble innført, ble musikkterapi anerkjent som en av flere profesjoner som gir grunnlag for utdanning som psykoterapeut. Det mest vanlige for de som ønsker å spesialisere seg, har derfor vært å ta en psykoterapiutdanning. Dette innebærer et omfattende mangeårig løp. Utgiftene dekkes privat. De østerrikske musikkterapeutene som velger å utdanne seg som psykoterapeuter, kvalifiserer seg strengt tatt til en annen profesjon, men mange prøver å kombinere ferdighetene fra begge profesjoner i arbeidet sitt (Christian Gold, personlig kommunikasjon).

Etter at musikkterapilova kom i 2008, har etter- og videreutdanningstilbud innen musikkterapi økt kraftig. Noen musikkterapeuter velger også å ivareta sine behov for utvikling og vedlikehold av profesjonskompetanse ved å ta den sveitsiske spesialisering i musikkterapiveiledning. Andre har tatt aktuelle tyske etter- og videreutdanningstilbud, f.eks. innen traumeterapi.

Etter musikkterapiloven kom i Østerrike har vi også fått forpliktelser, og en av dem handler om etterutdanning. Konkret dreier det seg om minst 90 «enheter» yrkesrelevant etterutdanning i løpet av 3 år som en musikkterapeut må kunne dokumentere. Det kan inneholde konferanser, kurs, seminar, men også egenerapi og veiledning (Karin Mössler, personlig kommunikasjon).

2.7 Kontekst: Profesjonskompetansestrategier innen norsk medisin og psykologi

Vi vil gi kort informasjon om noen profesjonskompetansestrategier innen norsk medisin og psykologi. Dette er interessante sammenligninger av to grunner: For det første er det disse to profesjonene som i det norske helsevesenet har lengst tradisjoner for spesialistutdanning. For det andre er dette profesjoner med lange grunnutdanninger på universitetsnivå, slik musikkterapi også har. Samtidig skal vi være bevisste på at dette er profesjoner med andre fagtradisjoner og andre oppgaver i helsevesenet enn det musikkterapeutene har, så det mest relevante her er ikke først og fremst å se på innholdet i de aktuelle spesialistutdanninger, men på mer profesjonsstrategiske aspekt, altså hvordan disse utdanningstilbudene har bidratt til utvikling av fag og tjenester¹⁸.

Spesialistutdanninger i medisin kom på initiativ fra Legeforeningen, lenge før myndighetene etterspurte dette. Skoglund (2009) beskriver hvordan mange års debatt i Legeforeningen i 1918 førte til et vedtak om å opprette legespesialiteter. På dette tidspunktet var det ca. 1300 leger i Norge¹⁹. Bakgrunnen for vedtaket var bl.a. det såkalte «averteringsproblemet»:

I 1890-årene ble det til stadighet klaget over at leger averterte seg som spesialister uten å ha fordypet seg i faget. Det ble vist til eksempler på at leger kalte seg spesialister få uker etter embetseksamen ... Etter lang tids debatt om hvordan man skulle løse problemet, ble det på det «17. almindelige norske lægemøte» i Kristiania 5.–7. september 1918 vedtatt å opprette 13 godkjente spesialiteter med bestemte spesialistregler (Skoglund, 2009, s. 1124).

Skoglund (2009) understreker at siden initiativet lå hos legene, ikke myndighetene, var reglene om spesialisering strengt tatt bare kollegiale bestemmelser i begynnelsen. Etter hvert fikk disse likevel anerkjennelse av myndighetene. Ved fastsettelse av refusjonstariffen i 1925, kom det

¹⁸ I internasjonal musikkterapilitteratur er det en viss tendens til å beskrive profesjonalisering som en entydig prosess definert av de valg og vilkår som har kjennetegna etablerte helseprofesjoner som leger og psykologer (se f.eks. Barrington, 2005, 2008; Byers, 2016). I disse framstillingene kan systemiske og kontekstuelle orienterte praksiser til dels framstilles som et problem for fagets profesjonalisering, bl.a. fordi de bryter med den tydelige ekspertrolla som f.eks. deler av medisinsk og psykoterapeutisk profesjonsutøvelse har tatt utgangspunkt i. En slik forståelse av profesjonalisering som det Barrington og Byers tar til orde for, vil neppe tjene norsk musikkterapi.

¹⁹ I dag er det langt over 20 000 leger her til lands, samtidig som utdanningskapasiteten regnes som altfor lav. Grimstadutvalget (2019) foreslår en økning i studieplasser i medisin i Norge på nær 70 prosent, fra 636 til 1076.

f.eks. inn en bestemmelse om at høyere takster for spesialistpraksis kun var gjeldende for spesialister som var godkjent av Legeforeningen. De neste tiår økte etterspørselen etter spesialister kraftig, og etter andre verdenskrig – ikke minst på 1960-tallet – ble ordningene for spesialistutdanninger oppdatert og revidert flere ganger. I Legeloven fra 1980 ble det formelle ansvaret for spesialistutdanningene overført til Sosialdepartementet, men Legeforeningen fikk delegert myndighet til å godkjenne spesialister. På dette tidspunktet var det etablert et samarbeid om spesialistutdanningstilbudet mellom Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, de medisinske fakulteter ved universitetene og Norske kommuners sentralforbund (KS). I 1998 beslutta regjeringa å etablere et Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording. Så, i 2011, tok Helsedirektoratet over godkjenninga av spesialister. Fra 1. mars 2019 er en ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger gjort gjeldende, koordinert av Helsedirektoratet. En spesialistutdanning for leger i Norge i dag har vanligvis 6,5 års varighet utover grunnutdanninga som lege (Helsedirektoratet, u.å.).

Psykologene utgjør også en profesjon som har satsa sterkt på spesialistutdanning, delvis da med inspirasjon fra legenes kompetansestrategier. Psykologenes utgangspunkt for å etablere en spesialistutdanning var likevel i sin tid ganske annerledes enn legenes utgangspunkt, og kan kanskje minne mer om musikkterapeutenes situasjon i dag. Med støtte i psykologforeningas egen informasjon på nett, og i Nilsens (2014) studie av profesjonens historie, vil vi kort skissere noen milepæler i psykologprofesjonens utvikling her til lands:

Psykologi ble etablert som universitetsfag i Norge i 1920, da med vekt på forskning, ikke på praksis og behandling. Norsk psykologforening ble stifta i 1934 (med 5 medlemmer), mens embedsstudiet i psykologi kom i 1948 og ble opptakten til dagens fire profesjonsutdanninger²⁰. Psykologforeninga vedtok et reglement for spesialistutdanning i klinisk psykologi i 1958 og implementerte dette året etterpå, samtidig med at faglig-etiske retningslinjer ble vedtatt. Med dette ville psykologene gjøre seg relevante for tjenestene, på et tidspunkt der psykologforeninga ikke hadde mer enn ca. 200 medlemmer og jobbutsiktene for de som tok embedsstudiet ikke var de beste. Spesialistutdanninga ble etter hvert anerkjent i tjenestene, og profesjonens utvikling begynte å skyte fart. 15 år seinere – i 1974 – fikk psykologene autorisasjon ved at Psykologlova trådte i kraft²¹. Siden midten av 1970-tallet har psykologprofesjonen utvikla seg svært raskt, ikke minst etter 1990-tallet, da det kom nye profesjonsutdanninger både i Tromsø og Trondheim og deretter en nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse. Antallet psykologer er mer enn dobla siden tusenårsskiftet: Det var knapt 4000 psykologer i år 2000 (Ringard m.fl., 2013), mens tallet i dag nærmer seg 10 000 (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Psykologene er etterspurt på stadig nye arbeidsfelt. Stortinget vedtok f.eks. i 2017 at alle norske kommuner skal tilby psykologtjenester seinest innen 2020. Det er derfor fortsatt mangel på psykologer i Norge. En spesialistutdanning for psykologer i Norge i dag har minimum 5 års varighet utover grunnutdanninga som psykolog.

Disse korte resymeene gir sjølsagt ikke noe fullgodt bilde av de faktorer og prosesser som har gjort lege- og psykologyrket til viktige profesjoner i Norge i dag. Både endringer i samfunn og kultur og samspeilet med andre profesjonsgrupper må da vurderes. Å beskrive dette er det ikke rom for å gjøre her, men slik utvalget vurderer det, er det grunn til å merke seg det aktive entreprenørskapet som disse to profesjonene har stått for i arbeidet med kompetansehevende tiltak. For begge profesjoner er det rimelig å anta at spesialistutdanningene har hatt stor betydning for kvalitet og forsvarlighet i praksis, forankring i tjenestene og aksept hos myndighetene.

²⁰ Etter etablering av embedsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo i 1948, ble det etablert et embedsstudium ved Universitetet i Bergen i 1969. Begge er senere omgjort til profesjonsstudier, og nye profesjonsstudier ble etablert ved Universitetet i Tromsø i 1991 og NTNU (Trondheim) i 1995.

²¹ Denne lova er senere erstatta av den profesjonsnøytrale Lov om helsepersonell, som ble vedtatt i 1999.

2.8 Utvalgets vurdering av spesialistutdanning som profesjonsutviklingsstrategi

Utvalgets vurdering er at norsk musikkterapi er kommet til et punkt der det blir avgjørende å ha en solid profesjonsutviklingsstrategi, både for å realisere muligheter og for å redusere risiko. Det ligger muligheter i at musikkterapeutene har fått et samfunnsoppdrag gjennom nasjonale retningslinjer, men implementering er foreløpig usystematisk de fleste steder. Samtidig er det en raskt økende samfunnsinteresse for sammenhenger mellom musikk og helse, noe som både representerer muligheter og risiko. Konkurransen som musikkterapeutene opplever i tjenestene øker kraftig, både fra andre musikere og fra etablerte helseprofesjoner.

Ettersom det i dag ikke finnes en spesialistutdanning for musikkterapeuter, har utvalget erfart at tjenestene kan tolke dette som at musikkterapeutene er «ferdig spesialisert», altså at musikkterapeutprofesjonen når det gjelder kompetanse er på linje med profesjoner med bachelorgrad. Det er grunn til å tro at dette i økende grad kan bli et problem. Når eksisterende musikk- og helseprofesjoner etter hvert utvikler videreutdanninger på masternivå innen musikk og helse, vil situasjonen for musikkterapeutprofesjonen kunne bli svært uklar. Etter utredningsutvalgets vurdering, vil spesialistutdanning være ett av de viktigste strategiske grep for å bygge musikkterapi som en profesjon som finner sin plass i tjenestene i det norske samfunnet.

Studier av eksisterende profesjoner viser at slike utviklingsprosesser begynner i det små og tar flere tiår. Utvalget ser det derfor som viktig å se på mulighetene for å etablere spesialistutdanning for musikkterapeuter så raskt som mulig, gjerne med opplegg der etter- og videreutdanninger kan inngå som valgkomponenter i ulike spesialistløp. På sikt ser vi behov for spesialistutdanningstilbud på en rekke områder, mens det mest realistiske vil være å starte med å bygge opp et tilbud der samfunnsoppdraget er tydeligst, altså innen psykisk helse og rus.

De viktigste begrunnelser for etablering av spesialistutdanningstilbud, er at dette vil:

- sikre kvaliteten i implementering av nasjonale føringer og imøtekomme brukernes behov for gode tjenester med minst mulig risiko for ukyndig praksis og skade
- gi musikkterapeutene nye karriereveger og utviklingsmuligheter i praksisfeltet og øke deres forutsetninger for å veilede og samarbeide tverrfaglig
- gi muligheter for å videreutvikle musikkterapiens faglige identitet og gi profesjonen mulighet til å styrke sin posisjon i tjenester og samfunn
- øke muligheten for at musikkterapiprofesjonen bidrar konstruktivt i de omstillingsprosesser som vil prege tjenester og samfunn de neste tiår (se kapittel 3 og 7).

Utvalget legger også vekt på at det er vanskelig å forsvare at solide videreutdanningsmuligheter for musikkterapeuter bare skal bygges opp som forskerutdanning (ph.d.). Med tanke på at fagets eksistensberettigelse i stor grad handler om relevans for brukere og tjenester, bør det også finnes solide videreutdanningsmuligheter med fokus på profesjonspraksis. Her er spesialistutdanning altså hovedstrategi i de fleste profesjoner, bl.a. fordi det gir kontinuitet og fordypning i læringsprosessene, samt rom for forpliktende samarbeid med tjenestene. I videre arbeid med dette, vil musikkterapifagets suksess med å bygge opp forskingskompetanse være en ressurs.

Slik norsk musikkterapi har utvikla seg, har det siden etableringa av de to norske musikkterapiutdanningene i 1978 og 1988, og ikke minst etter høgskolereformen i 1994, vært en sterk vektlegging av akademisk kvalitet, gjennom oppbygging av to solide musikkterapiutdanninger og etter hvert to internasjonalt orienterte forskingssentre. Dette til tross for at profesjonsgruppa er svært liten og ikke er tatt systematisk i bruk i tjenestene. Slik sett kan musikkterapeutenes situasjon i Norge i dag ligne litt på psykologenes situasjon på slutten av 1950-tallet, sjøl om det også er mange forskjeller. Mens de fleste av «velferdsstatens profesjoner» i utgangspunktet har vært relativt store yrkesgrupper som i større eller mindre grad har blitt akademisert de siste tiår, var psykologene i utgangspunktet ei svært lita yrkesgruppe med et solid akademisk fundament

og svak forankring i tjenestene. Gjennom etablering av spesialistutdanning på et tidspunkt der det bare var 200 psykologer og begrensa etterspørsel etter kompetansen, har psykologene aktivt og med stor suksess gjort seg relevante for tjenestene.

Utvalget anbefaler at norsk musikkterapi lar seg inspirere av det aktive profesjonsbyggende arbeidet som psykologene har stått for. Samtidig understreker vi det poenget vi oppsummerte i pkt. 2.1: Nyere profesjonsteori og -forskning avspeiler ei samfunnsutvikling som har skapt stor diversitet i hvordan fag og yrker profesjonaliseres. Det bør altså være mulig å la seg inspirere av noen av psykologifagets profesjonaliseringsstrategier – som f.eks. utvikling av spesialistutdanning på et tidlig tidspunkt (*før* autorisasjon) – *uten* at det er nødvendig å etterstrebe en homogenisering der musikkterapeutenes profesjonsidentitet skal ligne mest mulig på psykologenes eller andre etablerte gruppers profesjonsidentitet.

For å kunne videreutvikle den faglige profilen til norsk musikkterapi (se. pkt. 3.1), og for å kunne møte den økende konkurransen beskrevet i pkt. 2.4 på en konstruktiv måte, bør en samarbeidsorientert form for profesjonalisering stå sentralt i norsk musikkterapi. I stedet for en tradisjonell ekspertrolle, vil det da handle om å utvikle og ta i bruk en ekspertise som kan fremme brukernes medvirkning og aktive deltaking både i samfunnet og i egen tilfriskningsprosess (Rolvsjord, 2010; Stige & Aarø, 2012; Stige & Trondalen, 2018). I en undersøkelse av profesjonsstrategier i norsk musikkterapi, med musikkterapi i Kriminalomsorgen som eksempel, finner da også Pettersen (2008) at disse ser ut til å være mer samarbeidsorienterte enn det som har kjennetegna strategiene til mange andre profesjoner. Utvalget meiner at dette er en tradisjon som en eventuell spesialistutdanning bør ta utgangspunkt i, og styrke.

Utvalget vil peke på at det ved etablering av en spesialistutdanning også ligger muligheter for å arbeide med kulturutfordringer i egen profesjon. Vi kan nevne noen områder som peker seg ut: En spesialistutdanning vil kunne bidra i arbeidet med å videreutvikle i) en *balansert musiker-terapeut-kultur*, der både musiker- og terapeutidentiteten styrkes, ii) en *veiledningskultur*, der evne til kritisk praksisrefleksjon øves, iii) en *kompetanseskultur*, der masterstudiet er inngangsbilletten til en livslang kvalifiseringsprosess, og iv) en *likestillingskultur*, der urettferdighet knytta til klasse, etnisitet, kjønn, osv. tematiseres og utfordres (se også pkt. 6.9).

Utvalget svarer altså positivt på spørsmålet om det er *ønskelig* å etablere en spesialistutdanning. Samtidig er det flere kritiske spørsmål og risikomoment som må vurderes, som f.eks. spørsmålene om hvordan en skal kunne sikre et innhold som styrker profesjonens identitet og tradisjon og om i hvilken grad det er realistisk å bygge opp et spesialistutdanningstilbud parallelt med styrking i utdanningskapasitet på masternivå. Med god samordning av strategier i firepartssamarbeidet, meiner utvalget at begge deler *er* realistisk. Denne type spørsmål kommer vi tilbake til i seinere kapitler, særlig kapittel 7.

Utvalget vil presisere at vi ikke ser det som *ønskelig* eller realistisk at det skal bli et krav om å spesialisere seg for å kunne arbeide som musikkterapeut. Som i andre profesjoner, vil ikke spesialistutdanning kunne være noen betingelse for yrkesutøvelse. Om vi igjen sammenligner med psykologene, så er det omtrent halvparten av dagens psykologer som har en spesialistutdanning (Statistisk sentralbyrå, 2019a). En eventuell spesialistutdanning i musikkterapi vil altså ikke rokke ved at det er masternivået som er inngangsbilletten til profesjonen, men vil tilby faglige utviklingsmuligheter og en karriereveg for de musikkterapeutene som ønsker det. Et positivt tilleggsmoment, er at også masterutdanningsnivået vil kunne styrkes av etablering av en spesialistutdanning, dersom det blir etablert et godt faglig samarbeid mellom spesialist- og masterutdanningsnivået (se kapittel 4-8).

3 Samfunnskontekst og framtidsutsikter

Vurderingene utvalget gjorde i kapittel 2, var at spørsmålet om spesialistutdanning må sees i lys av en heilhetlig profesjonsstrategi for musikkterapi, og at entreprenørskap og en tydelig strategi er nødvendig dersom musikkterapi skal bli tilgjengelig i tjenestene på en rettferdig måte i nasjonal skala. En slik strategi må utvikles med forståelse av den norske musikkterapi-tradisjonen og gjeldende samfunnskontekst og sannsynlige framtidsutsikter. Eller for å si det på en annen måte: Vi trenger en sjølførståelse og samfunnsanalyse for å kunne velge de rette strategier for videre utvikling av fag og profesjon. I dette kapitlet vil vi gi en grov skisse, som grunnlag for videre arbeid med vurdering av profesjonsidentitet, samfunnskontekst og framtidutsikter. Gitt at utvalgets vurdering er at det i dag er på området *psykisk helse og rus* at musikkterapeutene har et samfunnsoppdrag som gir grunnlag for å etablere spesialistutdanning, vil vi i deler av kapitlet legge særlig vekt på rammebetingelser for det norske *helsevesenet*. Kapitlet avsluttes med refleksjoner om musikkterapeutprofesjonens framtidutsikter, i lys av aktuelle scenarioer for norsk offentlig sektor i 2040²². Men først beskriver vi den norske musikkterapi-tradisjonen, og gjør greie for hvorfor vi meiner en samfunnsanalyse er nødvendig.

3.1 Den norske musikkterapi-tradisjonen

Noen merkelapper som har gått igjen når den norske musikkterapi-tradisjonen skal beskrives, er humanistisk (Ruud, 2010), ressursorientert (Rolvsjord, 2010), samfunnsorientert (Stige, 2002) og relasjonell (Johns, 2018; Trondalen, 2016b). Her kunne vi f.eks. lagt til Garreds (2006) fokus på dialog, Stensæths (2017) på handling og samhandling, Sollis (2014) på recovery og Krügers (2012) på menneskerettigheter og barnekonvensjon. Lista over personer og publikasjoner som har bidratt til å forme og artikulere den norske musikkterapi-tradisjonens identitet kan lages enda lenger. Det er snakk om en vifte av perspektiver som kan være ulike i enkeltaspekter, men som likevel antyder en felles retning. Dette kan trygt kalles en ikke-medisinsk fagtradisjon, men vi har de siste åra sett interessante eksempler på at musikkterapeutene kan bidra med nye relasjonelle og ressursorienterte arbeidsmåter som møtes med interesse fra medisinsk hold og som leder til innovativ tjenesteutvikling i medisinske kontekster (Ghetti, 2004; Gilbertson & Aldridge, 2008; Schmid, 2005, 2018; Tan m.fl., 2012).

Utvalget meiner at ett enkelt kjennetegn – f.eks. humanistisk – ikke i tilstrekkelig grad vil identifisere den norske musikkterapi-tradisjon, både fordi tradisjonen er bred og «flerdimensjonal» og fordi fag og samfunn er i endring. Termen «humanistisk» blir f.eks. i dag problematisert på en annen måte enn tidligere, både innafor og utafor faget, med kritikk fra bl.a. posthumanistiske perspektiv (Ruud, in press). Vi ser da også at spørsmålet om fag- og profesjonsidentitet står på dagsordenen med jamne mellomrom, bl.a. som tema for den norske musikkterapikonferansen i juni 2020: «En rød tråd? Samstemmighet og mangfold i norsk musikkterapi²³.»

Utvalget vurderte i en periode av utredningsprosessen å bruke samlebetegnelsen *musikalsk-relasjonell og helseøkologisk* for å beskrive den norske musikkterapi-tradisjonen. Det ville kunne være et uttrykk som fanger opp noen sentrale dimensjoner:

- Det *musikalsk-relasjonelle* reflekterer at utdanningene er etablert ved utdanningsinstitusjoner for musikk. En viktig del av det musikkterapeutene bringer med inn i tjenestene

²² Når vi i dette og senere kapitler vektlegger helsevesenet som kontekst, er det altså ut ifra en vurdering av musikkterapeutenes samfunnsoppdrag, slik det er artikulert av myndighetene og aktivt fortolka av profesjonen per i dag. Dersom en i framtida får artikulert et klarere samfunnsoppdrag i andre deler av sektoren, og også innen andre sektorer, bør utviklingsmulighetene innen disse kunne utgreies med tanke på vurdering av aktuelle nye spesialistutdanningstilbud.

²³ Se: www.musikkterapi.no

er en (utvida) musikeridentitet. Det er da en inkluderende musiseringstradisjon som vektlegges, der det ikke stilles ekskluderende krav til brukerens musikalske kompetanse, og der relasjonsarbeid og brukermedvirkning vektlegges.

- Den *helseøkologiske* dimensjonen viser til at a) «positiv helse» vektlegges, der ressurser og friske sider vel så mye som på problemer og symptomer er i fokus, b) sosiale og kulturelle sammenhenger vektlegges, med fokus ikke kun på individ og/eller organisme, men også på personer og grupper i samspill med aktuelle kontekster og praksiser.

I mangel på et bedre uttrykk, ville termen *musikalsk-relasjonell og helseøkologisk* kanskje kunne fungert i samtaler innad i faget, som utgangspunkt for refleksjon over den fag- og profesjonsidentiteten som det er ønskelig å videreutvikle. Men uttrykket ville neppe fungere særlig godt i kommunikasjon utad. Utvalget har derfor valgt å ikke ta det i bruk i rapporten.

Et alternativ kunne være å bruke en term som allerede er i omløp i tjenestene. *Recovery-orientert* kunne være et slikt uttrykk. Recovery-tradisjonen har noen kjennetegn som er kompatible med norske musikkterapitradisjonen, der brukermedvirkning og relativt høg grad av likeverdighet i samarbeidet mellom bruker og tjenesteyter vektlegges (se f.eks. Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Utvalget har likevel heller ikke tatt denne termen i bruk som en samlebetegnelse, dels fordi den neppe dekker alle viktige aspekt av musikkterapitradisjonen og dels fordi den først og fremst assosieres med arbeid med voksne, mens vi har argumentert for å se heilhetlig på musikkterapi i et livsløpsperspektiv.

Helsevesenet er dominert av en medisinsk diskurs, så for å gjøre seg forstått i en slik kontekst, kunne det være aktuelt å beskrive den norske musikkterapitradisjonen som *brukerorientert og biopsykososial*. Det ville fått fram både det samarbeidsorienterte verdigrunnlaget og det flervitenskapelige kunnskapsgrunnlaget som i økende grad vektlegges. Alternativt, dersom en tar høgde for kritikk av manglende vektlegging av brukermedvirkning og systemisk samspill i den biopsykososiale modellen (Helle-Valle, 2014), kunne en brukt (det etablerte) uttrykket *bioøkologisk*. Dette ville fungere godt i mange akademiske miljøer, kanskje ikke alltid i tjenestene.

Utvalgets vurdering er at det *pluralistiske* i økende grad er et viktig kjennetegn ved norsk musikkterapi, både slik pluralisme ofte blir forstått i filosofi/vitenskapsteori og i politisk teori. I filosofi/vitenskapsteori vil pluralisme kunne handle om sameksistens av ulike grunnsyn, med en anerkjennelse av at disse kan være likeverdige, samtidig som de ofte ikke lar seg forene. I politisk teori har begrepet pluralisme bl.a. vært brukt for å beskrive samfunnspreget av maktfordeling²⁴. Nå kan litteraturen om pluralismebegrepet i seg sjøl beskrives som pluralistisk (i filosofisk/vitenskapsteoretisk forstand), så bruk av et slikt begrep ville forutsette en diskusjon som sprenger rammene for denne utredninga. Det er også høyst usikkert hvordan begrepet ville blitt forstått i tjenestene. Utvalget har derfor heller ikke tatt dette begrepet i bruk, men nevner det her for å synliggjøre at også sjølve ideen om en samlebetegnelse som skal beskrive norsk musikkterapitradisjon nok kan problematiseres.

Vi ender opp med heilt enkelt å beskrive identiteten på norsk musikkterapitradisjon som *musikk- og brukerorientert*. En fordel med et slikt uttrykk er at det peker like mye mot praksis som mot teori. I dagens tjenester ligger noe av musikkterapiens styrke og relevans i musikkterapeutenes sensitive arbeid med musikk som livsmestring og fellesskap. For forståelse av dette, vil et begrep om musikkterapeutenes integrerte kompetanse (Ruud, 2018) være relevant. Vi regner med at en forenkla beskrivelse av norsk musikkterapitradisjon som *musikk- og brukerorientert* holder i denne sammenhengen. Dersom firepartssamarbeidet bestemmer seg

²⁴ Maktfordeling i denne sammenheng vil bl.a. handle om samspillet mellom lovgivende, utøvende og dømmende instanser, mellom ulike politiske partier og mellom det offentlige og sivilsamfunnet (Nilson, 1983).

for å initiere arbeid med en spesialistutdanning, bør det jobbes videre med spørsmålet om hvordan formidle hovedtrekk ved norsk musikkterapi tradisjon på en forståelig måte. Dette for å gjøre framtidig *kommunikasjon* med helsemyndighetene og tjenestene så god som mulig.

3.2 Samfunnsanalyse og økologisk profesjonsforståelse

For å kunne fortolke musikkterapiens samfunnsoppdrag, slik det er beskrevet i kapittel 2, og også for å kunne vurdere en aktuell fagstrategi, er det nødvendig med en omverdensanalyse. Hvilken samfunnskontekst står norsk musikkterapi i, og hva er framtidsutsiktene? Dette vil måtte inkludere en analyse av makrosystemnivået, noe som etter utvalgets vurdering ofte er mangelvare i den internasjonale musikkterapilitteraturens diskusjoner av profesjonsutvikling²⁵.

Uten en god samfunnsanalyse som får med rammebetingelser og endringer på makrosystemnivå, vil en organisasjon (i vårt tilfelle en profesjon) ha mangelfulle redskap til å fortolke sitt samfunnsoppdrag og å utvikle en strategi (Meyer & Norman, 2019). Aspekt som bør med i en profesjons samfunnsanalyse, vil bl.a. være sosiokulturelle, politisk-juridiske, økonomiske og teknologiske faktorer (Slagstad & Messel, 2014). Nå vil en profesjon sjelden ha ressurser eller muligheter til å samle inn egne data som grunnlag for en slik analyse, men med utgangspunkt i offentlig tilgjengelige rapporter – f.eks. fra WHO, SSB og aktuelle departement – er det fullt mulig å sy sammen et bilde som kan gi et utgangspunkt for refleksjon og diskusjon.

Til fortolking av et slikt bilde, vil vi trenge teoretiske redskaper. Her meiner utvalget at Miller, Dalli og Urban (2012) sitt arbeid med *kritisk profesjonsøkologi* gir et perspektiv å ta med. De utvikler et perspektiv på profesjonsutvikling som er informert av Bronfenbrenners (2005) utviklingsøkologiske teori, en teori som er kompatibel med den musikk- og brukerorienterte norske musikkterapi tradisjonen som vi beskrev i pkt. 3.1. Forfatterne er opptatt av en profesjons ansvar og rolle i det samfunnet den er en del av. De argumenterer f.eks. for at en instrumentell rasjonalitet lett får for stor plass i et samfunn der økonomi og effektivitet er dominerende verdier. Det tekniske, målrasjonelle og økonomiske har sin plass, presiserer forfatterne, men må også *holdes på plass*, bl.a. av kritiske spørsmål og diskusjoner om verdier. Forfatterne utforsker derfor mulighetene for å utvikle en kompetent profesjon som ikke bare leverer det som «systemet bestiller», men som også bidrar kritisk og konstruktivt i politiske diskusjoner om hvilke tjenester, system og samfunn vi trenger og ønsker oss.

Dette gir teoretiske redskaper til å reflektere over den tvetydige og krevende «mellomsituasjonen» som norsk musikkterapi i dag befinner seg i, der det på makrosystemnivå er klare føringer om bruk av musikkterapi, mens det ikke foreligger noen nasjonal plan for implementering og disse føringene ikke har satt seg ennå i mange aktuelle meso- og eksosystemnivå lokalt (bestuttende organ i kommuner og helseforetak). Her vil det da være nødvendig for profesjonen å ta initiativ som kan bidra til en utviklingsøkologi som i større grad binder sammen det som skjer lokalt med det som er signalisert nasjonalt.

Tanken om et økologisk perspektiv på musikkterapeutisk fag- og profesjonsutvikling var ikke fremmed for utvalget da utredningsprosessen begynte (se f.eks. Stige, 2017), men relevansen av et slikt perspektiv har blitt tydeligere i løpet av utredningsprosessen. Etter utvalgets vurdering kan en samfunnsanalyse informert av et økologisk teoriperspektiv på profesjonsutvikling være til nytte når vi skal forsøke å handtere den kompleksiteten som kjennetegner musikkterapiens situasjon i det norske samfunnet i dag.

²⁵ Flere forfattere, som f.eks. Alison Ledger (2016), argumenterer overbevisende for at studier av enkelt pionerer må suppleres med et blikk på hvordan organisasjonsutvikling er nødvendig for å etablere musikkterapi. Dette oppfatter utvalget som et viktig bidrag til litteraturen, samtidig som heller ikke Ledger er tydelig på hvordan samfunnet på makrosystemnivå virker inn på fag- og profesjonsutvikling.

3.3 Den nordiske samfunnsmodellen

Den nordiske samfunnsmodellen kan beskrives på ulike måter, og utvalget vil her bare komme inn på noen sentrale kjennetegn som kan ha relevans for spørsmålene om profesjonsstrategi for musikkterapeuter i Norge.

De nordiske landene er alle blandingsøkonomier, med en markedsøkonomi kombinert med klare innslag av statlig styring. Sivilsamfunnet spiller også en svært viktig rolle i samfunnet som heilhet. Det sosiale "sikkerhetsnettet" – i stor grad finansiert av det offentlige – er relativt omfattende, med sosiale støtteordninger og universelle velferdsgoder som gratis utdanning og helsestell. Treparsamarbeidet mellom arbeidsgiverorganisasjonene, fagforeningene og myndighetene eksemplifiserer samfunnsmodellen, der det samarbeides om å etablere rammer og reguleringer definert av politiske målsettinger, som f.eks. bekjempelse av for store lønnsforskjeller. Det er sjølsagt politisk og faglig diskusjon om hva den beste samfunnsmodellen er, og den nordiske samfunnsmodellen er i kontinuerlig endring, men det er ganske bred enighet i Norge om at trepartssamarbeidet bidrar til stabilitet og en robust samfunnsstruktur. Dette blir også regna som en viktig konkurransefaktor for norsk økonomi, bl.a. ved at det gir et tryggere arbeidsliv og et kollektivt ansvar for nasjonens økonomi (Moene, 2003).

I de nordiske land har *staten* en særlig viktig rolle i velferdsutviklingen, i forhold til de andre styringsnivåer. Det har vært en utvikling fra velferdskommuner til en velferdsstat, så å si. Grønlie (2004) beskriver kommunenes viktige funksjon som initiativtakere i utviklinga av velferdspolitikken i Norge, først og fremst i perioden fra ca. 1890 og fram til ca. 1970. I denne perioden tok mange kommuner en *pionerrolle* for sosiale reformer, i form av lokalt finansierte tiltak. Statens oppgave var i stor grad å regulere og lovfeste de kommunalt initierte velferdsordningene, slik at de kunne gjøres universelle, med det resultat at det ble større likhet nasjonalt. Også borgere i mindre økonomisterke eller initiativrike kommuner kunne da dra nytte av de nye velferdsordningene. I løpet av 1970-årene gikk initiativet til en viss grad over til de «nye» fylkeskommunene, men først og fremst over til *staten*, som i økende grad gav kommunene lovpålagte velferdsoppgaver. Grønlies tese er at vi her ser en kime til «velferdskommunens død». Det er da ikke kommunen som tjenesteleverandør som er død. Det er snarere slik at de i stadig større grad har blitt forvaltnings- og effektueringskommuner regulert av en rettighetsorientert «utjevningsstat». Mengden av lovpålagte oppgaver har etter hvert blitt så stor at kommunene i mindre grad enn tidligere har vilje og evne til å ta initiativ til nye velferdstiltak som ikke er lovpålagte (Grønlie, 2004).

I denne summariske framstillinga av den nordiske samfunnsmodellen, med vekt på statens rolle på godt og vondt, vil vi minne om at dette ikke bare er snakk om samfunn der statens rolle er særlig sentral, men samfunn som kjennetegnes av et tett samspill mellom sivilsamfunn, stat og marked. Studier av norske profesjoners tilblivelse viser med all tydelighet at det har vært tett vekselvirkning mellom sivilsamfunn, stat og marked for de fleste profesjoner i Norge (Slagstad & Messel, 2014)²⁶. En slik flerdimensjonal forståelse synes da også å være til stede i profesjonsarbeidet i norsk musikkterapi per i dag²⁷.

²⁶ Det er slik sett mulig å lese boka *Profesjonshistorier* (Slagstad & Messel, 2014) – publisert akkurat 200 år etter at Norge fikk sin grunnlov – som en samling «norgeshistorier», der samfunnsutvikling, kultur og politikk belyses gjennom fortellinger om ulike profesjoners samspill med sivilsamfunn, stat og marked.

²⁷ Et eksempel er POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi (koordinert av UiB), der både offentlige, private og ideelle aktører er med, samtidig som samarbeid med frivillige aktører vektlegges (POLYFON, 2018). Klyngas navn er et akronym som kommuniserer dette, med vekt på fagets demokratiske og økologiske tradisjon. POL står for *profesjonsutøverens* relasjoner til Person, Organisasjon og Lokalsamfunn og FON for *profesjonens* relasjoner til sivilsamfunn (de Frivillige), stat (det Offentlige) og marked (Næringsliv). Bokstaven Y i midten står for Yrket (i profesjonstilblivelse).

Mens profesjoner historisk sett delvis kan forstås som fellesskap av utøvere av praksiser som har vokst ut av sivilsamfunnet og inn i et samspill mellom marked og stat (Espelid & Rinde, 2014), må dette bildet nyanseres i dag, der det bl.a. er økende interesse for sivilsamfunnets roller i fornying av velferdsstaten, f.eks. gjennom ideell velferdsproduksjon, frivillig arbeid som supplement og frivillig sektor som innovasjonsarena (Loga, 2018). Dette er en utviklingsprosess av relevans for musikkterapeutprofesjonen, f.eks. når det arbeides i lokalsamfunnet med forebygging, helsefremmende aktivitet og oppfølging (Stige & Aarø, 2012).

I arbeidet med profesjonsstrategier for norsk musikkterapi, er det verdt å merke seg at deltakingsformene i sivilsamfunnet har visse særtrekk i Norge og Norden, sammenligna med de fleste andre land. Dette handler bl.a. om en demokratimodell med gjensidig samspill mellom myndighetene og sivilsamfunnets organisasjoner. Det er f.eks. etablert en rekke råd, styrer og utvalg som fungerer som dialogfora mellom myndigheter og frivillige foreninger, både nasjonalt, regionalt og lokalt (Loga, 2018). Sivilsamfunnet må derfor regnes med som en faktor når rammer for profesjonsutvikling skal vurderes, og da både med tanke på dets demokratiske funksjon og dets betydning for bærekraft og innovasjon. Vi ser da også at flere norske musikkterapeuter i dag samarbeider med frivillig musikkliv, tar medansvar for koordinering av frivillig innsats innen eldreomsorga, og lignende.

3.4 Det norske helsesystemet

Når utvalget her kort vil beskrive det norske helsesystemet, bygger vi i stor grad på en rapport som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gitt ut (Ringard m.fl., 2013)²⁸, da denne får fram hovedtrekk i systemet på en oversiktlig måte. Der det er relevant, supplerer vi med informasjon fra andre kilder:

Helsevesenet i Norge er i hovedsak *offentlig* finansiert. Mer enn 85 % av de totale helseutgiftene dekkes gjennom direkte finansiering fra sentrale og lokale myndigheter og gjennom folketrygda. Mesteparten av de *private* helseutgiftene er ulike former for egenbetaling ved bruk av tjenestene. Det offentlige står også for *drift* av store deler av helsetjenestene, sjøl om det også er innslag av private og ideelle aktører. Deres virksomhet er da også i all hovedsak offentlig finansiert. Organisatorisk struktur og finansieringsordninger bygger på et mål om lik tilgang til tjenester for alle innbyggere, uavhengig av helsestatus, sosial eller økonomisk status, geografi eller andre forhold.

Organiseringa av helsevesenet reflekterer at det politiske systemet er tredelt. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten (bl.a. fastlegetjenesten, samt pleie- og omsorgsinstitusjoner), fylkenes rolle er avgrensa til forebyggende/helsefremmende tiltak i helsetjenesten samt lovbestemt tannpleie, mens staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten. Rollene har endra seg over tid. Mens kommunene lenge var sentrale aktører i sjukehusutbygginga, ble det på 1970-tallet fylkeskommunenes ansvar å drive sjukehus. Med helseforetaksreformen i 2002 overtok staten det overordna ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Denne tjenesten ble da organisert med regionale helseforetak, i dag Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord. Disse regionale foretakene skal sørge for at befolkninga tilbys spesialisthelsetjeneste, i og utenfor institusjon. Sjukehusene og resten av den offentlige spesialisthelsetjenesten (bl.a. poliklinikker, behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner) er organisert som helseforetak eid av de regionale helseforetakene²⁹.

²⁸ Dette er en norsk oversettelse av rapporten «Norway: Health System Review», som inngår i serien *Health Systems in Transition*, utgitt av European Observatory on Health Systems and Policies i samarbeid med WHO.

²⁹ Eksempel: Det regionale helseforetaket Helse Vest eier helseforetakene Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for og som fører tilsyn med helse-tjenesten, men mange oppgaver er delegert til underliggende etater, som f.eks. Helsedirektoratet og Helsetilsynet. Departementet styrer aktivitetene gjennom direkte styring og ulike eierskapsordninger (budsjetter, oppdragsdokumenter osv.) til underliggende etater, og gjennom lovverk og finansielle instrument for fylker og kommuner. Finansieringssystemene skal bidra til kostnadskontroll, men det er også et mål at de skal bidra til fleksibilitet og riktig organisering/ansvarsfordeling. De endringene som ble gjort i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012 eksemplifiserer dette: Med mål om å redusere unødig liggetid på sjukehusene, gav denne reformen kommunene finansieringsansvar for pasienter som er utskrivningsklare fra sjukehus. Effekten av reformer som denne er sjølsagt omdiskutert.

Pasienter i Norge er i stor grad sikra mot økonomisk tap som følge av sjukdom og andre helseutfordringer. Alle norske innbyggere er medlemmer av folketrygda, som er en offentlig og universell forsikringsordning. Frivillige helseforsikringer har derfor tradisjonelt ikke spilt noen større rolle i det norske samfunnet. Dette er likevel i en viss endring, der noen velger slike forsikringer for å få tilleggstjenester eller fordeler som kortere ventetid.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) gir norske samfunnsborgere tre grunnleggende rettigheter som brukere av helsetjenester: retten til å bli pasient, rettigheter som pasient og prosessuelle rettigheter. Med andre ord, som norske borgere har vi rett til helsehjelp etter visse kriterier; vi har rett til informasjon, til å ta avgjørelser om egen behandling og til å medvirke i behandlingsprosessen; og vi har rett til å få beslutninger vurdert på nytt og eventuelt omgjort. Hvilken form medvirkning skal ha, skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det nasjonale samvalgsverktøy for psykose (se pkt. 2.3) er eksempel på et forsøk på å gjøre informasjon tilgjengelig og legge til rette for reell medvirkning.

Hvilke helsetjenester som skal tilbys innafor det offentlige helsevesenet, er bestemt av Stortinget. Det fins ingen fullstendig liste, men rapporten til Ringard m.fl. (2013, s. 49) nevner bl.a. reseptbelagte legemidler, forebyggende tjenester, primærhelsetjenesten, de fleste spesialist- og sykehusbehandlinger, øyeblikkelig hjelp, samt tannpleie for barn og andre utvalgte grupper. Ikke-medisinsk behandling av øyne, tannpleie for voksne, samt alternativ eller komplementær medisin er ikke dekket av offentlige midler.

3.5 Mot mer samarbeidsorienterte aktørroller i det norske helsesystemet?

Nasjonale retningslinjer sier altså allerede at musikkterapi er en av de behandlingsformene som skal tilbys innafor helsevesenet, sjøl om dette ikke heilt er virkelighet alle steder ennå. Utvalgets argumentasjon i kapittel 2 var at etablering av spesialistutdanning er ett viktig grep for å få dette implementert mer systematisk. Argumentasjonen er todelt: Dette vil komme brukere og tjenester til gode, og det vil minske risikoen for at musikkterapeutene blir utkonkurrert i kampen om stillinger og ressurser. Vi kommer i pkt. 3.6 nærmere inn på at det er svært sannsynlig at presset på ressurser vil bli stort de kommende tiår, med tøffere prioriteringer. Er det da sannsynlig at musikkterapeutene prioriteres inn, eller vil de prioriteres vekk? Svaret er ikke opplagt. Etter utvalgets vurdering, gir den sterke anbefalinga av musikkterapi i psykose-retningslinja (Helsedirektoratet, 2013) en indikasjon som det er verdt å se nærmere på. Etter de maler som gjelder for denne type retningslinjer, er musikkterapiens evidensgrunnlag heilt nødvendig for at helsemyndighetene skal prioritere musikkterapi, og det gjøres da også heilt tydelig i denne anbefalinga. Men er dette grunnlaget tilstrekkelig? En så aktiv synliggjøring av musikkterapi som det Helsedirektoratet står for i denne retningslinja, må leses i lys av at det samme dokumentet argumenterer for en reorientering av tjenestene, med større vekt på recovery-orientert praksis, der brukermedvirkning står sentralt. Utvalgets vurdering er at dette er et kjernepunkt. Det er også en av grunnene til at vi i denne rapporten argumenterer for

at musikkterapeutenes musikk- og brukerorienterte tradisjon er noe som det må bygges videre på i arbeid med en spesialistutdanning. Her vil vi se nærmere på hvilken plass det er rimelig å forvente at musikk- og brukerorientert praksis vil ha i helsetjenestene i de kommende år.

Brukermedvirkning er en rettighet, forankra i Lov- om pasient og brukerrettigheter (1999). Mer prinsipielt kan vi se medvirkning som en menneskerettighet. Det blir også i økende grad sett på som en nødvendighet, dersom praksis skal bli god og meningsfull for alle involverte. Dette gjelder ikke minst innen psykisk helse og rus. Folkehelseinstituttet (2016) har publisert en rapport om utvikling av ei ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten, der brukermedvirkning beskrives som et ideal og en suksessfaktor. I rapporten legges det vekt på at føringer om økt brukermedvirkning/involvering har en lang historie i helsetjenesten, samtidig som det har fått ny aktualitet de seinere år, både fordi brukernes demokratiske rettigheter vektlegges i større grad enn før og fordi forståelsen av at dette kan gi bedre behandlingsresultater har økt.

Folkehelseinstituttet (2016) presenterer bl.a. en «brukermedvirkningsstige», som tjenestene kan ta i bruk i arbeidet med å gi rom for og å fremme en ny og mer aktiv brukerrolle. Stigen har fire trinn: a) informasjon, b) konsultasjon, c) medbestemmelse/ partnerskap, og d) brukerstyring. Hvert trinn på stigen beskrives på tre analysenivåer: individnivå, tjeneste-/systemnivå, og systemnivå/politikkutforming. Folkehelseinstituttets rapport indikerer også flere andre nye aktørroller. Rapporten peker også på verdien av samarbeid og partnerskap. Her vektlegges betydninga av samarbeid med og mellom likemenn/likepersoner, kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner, høgskoler og universitet, NAV, osv. Partnerskap og samarbeid mellom offentlige tjenester, private aktører og frivillige organisasjoner vektlegges også. Denne rapporten er kanskje skrevet i en mer enn vanlig entusiastisk stil, men tematikken i dokumentet er på ingen måte enestående. En rekke planer og offentlige dokumenter peker i samme retning. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 er «pasientens helsevesen» et hovedprinsipp, og ulike former for samarbeid og samhandling vektlegges:

Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Både pasient og pårørende blir sett og hørt – med ord de forstår. Samvalg er det normale (Helse- og omsorgsdept., 2019, s. 7)³⁰.

Situasjonen kan leses på flere ulike måter: Det er mange signal om endrede aktørroller, der en kan tenke seg at musikkterapeutenes musikk- og brukerorienterte profil vil bli svært relevant. Samtidig er de lovpålagte oppgaver og toppstyrte produksjonskrav – ofte legitimert av at de skal sikre like tjenester i alle deler av landet – etter hvert svært omfattende. Dermed blir ikke relevansen av musikkterapeutenes praksis «bare» vurdert utfra dens betydning for brukerne, men også utfra dens bidrag til å møte systemets produksjonskrav. Med noe ulike begrunnelser og perspektiv, er det stadig flere aktører i helsedebatten som tar til orde for at det er behov for endringer i de offentlige tjenestene. Ett synspunkt – som en ofte møter i fagtidsskrift og på nettarenaer som «Dagens medisin» – er at det er behov for mer tillitsbasert ledelse og mindre produksjonskrav og rapportering, slik at fagfolk i større grad kan bruke tida på godt arbeid med pasientene. En mellomposisjon er at rapporteringer og resultatmålinger ikke bare er uttrykk for byråkratisk kontroll, men like mye et nødvendig grunnlag for faktabasert demokratisk debatt om helsetjenestene (Slørdahl, 2019).

Vi ser altså konturene av et helsesystem der nye og mer samarbeidsorienterte aktørroller er sannsynlig. Musikkterapeutenes musikk- og brukerorienterte tradisjon vil da kunne være meget relevant, ikke minst fordi forskning har vist at musikalsk samhandling kan bidra til å fremme motivasjon og muligheter for aktiv deltaking i egen tilfriskningsprosess. Den komplekse debat-

³⁰ Visjonene om «pasientens helsevesen» avviker fra den virkelighet som beskrives i deler av faglitteraturen og også i flere internasjonale rapporter. FN har satt fokus på alvorlige problem, ikke minst innen psykisk helsefeltet, der manglende fokus på brukermedvirkning og psykososiale tiltak kritiseres i klare ordelag (UN, 2017).

ten som vi også har antydning, om forholdet mellom relasjoner på mikrosystemnivå og de endringer som vil kunne komme på makrosystemnivå, indikerer at musikkterapeutprofesjonens diskusjon av dette ikke bare bør handle om i hvilken grad det er plass til musikkterapeutene i tjenestene, men også om hvordan musikkterapeutprofesjonen kan bidra i det faglige arbeidet og den offentlige samtalen som kan sikre bedre helsetjenester i framtida.

3.6 Scenarier for offentlig sektor i 2040

Med 586 000 sysselsatte i 2018, er helse- og omsorgssektoren den dominerende næringen blant tertiærnæringene (tjenestesektoren) i Norge i dag. Dersom vi regner årsverk i stedet for antall sysselsatte, var det 310 000 årsverk i helse- og omsorgstjenestene i Norge i 2017. Tjenestene forventes å vokse, bl.a. i takt med at befolkningen øker og eldes. Leknes mfl. (2019) har beregnet at det kan være så mye som 410 000 årsverk i sektoren innen 2035.

I økende grad har bekymringer meldt seg for om framtidens helsevesen vil være bærekraftig med tanke på økonomi og kompetanse. Spørsmålet om innovasjon i offentlig sektor har økt i aktualitet. Vi finner det derfor relevant å se nærmere på en rapport som er utgitt som en del av forarbeidet for en kommende stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor. I følge Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019, s. 10) vil drivkrefter for samfunnsendring de neste 20 år med stor sannsynlighet bli:

- Moderat befolkningsvekst og flere eldre
- Mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor
- Rask teknologisk utvikling
- Klimaendringer, klimarisiko og miljøspørsmål som påvirker samfunnet
- Grunnleggende menneskelige behov for trygghet og tilknytning
- Mangel på kompetent arbeidskraft.

Den samme rapporten viser også til noen mer usikre drivkrefter, nemlig hvordan det vil gå med den *tilliten* som tradisjonelt har prega det norske samfunnet og hvordan offentlig sektor greier å *omstille seg til de antatt store endringene* i demografi, økonomi, teknologi og klima. Med utgangspunkt i en vurdering av disse endringskreftene, skisserer rapporten fire mulige scenarier for offentlig sektor i Norge i 2040. Vi siterer kortversjonene av disse i sin helhet:

På kjente stier: I 2040 har forskjellene i samfunnet økt, men ikke mer enn at *tilliten* fortsatt er høy. For Norge er olje- og gassvirksomhet fremdeles en motor i økonomien. Deler av offentlig sektor har fått til mye på digitalisering og innovasjon, mens andre deler henger etter. Det er vanskelig å ta ut gevinstene av investeringer, og roller, ansvar og organisering er stort sett uendret siden 2019. Innbyggernes forventninger har stadig blitt vanskeligere å innfri. Store, internasjonale selskaper ligger foran med å tilby innbyggerne smarte tjenester på flere områder

Bakpå: I 2040 er *tilliten* i samfunnet vi tok som en selvfølge svekket. Internettøkonomien har endret verden, og langt flere enn før har falt utenfor arbeidslivet. Utenforskap skaper uro og frustrasjon. Politikken er preget av populistiske strømninger og økt konfliktnivå. Stadig skiftende prioriteringer, manglende kapasitet og kompetanse gir lav endringsevne i offentlig sektor. Innbyggere opplever store forskjeller i kvalitet på tjenester, tilbud og muligheter. Norge er ikke lenger annerledeslandet, og *vi-følelsen* i samfunnet er svekket.

Spranget: I 2040 er *tilliten* i samfunnet høy. Nye måter å produsere og levere tjenester er testet ut og utviklet for å opprettholde og øke velferdsnivået. Eksperimentering og bruk av ny teknologi skjer offensivt og innen etisk forsvarlige rammer. Overgangen til et klimavennlig samfunn ble ikke enkel, men de fleste opplevde omstillingen som rimelig og nødvendig. Med ny teknologi og digital transformasjon er systemene forbedret og menneskelige ressurser møtes på nye måter. Maskinene gjør rutineoppgaver. Innbyggerne er deltakere i utforming og gjennomføring,

i tillegg til brukere av offentlige tjenester. Noen ønsker likevel ikke delta, eller klarer ikke å henge med.

Spredning i laget: I 2040 er tilliten i samfunnet forvitret. Norge klarte ikke overgangen til et mer klimavennlig samfunn. Ny næringsutvikling i stor skala lar vente på seg. Fallhøyden ble stor når teknologi og nye måter å arbeide sammen skulle testes ut i offentlig sektor. Eksperimentering, prøving og feiling ble den nye hverdagen, uten at man klarte å systematisere kunnskap eller spre lærdommer. Noen løp foran, mens andre aldri kom etter. Nå finnes et landskap av fragmenterte løsninger med ulik kvalitet. Sterke interesser har tatt seg til rette og forskjellene i samfunnet har økt (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019, s. 3-6).

Departementets rapport tar ikke for seg helse- og sosialsektoren spesifikt, men det gjøres klart at utviklinga her vil være en vesentlig del av framtidig innovasjon i offentlig sektor. Mulighetene i bruk av teknologi som bidrag til å løse utfordringer, vektlegges. Innen helse- og sosialsektoren pekes det også spesifikt på potensialet i å utvikle modeller og plattformer for samarbeid mellom offentlige tjenester, sivilsamfunnet og privat sektor (jf. pkt.3.4 og 3.5).

3.7 Utvalgets vurderinger av framtidsutsikter for norsk musikkterapi

Beskrivelsene av den nordiske samfunnsmodellen og det norske helsesystemet, viser at vi lever i et land der staten og det offentlige tar et stort ansvar for finansiering og regulering av ulike velferdstjenester. Mens mange land prøver å sikre innbyggerne gode nok tjenester og rettigheter gjennom forsikringsordninger, har vi i vårt land valgt å bruke politiske føringer, lovverk, retningslinjer, forskrifter og budsjettammer som redskap for å bygge gode tjenester. En slik modell har som en av sine styrker at den i prinsippet gir alle innbyggere like rettigheter. Terskelen for implementering av nye tjenester som musikkterapi kan bli høy, mens potensialet for nasjonal implementering til gjengjeld er unikt, dersom en først får gjennomslag³¹.

De neste tiår er det forventet et økende press på økonomien, kombinert med voksende behov for og forventninger om tjenester. Er tida for *nye* tjenester og profesjoner forbi? Er det ikke innsparinger som vil prege helsesystemet de neste tiårene? Utvalgets vurdering er at innsparinger og tøffe prioriteringer ser ut til å komme, men at det *samtidig* etter all sannsynlighet vil etableres nye tjenester og profesjoner, fordi nye tider trenger nye løsninger. I sin artikkel om de siste hundre års utvikling av velferdsstaten, berører historikeren Grønlie dette temaet:

Det første spørsmål som vi må besvare, er om vi kanskje har kommet så langt i velferdsutviklingen at vi ikke trenger nye velferdstiltak? Det er det liten grunn til å tro. Selv innen store, tradisjonelle velferdsfelter er det stadig slik at grupper faller utenfor velferdsordninger, og nye grupper med klare behov oppstår utenfor eller i grenseland. Nyfattigdom oppstår, ikke minst knyttet til arbeidsledighet og oppløsning av familier og sosiale nettverk. Offentlige løsninger er under press gjennom egenandeler, reduserte ytelser, konkurranseutsetting og privatisering. Minst like viktig er det nok at oppfatninger knyttet til «hva som er velferd», ikke er statisk. *Hver tid har sin velferd*, og når nye velferdsproblemer finner sin løsning, forflyttes oppmerksomheten til nye velferdsfronter. Det er heller ikke slik at behovene for velferdstiltak -- og dermed prioriteringen mellom dem -- er lik, fra by til by eller fra bygd til bygd, eller fra by til bygd eller fylke og landsdeler imellom. Velferd er en *prosess*, en dynamisk og bredt differensiert sådan, og sterkt knyttet til de nære sosiale realiteter (Grønlie, 2004, s. 647).

³¹ I mange av de land der musikkterapien har utvikla seg godt, er det mindre nasjonal og statlig styring og derfor større rom for initiativ basert på veldedighet og lokale markedsmekanismer (se Thomas & Abad, 2018). I den type samfunn vil utviklinga kunne være stegvis, mens den nordiske samfunnsmodellen i større grad fordrer et sprang, dersom en ny profesjon skal bli en del av tjenestene. Dagens norske helsevesen er derfor på mange måter et krevende system å bygge en ny profesjon i. *Samtidig* er mulighetene for systematisk implementering i nasjonal skala større i et system som det norske, *dersom* en først kommer over en terskel. Potensialet for en rettferdig fordelt utvikling av tjenester er stort, dersom det kan realiseres.

Etter utvalgets vurdering, kan musikkterapeutenes framtidsutsikter beskrives med utgangspunkt i en slik refleksjon. Velferdsutviklinga er kommet langt i Norge. Utgiftene er svært høge og mye peker i retning av at det blir tøffere prioriteringer i tjenestene de kommende tiår. Når dette er situasjonen i et helse-system som i hovedsak er offentlig finansiert, med mål om rettferdig fordeling, vil terskelen for å ta inn nye tjenester og profesjoner være høg.

Norsk musikkterapi har siden 2013 vært i en mellom-situasjon, der nasjonale myndigheter har begynt å anbefale musikkterapeutiske tjenester, uten at det foreløpig er etablert effektive tiltak som kan sikre nasjonal implementering. Grønli (2004) resonnerer om at det er liten grunn til å anta at vi ikke trenger nye velferdstiltak framover, sjøl om velferdsstaten er omfattende og under press, antyder likevel at det kan være mulig å lykkes med nasjonal implementering, vel og merke dersom musikkterapi blir oppfatta som en *nødvendig del av en fornying* av helse- og omsorgssektoren de kommende tiår. Sektoren vil ha behov for å gjøre innovative omprioriteringer, men i mindre grad ha rom for «kakepynt» og «interessante påplussinger».

Det har de siste åra vært mange politiske signal om at musikkterapi blir oppfatta som et mulig bidrag til *fornyning* i helse- og omsorgstjenestene. Siden 2014 har implementering av musikkterapi i tjenestene vært oppe til diskusjon i Stortinget med jamne mellomrom, gjennom merknader i komitéinnstillinger, skriftlige spørsmål til statsråder, ulike interpellasjoner og også et representantforslag i 2017. Sjøl om det så langt ikke har vært flertall for politiske tiltak, har diskusjonene vist at det er bred politisk enighet om fagets verdi og profesjonens relevans for tjenestene, der det bl.a. blir pekt på at musikkterapi i) er motiverende for brukergrupper som ellers kan være vanskelige å motivere for endringsarbeid, ii) har dokumentert effekt på noen områder der etablerte behandlingsmetoder har mindre effekt, iii) muliggjør brukermedvirkning og likeverdig samarbeid, og iv) mobiliserer ressurser, slik at terapitilbud på en bærekraftig måte kan følges opp med helsefremmende kulturell egenaktivitet i hverdag og lokalsamfunn³².

Et av de politiske signalene som det er verdt å merke seg, er innstillinga fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen på Stortinget til langtidsplan for forskning og høgere utdanning 2015–2024, der en *saml*a komité skriver:

Norge bør sette seg høye mål, ikke bare for de etablerte disipliner og profesjoner innen helsevesenet, men også artikulere en ambisjon om kunnskapsbasert innovasjon i utvikling av nye relevante tilbud og tjenester, slik som velferdsteknologi og musikkterapi. Psykisk helse og rus er to områder som bør få økt prioritet (Innst. 137 S, 2014–2015, s.19).

Med dette som utgangspunkt, ser utvalget det som relevant å skissere tenkbare utviklingsforløp for norsk musikkterapi fram mot 2040. Å ha scenarier å tenke utfra håper vi kan stimulere diskusjoner i fagmiljøene og firepartssamarbeidet, ved å gi en felles referanseramme for refleksjon over mulig, sannsynlig og ønskelig utvikling. Slike diskusjoner vil igjen øke endringsberedskap og handlekraft (jf. Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2019).

Med utgangspunkt i dimensjonene identitet/kvalitet og kvantitet³³ og med lån av de termene Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) bruker for beskrivelse av de fire scenarier for utvikling av offentlige tjenester, kan vi da skissere fire utviklingsmuligheter for musikkterapi-profesjonen fram mot 2040³⁴:

³² Forskingssenteret GAMUT har publisert kunnskapsbeskrivelser som dokumenterer denne type påstander, se: <https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/>

³³ En forutsetning for å kunne redusere til fire alternativ, er da en binær forenkling at utfallet av de to utviklingsprosessene (f.eks. enten høg eller lav, klar eller uklar, og ikke alle mulighetene imellom).

³⁴ I videre arbeid med disse spørsmålene, vil en måtte se nærmere på mulighetsrommet slik det utvikler seg i relasjon til den generelle utviklinga av offentlig sektor i Norge. Utvalget antar at musikkterapiens mulighetsrom vil være størst dersom offentlig sektor tar det «spranget» som Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) beskriver, men at andre mulighetsrom vil oppstå dersom utviklinga tar andre retninger.

- 1) *Bakpå* (uklar identitet/lav kvalitet og liten vekst)
- 2) *På kjente stier* (klar identitet/høg kvalitet og liten vekst)
- 3) *Spredning i laget* (uklar identitet/ujamn kvalitet og høg vekst)
- 4) *Spranget* (klar identitet/høg kvalitet og høg vekst).

Slik utvalget ser det, oppsummerer dette noen sentrale diskusjoner i og for fag og profesjon. Få vil argumentere for at det er ønskelig å ende opp «bakpå» eller med for stor «spredning i laget», så spørsmålene blir: Skal vi som profesjon holde oss «på kjente stier», der en har relativt liten vekst i musikkterapitjenester, men fokuserer på faglig kvalitet og ivaretaking av den tradisjonen som norsk musikkterapi står i? Eller skal vi prøve å ta «spranget», og arbeide for kraftig vekst i musikkterapitjenester nasjonalt, uten å gå på akkord med kvalitet, fag- og profesjonsidentitet?

De sannsynlige utviklingsdrivere som Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) beskriver, samsvarer godt med tidligere samfunnsanalyser relatert til musikkterapifaget (jf. f.eks. Köck, 2016). Det er f.eks. svært sannsynlig at europeisk musikkterapi må forholde seg til en samfunnsutvikling der det blir mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor.

- Etter utvalgets vurdering, vil sannsynlige endringer i det økonomiske handlingsrommet være med på å øke risikoen for at profesjonen kan ende «bakpå» dersom en går for lenge «på kjente stier».
- Utvalget vurderer det derfor slik at et «sprang» – der en både styrker nasjonal utdanningskapasitet på masternivå og sikrer kvalitet (bl.a.) gjennom etablering av spesialistutdanning – er ønskelig og nødvendig dersom musikkterapi skal komme «over terskelen» og bli en integrert del av tjenestene i norsk velferdsstat og helsesystem.

Et sprang kan oppleves på mange måter, mye avhengig av hvor og hvordan man lander. Siden fagmiljøet i dag er langt sterkere enn tidligere, samtidig som den politiske bevisstheten om musikkterapiens relevans har økt, er utvalgets vurdering at det spranget som vi argumenterer for at norsk musikkterapi bør ta de neste 20 åra er mindre dramatisk og risikabelt enn det spranget som ble tatt de siste 20 åra (fra to små videreutdanningsmiljø med minimal forskningsaktivitet til to vitale fagmiljø med studier på bachelor-, master- og ph.d.-nivå og med internasjonalt orienterte forskingssentre).

Utvalgets vurdering er altså at spørsmålet om spesialistutdanning i musikkterapi må sees i lys av en heilhetlig strategi der en bygger profesjonen både kvalitativt og kvantitativt. Dette kommer vi bl.a. tilbake til i kapittel 7. Utvalget vil særlig framheve følgende moment:

- Etter at Helsedirektoratet har anbefalt musikkterapi i flere i nasjonale faglige retningslinjer, er musikkterapiprofesjonen inne i en brytningstid, der muligheten for nasjonal implementering av musikkterapitjenester for første gang er til stede
- Samtidig står offentlig finansierte tjenester overfor store utfordringer som krever omfattende omstilling og tydelige prioriteringer
- Skal musikkterapi bli en del av de kommende tiårs innovasjon i offentlig sektor, må det arbeides med både tilgjengelighet og kvalitet, og en videreutvikling og tydeliggjøring av profesjonens identitet.

Dette vil være aktuell kontekst når begrunnelser og mål for og innhold i en spesialistutdanning skal vurderes i de neste kapitler.

4 Rammer for eksisterende spesialistutdanninger i andre profesjoner

Som en del av arbeidet med å vurdere aktuelle rammer for en eventuell spesialistutdanning i musikkterapi, har utvalget studert studieplaner og annen tilgjengelig informasjon for ulike spesialistutdanninger innen sammenlignbare fagområder. I dette kapitlet vil vi gjøre greie for noe av variasjonen i feltet, før vi gir en oppsummering av aktuelle premisser for en framtidig spesialistutdanning for musikkterapeuter.

4.1 Et spekter av begrunnelser

I Norge har de fleste profesjoner i helsevesenet og også flere profesjoner innen andre samfunnssektorer etablert spesialistutdanninger. Prinsipielt kan en tenke seg at disse begrunnes ut ifra ulike perspektiv, som f.eks. brukernes behov for bedre tjenester, profesjonsutøverenes behov for karriereveger og økt kompetanse, profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon, samt tjenestene og samfunnets behov for kvalitet og innovasjon. Vi skal kort skissere eksempler på begrunnelser, slik de er artikulert av noen aktuelle aktører.

Mange profesjoner peker først og fremst på *brukernes behov* for kompetanse når de begrunner sine spesialiteter. Når UiBs nettsider presenterer sin spesialistutdanning i odontologi, er det pasientenes behov for spesialkompetanse som framheves:

Pasientar har av og til større og meir kompliserte behandlingsbehov enn det allmenntannlegen kan og bør tilby. For at desse skal få den nødvendige og beste behandlinga, må pasientane ha tilgang til spesialkompetanse der dei bur (UiB, u.å.).

Utdanningsdirektoratet (u.å.) beskriver formålet med spesialistutdanninga for lærere ved både å peke på *elevenes, profesjonsutøvernes og profesjonsfelleskapets behov* for kompetanse:

Regjeringen ønsker å beholde gode lærere i klasserommet slik at de kan bidra til mer læring for elevene. Kunnskapsdepartementet gjennomfører derfor en pilotering av nye faglige karriereveier for lærere i form av lærerspesialister. Målsettingen er å gi lærere nye utfordringer og profesjonell videreutvikling, samtidig som de fortsetter i klasserommet.

Formålet med funksjonen som lærerspesialist er todelt.

1. Den skal bidra til at dyktige lærere opplever gode faglige utviklingsmuligheter og ønsker å fortsette å undervise.
2. Den skal også bidra til å styrke det kollektive profesjonsfelleskapet og utvikling av skolen som lærende organisasjon (Utdanningsdirektoratet, u.å.).

Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helse Sør-Øst, begrunner sitt arbeid med tverrprofesjonelle spesialistutdanninger ved å peke på *tjenestenes behov* for kompetanse.

RBUPs spesialistundervisning svarer på vårt samfunnsoppdrag om å bidra til kvalitetsutvikling i de offentlige tjenestene og å svare på tjenestenes behov (RBUP, u.å.).

Til sammen dekker disse formålsformuleringene mye av det aktuelle spennet som vi skisserte i første avsnitt over. Unntaket er at formålet om å styrke den enkelte profesjons posisjon i liten grad er kommunisert eksplisitt. De studier som er gjennomført av aktuelle profesjonshistorier (Slagstad & Messel, 2014) tyder likevel på at dette formålet også spiller inn. Det er et formål som ikke kun bør assosieres til profesjonskamp og andre uheldige sider av profesjonalisering. Det er like relevant å vurdere det som betingelse for kvalitetsutvikling.

4.2 Ulike inndelinger i spesialiteter

Som nevnt i pkt. 1.3, kan antall kompetanseområder variere mye fra profesjon til profesjon, og spesialitetene kan være smale eller brede. Her vil både kunnskapstradisjoner og profesjonenes størrelse og samfunnsoppdrag spille inn.

Når det gjelder antall, er det en tendens i de fleste profesjoner at det starter i det små med en eller ganske få spesialiteter, og at dette tallet ofte øker over tid. Den nye lærerspesialistutdanninga var i første omgang avgrensa til faga norsk og matematikk, to skolefag som myndighetene de siste åra i særlig grad har prioritert å styrke (Utdanningsdirektoratet, u.å.). Dette er etter hvert utvida, slik at tilbudet i høsten 2019 omfatta 12 ulike fag. Legeprofesjonen etablerte «bare» 13 spesialiteter da de innførte spesialistutdanninger for 100 år siden, men har i dag nærmere 50 ulike spesialiteter. Psykologprofesjonen starta med én spesialitet, og har de siste åra utvida lista over spesialiteter betydelig antall.

Når det gjelder bredden på kompetanseområdene, er tannlegene eksempel på en profesjon med smale spesialiteter, som f.eks. kariologi, endodonti og pedodonti (UiB, u.å.). Eksempler på brede spesialiteter finnes i flere profesjoner, også i legeprofesjonen som ellers i stor grad er prega av smale spesialiteter. Psykologprofesjonen har også noen relativt brede spesialiteter, som f.eks. samfunnspsykologi.

4.3 Profesjonsspesifikke og overordna mål

Konkrete læringsmålene for ulike spesialistutdanninger er fag- og profesjonsspesifikke, slik at det i mindre grad danner mening å liste opp ulike eksempler. Noen profesjoner har imidlertid artikulert dette på et abstraksjonsnivå som er relevant for flere spesialiteter og profesjoner. Som eksempel kan vi nevne de mål som indikeres av Norsk psykologforenings beskrivelse av spesialistkompetanse:

Psykologspesialisten har ervervet særskilt vitenskapelig kompetanse, metodekompetanse, profesjonskompetanse og samarbeidskompetanse på sitt spesialområde. Disse elementene har blitt integrert i fagutøvelsen og gir avansert kompetanse til å analysere og handle i komplekse og utfordrende situasjoner. Psykologspesialisten kan i særlig grad formidle kunnskapsgrunnet for praksisen og revurderer sine planer og perspektiver når det fremkommer ny informasjon om eller fra klienten eller ny kunnskap fra faglige kilder (Norsk psykologforening, 2010, s. 3).

Tilgjengelig nettinformasjon fra Norsk psykologforening viser også veldig tydelig hvordan mål for spesialistutdanninger gjerne knyttes til dybdekunnskap, erfaring og ferdigheter som kvalifiserer profesjonsutøveren til å gjøre aktuelle oppgaver på en bedre måte³⁵. Dette går igjen i planene for ulike spesialistutdanninger: Målformuleringer er praksisnære. Spesialistutdanningene – også deres akademiske komponenter – skal bidra til at profesjonsutøverne har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sitt samfunnsoppdrag og yte gode tjenester til brukerne.

4.4 Varierte innholdskomponenter og arbeidsformer

Også innholdskomponenter for de ulike spesialistutdanninger er fag- og profesjonsspesifikke. De er dessuten til en viss grad avhengige av organisering og ansvarsfordeling, se neste punkt.

Norsk psykologforening gir følgende beskrivelse av innholdet i sin spesialistutdanning:

Spesialistutdanningen består av fire integrerte elementer: praksis, veiledning, kurs og skriftlig arbeid. Praksis skal være variert, og skal representere en bredde i faglige erfaringer (Norsk psykologforening, 2010, s. 3).

Kurselementet for denne profesjonen er ellers tredelt, med 1) en fellesdel: en innledende felles profesjonsdel for alle spesialiteter, 2) en fordypningsdel: kurs innen valgt spesialitet, og 3) frie spesialkurs: sjølvalgte kurs som kan godkjennes innfor ramma av en spesialitet.

³⁵ <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/spesialistutdanningen/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi-ny-ordning/voksenpsykologi>

Nærmere spesifisering av innholdskomponenter er utvikla innafor de ulike profesjoner og spesialiteter, sjølsagt også avhengig av hvilke mål som er definert for hver spesialitet.

Arbeidsformer vil også variere med mål og innhold, og inneholder gjerne element av mesterlære (veiledning av praksis) kombinert med forelesinger, sjølstudium (lesing og skriving) og deltaking i faglige diskusjoner (på kurs og på elektroniske læringsplattformer).

4.5 Ulikt omfang og utdanningslengde

Noen få profesjoner har organisert sine spesialistutdanninger som heiltidsstudier. Det gjelder f.eks. tannlegene, som har etablert dette som treårige fulltidsstudier (180 studiepoeng) ved universitetene, etter fullført grunnutdanning (som for denne profesjonen er en 5-årig integrert masterutdanning på 300 studiepoeng).

Det mest vanlige er å etablere spesialistutdanninger som deltidsstudier, ved siden av og/eller som en del av at kandidaten står i arbeid. Praksis og veiledning av denne inngår da gjerne i spesialistutdanninga. Utdanningslengde varierer betydelig, fra 2-3 år til 6-7 år, avhengig av grunnutdanningsnivå, fagtradisjon og samfunnsoppdrag. Det er en tendens til at profesjoner med lange grunnutdanninger også har lange spesialistutdanninger.

Fordi bare noen spesialistutdanninger er lagt til høyskoler eller universitet, er ikke antall studiepoeng alltid spesifisert. Omfang kan likevel være definert på andre måter. Norsk psykologforening (u.å.) har f.eks. spesifisert sin spesialistutdanning på følgende måte: Grunnlaget for opptak er norsk autorisasjon som psykolog (som forutsetter det seksårige profesjonsstudiet). Derneft inngår fem årsverk praksis som psykolog etter at du er tatt opp på et spesialistutdanningsløp. I tillegg må du etter visse regler ha mottatt 240 timer veiledning av praksis, ha gjennomført 256 timer kurs og fullført et godkjent skriftlig arbeid.

For profesjoner der spesialistutdanninga ikke er integrert med praksis, blir det gjerne stilt krav om at kandidatene må ha et visst antall års praksiserfaring før de kan søke. For profesjoner der praksis og veiledning av denne inngår i spesialistutdanninga, kan det tvert imot være et poeng at kandidater får mulighet til å begynne i sin spesialistutdanning så fort som mulig etter fullført grunnutdanning.

4.6 Ulike løsnings på forankring, ansvar og finansiering

Når det gjelder ansvar for spesialistutdanning, er det en rekke ulike aktører som kan være inne i bildet, både direktorat, universitet og høyskoler, kunnskaps- og kompetansesentre, helseforetak og kommuner, fagforeninger og andre aktører. Noen eksempler: Spesialistutdanning for lege- og tannlegeprofesjonene er i dag regulert av ei forskrift som gir Helsedirektoratet en koordinerende rolle og som tydelig definerer delansvaret til universitet, helseforetak, kommuner, fagforeninger og kandidatene sjøl. For psykologprofesjonen er det i langt større grad fagforeninga som har hovedansvaret for spesialistutdanningene. For lærerprofesjonen har Utdanningsdirektoratet tatt ansvar i samspill med universitet og fagforeninger. For den tverrprofesjonelle spesialistutdanning i barn- og unges psykiske helse er det et kunnskapssenter – Regionsenteret for barn og unges psykiske helse i Helse Sør-Øst – som har ansvar.

Noen profesjonsgrupper, bl.a. legene og tannlegene, får omfattende overføringer fra Helsedirektoratet til sine spesialistutdanningstilbud, mens lærerne får overføringer fra Utdanningsdirektoratet. Det mest vanlige (i Norge) er at arbeidsgiverne betaler for de aktuelle kurs- og veiledningskomponenter. Det er – så vidt utvalget kjenner til – ikke vanlig i norsk sammenheng at kandidatene sjøl betaler for sin spesialistutdanning.

4.7 Aktuelle rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi

Gjennomgangen i dette kapitlet viser at spesialistutdanninger per i dag kommer i mange ulike tapninger. Signal tyder på at helsemyndighetene på sikt trolig vil stramme dette inn og homogenisere mer, slik Kunnskapsdepartementet har gjort i profesjonsutdanningene gjennom den såkalte RETHOS-prosessen, der det er etablert nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene i Norge³⁶.

Inntil videre er det atskillig spillerom til å ta utgangspunkt i firepartssamarbeidets egen vurdering av hva som vil tjene brukere, profesjonsutøvere, profesjon og samfunn.

Utvalget vil i kapittel 5 skissere de rammer som vi foreslår etter dette kapitlets gjennomgang av andre profesjoners valg. Følgende tredelte vurdering vil ligge til grunn:

- Når det gjelder praksiskrav, veiledning av praksis og omfang og organisering av kurs, vil musikkterapeutene være tjent med en modell som ligner den psykologene har valgt.
- Når det gjelder mål, innhold og arbeidsmåter i en spesialistutdanning, er det viktig å bygge videre på musikkterapiprofesjonens egen tradisjon.
- Når det gjelder forankring og ansvar, vil en kunne hente inspirasjon fra de valg som er gjort for tannlegeprofesjonen og også lærerprofesjonen, der spesialistutdanningskursa er lagt til universitetene, samtidig som tette samarbeidsrelasjoner er utvikla med tjenester og myndigheter.

³⁶ <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

5 Forslag til rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi

Utvalget vil i dette kapitlet presentere et forslag til rammer for en spesialistutdanning i musikkterapi, slik at vurderingene i de følgende kapitler kan bygge på et konkret grunnlag.

5.1 Begrunnelser

For musikkterapien vil heile spekteret av begrunnelser skissert i pkt. 4.1 være relevante, nemlig brukernes behov for bedre tjenester, profesjonsutøverenes behov for kompetanse og karriereveger, profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon, samt tjenestene og samfunnets behov for kvalitet og innovasjon. Dette spekteret dekkes av de begrunnelsene utvalget skisserte i pkt. 2.8. En spesialistutdanning i musikkterapi vil altså kunne:

- sikre kvaliteten i implementering av nasjonale føringer og imøtekomme brukernes behov for gode tjenester med minst mulig risiko for ukyndig praksis og skade
- gi musikkterapeutene nye karriereveger og utviklingsmuligheter i praksisfeltet og øke deres forutsetninger for å veilede og samarbeide tverrfaglig
- gi muligheter for å videreutvikle musikkterapiens faglige identitet og gi profesjonen mulighet til å styrke sin posisjon i tjenester og samfunn
- øke muligheten for at musikkterapi profesjonen bidrar konstruktivt i de omstillingsprosesser som vil prege tjenester og samfunn de neste tiår (se kapittel 3 og 7).

I kapittel 7 kommer vi nærmere inn på muligheter og risiko knytta til denne type begrunnelser.

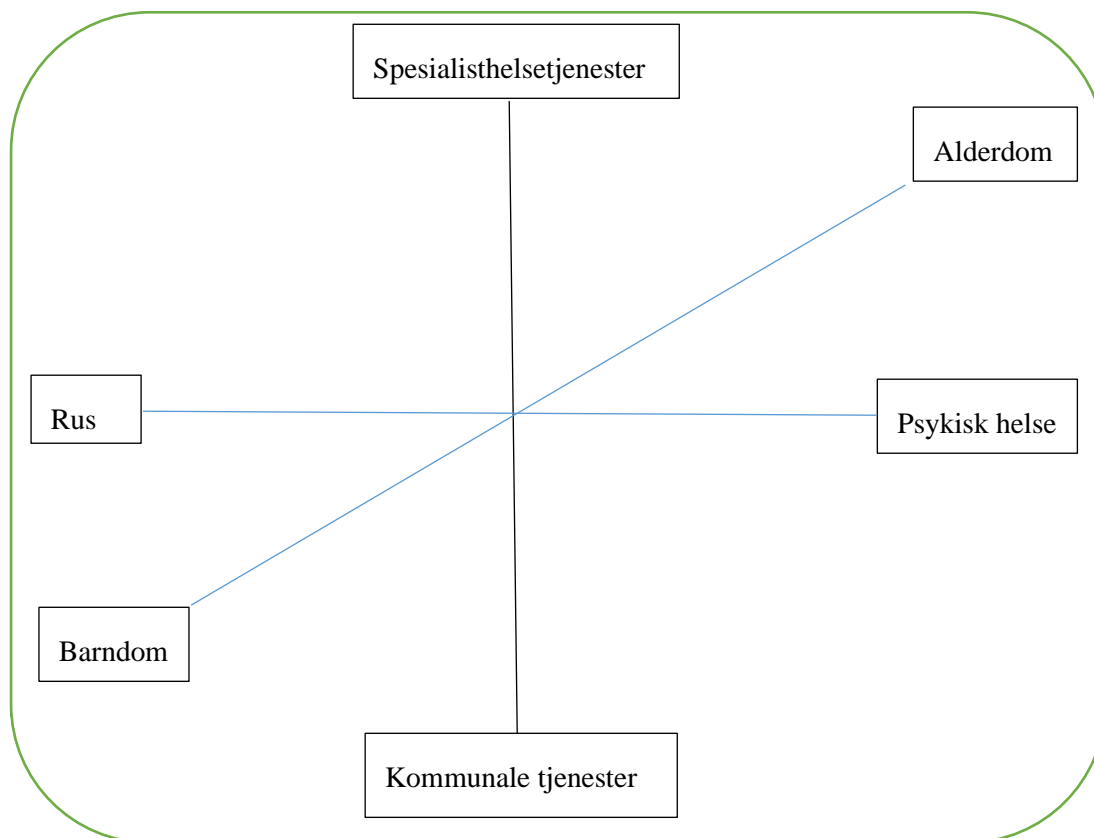
5.2 Inndeling av spesialiteter

Musikkterapeut profesjonen har verken en størrelse eller et samfunnsoppdrag som tilsier mange og smale områder for spesialisering. Den musikk- og brukerorienterte fagtradisjonen (se pkt. 3.1) tilsier også at det er relevant å se på helheter og sammenhenger når kompetanseområder for spesialisering skal utmeisles.

Ulike måter å dele profesjonens praksisfelt inn på, er tenkelig. Å inndele etter diagnoser er mulig, men neppe tjenlig, da musikkterapeutiske praksiser ofte sprenger de rammene som er definert av denne type kategorier. Alternativt kunne en dele inn etter arbeidsmåter, f.eks. pedagogiske, psykoterapeutiske eller samfunnsmusikkterapeutiske arbeidsmåter. Heller ikke dette ser utvalget som en særlig fruktbar tanke, da det er solid tradisjon i norsk musikkterapi for å integrere arbeidsmåter, der praksis innen psykisk helsevern for eksempel ofte inneholder både pedagogiske, psykoterapeutiske og samfunnsmusikkterapeutiske elementer.

Etter utvalgets vurdering, kan det være fruktbart for norsk musikkterapi å etablere spesialiteter som reflekterer brede tjenesteområder, med vekt på samarbeidsrelasjoner mellom sektorer og forvaltningsnivå. Som beskrevet i kapittel 1 og 2, er utvalgets vurdering at det er innen psykisk helse og rus at samfunnsoppdraget per i dag er tydelig nok til at et arbeid med en spesialistutdanning kan initieres. Her kunne man – i alle fall om musikkterapi profesjonen var større – tenkt seg flere relativt smale spesialiteter, f.eks. spesialiteter orientert mot barn, unge *eller* voksne, psykisk helse *eller* rus, og spesialisthelsetjenesten *eller* kommunale tjenester. Når utvalget *ikke* foreslår dette, er det ikke bare fordi profesjonen er liten, men også fordi utvalgets vurdering er at det å tenke «på tvers» har stor verdi og relevans i musikkterapi.

Fagtradisjonen i norsk musikkterapi tilsier at det er relevant å se på helheter og sammenhenger når kompetanseområder for spesialisering skal utmeisles. Utvalget foreslår at videre arbeid med en spesialistutdanning ser psykisk helse og rus i sammenheng, og at utdanningstilbudet utvikles med et livsløpsperspektiv for øye, og dessuten omfatter både behandlingstilbud og aktuelle tiltak innen forebygging, helsefremming og oppfølging.



Figur 5.1: Tre dimensjoner av en eventuell musikkterapeutspecialitet i psykisk helse og rus.

En slik heilhetlig tilnærming, med relevans for både spesialisthelsetjenesten og kommunene, anser utvalget som i tråd med fagets tradisjon og med endringsorienterte utviklingstendenser i tjenestene, ikke minst recovery-bevegelsen. En konsekvens av å vinkle en spesialitet såpass bredt, er at spesialistutdanningas omfang og forløpslengde ikke må være for avgrensa, dersom kandidaten skal få en reell mulighet til faglig fordypning (se nedafor).

5.3 Mål

Overordna mål og konkrete læringsmål bør utarbeides i forbindelse med at studieplan skrives, så vi vil her avgrense oss til noen generelle betraktninger:

Målsettinger bør etter utvalgets vurdering tydelig reflektere musikkterapeutens rolle og ansvar i et bruker-, tjeneste- og samfunnsperspektiv. FNs bærekraftsmål og utvikling i demografi og økonomi som tilsier en økt vektlegging av forebygging og helsefremmende arbeid, på individ- og systemnivå, bør vektlegges ved utforming av mål.

Utvalget anbefaler videre at målene tydelig reflekterer fagtradisjonen i norsk musikkterapi. Dette støttes også av at de retningslinjer som tydeligst anbefaler musikkterapi er forankra i menneskesyn som er kompatible med dette (f.eks. recovery-perspektivet i psykose- og rus-retningslinjene). De brukerundersøkelsene og implementeringsstudier som er gjort indikerer også musikkterapiens betydning for slik bruker- og rettighetsorientert praksis.

Vi kommer i kapittel 6 tilbake til et foreløpig forslag til mål for en musikkterapispecialitet innen psykisk helse og rus.

5.4 Innholdskomponenter og arbeidsformer

For at en spesialistutdanning både skal kunne sikre vitenskapelig fordypning, praksisnærhet, brukerorientering og refleksjon, anbefaler utvalget seks innholdskomponenter i en spesialistutdanning for musikkterapeuter. Sjøl om utvalget altså foreslår at det bare etableres én spesialitet i første omgang, ser vi det som viktig å formulere innholdskomponentene på en måte som tydeliggjør målet om å kunne etablere spesialiteter på flere områder på sikt:

- praksis (i musikkterapistilling innen relevant fagområde)
- veiledning av praksis
- felleskurs (en innledende felles profesjonsdel for alle spesialiteter)
- obligatoriske fordypningskurs (innen valgt spesialitet)
- valgfrie fordypningskurs (sjølvalgte kurs som kan godkjennes som del av spesialitet)
- sjølstendig skriftlig arbeid.

Komponenten *valgfrie fordypningskurs* gir kandidater mulighet til å spisse kompetansen innfor ramma av en bred fordypning. Denne innholdskomponenten åpner også opp for å se spesialistutdanning og etter- og videreutdanning i sammenheng, slik utvalget argumenterte for i kapittel 1 og 2. Både universiteter, høyskoler, kompetansesentre, helseforetak, kommuner og foreninger vil ha mulighet til å utvikle relevante etter- og videreutdanningskurs som kan inngå som valgfrie kurs i en spesialistutdanning. Dette er viktig for å ivareta den spennvidde i interesser som det er rimelig å anta at kandidatene vil ha, og det vil ha betydning for muligheten til å ivareta små praksisområder innafor ramma av brede spesialiteter.

Når det gjelder *arbeidsformer*, vil utvalget framheve verdien av refleksjon og diskusjon, der vitenskapelige perspektiv, brukerperspektiv og profesjonsutøverens perspektiv sees i sammenheng. En *velfungerende elektronisk læringsplattform* bør være en del av tilrettelegginga for dette, og vil også bidra til at spesialistutdanning blir et velfungerende tilbud for musikkterapeuter i alle deler av landet.

5.5 Omfang og utdanningslengde

Utvalget foreslår at en spesialistutdanning i musikkterapi etableres som deltidskurs over flere år, kombinert med veiledning av praksis, mens kandidatene er tilsatt i fagstillinger i tjenestene. Dette for å sikre praksisnærhet og relevans for brukere og tjenester.

Nærmere regler for hvilken praksis som kan godkjennes som del av utdanningsløpet må utarbeides. For å sikre tilstrekkelig kontinuitet i og relevans av aktuell praksis, meiner utvalget at det bør være et krav om at kandidaten er i stilling i relevante tjenester gjennom heile utdanningsløpet, minimum i 50 % stilling som praktiserende musikkterapeut. Tilsettingsforhold som skal godkjennes bør være av minimum 6 måneders varighet.

Når det gjelder omfang og utdanningslengde, meiner utvalget at det er riktig å legge vekt på at profesjoner med lange universitetsutdanninger også har tradisjon for relativt omfattende spesialistutdanninger. Dette handler både om mengde av relevant innhold og funksjon i tjenestene. For musikkterapeutene vil mengden av relevant innhold i en spesialitet som skal omfatte både rus og psykisk helse være betydelig, spesielt når en skal integrere et livsløpsperspektiv og en heilhetlig tenking som omfatter behandling, forebygging, helsefremming og oppfølging. Dette tilsier en relativt omfattende spesialistutdanning, for å sikre nødvendig faglig tyngde. Denne vurderinga styrkes av at profesjonen er i en oppbyggingsfase, der det faglige ansvaret på den enkelte musikkterapeutspesialist vil bli stort.

Samtidig vil det etter utvalgets vurdering være nødvendig å utarbeide et opplegg for en spesialistutdanning som tar hensyn til at musikkterapeutene per i dag er en liten profesjonsgruppe med relativt begrensa tilgang til ressurser. Etter utvalgets vurdering, vil et fornuftig kompromiss mellom de ulike hensyn da være at det i studieforløpet inngår:

- 5 årsverk praksis som musikkterapeut, der praksis som kan godkjennes må være relevant, i minimum 50 % stilling og av minimum 6 måneders varighet
- 192 timer veiledning av praksis
- 240 timer kurs
- Godkjent skriftlig arbeid.

Utvalget har kommet fram til dette forslaget ved å sammenholde tre typer informasjon:

- 1) Kursomfanget som er skissert over bygger på erfaringene fra tidligere gjennomførte etter- og videreutdanningskurs i musikkterapi (se pkt. 2.5)³⁷, samtidig som det tar utgangspunkt i målet om tilstrekkelig fordypning i et flerårig løp.
- 2) Skissene av aktuelt innhold i en spesialitet for psykisk helse og rus (se kapittel 6) tilsier at kursomfanget skissert over gir rom for fordypning, samtidig som det blir en plassmangel i kursprogrammet og krevende å prioritere blant mye godt og aktuelt innhold. Utvalget anser dette som slik det skal være.
- 3) Omfanget skissert over er sammenlignbart med det som er definert for psykologprofesjonen, men ligger noe under³⁸. Utfra musikkterapeutprofesjonens utviklingsstadium i dag, anser utvalget dette som passelig.

Når det gjelder omfanget på veiledning, finnes det ikke erfaringstall for musikkterapeutprofesjonen på samme måte som det gjør for kurs. Utvalget anbefaler et omfang på 48 t veiledning per årsverk i 4 av 5 praksisår, eller i overkant av 38 t per år, dersom veiledning fordeles over 5 år. Totalt 192 t veiledning (se også pkt. 6.4).

År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Spesialitetsspesifikk praksis				Sjølvalgt praksis
Veiledning av spesialitetsspesifikk praksis				Veiledning av skriftlig arbeid
Felleskurs	Obligatoriske fordypningskurs	Valgfrie fordypningskurs	Sjølstendig skriftlig arbeid	

Figur 5.2: Utvalget foreslår at spesialistutdanninga seks komponenter blir organisert i tre spor. Figuren viser også forslag til standardprogresjon. For beskrivelse av de seks komponentene, se pkt. 5.4.

³⁷ Evalueringen av videreutdanninga innen eldrehelse (se pkt. 2.5), viste at kursopplegg med 4 årlige kurssamlinger á 2 x 7,5 t fungerte godt både praktisk og faglig. Også ved etterutdanningskursa innen psykisk helse og rus var erfaringa at et 2 samlinger per semester, på 2-3 dager hver, fungerte godt. Et omfang på 60 t kurs per år er det derfor gode erfaringer med, noe som over et 4-årig studieløp gir de foreslåtte 240 kurstimer.

³⁸ En slik sammenligning må anses som en kvalitetssikring, der en drar nytte av andre profesjoners erfaringer med hva tjenlig omfang og organisering kan være. Det innebærer ikke noen føring når det gjelder innhold og faglig profil. Sammenligner vi da de rammene som utvalget foreslår for en spesialistutdanning for musikkterapeuter vs. de som gjelder for psykologer, ser vi: 192 t veiledning mot psykologenes krav om 240 t, 240 t kurs mot psykologenes krav om 256 t. Krav om 5 årsverk praksis og et skriftlig arbeid er felles.

Utvalget foreslår at praksis i det ene av de fem årsverka kan være sjølvalgt praksis, innen tjenestene eller academia. Dette vil skape ønskelig fleksibilitet, samtidig som det legger til rette for dobbelt-kompetanseløp for de kandidatene som måtte ønske dette. Her kan profesjonen velge å gjøre som psykologene har gjort, der det ene året av en ph.d.-grad blir godkjent som det sjølvalgte årsverket i et spesialistløp. Kandidater vil da kunne oppnå dobbeltkompetanse på 7 år. Dette vil sannsynligvis være interessant og relevant for ganske få kandidater, men vil være viktig for både fag og profesjon, da det kan skape verdifulle muligheter for integrasjon av praksisutvikling og forskning.

Om det er relevant å beregne studiepoeng for de ulike komponentene må vurderes nærmere, når det er avklart om det blir utdanningsinstitusjonene eller andre instanser som får ansvaret for spesialistutdanning i musikkterapi.

Ikke alle kandidater vil ha mulighet til å følge et standardforløp med fem årsverk på 5 år. Regler for forløp, permisjon, osv. må utarbeides. Det bør også vurderes hvor lenge gjennomførte kurs og andre komponenter kan godkjennes som del av et studieforløp. Det varierer fra profesjon til profesjon hvor strenge rammer som settes her. Ett argument for å være streng, er at kurs m.m. blir mindre faglig relevante etter noen år. Når en ny musikkterapeutisk spesialitet skal etableres, er det likevel grunner til å være relativt fleksibel i en startfase. Med utgangspunkt i at vi foreslår godkjenning av praksis innen spennet 100 % til 50 % stilling, vil aktuell ramme for godkjente studieforløp uten avbrekk være på 5-10 år. Med tanke på livshendelser som flytting og jobbskifte, bør det gjerne legges inn et par år til når øvre tidsgrense fastsettes, pluss rett til svangerskapspermisjon. Nærmere regler bør utarbeides.

Når det gjelder opptakskrav, er det klart at kandidater må ha en godkjent utdanning i musikkterapi. I prinsippet er det da ønskelig at dette ikke snevres inn mer enn nødvendig. Utvalget har ikke gått nærmere inn i spørsmålet om det er ønskelig eller nødvendig å stille krav om masterutdanning, eller om også den tidligere toårige videreutdanninga kan godkjennes som grunnlag. Dersom det er formelle grunner for å definere masterkompetanse som opptakskrav, vil utvalget peke på behovet for overgangsordninger som kan sikre kompetanseutviklingsmuligheter for flest mulig, f.eks. ved at det for musikkterapeuter med den tidligere toårige videreutdanninga etableres muligheter for å søke om opptak på grunnlag av realkompetanse tilsvarende mastergrad i musikkterapi.

I og med at utvalget foreslår deltidskurs kombinert med veileda praksis, ser ikke utvalget noe behov for å stille krav om at kandidatene må ha en viss mengde praksis før de kan søke spesialistutdanning, tvert imot. Profesjonen er i utvikling og vil i overskuelig framtid kjennetegnes av at mange uerfarne musikkterapeuter får ansvarsfulle oppgaver tidlig. Da er det viktig å gi dem muligheter til å bli del av et fagfellesskap og bygge profesjonskompetanse snarest mulig. Dessuten vil det – også når profesjonen er mer etablert – være behov for å gi flest mulig kandidater de beste muligheter til å bygge og vedlikeholde sin profesjonskompetanse. En slik linje vil være i tråd med hva mange andre profesjoner har valgt.

5.6 Forankring, ansvar og finansiering

Som skissert i pkt. 4.6, kan en lang rekke instanser være involvert i et forpliktende samarbeid om en spesialistutdanning, og det varierer også hvor det faglige ansvaret ligger.

Utvalget anbefaler at en undersøker muligheten for å legge det faglige ansvaret for spesialistutdanning i musikkterapi til UiB og NMH, av flere grunner: 1) Disse to institusjonene vil ha de beste forutsetningene til å tilby kurs på høgt faglig nivå, med forskningsbasert undervisning. 2) Det vil styrke masterutdanningene, ved at det blir skapt en ny kontaktflate med praksisfeltet og ved at fagmiljøene blir tilført nye fagressurser. 3) Det vil styrke og videreutvikle det faglige

samarbeidet mellom UiB og NMH. 4) Det vil kunne bygge videre på og styrke den samordninga og rollefordelinga som alt er etablert i firepartssamarbeidet³⁹.

Utvalget antar at dette i utgangspunktet er attraktivt for utdanningsinstitusjonene, da det vil tilføre miljøene fagkompetanse, faglige kontakter med tjenestene og eksternfinansiert aktivitet. Dersom UiB og NMH ikke ønsker eller ser seg i stand til å ta dette ansvaret, meiner utvalget at spørsmålet om spesialistutdanning er så viktig for profesjonen at andre modeller bør vurderes, der tilknytning til aktuelle kompetansesenter/kompetansetjenester vil være ett aktuelt alternativ.

Kan og vil UiB og NMH ta faglig ansvar for en slik spesialistutdanning, vil utvalget anbefale at institusjonene vurderer om det på sikt kan ligge til rette for en fellesgrad («joint degree»). Det er allerede god kontakt og godt samarbeid mellom de to norske fagmiljøene i musikkterapi. Et samarbeid om en felles spesialistutdanning ville ta dette til et nytt nivå og gjøre oppbygginga av tilbudet mer robust⁴⁰. Utvalget vil likevel presisere at en fellesgrad er bare *en* mulig måte å organisere samarbeidet på. Innafor ramma av firepartssamarbeidet kan et alternativ være at utdanningsinstitusjonene fordeler spesialistutdanningsoppgaver mellom seg, f.eks. ved en samordning der kurstilbud og spesialiteter fordeles mellom institusjonene. Mens det på bachelor- og masternivå er et poeng og en fordel at det finnes parallelle tilbud, er det i overskuelig framtid neppe grunnlag for å etablere samme musikkterapispesialitet ved to utdanningsinstitusjoner.

Utvalget foreslår videre at utdanningstilbudene blir utvikla i samspill med et Spesialistråd, enten som et separat rådgivende organ eller eventuelt også som programutvalg/-styre. Aktuelle instanser representert i et slikt Spesialistråd kan være:

- Musikkterapeuter fra praksisfeltet
- Representanter for fagmiljøene ved UiB og NMH
- Representanter for arbeidsgivere (f.eks. KS og regionalt helseforetak)
- Brukere, brukerorganisasjoner og/eller erfaringskompetansemiljø
- Aktuelle kunnskaps- og kompetansemiljø (f.eks. NKROP, NAPHA og/eller Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse)
- Direktorat, departement og evt. andre offentlige myndigheter
- Norsk forening for musikkterapi (NFMT) og Creo – forbundet for kunst og kultur.

Når det gjelder finansiering, er det altså vanligvis arbeidsgivere og/eller myndighetene som finansierer spesialistutdanninger. Utvalget vil på det sterkeste anbefale at det blir tilfelle også for musikkterapeutenes del. Evalueringa av UiBs videreutdanning i musikkterapi og eldrehelse (se pkt. 2.5) indikerer at opplegg som baserer seg på at kandidatene sjøl betaler ville få rekrutteringsutfordringer og skape ulikhet i mulighet til å ta spesialisering.

5.7 Videre arbeid med rammer og modell

Utvalget har i dette kapitlet skissert noen rammer som kan danne utgangspunkt både for en konkret skisse av en mulig spesialitet for musikkterapi, psykisk helse og rus (kapittel 6) og for

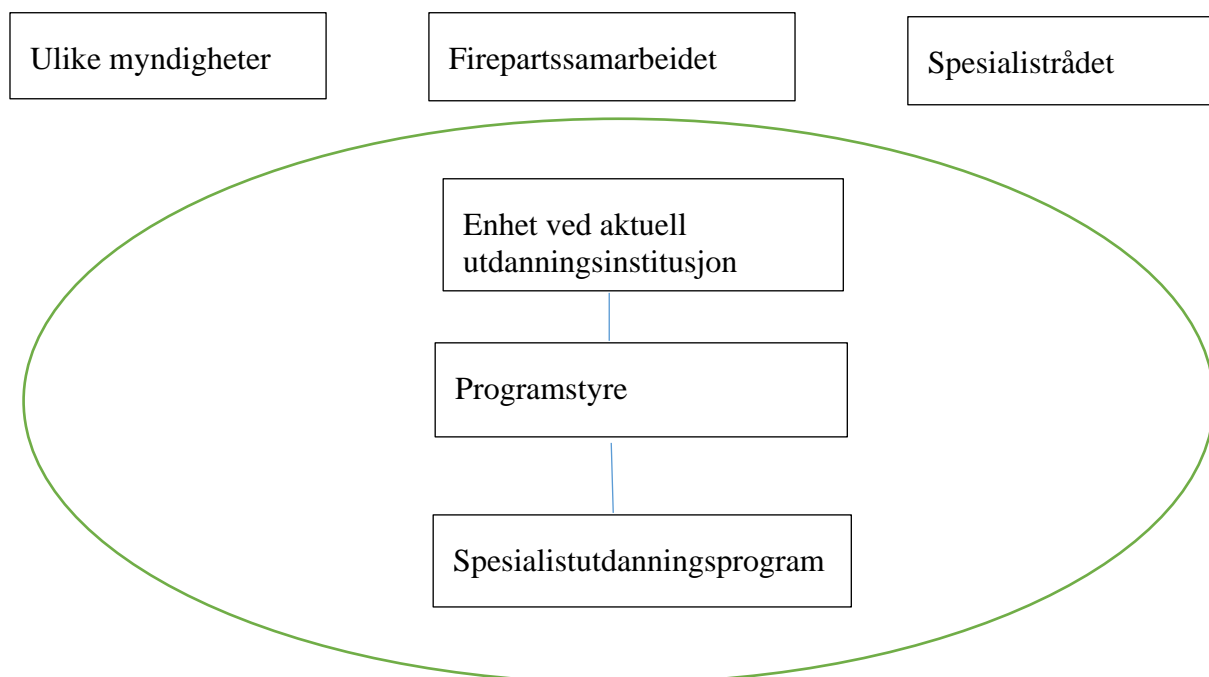
³⁹ I og med at det følger ressurser og innflytelse med å ha ansvar for spesialistutdanninger, har det i mange profesjoner vært kamp mellom ulike aktører om å få ansvar for dette. Utvalgets medlemmer er ansatt ved de to aktuelle utdanningsinstitusjonene, og erkjenner sjølsagt at vi slik sett ikke er nøytralt posisjonert. Når vi anbefaler forankring av det foreslåtte tilbudet i disse institusjonene, er det likevel ut i fra de faglige argument som skisseres i dette avsnittet.

⁴⁰ I oppstartsfasen vil det p.g.a. begrensninger i kullstørrelse og opptaksfrekvens trolig bare være behov for og ressurser til å bygge opp tilbudet ett sted (se kapittel 8). Utvalgets anbefaling er altså at dette gjøres innafor ramma av firepartssamarbeidet, og at spesialistutdanningsaktivitet ved begge utdanningsinstitusjoner bygges opp så snart det er praktisk og økonomisk mulig. Den arbeids- og rollefordeling som avtales, bør også omfatte aktuelle etterutdanningstilbud.

framtidig planarbeid. Når/dersom partene i firepartsamarbeidet bestemmer seg for å gå videre og etablere spesialistutdanning for musikkterapeuter, vil organisasjonsmodell og rollefordeling mellom partene måtte utdypes og klargjøres.

Når så mange aktører bør samarbeide, blir det avgjørende å ha en tydelig organisasjonsmodell som klargjør roller og ansvar. Dersom spesialistutdanning for musikkterapeuter blir lagt til utdanningsinstitusjonene, vil tilbudet måtte etableres med klarhet i utdanningsinstitusjonenes linjestruktur, kombinert med hensyn til føringer fra myndighetene og til innspill fra firepartsamarbeidet og det foreslåtte Spesialistrådet. Det første er sannsynligvis rimelig enkelt, da det finnes etablerte strukturer for organisering og forankring av studietilbud, mens arbeid med relasjoner til og avklaring av roller for myndigheter, firepartsamarbeid og det nye Spesialistrådet blir en nødvendig del av videre prosess (se også pkt. 8.5).

I figur 5.3 gir vi en heilt foreløpig skisse (der manglende forbindelseslinjer i figuren illustrere noen av de rollene og relasjonene som må klargjøres). Enkelt sagt, vil det handle om å etablere den nødvendige klarhet i utdanningsinstitusjonenes linjestruktur, kombinert med like nødvendige hensyn både til føringer fra myndighetene og til innspill fra firepartssamarbeid og et Spesialistråd der bl.a. brukere og tjenester er representert. Føringer fra helsemyndighetene vil etter all sannsynlighet forandre seg over tid, f.eks. avhengig av om og når profesjonen får autorisasjon etter Lov om helsepersonell. Forholdet mellom programstyre, firepartsamarbeid og Spesialistråd er noe av det som må avklares.



Figur 5.3: En spesialistutdanning lagt til en utdanningsinstitusjon må utvikle relasjoner til aktuelle myndigheter, firepartssamarbeidet og det foreslåtte Spesialistrådet.

Når/dersom en begynner å utarbeide studieplaner, må også regler for opptak og praksisgodkjenning osv. utarbeides. Dessuten bør et spørsmål som krav om vedlikeholdsaktivitet etter gjennomført spesialistutdanning vurderes, både med tanke på hva kravene eventuelt skal være og hvem som skal ha ansvar for å følge dette opp.

6 Skisse av en musikkterapispesialitet innen psykisk helse og rus

I dette kapitlet vil utvalget skissere et forslag til hvordan en spesialistutdanning i musikkterapi konkret kan se ut. Vi tar da utgangspunkt i de rammer som er foreslått i kapittel 5, samt den vurderinga som ble gjort i kapittel 1 og 2, nemlig at det er på områdene psykisk helse og rus at det i dag er et tydelig nok samfunnsoppdrag for musikkterapeutene til at det er mulig å etablere en spesialistutdanning. Videre tar vi utgangspunkt i at det er tjenlig å se psykisk helse og rus i sammenheng og å utvikle en heilhetlig orientert spesialitet.

Faglig innhold i utdanninger vil alltid være i endring, og forslaget som følger må bare anses som et første utgangspunkt for faglig diskusjon og studieplanarbeid.

Som skissert i pkt. 5.4, kan kursene i en spesialistutdanning deles inn i en obligatorisk *fellesdel*, en *obligatorisk fordypningsdel* og en *valgfri fordypningsdel*. Utvalget meiner at det kan være en anbefalt rekkefølge å først ta fellesdelen, så obligatoriske fordypningskurs. Med tanke på at en spesialistutdanning for mange skal tas i en krevende livsfase, med etablering av jobb og familie m.m., meiner utvalget likevel at det må være mulig å ha fleksible krav til rekkefølge for de to obligatoriske kursdelene. Kurser i den valgfrie fordypningsdelen, samt det skriftlige arbeidet, kan gjennomføres når det passer for hver enkelt kandidat, innen den aktuelle utdanningsperioden (se pkt. 5.5).

Faglig nivå på aktuelle kurstilbud må klart ligge over nivået på masterstudiet.

6.1 Bestemmelser og føringer når det gjelder kompetanse for helsevesenet

Bestemmelser når det gjelder kompetanse for helsevesenet finnes bl.a. i følgende lover: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30), Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61), Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64) og Lov om folkehelse (LOV-2011-06-24-29). Kommunene har ansvar for at alle ansatte i egen og privat virksomhet innen helse- og omsorg har den nødvendige kompetanse, og også for å medvirke til undervisning og opplæring av helsepersonell, deriblant etter- og videreutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 8-1 og 8-2). Forsvarlighet i praksis er et sentralt stikkord (samme lov, § 4-1). Helseforetakene har tilsvarende et ansvar for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige studenter og spesialister dekkes innenfor foretaket (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-5) og at ansatt helsepersonell gis den opplæring og utdanning som er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (samme lov, § 3-10).

Med tanke på langsiktig forberedelse i retning myndighetsgodkjente spesialiteter (se kapittel 8), kan være grunner til å se nærmere på hvordan spesialistutdanninga for leger er bygd opp når arbeid med studieplaner eventuelt initieres. Dette sjølsagt ikke med tanke på overlapp i innhold, men med tanke på å vurdere om det er ønskelig og mulig å imøtekomme Helsedirektoratets formelle krav til hvordan f.eks. læringsmål og læringsaktiviteter beskrives⁴¹. Her blir det sannsynligvis relevant å vurdere dette opp mot utdanningsinstitusjonenes egne krav til studieplaner, samt NOKUTs studietilsynsforskrift (se pkt. 8.2).

⁴¹ Spesialistforskrifta med rundskriv kan leses her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/spesialistforskriften-fortolkningene/Redigert%20rundskriv%20til%20spesialistforskriften%2028.06.2019.pdf?download=false>

Læringsmål og læringsaktiviteter for de ulike spesialitetene kan leses her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/spesialistforskriften-fortolkningene/Redigert%20rundskriv%20til%20spesialistforskriften%2028.06.2019.pdf?download=false>

6.2 Mål for spesialistutdanning i musikkterapi innen psykisk helse og rus

Konkrete læringsmål bør utarbeides i forbindelse med at studieplan skrives. Utfra de vurderinger som er gjort i kapittel 2-5, vil utvalget likevel skissere et foreløpig forslag til hovedmål og delmål/læringsutbytte for en spesialistutdanning i musikkterapi innen psykisk helse og rus.

Hovedmål: En musikkterapispesialitet innen psykisk helse og rus skal sikre kvalitet i musikkterapeutiske tjenester og styrke norsk musikkterapi faglig, slik at musikkterapeutene bidrar til bærekraftig tjenesteutvikling som mobiliserer ressurser i individ og samfunn, bidrar til å styrke menneskerettigheter og brukerorientert praksis, samt utfyller og støtter eksisterende tjenestetilbud på en god og samarbeidsorientert måte.

Delmål vil omfatte at musikkterapeutspesialisten skal:

- arbeide kunnskapsbasert, bidra til kunnskapsutvikling innen sitt felt og kan reflektere over profesjonens samfunnsoppdrag
- ha solid kunnskap om forståelse av brukernes utfordringer, behov og muligheter
- ha musikalsk og relasjonell kompetanse som gjør gjensidig tillit og samarbeid mulig og som kan støtte brukermedvirkning, også der dette er krevende
- ha evne til å se og håndtere etiske dilemmaer i profesjonsutøvelse og samarbeid
- ha solid kompetanse som setter spesialisten i stand til å planlegge, gjennomføre, evaluere profesjonelt endringsarbeid i tråd med brukerbehov og samfunnsoppdrag
- kunne begrunne og reflektere over egen praksis og vurdere grenser for egen kompetanse
- ha kompetanse til å samhandle med andre profesjoner, tjenester og etater, og til å bidra til utvikling av heilhetlige tilbud
- kunne veilede studenter, musikkterapeuter som ikke har spesialistkompetanse, samt kollegaer fra andre profesjoner, pårørende og frivillige aktører.

6.3 Praksis

Utvalget foreslår at praksis skal omfatte 5 årsverk i relevant musikkterapistilling, derav ett sjølvalgt årsverk. Regler for hva som kan defineres som relevant må utarbeides. Etter utvalgets vurdering, vil klart relevant praksis omfatte stillinger innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunale tjenester for psykisk helse og rus. I tillegg bør det åpnes for vurdering av andre stillinger etter nærmere kriterier og individuelle søknader, f.eks. dersom stillinger innen Kriminalomsorgen eller kommunale tjenester har en utforming som vektlegger forebyggende og helsefremmende arbeid med psykisk helse og rus.

Utvalget foreslår at spesialiteten utvikles med et livsløpsperspektiv for øye, slik at praksis fra stillinger knytta til arbeid med barn, unge, voksne og eldre mennesker kan godkjennes.

Utvalgets vurdering er at den praksis som skal godkjennes må være i minimum 50 % stilling som praktiserende musikkterapeut, der tilsetningsforholdene bør være av minimum 6 måneders varighet. Maksimum periode for opparbeiding av 5 årsverk må spesifiseres.

Faglig vil det være gode argumenter for å stille krav om praksis i ulike stillinger. Dersom en kandidat har erfaringer både fra spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, fra behandling og forebyggende/helsefremmende arbeid, og fra arbeid i ulike deler av livsløpet, er det større sjanser for læringsprosesser som sikrer samarbeidskompetanse og heilhetlig tenking hos framtidige musikkterapeutspesialister. I flere andre profesjoner er det da også vanlig å stille krav om at godkjent praksis skal være fra ulike deler av tjenestene. Utvalget foreslår at en ved videre arbeid med studieplan ser nærmere på dette, men antar at det er for tidlig å stille slike krav, gitt at det foreløpig er relativt få stillinger nasjonalt, der det i store deler av landet er manglende systematikk i hvor og hvordan musikkterapi er implementert. Som skissert i kapittel 2 og 3, er

det grunn til å anta at en spesialistutdanning for musikkterapeuter vil være med på å bygge mer systematikk i implementering nasjonalt. Situasjonen kan altså endre seg over tid.

For å bygge en kultur for samarbeid og heilhetlig tenking, meiner utvalget at det i regelverket for spesialistutdanninga vil være aktuelt å skrive inn:

- En klar anbefaling av at kandidatene prøver å skaffe seg profesjonspraksis i ulike deler av tjenestene, uten at en i første omgang gjør dette til et definitivt krav
- Spesifiserte krav til kortere hospitering inne ulike praksisområder.

6.4 Veiledning av praksis

Veiledning av kandidatenes egen praksis er en sentral del av musikkterapeutenes spesialistutdanning, for å styrke kandidatenes refleksivitet og prosessforståelse. Veiledninga bør begynne heilt tidlig i utdanningsforløpet.

Utvalget anbefaler et omfang på 48 t veiledning per årsverk i praksis, noe som gir 192 t veiledning for 5 årsverk. I løpet av et årsverk kan dette f.eks. organiseres som 48 x 1 t, 24 x 2 t eller 12 x 4 t. Lavere frekvens enn månedlig veiledning bør neppe godkjennes.

Det er gode grunner for å åpne opp for fleksible veiledningsmodeller. Både den heilhetlige fagprofilen som vi har argumentert for og utfordringer med å finne nok veiledere i en oppbyggingsfase, tilsier fleksible modeller som åpner opp for at deler av timetallet kan være gruppeveiledning, tverrfaglig veiledning, og veiledning via en sikker, digitale plattform. Det siste vil også åpne for å vurdere bruk av internasjonale veiledere.

Utvalget foreslår at detaljerte regler for dette utformes i forbindelse med arbeid med en studieplan, men vil anta at det kan være rimelig å kreve at minst 50 % av veiledninga skal være med musikkterapeut som veileder, med smågrupper på 2-4 kandidater som hovedregel.

6.5 Felleskurs

Utfra rammene definert i kapittel 5, vil *fellesdelen* være på 60 t kurs, vanligvis tatt over 1 år, med 4 samlinger på 2 dager/15 timer hver. Et foreløpig forslag, som utgangspunkt for videre arbeid med en studieplan, vil være:

- 1) 15 t Musikkterapi som profesjon: historie, samfunnsoppdrag og samfunnsanalyse
- 2) 15 t Profesjonsetikk på profesjons- og profesjonsutøvernivå
- 3) 15 t Brukermedvirkning og tverrprofesjonelt samarbeid
- 4) 15 t Rådgiving og veiledning (arbeid på individ- og systemnivå).

6.6 Obligatorisk fordypningsdel

Utfra rammene definert i kapittel 5, vil den *obligatoriske fordypningsdelen* være på 120 t kurs, vanligvis tatt over 2 år, med 8 samlinger på 2 dager/15 timer hver. Et foreløpig forslag, som utgangspunkt for videre arbeid med en studieplan, vil være:

- 1) 15 t Musikkterapeutiske arbeidsmåter, psykisk helse og rus: en innføring
- 2) 15 t Grunnlagsproblemer: Menneskesyn, sjukdomsforståelse og menneskerettigheter (biomedisinske og bioøkologiske perspektiv, brukermidvirkning og recovery)
- 3) 15 t Musikkterapi og psykiske lidelser: føringer, forskning, teori og praksis
- 4) 15 t Musikkterapi og rusproblemer/ROP-lidelser: føringer, forskning, teori og praksis

- 5) 15 t Teknologi og nyskaping i musikkterapeutisk praksis (hjelpemidler, opptak, redigering, plateproduksjon, nettbrett, apper, osv.)
- 6) 15 t Terapiprosess, relasjon og terapeutiske endringsmekanismer (musikalske og mellommenneskelige relasjoner, samtaleøvelser, osv.)
- 7) 15 t Kartlegging/utredning, evaluering og dokumentasjon (kartlegging av ressurser og problem, tilbakemeldingsredskap, osv.)
- 8) 15 t Samarbeid, oppfølging og samhandling (tverrprofesjonelt arbeid, arbeid på systemnivå, faglig ansvar, osv.).

Dette er altså bare et foreløpig og uferdig forslag. Kursene må utvikles slik at de *balanserer kandidatenes behov for praktisk orientert kompetanse og kunnskap* om teoretiske og forskningsbaserte tema. Utvalget anbefaler at en ved utarbeiding av studieplan ser nærmere på muligheter for å lage kontinuitet i utvikling av praktisk orienterte kompetanseområder, inkludert veiledning. Videre anbefaler utvalget at tema som *kjønn, kultur og ulikheter i helse* vurderes gjennom heile studieforløpet, og også gis spesiell plass når temaet menneskerettigheter tas opp.

6.7 Valgfrie fordypningskurs

60 t sjølvalgte kurs innen kandidatens fordypningsområde. Nærmere regler må utarbeides om hvilke kurs som kan godkjennes. For å unngå at kursopplegget blir fragmentert og/eller tilfeldig, anbefaler utvalget at kandidaten legger fram en kursplan som skal godkjennes faglig.

Aktuelle kurstilbud kan f.eks. være:

- Etter- og videreutdanningstilbud i musikkterapi (etablert av partene i firepartssamarbeidet eller av andre aktører, som f.eks. GIM-foreninger)
- Relevante tverrfaglige etter- og videreutdanningstilbud, f.eks. i veiledning, gruppe-terapi, mentaliseringsbasert terapi, motiverende intervju, osv.
- Relevante konferanser, som nasjonale og internasjonale musikkterapikonferanser, tverrfaglige konferanser innen psykisk helse og rus, POLYFON-konferansen, osv.

Utvalget vil foreslå at en i utgangspunktet tenker tverrfaglig og fleksibelt om dette, slik at en sikrer muligheter for at musikkterapeutspesialistene kan hente faglige impulser fra ulike hold. Samtidig må det fleksibiliteten være innen visse rammer, for å sikre faglig relevans.

6.8 Skriftlig arbeid over eget valgt tema

De fleste spesialistutdanninger har et avgrensa men sjølstendig skriftlig arbeid som avsluttende prøve. Utvalget foreslår at dette skal gjelde også for en spesialistutdanning i musikkterapi, psykisk helse og rus. Arbeidet kan vurderes til Bestått/Ikke bestått, gradert karakterer kan vurderes. Dette er noe en kan ta stilling til i forbindelse med utarbeiding av studieplan.

Det skriftlige arbeidet bør være klart praksisrelevant. Det kan f.eks. være et essay der diskusjon av eksempler og erfaringer fra praksis inngår. Gitt at den praktiske siden av musikkterapifaget har kroppslige og materielle dimensjoner, bør det også åpnes for kunstorienterte tekster og arbeider⁴². Det bør også være mulig å skrive praksisrelevante forskingsartikler, men utvalget vil understreke at en spesialistutdanning skal være praksisnær og praksisrelevant, slik at en bør unngå å etablere en kultur der det forventes at det skriftlige arbeidet er en forskingsartikkel.

Gitt av spesialistutdanning først og fremst skal kvalifisere for faglig solid praksis innen ulike tjenester i Norge, foreslår utvalget at de skriftlige arbeidene fortrinnsvis skrives på norsk, sjøl

⁴² Et samarbeid mellom de musikkterapeutiske og de utøvende miljøene ved Griegakademiet og Musikkhøgskolen vil her trolig være veldig fruktbart.

om det bør være åpning for å kunne søke om å skrive på engelsk. Slik vil spesialistutdanninga kunne bidra til å videreutvikle et norsk fagspråk og en norsk faglitteratur i musikkterapi. Dette er vesentlig i en tid der forskingsmiljøene i all hovedsak publiserer på engelsk.

6.9 Arbeidsmåter, vurdering og vedlikeholdskrav

Arbeidsmåter

Med utgangspunkt i erfaringene med og evalueringene av tidligere etterutdanningskurs (se pkt. 2.5), vil det være tjenlig å balansere mengden undervisning gjennomført av fagpersoner med musikkterapiekspertise og av fagpersoner med ekspertise innen tilgrensende fagfelt.

I tillegg vil spesialistutdanning være en viktig arena for utveksling av kompetanse og erfaring kandidatene imellom, så utvalget tilrår at det på hver samling settes av tid til kandidatframlegg, f.eks. med fokus på metodikk, praksiserfaringer og/eller mer teoretiske problemstillinger knytta til kandidatens sjølstendige skriftlige arbeid.

Kandidatframlegg og diskusjoner blir også en god arena for å arbeide med kulturutfordringer i profesjonen, der vi i pkt. 2.8. pekte på fire eksempler, nemlig i) en *balansert musiker-terapeutkultur*, ii) en *veiledningskultur*, iii) en *kompetansekultur*, og iv) en *likestillingskultur*. Innafor psykisk helse og rus vil kjønnsfordeling og -roller kunne være én slik likestillingsutfordring i dag, der det innen noen praksisområder er en overvekt av kvinnelige musikkterapeuter og på andre er en overvekt av menn. Det livsløpsperspektivet som ligger til grunn for utforming av det foreslåtte spesialiseringstilbudet, gjør at det ikke er urealistisk å vente seg en rimelig god kjønnsbalanse i kandidatkullene, samtidig som dette sikkert vil variere fra kull til kull. Uansett forelesinger, litteraturstudier, kandidatframlegg og diskusjoner gi muligheter til å arbeide med tema som kjønn, kultur og ulikheter i helse.

Vurdering

Vurdering vil i hovedsak være knytta til gjennomføring av de arbeidskrav som ble definert i kapittel 5 (5 årsverk praksis som musikkterapeut, 192 timer veiledning av praksis, 240 timer kurs og et godkjent skriftlig arbeid).

I tillegg kan en i arbeidet med studieplaner vurdere å legge inn mer spesifikke arbeidskrav, f.eks. knytta til kandidatframlegg (se over) og aktivitet på digital læringsplattform.

Vedlikeholdsaktivitet

Dersom en får etablert en spesialistutdanning, vil det også være naturlig å vurdere om det skal etableres en ordning med krav til jevnlig vedlikehold av kompetanse. Utvalget meiner at det vil være naturlig, for å sikre at kompetansen ikke foreldes. Her kan vi hente impulser fra andre profesjoner og fra land der musikkterapiprofesjonen alt har etablert slike ordninger (se pkt. 2.6). Noen elementer som (i et omfang som må spesifiseres nærmere) kunne godkjennes som vedlikehold etter spesialisering kunne for eksempel være:

- Egenterapi, mottatt veiledning, og deltaking i grupper med kollegabasert veiledning
- Deltaking og presentasjon på regionale, nasjonale og internasjonale konferanser
- Forskeropplæring og andre etter- og videreutdanningskurs
- Publisering
- Undervisning og veiledning av masterstudenter i musikkterapi.

Kravenes omfang, samt prosedyrer for godkjenning av vedlikeholdsaktivitet, må vurderes nærmere, der en må se på hva som best fremmer profesjonalitet, fag- og tjenesteutvikling.

7 Etterspørsel, behov og fagpolitiske konsekvenser

Notatet som skisserer utvalgets mandat er konkret på at behov og etterspørsel, fagpolitiske konsekvenser, samt ressursforvaltning og faglige ressurser skal utredes (se pkt. 1.2). Utvalgets for forståelse, som er videreutvikla i løpet av utredningsprosessen, er at et økologisk perspektiv på utviklingsprosessene vil gi en god tilnærming til arbeidet med denne type spørsmål (se pkt. 3.2). For å si det på en annen måte, å etablere en spesialistutdanning kan etter utvalgets vurdering ikke utelukkende forstås som respons på behov og etterspørsel, men må også forstås som en *handling* som tar sikte på endring i profesjonens *utviklingsøkologi*. Når et nytt utdanningstilbud skal bygges opp, vil noen forutsetninger være til stede mens andre kanskje bare delvis er til stede og må videreutvikles i prosessen. I dette konkrete tilfellet vil forutsetninger være til stede når det gjelder de faglige behov som er skapt av nasjonale faglige føringer, mens lokal etterspørsel og finansiering etter alt å dømme må bygges steg for steg. I dette kapitlet belyses slike «utviklingsspiraler», med fokus på etterspørsel, behov og konsekvenser, mens dette følges opp med konkrete anbefalinger i kapittel 8, der hensynet til utdanningsinstitusjonenes og tjenestenes behov for å ha kontroll på ressursforvaltning og faglige ressurser også inkorporeres.

Når vi kommer til temaet fagpolitiske konsekvenser, tar utvalget det forbehold at konsekvenser av en handling ikke fullt ut lar seg utrede på forhånd, i og med at disse både er avhengige av de videre valg gjort i firepartssamarbeidet for musikkterapi, og – ikke minst – av hvilken respons som vil komme fra brukere, fagmiljø, tjenester og myndigheter. Utvalget velger derfor å drøfte noen mulige og sannsynlige konsekvenser. Vi bruker aktuelle begrunnelser for å etablere en spesialistutdanning (se pkt. 4.1) som grunnlag for disposisjon av denne diskusjonen: brukernes behov for bedre tjenester, profesjonsutøverenes behov for kompetanse og karriereveger, profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon, samt tjenestene og samfunnets behov for kvalitet og innovasjon.

7.1 Rekrutteringsgrunnlag: interesse blant norske musikkterapeuter

Utvalget har henta informasjon fra fire kilder som kan si noe om sannsynlig rekrutteringsgrunnlag, nemlig erfaringene med tidligere gjennomførte etterutdanningstilbud i perioden 2015-2017, funnene i Marte Sortland Halås (2019) sin masteroppgave, en uformell Facebook-undersøkelse som utvalget gjennomførte høsten 2019 og en fokusgruppesamtale med musikkterapeuter med stillinger innen psykisk helse- og rusfeltet i kunnskapsklynga POLYFON. Vi beskriver informasjonen fra disse kildene etter tur, og gir så en samla vurdering:

Interesse indikert av erfaringene med etterutdanning i psykisk helse og rus

Som beskrevet i pkt. 2.5, gjennomførte GAMUT i perioden 2015-2017 ulike etterutdanningskurs innen musikkterapi, psykisk helse og rus. Disse var finansiert av Helsedirektoratet. Kursene ble dels gjennomført som enkeltstående kursdager, dels som sammenhengende forløp med 3 + 2 kursdager med noen måneders mellomrom og arbeidskrav mellom samlingene. Interessen for kursene var god, med heilt opp i 27 deltakere fra hele landet på noen kurs, og nede i 10-12 deltakere på mer regionale enkeltkurs. Det er interessant å merke seg at det var de mest omfattende kursopplegga, med et forløp og med arbeidsoppgaver mellom samlingene, som rekrutterte best. Bak organiseringa av disse etterutdanningskursene lå et ønske om å prøve ut arbeidsmåter som kunne bli aktuelle i en eventuell framtidig spesialistutdanning.

Interesse for etterutdanning – funn i Halås sin masteroppgave

I pkt. 2.3 har vi med utgangspunkt i Halås (2019) sin masteroppgave beskrevet nåværende praksis- og tjenestekontekst for norsk musikkterapi. Undersøkelsen inneholder også spørsmål om

etterutdanning og interesse for mer etterutdanning⁴³. 47% av musikkterapeutene svarer at de har tatt en eller annen form for etterutdanning som de vurderer som relevant for arbeidet sitt. Kurs i musikkterapi, psykisk helse og rus, musikkterapi i eldreomsorg og Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) er de tilbudene som blir nevnt av flest informanter.

De fleste informantene som hadde tatt etterutdanning og/eller videreutdanning svarer at de har gjort det utfra egen faglig interesse. På spørsmålet om de ønsker etterutdanning, svarer 34 % «ja», 47 % «kanskje» og 19 % «nei». De konkrete ønskene som blir nevnt flest ganger er etterutdanning innen veiledning, og spesialistutdanning innen rusomsorg, psykisk helse, eldreomsorg og barn og unges oppvekst.

Halås sin masteroppgave vil i seg sjøl være en god indikasjon på at et rekrutteringsgrunnlag er til stede, i alle fall for de to-tre første opptakene til en spesialistutdanning. Som vi kommer tilbake til, vil stabil rekruttering over tid være avhengig av en videre utvikling av utdanningskapasitet og implementering i tjenestene.

Når rekrutteringsgrunnlaget skal vurderes, mener utvalget at det ikke bare er viktig å vite hvor mange som kan tenke seg å søke, men også *hvorfor* praktiserende musikkterapeuter tenker at en spesialistutdanning vil ha noe for seg. Utvalget har gjennomført en Facebook- og fokusgruppeundersøkelse for å finne ut mer om denne kvalitative dimensjonen.

Hvorfor spesialistutdanning – funn i en uformell Facebook-undersøkelse

Som en del av utredningsprosessen, la Hans Petter Solli i oktober 2019 ut et innlegg med en uformell spørreundersøkelse på den lukka Facebook-sida «Musikkterapeuter i psykisk helse- og rusfeltet», som per oktober 2019 hadde 183 medlemmer. Etter en kort informasjon om utvalgets mandat og de rammer utvalget har foreslått i kapittel 5, ble fire spørsmål stilt. I løpet av oktober/november kom 15 svar inn, se boks 7.1⁴⁴.

Boks 7.1: Respons på uformell Facebook-undersøkelse oktober/november 2019

Respons: 15 mottatte svar på epost.

Spørsmål 1: Hvor stort er ditt behov for mer utdanning i musikkterapi på en skala fra en 1-5, der 1 er ingen og 5 er svært mye?

Svar: Snitt på 4,0 (alle mellom 3-5)

Spørsmål 2: Hvis det ble satt i gang en spesialistutdanning for musikkterapeuter innen ditt praksisfelt i Norge, ville du søkt på denne?

Svar: 93% ja (1 av 14 svarer at hen er usikker)

Spørsmål 3: Hvilke tema/emner ville være viktig for deg på en eventuell spesialistutdanning?

Utvalgte svar: *Teori:* recovery og brukermedvirkning, traumeperspektivet, kunnskap om ulike diagnoser, nevrobiologi, psykologi, diagnoser og diagnostisering, mellommenneskelige/psykologiske prosesser, ulike terapeutiske tilnærminger (som mentaliserings-

⁴³ Halås (2019) bruker «etterutdanning» som paraplybegrep, mens en ofte skiller mellom etterutdanning og videreutdanning (se pkt. 1.3). Som Halås & Fuhr (2019) peker på, kan derfor noen av informantene har misforstått spørsmålet. I tilfelle er det sannsynlig at interessen for kompetansegivende utdanning er underrapportert.

⁴⁴ Utvalget vet ikke hvor mange som har sett Facebook-posten, så det er vanskelig å stipulere en svarprosent.

basert terapi, emosjonsfokusert terapi, kognitiv terapi, traumeinformert terapi), samfunns- og deltakingsperspektivet, økologisk tenkning, å jobbe på systemplan (i organisasjon/ulike nivå),

Metodikk: relasjonelt arbeid, rollespill, samtalen i musikkterapi, rusbehandling, voldsrisiko, stemmebruk/pust/kropp, diagnosespesifikke og fasespesifikke intervensjoner, sangskrivning, improvisasjon, ulike terapeutiske tilnærminger (som mentaliseringsbasert terapi, emosjonsfokusert terapi, kognitiv terapi, traumeinformert terapi), ulike musikalske tilnærminger, hvordan legge opp systematiske terapiforløp, GIM.

Profesjonskunnskap: tverrfaglig samarbeid, utredning, kartlegging, journalskriving, henvisning, prosedyrekoding, ulike nivå og samarbeidspartnere i tjenestene, styrke identiteten som musikkterapeut, heilhetlig tenking iht. å etablere kommunale tilbud og ettervernstilbud på eget felt, refleksjoner rundt musikkterapeutens rolle i den medisinske kontekst (blir vi farga av konteksten på bekostning av eget fag?)

Verktøy: Feedback-verktøy; GAF, utredningsverktøy.

Etikk: Ethiske hensyn i musikkterapi (musikkterapeuten som terapeut, bandmedlem, venn o.l.).

Forskning: Effektforskning, forskning på ulike diagnoser, økologisk tenkning.

Veiledning: Hvordan veilede anna helsepersonell og musikkterapistudenter, egenomsorg, egenerapi med musikkterapeut.

Spørsmål 4: Andre kommentarer?

Utvalgte svar: «Det er helt klart noe jeg kunne tenke meg, og jeg tror det er et stort behov der ute. Jeg tenker at nettopp behovene og kravene til en musikkterapeut forandrer seg fra den gang man tok utdanningen, og det er bra å få den oppdatert og spesialisert.»

«Videreføre de holdningene vi allerede har i norsk musikkterapi.»

«En spesialistutdanning kan fylle på og styrke et allerede godt grunnlag.»

«Ettersom arbeidserfaring øker, så lærer man jo mer av både arbeidet, kollegaer, kurs og ikke minst brukerne selv, men jeg kjenner at gjerne skulle hatt en enda større ballast på å jobbe musikkterapeutisk i dybden på f.eks. traumer, eller kunne mer om andre temaer».

«... vi skal kunne mer teoretisk om målgruppen, men det viktigste må bli at vi blir spesialister på å praktisk utføre musikkterapi; bevare MUSIKKterapien og styrke vår fagidentitet på at det vi driver med og å kunne reflektere faglig enda bedre»

«Jeg er veldig for kompetanseheving og kanskje mer standardiserte krav eller forventninger til praksisutøvelse.»

«Jeg lurer på om det er tatt høyde for gjennomføringsgrunnlaget dersom man f.eks. skulle ha behov for en lengre permisjon fra jobben eller at man bytter arbeidsplass underveis i studieperioden.»

«Ut ifra min erfaring i spesialisthelsetjenesten, er jeg usikker på om spesialisering tjener musikkterapien sin sak, altså om det gir *inntrykk* av en kompetanse som vi ikke har eller vil ha.»

«... med spesialisering vil det være naturlig å tenke at musikkterapeutene tar behandlingsansvar. Jeg er ikke imot dette p.g.a. faglig identitet eller profil, men heller fordi jeg opplever at vi ikke har grunnkompetansen som trengs.»

«Veldig glad for at dykk planlegg ei spesialistutdanning!»

«Viktig for meg at innhaldet i kurset kunne omsetjast til mest mogleg konkret praksis.»

«Eg trur me som musikkterapeutar kan verte endå meir verdifulle for institusjonen dersom me evne å sette vår eigen praksis i ein heilheitleg kontekst i større grad (...) Dersom ein veit meir om korleis ein psykolog eller ein treningsterapeut jobbar, så kan ein kanskje også utvikle sin eigen praksis på ein endå betre måte.»

Hvorfor spesialistutdanning – fokusgruppe med musikkterapeuter i Bergens-regionen

11. november 2019 gjennomførte Brynjulf Stige en fokusgruppe med et fagnettverk for musikkterapeuter innen psykisk helse og rus i Bergensregionen. 13 musikkterapeuter med ansettelse i spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester, barnevernet eller ideelle lavterskel- tilbud deltok. Av disse 13, hadde 2 også svart på Facebook-undersøkelsen vi referer over. Tekstboks 7.2 sammenfatter innspillene som kom fra dette fagnettverket:

Boks 7.2: Innspill fra et fagnettverk av musikkterapeuter i Bergensregionen, november 2019

De fleste medlemmene i fagnettverket gav uttrykk for en positiv eller veldig positiv holdning til forslaget om å etablere en spesialistutdanning for musikkterapeuter, studieretning psykisk helse og rus. Ingen argumenterte mot forslaget.

Fagnettverkets medlemmer så stort sett positivt på de foreslåtte rammer for en spesialistutdanning. Noen av medlemmene i fagnettverket var opptatt av at opptaksreglementet til en spesialistutdanning bør utformes slik at det ikke ekskluderer musikkterapeuter med den gamle toårige videreutdanninga i musikkterapi.

Nettverkets medlemmer hadde flere konkrete innspill til utvalgets skisse av en musikkterapi-spesialitet innen psykisk helse og rus (tidlig versjon av kapittel 6):

Mange var opptatt av at videre arbeid med studieplan bør fokusere på målsettinger som balanserer betydninga av kunnskap og ferdigheter knytta til tradisjonelle arbeidsoppgaver i spesialisthelsetjenesten og en fornying av disse oppgavene, der det bl.a. er ønskelig å legge vekt på ei heilhetlig tenking der helsefremmende arbeid har en stor plass

Flere var opptatt av at det må være en balanse mellom det praktiske og det teoretiske, at innholdet ikke bare blir «generelle teoretiske framstillinger», men at konkrete musikalsk-metodiske redskaper blir vektlagt, kartleggings- og evalueringsredskaper, osv.

Flere var opptatt av forholdet mellom masterutdanninga og spesialistutdanninga:

- i) innholdskomponenter i spesialistutdanninga bør være forberedt på masternivå,
- ii) kursa i spesialistutdanninga må ligge på et klart høyere nivå en kursa i masterutdanninga,
- iii) for å unngå å fylle spesialistutdanninga med alt for mange innholdskomponenter, bør det også vurderes om noen tema kan dekket bedre på masterutdanninga enn i dag (og kanskje bare der).

Mange mente at veiledning blir en sentral del av framtidens musikkterapirolle (veiledning av studenter, av andre profesjonsutøvere, av brukere og pårørende, osv.), og at styrking av veilederkompetanse bør mye tydeligere fram i den obligatoriske fordypningsdelen

Noen mente at konkrete terapeutiske utfordringer må få en tydelig plass i kurs innholdet, som gruppebehandling, samtalens plass i musikkterapi, osv.

Noen var opptatt av at veiledning av video fra egen praksis, med vekt på mikroprosesser i det terapeutiske samspillet, må få en tydelig omtale

Om profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon: Mange var opptatt av eventuelle konsekvenser for profesjonsrolle. Det var likevel enighet om at slike konsekvenser vil være avhengig av rammer

og tradisjoner i de enkelte organisasjoner som musikkterapeutene arbeider i. Forventninger fra systemet om at musikkterapeuten tar et delegert behandlings-/pasientansvar ble nevnt som et eksempel, der de fleste mente at disse forventningene *i varierende grad* vil kunne komme uansett, og at spesialistutdanning kanskje først og fremst får betydning for musikkterapeutens kompetanse i møte med slike forventninger, samt kompetanse til å utforme arbeidet i tråd med egen fagtradisjon.

Om rekrutteringsgrunnlag, kullstørrelse og opptaksfrekvens: Flere av fagnettverkets medlemmer var opptatt av at det er et stort behov for spesialistutdanning, slik at det trolig vil bli stor etterspørsel blant musikkterapeuter, dersom arbeidsgivere støtter opp om dette:

Noen uttrykte bekymring for at 16-20 kandidater er lav kullstørrelse i forhold til behovet.

Noen uttrykte også bekymring for at det er for lenge å vente fire år til andre opptak, ikke minst for de som ikke kommer inn i første opptak og må vente på neste⁴⁵.

Andre forhold:

Mange var opptatt av at opptakskriterium må spesifiseres.

Flere var også opptatt av verdien av vedlikeholdsaktivitet og foreslo at dette ble spesifisert ytterligere.

Utvalgets vurdering av rekrutteringsgrunnlaget

Dersom vi sammenholder de innspillene som utvalget har samla inn i utredningsprosessen med erfaringene fra tidligere etterutdanningstilbud, samt Halås (2019) sin undersøkelse, er det totale bildet tydelig. Blant musikkterapeutene som arbeider innen psykisk helse og rus, vil mange være interessert i en spesialistutdanning. Det er et videre et stort engasjement rundt spørsmål som *hvorfor* spesialistutdanning og *hvordan* denne skal utformes. Utvalget legger her vekt på kvaliteten i de konkrete innspill som er kommet. Det er tydelig at mange har gjort seg erfaringer som har stimulert til refleksjon over hva en spesialistutdanning kan og bør være.

Utvalget holder det derfor som svært sannsynlig at det vil være mer enn nok søkere til både første og andre opptak, med den kullstørrelse og opptaksfrekvens vi foreslår i pkt. 8.1. Videre utvikling vil være avhengig av en rekke faktorer. Med dagens kapasitet, utdannes det i underkant av 30 musikkterapeuter årlig i Norge. Et grovt anslag kan være at ca. 25 % av disse i de kommende år vil kunne få stillinger innen psykisk helse og rus (i f.eks. ideelle lavterskeltilbud, kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorg). Utvalget antar også at interessen for spesialistutdanning vil øke etter hvert, når spesialistutdanningstilbudet konkret eksisterer og en kultur for denne type kompetansehevende tiltak utvikles i profesjonen. Mange av stillingene for musikkterapeuter innen psykisk helse og rus er nye, og de fleste musikkterapeutene i feltet er «unge og entusiastiske». Det er da sannsynlig at behovet for og ønsket om faglige utviklingsmuligheter og karriereveger er noe som vil øke på etter hvert som utfordringer og muligheter blir mer tydelige⁴⁶.

Samla sett er utvalgets vurdering at det er sannsynlig at det vil være tilstrekkelig etterspørsel etter spesialistutdanning over tid, slik at utdanningsinstitusjonene med rimelig sikkerhet kan

⁴⁵ På dette tidspunktet var utvalgets forslag at en skulle vurdere å vente med opptak av kull 2 til de 4 åra med praksisveiledning var gjennomført for kull 1. På bakgrunn av dette og andre innspill, samt en vurdering av veiledersituasjonen, er utvalgets reviderte vurdering at opptak av kull 2 bør komme etter 2 år (se kapittel 8).

⁴⁶ Noe interesse fra svenske og danske musikkterapeuter er også tenkelig. Utvalget har ikke hatt mulighet til å kartlegge dette, men antar at rekruttering hovedsakelig vil være nasjonal til fulle spesialiseringløp, men at det er muligheter for skandinavisk rekruttering til de spesialistkursene som samtidig annonseres som åpne etter- og videreutdanningskurs (se pkt. 5.4 og 7.4).

etablere et spesialistutdanningsprogram⁴⁷. Utvalget forutsetter da at fag og profesjon fortsetter å utvikle seg på en god måte, slik det har vært siden tusenårsskiftet, og at en parallelt arbeider med å øke nasjonal utdanningskapasitet på masternivå. Utvalgets vurdering er dessuten at oppbygging av ei spesialistutdanning ikke bare forutsetter – men også vil stimulere – ei slik utvikling (jf. pkt. 2.7 og 2.8, der spesialistutdanningenes betydning for lege- og psykologprofesjonenes vekst og faglige utvikling beskrives).

Utvalgets anbefaling er derfor at en spesialistutdanning etableres så fort som praktisk mulig, for å stimulere utvikling av en økologi der fag, tjenester og etterspørsel etter spesialistkompetanse kan bygges parallelt. Samtidig vil sjølsagt alle være tjent med at en sikrer seg mot at tilbudet overstiger etterspørselen. Det kan derfor være tjenlig å begynne i relativt liten skala, med kun én spesialitet, moderat kullstørrelse og uten årlige opptak de første åra. I kapittel 8 vil vi presentere konkrete anbefalinger om hvordan dette kan gjøres.

7.2 Behov forstått i et utviklingsøkologisk perspektiv

Som beskrivelsen av konkurransesituasjonen (pkt. 2.4) indikerer, og også beskrivelsen av profesjonens utfordringer med å komme «over terskelen» for systematisk implementering i et statlig regulert helsesystem (kapittel 3), er musikkterapiprofesjonens situasjon i Norge i dag tve-tydig. Profesjonen er i det som vi i kapittel 3 kalte en «mellomsituasjon»: nasjonale myndigheter har begynt å anbefale musikkterapeutiske tjenester, uten at det foreløpig er etablert effektive tiltak som kan sikre nasjonal implementering.

Som vi har argumentert for i kapittel 2 og 3, tyder derfor mye på at faget er inne i en fase der det blir avgjørende å arbeide aktivt for å styrke profesjonen. Vi har argumentert for at musikkterapeutene slik sett er i en situasjon som kan likne psykologenes situasjon i 1958: Sjøl om tjenestene og myndighetene ikke konkret har etterspurt spesialistutdanninger, kan dette være et godt grep for å sikre kvalitet og tilgjengelighet. Nå er dagens samfunn sjølsagt mye mer regulert enn slik det var på slutten av femtitallet, men det er fortsatt slik at det bare er legene og tannlegene som har myndighetsgodkjente spesialistutdanninger. Psykologer og mange andre helseprofesjoner har fagforeningsgodkjente spesialistutdanninger, der disse inngår i profesjonenes arbeid med å tilby kvalitet og å gjøre seg relevante for tjenester og samfunn. Utvalgets vurdering er at denne type entreprenørskap er nødvendig for musikkterapiprofesjonen i dag.

Kapittel 5 og 6 skisserer rammer og innhold i en spesialistutdanning som kan gi musikkterapeutene faglig tyngde i egen praksis og tydeligere forutsetninger for å veilede og støtte ulike aktører som arbeider med helserelaterte musikkpraksiser, *samtidig* som en samfunnsbevisst profesjonsetikk med et kritisk perspektiv på profesjoners ulike roller i samfunnet ivaretas.

Som vi argumenterte for i pkt. 3.2, må videre arbeid med dette også støttes av relevante teori-perspektiv. Et slikt er *kritisk profesjonsøkologi*, som vi vurderer som kompatibelt med den musikk- og brukerorienterte norske musikkterapi-tradisjonen. I dette perspektivet står profesjonens ansvar og rolle i det samfunnet den er en del av sentralt (Miller, Dalli og Urban, 2012). Sjøl om det teoretiske perspektivet ikke var på plass den gangen, er ikke norsk musikkterapi ukjent med den typen økologiske utviklingsprosesser vi peker på. Etableringa av utdanningene i 1978 og 1988 kom ikke fordi det var en konkret etterspørsel etter musikkterapi i tjenestene, men fordi nasjonale og internasjonale utviklingstendenser indikerte et faglig begrunna behov, både på individ- og samfunnsnivå. Sannsynligheten ble derfor ansett som stor for at en etterspørsel ville utvikles over tid, når kompetansen ble tilgjengelig i samfunnet. Etter

⁴⁷ Utvalget antar at godt samarbeid med myndigheter og tjenester om finansiering vil være en vel så avgjørende faktor i videre prosess, noe vi kommer tilbake til i kapittel 8.

en forsiktig start, har dette utvikla seg til et fag med tyngde og en profesjon som i økende grad møtes med interesse og respekt (kapittel 2).

Utvalgets vurdering er at en liknende utviklingsspiral er sannsynlig også denne gangen, samtidig som vi anerkjenner at både utdanningsinstitusjonene og tjenestene vil ha behov for at det er noen «lineære innslag» i denne systemorienterte logikken. For å si det enklere: Utvalget ser behovet for entreprenørskap der en bygger infrastruktur for vekst og ikke bare responderer på en konkret etterspørsel. Samtidig må vi ta inn over oss at de sentralt definerte økonomiske premisser som utdanningsinstitusjonene og tjenestene i stor grad styres av, bygger på en mer lineær logikk, der f.eks. utdanningsinstitusjonene må ha en rimelig sikkerhet når det gjelder rekruttering av kandidater for å kunne initiere et nytt program, jf. pkt.7.1

Tilsvarende blir det viktig å sikre seg at det finnes tilstrekkelig betalingsvilje i tjenestene. Er musikkterapeutenes kompetanse viktig og attraktiv nok for helsevesenet til at en faktisk vil gå inn og betale for frikjøp, kurs og veiledning? I kapittel 8 kommer vi tilbake til forslag om hvordan det kan arbeides med å finne svar på dette spørsmålet. Her vil vi peke på noen erfaringer fra kunnskapsklynga POLYFON, med forankring i Vestlands-regionen og med nasjonale og internasjonale samarbeidsrelasjoner. Samarbeidet i klynga har bl.a. bidratt til at Haukeland universitetssjukehus har vedtatt å implementere musikkterapi på alle sine klinikker i psykisk helsevern, samtidig som bl.a. Bergen kommune har begynt planprosesser som skriver musikkterapi systematisk inn i tjenestene (POLYFON, 2018). Dette er derfor den regionen der det er størst grunn til å forvente en utviklingsøkologi der tjenestene allerede har nok erfaring med musikkterapi til å kunne vurdere relevansen av og behovet for spesialistutdanning. Utvalget merker seg derfor at spørsmålet om spesialistutdanning flere ganger har vært diskutert på konferanser og styringsgruppemøter i POLYFON siden 2015, og at dette i stor grad har skjedd på initiativ fra ledere i tjenestene.

Til en viss grad kan altså tjenestenes behov for musikkterapeutisk spesialistkompetanse allerede forstås som *etterspørsel*, men bildet er ikke entydig, og i det følgende vil vi forstå behov også i betydninga *nødvendighet* i en faglig utviklingsprosess relatert til et samfunnsoppdrag.

7.3 Brukernes behov for bedre tjenester

Musikkterapi har dokumentert effekt på noen områder der mer etablerte tilnærminger som medisin og samtalerapi har det i mindre grad (jf. f.eks. effekten av musikkterapi når det gjelder negative symptomer hos personer med psykoselidelser). Anbefalingene i nasjonale retningslinjer indikerer også musikkterapiens relevans i arbeidet med å styrke brukermedvirkning og recovery-orienterte tjenester. Videre viser brukerundersøkelser fra norsk kontekst at musikkterapi kan oppleves som en viktig støtte i brukernes arbeid med å utvikle mestringsstrategier i hverdag og lokalsamfunn.

Mulighetene i en spesialistutdanning ligger i at musikkterapeutenes faglige profil styrkes ytterligere, og at musikkterapeutene kan få viktigere roller i aktuelle institusjoner og kommuner, slik at musikkterapeutenes hybride profil får en større mulighet til å samvirke med og påvirke den overordna organisasjonskulturen i tjenestene. Utvalget vektlegger også at en spesialistutdanning vil styrke og tydeliggjøre musikkterapeutenes faglige profil, slik at brukernes risiko for å bli utsatt for ukyndig praksis og skade reduseres (se også pkt. 7.5).

En risiko knytta til det å etablere en spesialistutdanning for musikkterapi kan være at den faglige profilen dreies i mer biomedisinsk retning, innfor ramma av etablert behandlingsskiltur. I tilfelle ville musikkterapeutenes faglige egenart og profil vannes ut, og det er ikke da gitt at brukerne opplever at de får bedre tjenester. Noen av innspillene referert i pkt. 7.1, indikerer da også at flere musikkterapeuter er opptatt av dette.

Utvalgets vurdering er at det neppe er gitt at et økt kompetansenivå øker risikoen for å miste egenart og faglig profil, snarere tvert om. Utvalget meiner f.eks. at endringene i perioden 2001-2004, da musikkterapi gikk fra å være en toårig videreutdanning til å bli et masterstudium, styrka fagets egenart og profil, fordi endringa gav bedre vilkår for å utvikle praksisundervisning i et lengre studieløp, samt en egen forskningstradisjon og rom for undervisning på høgt refleksjonsnivå. Tilsvarende har etablering av ph.d.-utdanning bidratt til at vi har fått flere forskingsarbeid som utdruper og videreutvikler musikkterapiens verdigrunnlag og faglige profil.

Når ett mål med etablering av en spesialistutdanning er å gjøre musikkterapi mer relevant for tjenestene, må risikoen for at økt anerkjennelse også vil føre til økt regulering likevel vurderes, særlig dersom slik regulering kan være i et spenningsforhold til profesjonens faglige profil og brukernes ønsker (se pkt. 7.4 om konsekvenser for profesjonsrolle).

Utvalget er uansett opptatt av at tiltak for å redusere den aktuelle risikoen blir vurdert løpende. Ett viktig tiltak vil være å sørge for at det blir lagt til rette for kvalitetssikring og følgeforskning, slik at erfaringer kan evalueres og aktuelle grep tas tidlig.

7.4 Profesjonsutøvernes behov for faglig utvikling og karriereveger

Konsekvenser for utviklingsmuligheter og karriereveger innen psykisk helse og rus

I dag er det ikke etablert noen systematiske tiltak for styrking av musikkterapeutisk profesjonskompetanse i Norge, verken når det gjelder etter- og videreutdanning eller veiledning. Når situasjonen i tillegg er slik at mange musikkterapeuter er den eneste innen sin profesjon på sin arbeidsplass, er dagens situasjon etter utvalgets vurdering særdeles krevende for den enkelte profesjonsutøver. Noen av mulighetene i en spesialistutdanning vil ligge i at musikkterapeutene får faglig påfyll og større trygghet i sin yrkesutøvelse, noe som både har potensial til å redusere risikoen for utbrenthet, forhindre en avskalling av musikkterapeuter i praksis, samt bidra til økt kvalitet og trivsel i arbeidet⁴⁸. I tillegg vil det etter utvalgets vurdering være et vesentlig moment at faglig ambisiøse musikkterapeuter får gode muligheter til å utvikle seg faglig, uten å måtte velge karriereveger som leder vekk fra praksis og arbeid med brukere, noe som *kan* skje ved et forskningsbasert karrierevalg. Dette anser vi som en meget viktig konsekvens av å etablere en spesialistutdanning. Vi så i pkt. 2.3 at en meget betydelig andel av de musikkterapeutene som er utdanna i Norge (nesten 50 %) *ikke* arbeider som musikkterapeuter i dag, men er rekruttert over i andre profesjoner eller funksjoner.

Utvalget kan ikke se at det er stor risiko for negative konsekvenser på dette området. Teoretisk sett kan en tenke seg at noen musikkterapeuter innen feltene psykisk helse og rus vil kjenne seg pressa til å ta en spesialistutdanning, fordi arbeidsgiver ønsker/trenger dette. Utvalget holder ikke dette som særlig sannsynlig, og vi er ikke kjent med at dette er noe stort problem innen de mer etablerte helseprofesjonene. Her foreslår utvalget derfor at en avventer med å foreslå tiltak til en eventuelt har informasjon som skulle tyde på at denne risikoen er større enn antatt.

Konsekvenser for musikkterapeutenes profesjonsrolle

Et motargument mot en spesialisering vil kunne være at musikkterapeutene kan måtte ta på seg oppgaver som gjør det vanskelig å arbeide musikk- og brukerorientert. Det ville i tilfelle være et viktig moment å vurdere nærmere.

Utvalgets vurdering er at det ikke automatisk vil følge spesifikke oppgaver med ei spesialistutdanning, da oppgaver er definert av profesjonstilhørighet, lovverk og retningslinjer, og til en viss grad også av lokale tradisjoner. Et «press fra systemet» – om vi kan bruke en slik beskrivelse

⁴⁸ Se f.eks. Gooding (2019) og Trondalen (2016a).

– vil først og fremst komme ved at musikkterapi blir integrert i tjenestene. Dette vil altså være en potensiell utfordring med eller uten spesialistutdanning. En parallell kan være musikkterapiens relativt ferske innpass i universitetssystemet. Dette systemet har også sine sterke føringer på yrkesrolle, der det f.eks. ikke bare forventes at de ansatte bidrar med forskning og undervisning, men også at de deltar i komiteer og utvalg og tar på seg andre mer administrative oppgaver som må til for å drive institusjonen. Det er dessuten en mengde produksjonskrav å forholde seg til, enten det er snakk om forventninger om publisering eller ekstern inntjening. Her må fagmiljøene heile tida balansere mellom egne faglige verdier og prioriteringer og systemets krav. Dette er viktige og vanskelige spørsmål å arbeide med, men de er ikke relatert til kompetansenivå på noen entydig måte.

Om vi går tilbake til en vurdering av musikkterapeutenes framtidige profesjonsrolle, er utvalgets vurdering at kommunepsykologene kan være en gruppe å sammenligne seg med. Kommunepsykologene arbeider gjerne i en norsk samfunnspsykologisk tradisjon, der en prøver å balansere prioritering av direkte arbeid på individnivå og indirekte arbeid på systemnivå. Å arbeide ressursorientert er en del av denne tradisjonen, der en ser på forhold rundt den enkelte person eller gruppe, med vekt på mestring og empowerment. I kontrast til situasjonen i mange land, der samfunnspsykologien i stor grad er et universitetsbasert korrektiv som i liten grad er integrert i tjenestene, har denne fagtradisjonen i Norge utvikla seg som en integrert del av tjenestene, som et «alternativ i posisjon», så å si. I denne prosessen (som ikke har vært uten dragkamper og kompromiss) har en utvidelse av psykologens spesialistutdanning til også å omfatte samfunnspsykologi stått sentralt (Schjødt & Skutle, 2013).

Utvalgets vurdering er at implementering av de nasjonale, faglige retningslinjene som anbefaler musikkterapi forutsetter en langt større integrasjon av musikkterapi i tjenestene enn det vi har i dag. I dette vil det ligge både muligheter og utfordringer når det gjelder videre arbeid med en profesjonsrolle. Aktiv innsats for å beholde og videreutvikle de viktigste kvalitetene i musikkterapiens tradisjon bør være en del av prosessen. Dette er etter utvalgets vurdering et viktig moment å ta med inn i det videre arbeidet med en spesialistutdanning for musikkterapeuter.

Konsekvenser for profesjonsutøverne innen *andre* arbeidsfelt enn psykisk helse og rus

For musikkterapeuter innen andre arbeidsfelt, vil etablering av en spesialitet innen psykisk helse og rus representere relativt få nye muligheter, på kort sikt. Noen muligheter vil det være, f.eks. dersom fellesemner og valgfrie fordypningsemner lyses ut som sjølstendige etter- eller videreutdanningskurs i tillegg til at de kan fungere som moduler i en spesialistutdanning. En risiko vil da være at disse gruppene føler at deres egne fagområder blir nedprioritert, noe som i tilfelle vil kunne være demotiverende. Med andre ord: Det er en fordel om langsiktige profesjonsutviklingsstrategier blir diskutert åpent i heile profesjonen.

Utvalget er opptatt av at den første musikkterapispesialiteten i størst mulig grad bør brukes for å løfte utviklinga av *heile* profesjonen. De viktigste tiltak her, etter utvalgets vurdering, er å etablere en felles forståelse av *og* felles innsats for at etablering av spesialistutdanning ikke blir et isolert initiativ, men del av en bred og samordna satsing for å bygge musikkterapi som profesjon. To eksempler: a) Dersom nasjonal utdanningskapasitet økes, vil rammevilkår for forskning innen ulike praksisområder styrkes, med muligheter for å også styrke de områdene som i første omfang ikke omfattes av et spesialistutdanningstilbud. b) Dersom en bygger opp spesialistutdanningstilbud der noen moduler samtidig er åpne etter- og videreutdanningskurs, vil en både bygge praksis og på sikt også bygge forutsetninger for en bredere kompetanseutviklingskultur i profesjonen, der det etter hvert også vil bli mulig å realisere flere spesialiteter.

7.5 Profesjonens behov for å styrke sin faglige posisjon

Konsekvenser for masterprogrammene utdanning av kompetente profesjonsutøvere

Et av de aller viktigste grunnlag for profesjonen er sjølsagt kvaliteten i grunnutdanningene. Utvalget finner det derfor relevant å se på aktuelle konsekvenser for masterprogrammene.

For masterprogrammene vil mulighetene ved at det etableres spesialistutdanning være flere, bl.a. ved at det bygges større fagmiljø, etableres en ny kontaktflate med tjenester og praksis, og utvikles veilederkompetanse som vil komme praksisopplæringa i musikkterapiutdanningene til gode. Vi vil utdjupe kort:

- **Fagmiljø:** Utvalget forutsetter at de nødvendige fagressursene knytta til spesialistutdanninga ikke realiseres gjennom frikjøp av sentrale lærerkrefter i masterprogrammene, men gjennom tilsetning i eksternt finansierte stillingsressurser.
- **Kontaktflate med tjenester og praksis:** For alle profesjonsutdanninger er det en utfordring å holde kontakten mellom praksis/tjenester og fagmiljøene ved utdanningsinstitusjonene så god og dynamisk som mulig. Ved etablering av spesialistutdanning vil en ny kontaktflate bygges, både med kandidater som har sitt virke i tjenestene og med aktuelle gjesteforelesere og veiledere.
- **Veilederkompetanse:** En spesialistutdanning vil utdanne dyktige fagpersoner med erfaring med og kompetanse i veiledning, noe som vil bli en ressurs for heile profesjonen, også for praksisopplæringa i grunnutdanningene i musikkterapi.

Et risikomoment vil være knytta til om det rent faktisk vil være mulig å bygge opp tilbudet med eksternt finansierte stillinger. Å realisere dette gjennom frikjøp kan lett tappe masterutdanningene faglig. En annen risiko vil være at det kan være en utfordring å finne nok veiledere til å veilede kandidatens praksis, sjøl om dette ser ut til å skulle være handterlig (se pkt. 8.3).

Utvalget vurderer det som viktig å handtere disse to risikomomentene. Tiltak her vil handle om å aktivt arbeide for at forutsetningene i strekpunkta over lar seg realisere. I kapittel 8 kommer vi tilbake med konkrete anbefalinger om hvordan eksterntfinansierte stillingsressurser og veiledningskapasitet kan realiseres.

Konsekvenser for implementering av musikkterapi

Som vi har beskrevet i tidligere kapitler, er musikkterapi i dag anbefalt i flere nasjonale retningslinjer, men foreløpig ikke implementert systematisk nasjonalt.

Med utgangspunkt i studier av andre profesjoners historie (se kapittel 2 og 3), anser utvalget det som svært sannsynlig at en mulighet ved etablering av spesialistutdanning vil være at tjenestenes anerkjennelse av og forståelse for musikkterapi vil øke. Det er derfor grunn til å tro at en spesialistutdanning vil fremme implementering av musikkterapi i tjenestene, og bidra til at kvaliteten i og tilgangen til musikkterapeutitjenester blir bedre. Det er også grunn til å tro at en spesialistutdanning vil gi musikkterapeutene en tydeligere leder- og veilederrolle for ulike profesjonsgrupper som har tatt etter- eller videreutdanning i bruk av musikk i miljøterapien. Arbeidsgruppa anser dette som sentralt, både med tanke på å sikre brukernes behov for kvalitet og kvalitetssikring, og med tanke på reelle muligheter for å argumentere for systematisk implementering. Dersom musikkterapeutene får en tydeligere kompetanse til også å arbeide «indirekte», med ledelse og veiledning og andre oppgaver på systemnivå, vil det være lettere for tjenestene å initiere implementering på områder der det er mange brukere, men få musikkterapeuter (demensfeltet er ett eksempel på dette).

En tenkbar risiko kan være at spesialistutdanningstilbud vil øke tjenestenes økonomiske utfordringer ved etablering av stillinger, både fordi kurs og veiledning vil koste og fordi spesialister vil måtte få uttelling i form av bedre lønn.

Utvalgets vurdering er at denne risikoen sannsynligvis nulles ut av de utviklingstendenser vi beskrev i kapittel 3: Både økonomisk og demografisk og teknologisk utvikling tilsier at det i de kommende år vil være en sterkt økende press på tjenester og velferdssamfunn. I denne situasjonen vil det uansett være vanskelig å tenke seg at det vil være noe særlig rom for å etablere musikkterapistillinger på toppen av de tjenester en strengt tatt må ha. Da hjelper det ikke at musikkterapi er en relativt rimelig tjeneste, og det er etter utvalgets vurdering mer sannsynlig at en spesialistutdanning vil redusere risikoen for å bli overflødig og komme bakpå: Det vil trolig være lettere for tjenestene å prioritere musikkterapeuter framfor andre profesjonsgrupper dersom kompetansen er gjort høgest mulig gjennom spesialistutdanning.

Som vi var inne på i kapittel 3, er både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester regulert av nasjonale føringer preget av produksjonskrav. Disse blir i økende grad opplevd som krevende å imøtekomme. Når musikkterapeuter ikke er definert som autorisert helseprofesjonell, vil det være vanskeligere å posisjonere seg i tjenestene, fordi musikkterapeutene i mindre grad kan bidra til å «avlaste systemet», sjøl om de rent faglig er en ny ressurs i systemet.

Implikasjoner for autorisasjonsspørsmålet

Situasjonen internasjonalt når det gjelder autorisasjon eller annen offentlig godkjenning av musikkterapi som helseprofesjon varierer en god del, både fordi systemene varierer og fordi faget og profesjonen har nådd ulike utviklingsnivå i ulike land. I europeisk sammenheng, er musikkterapi en beskyttet profesjonstittel i land som Storbritannia, Østerrike, Estland, Latvia og Litauen. Utvalget anser spørsmålet som viktig i norsk musikkterapi i dag, se kapittel 2 og 3.

I Norge har det vært arbeidet med spørsmålet om autorisasjon etter Lov om helsepersonell siden 2010. Dette blei opptakten til et systematisk samarbeid mellom partene i firepartssamarbeidet. I 2013 var det klart at en i første omgang ikke fikk gjennomslag i dette spørsmålet. Departementets begrunnelser var bl.a. at behovet for musikkterapi i helsetjenestene ikke var opplagt, at evidensgrunnlaget ikke var tydelig nok, og at skadepotensialet ikke var dokumentert⁴⁹.

Utvalget vil peke på at svært mye er endra etter 2010, da søknad om autorisasjon ble sendt. Behovet for musikkterapi er tydeliggjort av nasjonale retningslinjer, pakkeforløp og nasjonale samvalgsverktøy, og evidensgrunnlaget er vesentlig styrka. Skadepotensialet er vanskeligere å dokumentere, men publikasjoner som vurderer og diskuterer risiko for å gjøre skade i musikkterapeutisk praksis begynner å komme, og også debatter om risikoen for å bruke musikk på måter som forvirrer, invaderer eller manipulerer pasienter.⁵⁰ Enkelte studier viser også at brukernes egen musikkbruk i hverdagslivet noen ganger kan være uheldig eller skadelig for personens helse (Saarikallio, Gold & McFerran, 2015). Det er også en større bevissthet generelt i dag om skadepotensialet i psykososiale behandlingsmetoder (Flor & Kennair, 2019). Relevansen av en autorisasjon som kan sikre pasientene behandling og oppfølging av fagpersoner med tilstrekkelig kompetanse og profesjonsetikk, er derfor langt tydeligere enn i 2010.

Ny søknad er ikke sendt de siste åra. Partene i firepartssamarbeidet har konsentrert seg om å utvikle fag og profesjon. Når tida for en ny autorisasjonssøknad er der, vil grunnlaget være

⁴⁹ Det siste punktet handler da om at departementet ikke anså det som dokumentert at ukvalifisert personale vil kunne utøve praksis som er skadelig for pasientene.

⁵⁰ Se f.eks.: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/07/the-dangers-of-overestimating-music-therapy/374402/>

annerledes enn sist. Dersom vi sammenligner med historien til andre helseprofesjoner, er utvalgets vurdering at en spesialistutdanning klart vil øke mulighetene for å utvikle profesjonen på en måte som bygger grunnlag for autorisasjon.

Som vi kommer nærmere inn på i kapittel 8, vil musikkterapi trolig være tjent med å bruke en «kvalitetssikringsløype» som andre helseprofesjoner etter hvert har gått opp:

- 1) Etablering av spesialistutdanningstilbud med en «egengodkjenning»⁵¹ som gradvis anerkjennes av tjenestene
- 2) Autorisasjon (siden 1999 etter Lov om helsepersonell)
- 3) Myndighetsgodkjenning av spesialiteter og spesialistutdanningstilbud.

Musikkterapeutprofesjonen er etter utvalgets vurdering nå klar til å ta fatt på trinn 1, som del av forberedelsene til trinn 2. De fleste helseprofesjonene er på trinn 2 i dag, mens leger og tannleger representerer profesjonsgrupper som er på trinn 3⁵².

Noen vil framheve at en risiko ved autorisasjon vil være at det vil intensivere profesjonens konkurransesituasjon i forhold til andre helseprofesjoner. Andre vil framheve at det kan fremmedgjøre de profesjonsutøvere som ikke arbeider i helsevesenet. Utvalget vurderer den første risikoen som reell, samtidig som vår oppfatning er at konkurranse med andre profesjoner uansett vil være en del av musikkterapiens videre utvikling, dersom vi fortsetter å arbeide for at tilbudet skal bli en del av helsetjenestene (jf. kapittel 3). Da er det etter utvalgets vurdering viktig at dette skjer innen de rammene som blir definert av en autorisasjon. Når det gjelder den andre risikoen nevnt over, vil utvalget framheve at dette ikke ser ut til å være et uoverkommelig problem i andre profesjoner med en tilsvarende variasjon i sektortilknytning.

Samla sett ser derfor utvalget positivt på at det arbeides videre med autorisasjonsspørsmålet, der det vil være en stor mulighet for at en spesialistutdanning vil lette og styrke en slik prosess. Etter utvalgets vurdering, er manglende autorisasjon av musikkterapeuter per i dag altså mer en grunn til enn en hindring for å etablere en spesialistutdanning. Med tanke på de risikomomentene som alltid vil være til stede i denne type prosesser, anbefaler utvalget at prosessen følges nøye og at aktuelle tiltak settes inn ved behov.

Sjøl om en spesialistutdanning trolig i vesentlig grad vil styrke prosessen fram mot utarbeidelse av en autorisasjonssøknad, vil utvalget presisere at en spesialistutdanning vil ha egenverdi uavhengig av hvordan det går med eventuelle nye autorisasjonssøknader. Som vi har sett i kapittel 4, er det blant norske profesjoner utvikla flere spesialistutdanningstilbud i profesjoner som ikke er eller naturlig hører hjemme blant de autoriserte helseprofesjonene. Spesialiseringstilbud for lærere og sosionomer er eksempler på dette.

7.6 Samfunnets behov for kvalitetssikring og innovasjon

I kapittel 3 beskrev vi det som må anses som et betydelig behov for innovasjon i offentlig sektor de neste tiår, ikke minst innen helsetjenestene. Utvikling i demografi, teknologi og økonomi, samt klimautfordringer, er noe av det som vil drive dette. I denne situasjonen, meiner utvalget at det er verdt å merke seg de signal som ble gitt fra en samla kirke-, utdannings- og forskingskomité på Stortinget, i innstillinga til langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024 (se pkt. 3.7).

⁵¹ For de fleste profesjoner har dette vært en fagforeningsgodkjenning, i norsk musikkterapi tilfelle vil det sannsynligvis være en firepartsgodkjenning.

⁵² Etter det utvalget kjenner til, arbeider nå noen profesjoner (bl.a. fysioterapeuter, psykologer og sjukepleiere) med å komme i posisjon for trinn 3.

Som berørt i kapittel 3, pågår det både internasjonalt og her hjemme en debatt om behovet for nytenking når det gjelder helsetjenester innen psykisk helse og rus, der erfarne fagfolk argumenterer for en mer tverrfaglig, utadvendt og sosialt orientert spesialisthelsetjeneste. Debatten er sjølsagt langt mer kompleks enn det vi kan belyse i denne teksten. Det er neppe slik at den medisinske kunnskap og kompetanse mister sin relevans, snarere slik at den må suppleres og utfordres av andre perspektiv. Behovet for å styrke psykososiale tilnærminger som musikkterapi innen disse tjenestene er uansett aktualisert i betydelig grad de siste årene. Overdreven bruk av psykofarmaka kan være en av grunnene til at alvorlig psykisk syke mennesker lever ca. 20 år kortere enn befolkninga ellers (Lien, Huus & Morken, 2015; Lehmann, 2019). Undersøkelser viser også at mange pasienter opplever seg krenka i møte med tjenestene, ikke minst innen psykisk helsevern, bl.a. fordi de føler seg fremmedgjort og umyndiggjort av diagnostisering og medisinering og fordi de ikke får nødvendig støtte til meningsfull aktivitet og nettverksbygging (Folkehelseinstituttet, 2017).

Etter utvalgets vurdering, vil det derfor når det gjelder områdene psykisk helse og rus, være et stort samsvar mellom hva som gjør musikkterapi relevant for brukerne og hva som gjør tilbudet relevant for tjenestene. Potensialet når det gjelder tjenestene og samfunnets behov for kvalitet og innovasjon, kan oppsummeres slik: Musikkterapi har dokumentert effekt på noen områder der mer etablerte tilnærminger som medisin og samtaleterapi har det i mindre grad. Anbefalingene i nasjonale retningslinjer indikerer også musikkterapiens relevans i arbeidet med å styrke brukermedvirkning og recovery-orienterte tjenester. Videre viser brukerundersøkelser at musikkterapi kan oppleves som en viktig støtte i brukernes arbeid med å utvikle mestringsstrategier i hverdag og lokalsamfunn. I tillegg vil musikkterapi trolig også ha et potensial når det gjelder innovasjon innen velferds- og opplevelsesteknologi.

Etter utvalgets vurdering vil en spesialistutdanning klart styrke profesjonens mulighet til å bidra med kvalitet og innovasjon i offentlig sektor. Identitetsdimensjonen ved dette har vært drøfta i ulike kapitler i denne rapporten. I eventuelt videre arbeid med studieplaner m.m., bør en kunne vurdere om kvalitets- og innovasjonsdimensjonen skal styrkes ytterligere.

Risikomoment her er gjerne mest knytta til spørsmålet om i hvilken grad potensialet faktisk utnyttes. Her vil følgeforskning være et viktig tiltak for å identifisere eventuelle problemer og skissere grunnlag for nye vegvalg.

7.7 Utvalgets totalvurdering av etterspørsel, behov og fagpolitiske konsekvenser

Etter utvalgets vurdering, vil etablering av en spesialistutdanning innebære mange muligheter, til beste for brukere, profesjonsutøvere og profesjon, tjenester og samfunn. Samtidig er det flere risikomoment. Disse bør etter utvalgets vurdering likevel være handterlige, dersom spesialistutdanning planlegges og implementeres på en god måte. Tiltak for å redusere risiko må initieres og vurderes løpende, noe som det bør tas høyde for i videre planlegging, se kapittel 8.

8 Utvalgets anbefalinger om videre prosess

I dette avsluttende kapitlet vil utvalget gi konkrete anbefalinger om hvordan profesjonen kan øke sjansen for å realisere de mulighetene som er beskrevet i utredningas kapitler, og redusere aktuell risiko. Anbefalingene søker også å belyse hensyn som utvalgets mandat spesifiserer, bl.a. ressursbehovet og kapasitet i fagmiljøene ved NMH og UiB, samt rekrutteringsgrunnlag for faglærere og veiledere. Avslutningsvis kommer vi også tilbake til spørsmålet om hvordan arbeide for at etablering av en spesialistutdanning kan komme *heile* profesjonen til gode.

8.1 Institusjonsforankring, kullstørrelse og opptaksfrekvens

I pkt. 7.5 argumenterte utvalget for at det realistiske første steg for musikkterapi profesjonen (som for de fleste andre profesjoner) vil være etablering av et spesialistutdanningstilbud med *egengodkjenning*, altså en eller annen form for firepartsgodkjenning i norsk musikkterapi tilfelle (se pkt. 8.5). Som beskrevet i kapittel 5, anbefaler utvalget at en undersøker muligheten for å legge det faglige ansvaret for sjølv utdanningstilbudet til UiB og NMH. Dette vil kunne sikre god sammenheng mellom spesialistutdanninga og grunnutdanninga på masternivå, og det vil gi nødvendige rammer for å bygge opp forskningsbasert spesialistutdanning av høg kvalitet. Dersom UiB og NMH ikke ser seg tjent med å ta det foreslåtte ansvaret, meiner utvalget at spørsmålet om spesialistutdanning er så viktig for profesjonen at alternative modeller bør vurderes. Tilknytning til aktuelle kompetansesenter/kompetansetjenester vil da være ett aktuelt alternativ. Uavhengig av forankring, bør et Spesialistråd etableres (se pkt. 5.6 og 5.7), for å sikre nødvendig kontakt med tjenester og samfunn.

Ut fra de vurderinger som ble gjort i kapittel 7, meiner utvalget at det er gode grunner til å etablere en spesialistutdanning så raskt som mulig, for å stimulere en utviklingsøkologi der nasjonale føringer og lokal etterspørsel bindes sammen av samarbeid om kunnskap og kompetanse. Det må likevel beregnes tid til nødvendige sonderinger og forhandlinger med tjenestene, planlegging av studieplan og pedagogisk opplegg, samt oppbygging av aktuelle samarbeidsnettverk (se pkt. 8.2-8.4).

Samtidig som det er gode grunner til å etablere en spesialistutdanning raskt, blir det viktig å ta hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for forutsigbarhet når det gjelder rekruttering av kandidater i forhold til et måltall og en opptaksfrekvens. Utvalget foreslår derfor at opptakene i oppstartsfasen gjøres med moderat kullstørrelse.

På sikt, når profesjonen har vokst ytterligere, vil det være viktig å ha årlige opptak, for å bygge en kultur for profesjonskompetanse og gi alle musikkterapeuter en mest mulig lik mulighet til å ta spesialistutdanning. De første årene må opptaksfrekvensen være lavere, både med tanke på kandidatrekruttering og tilrettelegging av veiledning. Utvalget så først for seg at andre opptak kunne vente til fire år etter første opptak. Etter innspill fra musikkterapeuter i tjenestene og undersøkelser av psykologenes erfaringer med sin spesialistutdanning, har vi gått bort fra denne tanken. I og med at arbeidskravene bl.a. er definert av et visst antall kurstimer, vil fravær – også når det skyldes «gyldige grunner» som sykdom – måtte kompenseres ved at kandidaten tar det aktuelle kurset seinere. Da blir det u håndterlig for kandidatene dersom det går for mange år før opptak av neste kull. *Utvalget foreslår derfor opptak hvert andre år i oppstartsfasen.*

Når det gjelder kullstørrelse, har utvalget landa på å foreslå ca. 16 kandidater. Dette må det regnes nærmere på, men utvalgets foreløpige kalkyler er at en kullstørrelse på vesentlig mer enn 16 vil kunne bli utfordrende med tanke på rekruttering av kull 3 og 4, mens en kullstørrelse på vesentlig mindre enn 16 kan bli utfordrende økonomisk, med tanke på at kursene skal tilbys tjenestene til en håndterlig pris.

Utvalgets forslag er følgelig at spesialist-utdanningstilbudet etableres med kullstørrelse på 16 og opptak hvert andre år, fram til utviklinga av profesjonen eventuelt gjør det mulig å øke kullstørrelse og/eller opptaksfrekvens.

Kullstørrelse og opptaksfrekvens bør vurderes løpende. Utviklinga vil bl.a. henge sammen med rekruttering av kandidater, betalingsvilje i tjenestene, antall spesialiseringer som blir etablert og hvor raskt tallet på stillinger og studieplasser vokser i åra framover.

8.2 Utvikling av faglig innhold og oppbygging av fagmiljø

Utvikling av faglig innhold

Dersom firepartssamarbeidet bestemmer seg for å gå videre med forslaget om å etablere spesialistutdanning for musikkterapeuter, vil videre planarbeid bl.a. måtte omfatte arbeid med det faglige innholdet, med komponenter som:

- Studieplan
- Reglement for opptak, godkjenning, praksisveiledning, vurdering og evaluering, m.m.
- Eventuelle krav til vedlikeholdsaktivitet

Etter utvalgets vurdering vil et Spesialistråd, sammensatt av aktuelle institusjoner, organisasjoner, tjenester og myndigheter (se kapittel 5) kunne være en viktig ressurs som sikrer kvalitet og relevans. Aktuelle instanser representert i et slikt Spesialistråd kan være:

- Musikkterapeuter fra praksisfeltet
- Representanter for fagmiljøene ved UiB og NMH
- Representanter for arbeidsgivere (f.eks. KS og regionalt helseforetak)
- Brukere, brukerorganisasjoner og/eller erfaringskompetansemiljø
- Aktuelle kunnskaps- og kompetansemiljø (f.eks. NKROP, NAPHA og/eller Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse)
- Direktorat og evt. andre offentlige myndigheter
- Norsk forening for musikkterapi (NFMT) og Creo – forbundet for kunst og kultur.

Etter utvalgets vurdering, vil et slikt Spesialistråd kunne ha en viktig rådgivende og støttende funksjon ikke bare når studiet kommer i gang, men allerede i planleggingsfasen. Firepartssamarbeidet vil derfor kunne være tjent med å vurdere om det er mulig å få etablert et slikt råd allerede tidlig i prosessen. Fram til dette vil lista over kunne fungere som en oversikt over aktuelle instanser og aktører som det vil være fornuftig å rådføre seg med i planleggingsarbeidet.

Oppbygging av fagmiljø

Det går fram av kapittel 2 og 3 at utvalget legger stor vekt på at det i de kommende år må legges til rette for en økning av antall studieplasser på masternivå, for å øke nasjonale tilgjengelighet til musikkterapi-tjenester. Dette er også beskrevet i mandatet utvalget har fått (se pkt. 1.2). Etter utvalgets vurdering bør *ikke* målet om å øke antall musikkterapeuter og en ambisjon om å etablere spesialistutdanning settes opp mot hverandre. Dette vil være prosesser som etter all sannsynlighet vil forsterke hverandre betydelig: Det blir lettere å bygge opp gode spesialist-utdanningstilbud når det etter hvert finnes flere musikkterapeuter som kan rekrutteres inn i disse tilbudene. Det er også sannsynlig at spesialistutdanning vil styrke musikkterapiens attraktivitet og relevans for tjenestene, og derfor være med på å øke behovet for stillinger og studieplasser.

Etter utvalgets vurdering utelukker dette modeller der oppbygging av spesialistutdanning i vesentlig grad belaster eller tapper masterutdanningene for ressurser. Tvert om bør det letes etter muligheter for å styrke fagmiljøene og å gjøre dem mer robuste. Utvalget anbefaler derfor

at faglig innsats i en spesialistutdanning ikke realiseres som frikjøp av lærerkrefter ved masterutdanningene, men ved oppbygging av egne stillingsressurser knytta til et eget spesialistutdanningsprogram. Det skal da understrekes at dette etter all sannsynlighet må skje stegvis, og at den faglige gevinsten neppe blir reell uten at fagpersonene knytta til masterutdanningsnivået og spesialistutdanningsnivået samarbeider tett.

Det er svært gode grunner til å etablere *fulle fagstillinger* knytta til spesialistutdanningsnivået. Først og fremst handler dette om kvalitet. Skal tjenestene få nok igjen for å tilrettelegge for og finansiere spesialistutdanning for musikkterapeuter, og skal kandidatene oppleve at de bygger ny kompetanse på et klart høgere nivå enn på masterstudiet, må fagkreftene knytta til spesialistutdanningstilbudene ha høg kompetanse *og* – ikke minst – tid og rammer for å fokusere på de faglige oppgavene. Utvalget legger også vekt på at undervisninga ved en spesialistutdanning i tillegg til å være praksisnær også må være forskingsbasert, slik at det bør arbeides for å legge til rette for forskningstid i denne type stilling. Undervisning på universitetsnivå skal som hovedregel være forskingsbasert, og dette vil ikke være noe mindre relevant for ei spesialistutdanning. Utvalget ser i dette også et potensial for å bygge opp profesjons- og implementeringsforskning i norsk musikkterapi, noe som vil være svært relevant i fagets videre utvikling. Det vil også sikre at undervisninga holder høg kvalitet og at det er attraktivt å arbeide i fagmiljøet⁵³.

Oppbygging av et fagmiljø knytta til spesialistutdanning bør etter utvalgets vurdering ta hensyn til de krav som stilles til fagmiljø i NOKUT sin studietilsynsforskrift, sjøl om det ikke er opplagt at denne forskrifta gjelder for spesialistutdanningstilbud⁵⁴. *Etter utvalgets vurdering er NOKUTs forskrift uansett relevant, fordi et spesialistutdanningsprogram i musikkterapi må ha legitimitet som utdanning på universitetsnivå, dersom det skal legges til en av utdanningsinstitusjonene.* Ett krav i forskrifta er at minst 50 % av årsverka tilknytta studietilbudet skal utgjøres av ansatte i hovedstilling ved institusjonen. I forskrifta stilles også krav til kompetansenivå. Utvalget foreslår at det undersøkes om det vil være rimelig og mulig å bruke samme kompetansenivå som for doktorgradsutdanninger, nemlig at fagmiljøet knytta til studiet skal bestå av ansatte med førstestillingskompetanse, hvorav minst 50 % med professor- eller dosentkompetanse.⁵⁵ Spesialistutdanning er *ikke* forskerutdanning, så de mer moderate krav som gjelder for masterutdanninger vil også være en mulighet. Når utvalget likevel foreslår at en først vurderer om kompetansekravsnivået skal legges der det ligger for doktorgradsutdanninger, er det fordi vitenskapelig tyngde – tross utdanningas praksisnærhet – kommer til å bli en vesentlig faktor i utdanningsinstitusjonenes forhandlinger med tjenestene om utvikling og anerkjenning av et spesialistutdanningstilbud for musikkterapeuter. En praksisnær vitenskapelig tyngde vil også bety mye for spesialistenes kompetanse og rolle som veiledere for musikkterapeutstudentene.

I en oppstartsfasen vil det være utfordrende å finne økonomiske ressurser til fulle fagstillinger. Nøyaktige kalkyler er ikke tatt med i denne rapporten, fordi de må korrigeres i forhold til de konkrete valg som gjøres i videre prosess, men noen moment som antyder ressursbehov kan beskrives. *For å komme i gang på en faglig forsvarlig måte, foreslår utvalget at det i første omgang opprettes én ny eksternfinansiert fagstilling, lagt til en av utdanningsinstitusjonene. 40-50 % av denne kan være knytta til spesialistutdanninga, med oppgaver som programkoordinering, undervisning, praksisveiledning og oppgaveveiledning.* Utvalget forutsetter at det

⁵³ Utvalget knytter dette temaet til de universitetspolitiske diskusjonene som har gått i 2019 om NOU 2019:12 (Markussen-utvalget sin NOU om livslang læring).

⁵⁴ Det ser ut til å være en etablert arbeidsdeling mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, der førstnevnte har ansvar for spesialistutdanninger på masternivå (for profesjoner på bachelornivå), mens sistnevnte har ansvar for spesialistutdanninger for profesjoner med lengre grunnutdanninger. Spesialistutdanninger har ingen «rubrikk» i kvalifikasjonsrammeverket, og som beskrevet i kapittel 4: for noen profesjoner foregår slik utdanning i stor grad utenfor universiteter og høyskoler.

⁵⁵ Se: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-07-137>

settes av en tilstrekkelig stillingsprosent til programkoordinering, minst 20 % stilling. Når en spesialistutdanning skal etableres og drives på et høgt faglig nivå, må det være ressurser til å utvikle en faglig profil og ivareta interne samarbeidsrelasjoner (til musikkterapi og andre fag) samt eksterne relasjoner (til tjenestene, brukerorganisasjoner og myndigheter).

For å sikre kvalitet i utvikling av spesialistutdanningstilbudet, vil utvalget altså anbefale at muligheter for å gjøre den nye stillinga til ei full stilling vurderes, for eksempel ved at de resterende prosenter kan knyttes til eksternfinansiert forskning, eksternfinansierte prosjekt i samarbeid med tjenestene, og/eller ledige undervisningsressurser ved masterstudiet. Det første vil sikre forskingsbasert undervisning, det andre kontakt med tjenestene og det siste samarbeid mellom masterutdanning og spesialistutdanning. Her kan en også organisere *bytte av undervisning* mellom master- og spesialistutdanningsprogrammene, for å sikre soliditet og sammenheng i utdanningstilbudene.

Hvor mye stillingsressurser som skal settes av til undervisning ved spesialistutdanninga, må det regnes nøyere på. Første spørsmål da er hvor mange kull det blir til enhver tid. Her kan det gjerne være fornuftig å beregne stillingsbehovet for to og et halvt kull, som blir malen i oppstartsfasen, etter de forslag utvalget har presentert. Figur 8.1 illustrerer dette. Her skal det bemerkes at det er sannsynlig at den progresjonen figuren også antyder, i praksis vil måtte være noe fleksibel. Gitt forskjeller i kandidatenes livs- og arbeidssituasjon, er det f.eks. sannsynlig at oppgaveveiledninga vil måtte fordeles utover semestrene, der noen vil være ferdig med sitt skriftlige arbeid tidlig, mens andre vil trenge utsettelse.

De første år, når det er bare ett kull, kan en med fordel prøve å skaffe finansiering «som om» det allerede var 2,5 kull. En slik ekstraressurs bør brukes til faglig utvikling av tilbudet, samt oppbygging av de nettverk og samarbeidsstrukturer som en spesialistutdanning må ha. Den undervisningsmengde som skal dekkes, er beskrevet i kapittel 5, altså 60 t per kull per år, samt tid til oppfølging av digital læringsplattform, veiledning av skriftlig arbeid, m.m. For aktuell undervisning, vil utvalget anta at det er rimelig å bruke faktor 4 for utregning av medgått arbeidstid. Tilstrekkelige ressurser må sjølsagt også settes av til time-/gjestelærere.

Kull/År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kull 1	F	O	O	V	S						
Kull 2			F	O	O	V	S				
Kull 3					F	O	O	V	S		
Kull 4							F	O	O	V	S
Kull 5									F	O	O
Kull 6											F

Figur 8.1: Med femårige løp og opptak hvert andre år, vil det fra og med andre opptak alltid være to kull som skal ha kurs og praksisveiledning. I tillegg kommer oppgaveveiledning. (F står for felleskurs, O for obligatoriske fordypningskurs, V for valgfrie fordypningskurs og S for sjølstendig skriftlig arbeid).

Som det går fram, er utvalgets vurdering at det i første omgang vil være en stor nok praktisk og økonomisk utfordring å sy sammen én dedikert fagstilling til spesialistutdanningsprogrammet. Det vil derfor være fornuftig om UiB og NMH åpent vurderer hvilken utdanningsinstitusjon som har best forutsetninger til å ta hovedansvaret i den første fasen. Kriterier her vil kunne være

i) tilgjengelige fagpersoner som kan bygge opp tilbudet, ii) muligheter for å etablere tjenlige stillingskombinasjoner og iii) evne/vilje i aktuelle tjenester i regionen til å inngå i et nødvendig samarbeid i oppbyggingsfasen.

Etter hvert som grunnlaget bygges for å øke opptaksfrekvens og antall spesialiteter, vil utvalget anse det som vesentlig at ansvar og stillingsressurser knyttes til begge institusjoner og at samarbeidet blir så likeverdig som mulig. Når en kommer dit, meiner utvalget altså at det også vil være relevant å vurdere muligheter for en fellesgrad (se pkt. 5.6). Alternativet er at det etableres separate grader, men da etter en arbeidsdeling etter nærmere avtale. Utvalget anbefaler altså *ikke* at begge utdanningsinstitusjoner etablerer utdanningsprogram innen samme spesialitet.

En forutsetning for at det skal fungere etter hensikten å bygge opp et eget fagmiljø knytta til spesialistutdanninga, er at det er mulig å rekruttere solid fagkompetanse til nyoppretta stillinger, både til den nødvendige veksten i utdanningskapasitet ved masterprogrammene og til det nye spesialistutdanningstilbudet. Etter utvalgets vurdering, vil det være realistisk å rekruttere tilfredsstillende til nye fagstillinger. De to norske fagmiljøene i musikkterapi er internasjonalt profilerte, og begge utdanninger har hatt solid søknad til de fagstillingene som har vært lyst ut de siste åra, til dels med tosifra antall søkere. Likevel vil de to utdanningsinstitusjonene trolig være tjent med å ha en bevisst kompetanse- og rekrutteringsstrategi når det gjelder musikkterapi, gitt utviklingspotensialet som vi bl.a. beskrev i kapittel 3.

8.3 Rekruttering og kvalifisering av veiledere

I pionerfasen, fram til en har fått utdanna ett eller flere kull spesialister, vil det være nødvendig å bygge opp en gruppe veiledere med andre kvalifikasjoner. Foreløpige kriterier kan være: Erfarne fagpersoner innen musikkterapifaget, med flere års relevant praksiserfaring samt veiledningsutdanning eller annen videreutdanning som gir faglig fordypning, f.eks. ph.d.-utdanning.

I den videre planprosess må en se nærmere på hvordan veiledning skal organiseres. En mulig modell er at utdanningsinstitusjonene godkjenner veiledere etter definerte kriterier, at en standardkontrakt og en liste over aktuelle veiledere utarbeides, og at musikkterapeutenes arbeidsgivere ut i fra dette inngår avtaler med de veiledere de ønsker å benytte. I pionerfasen bør dette trolig reguleres noe, for å sikre at det blir nok kvalifiserte veiledere til alle kandidatene, f.eks. ved at standardkontrakten inneholder en formulering om at veiledning som hovedregel gis som gruppeveiledning.

Det må uansett etableres et tett samarbeid som sikrer rimelige rammer for og tilstrekkelig kvalitet på veiledninga. Som beskrevet i kapittel 6, er det både faglig og praktisk gode grunner for å åpne opp for fleksible veiledningsmodeller i den foreslåtte spesialistutdanninga. Utvalget foreslår at detaljerte regler for dette utformes i forbindelse med arbeid med en studieplan

Vi kan gi en enkel kalkyle over behovet for fagressurser til veiledning, utfra forslaget at minst 50 % av veiledninga skal være med musikkterapeut som veileder, med smågrupper på 2-4 kandidater som mal (se pkt. 6.4). Med 16 kandidater og ca. 3 kandidater per veiledningsgruppe, gir dette behov for 5-6 veiledningsgrupper som skal ha 24 t veiledning per år. Noe av denne veiledninga, f.eks. 1 gruppe per kull, kan evt. bakes inn i stillingsressursen ved utdanningsinstitusjonene. Så må det rekrutteres veiledere utover det, altså 4-5 eksterne veiledere per kull, dersom vi antar at hver veileder tar 1 gruppe hver. For to kull med veiledningsbehov, som blir behovet med den opptaksfrekvensen utvalget foreslår de første åra etter oppstart (jf. figur 8.1), vil det da være behov for ca. 9 ekstra veiledere, der en kunne tenke seg ca. 3 eller flere både fra Bergens- og Oslo-regionen og 0-3 (etter behov) fra andre deler av landet og/eller utlandet.

Utvalget har vært i kontakt med 15 mulige veiledere som signaliserer interesse for slike oppdrag. I tillegg finnes det også andre kvalifiserte veiledere som kan kontaktes ved behov. Samla

sett er det altså klart flere potensielle veiledere tilgjengelig enn det som vil være nødvendig som et minimum. Vi anser det derfor som realistisk å etablere et godt kvalifisert vei-lederkorps. Utvalget anbefaler at en bygger opp veilederkorps, -kompetanse og -kultur mens spesialistutdanningstilbudet planlegges, f.eks. gjennom samlinger for kursing, kollega-veiledning og anna kompetanseutvikling.

Når første kull er uteksaminert, vil disse kandidatene etter hvert kunne trekkes inn som veiledere for seinere kull. En vil da også kunne begynne å dra nytte av ny kompetanse for veiledning av framtidige masterstudenter, samt unge profesjonsutøvere uten spesialistutdanning.

8.4 Samarbeid om finansiering

Noe av det viktigste å avklare i videre prosess er tjenestenes vilje og evne til å betale det det vil koste å legge til rette for frikjøp, kursdeltaking og veiledning. Tjenestene vil også måtte forvente å betale økt lønn til de som har fullført sin spesialistutdanning. Det blir derfor heilt nødvendig å gå i dialog med tjenestene og prøve å presentere dette på en måte som blir faglig forståelig og mulig for tjenestene å prioritere.

Erfaringer fra POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi indikerer at det er realisme i å arbeide med dette, siden noen av de helseforetaka som arbeider mest systematisk med implementering av musikkterapi sjøl har brakt spørsmålet om spesialistutdanning på banen. Dette er likevel initiativ som må forankres mer formelt i de aktuelle helseforetak og kommuner, trolig heilt opp på direktørnivå. Utvalget har ikke sett det som sin oppgave å gå inn i konkrete forhandlinger om dette, da det er noe som må komme når firepartssamarbeidet har konkludert med at en vil etablere spesialistutdanning. Utvalgets arbeid med spørsmålet om finansiering har derfor vært konsentrert om å kartlegge og beskrive hvilke steg som synes nødvendige å ta.

Vi vil dele dette i tre, nemlig arbeid med et kostnadsoverslag, utarbeiding av et argumentasjonsnotat til tjenestene, og dialog med tjenestene:

Kostnadsoverslag

I samarbeid med Økonomiavdelinga ved UiB, har utvalget gjort et grovt overslag over mulige kostnader for tjenestene per musikkterapeut i spesialistløp. Overslaget antyder at det per år kunne være snakk om ca. kr. 35 000 for kursdelen og noe under kr. 20 000 for veiledningsdelen. Dette vil vel og merke da gjelde for de fire første åra av spesialistløpet. Det femte året, der kandidaten etter normalprogresjonen arbeider med et sjølstendig skriftlig arbeid, bør kunne bli vesentlig rimeligere for tjenestene.

Overslaget indikerer at a) kostnadene for tjenestene vil være betydelige, slik at det må legges arbeid i å klargjøre og begrunne kostnadene, b) kostnadene vil etter all sannsynlighet ligge under det som tjenestene i dag bruker på psykologer i spesialistløp, noe som trolig er en av forutsetningene for å kunne arbeide videre med dette spørsmålet.

Utvalget ser for seg følgende steg i videre arbeid med kostnadsoverslag:

- 1) Gjøre en mer grundig økonomisk analyse av hva utdanningsinstitusjonenes kostnader vil måtte bli, slik at kostprisen for tjenestene kan stipuleres mer nøyaktig
- 2) Avklare om det er mulig å redusere kostprisen for tjenestene (i alle fall i oppstartsfasen før en spesialistutdanning i musikkterapi har «satt seg»). Utvalget ser her for seg tre delstrategier:
 - a. Forhandle med aktuelle myndigheter, for å avklare om det skulle være vilje og muligheter til å gi prosessen økonomisk støtte
 - b. Søke på aktuelle tilskuddsordninger for videre- og spesialistutdanning

- c. Vurdere om partene i firepartssamarbeidet har muligheter til å bidra økonomisk i en strategisk oppstartsfasen.

Utarbeiding av et argumentasjonsnotat til tjenestene

I tillegg til et godt kostnadsoverslag, vil tjenestene trenge et solid argumentasjonsnotat som kan gi ledere i helseforetak og kommuner mulighet til å vurdere relevansen av ei slik spesialistutdanning. Utvalgets vurdering er at følgende moment bør vektlegges i arbeid med et slikt notat:

- Dokumentet bør neppe være mer enn ca. 8 sider
- Gitt medisinenes sentrale rolle i helsevesenet, bør dokumentet få fram den kunnskapen om musikkterapi som overlapper med en medisinsk forståelse, som a) nevrovitenskapelig og biomedisinsk kunnskap om musikkens virkning på kropp og hjerne, b) effektstudier når det gjelder symptomreduksjon.
- Like viktig blir det at dokumentet tydelig får fram hvordan musikkterapi vil komplementere eksisterende behandlingsformer i tjenestene, altså hvordan musikkterapi vil være «noe nytt og annerledes» som f.eks. styrker brukermedvirkning, musikk- og recovery-orienterte prosesser, samt oppfølging og samfunnsdeltaking..
- I tillegg til kort å oppsummere føringer om musikkterapi i retningslinjer, pakkeforløp, prosedyrekode, behandlingstekst og samvalgsverktøy, bør dokumentet også beskrive andre nasjonale føringer som har relevans for implementering av musikkterapi⁵⁶.
- Dokumentet må tydelig få fram brukerfortellinger og -erfaringer.

Dialog med tjenestene

Når et godt kostnadsoverslag og et solid argumentasjonsnotat foreligger, vil det være nødvendig å gå i en godt forberedt dialog med aktuelle tjenester. Her er det trolig i første omgang lettere å forhandle med spesialisthelsetjenesten enn kommunene, sjøl om interesse hos alle aktuelle aktører bør sonderes. Utvalget ser ikke for seg at det vil være realistisk i første omgang å forhandle på nasjonalt nivå, sjøl om det sikkert bør vurderes. Mest sannsynlig vil det være mest å hente i å gå i direkte dialog med lokale og regionale aktører som allerede har valgt å implementere musikkterapi systematisk. Disse aktørene vil ha best forutsetninger til å se et behov for faglig utvikling og karriereveger for musikkterapeuter. Dersom en velger en slik tilnærming, må målet være at dette skal danne presedens og at andre helseforetak og kommuner vil komme etter i neste omgang. På sikt kan en da etter hvert begynne et arbeid med å forankre avtaler nasjonalt.

8.5 Etablering av vedtaksprosedyrer innen firepartssamarbeidet

Dersom firepartssamarbeidet går for å etablere en spesialistutdanning for musikkterapeuter, forutsetter det sjølsagt en dialog med og aksept fra tjenestene (jf. pkt. 8.2 om behovet for et Spesialistråd og pkt. 8.4 om behovet for samarbeid om finansiering). Det vil også være naturlig å være i dialog med helsemyndighetene fra starten av, for gjensidig informasjonsutveksling og sondering om samarbeidsmuligheter.

I tillegg må firepartssamarbeidets egne vedtaksprosedyrer avklares. I mange profesjoner, som f.eks. psykologprofesjonen, er vedtaksprosedyrene i dette spørsmålet «enkle», i den forstand at de tilligger én instans. Det er landsmøtet i Norsk psykologforening som vedtar hvilke spesialiteter profesjonen skal ha, og samme forening har ansvar for utvikling og gjennomføring av kurs

⁵⁶ Et eksempel her – per i dag – vil være Østenstad-utvalgets lovforslag om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten, lagt fram 18. juni d.å., der det bl.a. foreslås at virksomhet i psykisk helsevern ikke skal kunne godkjennes for å ha ansvar for tvangsmedisinering uten at det foreligger tilstrekkelig kompetanse i ikke-medikamentelle behandlingsformer som f.eks. musikkterapi.

og for godkjenning av spesialister. De rammer som er beskrevet i denne rapporten, indikerer at etablering av spesialistutdanning i musikkterapi bør bygge videre på det etablerte firepartssamarbeidet i norsk musikkterapi. Firepartssamarbeidet er et uformelt samordningsorgan mellom to utdanningsinstitusjoner, ei interesseforening og ei fagforening. Samarbeid om å etablere en spesialistutdanning vil være avhengig av mer formaliserte vedtaksprosedyrer. Utvalget vil antyde en mulig prosedyre:

- a) Partene samordner sine strategiske valg og vurderinger gjennom det etablerte firepartssamarbeidet
- b) Med utgangspunkt i de retningsvalg som partene blir enige om, initierer en eller begge utdanningsinstitusjoner arbeid med nødvendige planer, deriblant studieplaner, som godkjennes på vanlig måte i institusjonenes organer
- c) De vedtatte planer forelegges Creo (og evt. NFMT), som i tråd med egne vedtekter så raskt som mulig legger fram vedtakssak i eget vedtaksorgan.

Utvalgets vurdering er altså at formelle vedtak må gjøres hos hver enkelt av de involverte parter, men at dette samordnes i en prosedyre/rekkefølge som partene blir enige om. Skal dette fungere, må partenes vedtak inneholde forpliktende formuleringer om deltaking i arbeidet med å etablere og drifte en spesialistutdanning. Dette bør også avklares og avtales konkret. Et eksempel: Skal prosessen være realistisk, må Creo i sitt vedtak forplikte seg på å videreutvikle sine etiske retningslinjer og arbeide med økonomiske aspekt som refusjon, lønnskode og hensiktsmessig lønnskompensasjon for musikkterapeutspesialister.

Dette er en foreløpig skisse som partene bør drøfte, og sjølve prosedyren bør også forankres i de rette organ hos de fire partene. I den prosessen må en bl.a. spesifisere hvordan eventuell uenighet mellom partene skal håndteres. En risiko med den prosedyren som her foreslås, er at prosessen kan stoppe opp eller bli vesentlig forsinka fordi det blir for mange vedtak som skal samordnes. Utvalget meiner derfor at steg a) bør inneholde intensjonssamtaler om framdriftsplaner, og dessuten at prosedyren bør forenkles så mye som mulig. Det kan f.eks. vurderes om det er tilstrekkelig at vedtak i steg b) kun forelegges Creo for vedtak i steg c), forutsatt at NFMT gjennom Creos fagpolitiske utvalg for musikkterapeuter får mulighet til å gi innspill i Creos saksforberedelse før vedtak.

I tillegg til en formalisering av vedtaksprosedyrer knytta til spesialistutdanningsnivået, foreslår utvalget at det også vurderes om videre utvikling av musikkterapi som fag forankres i formaliserte nasjonale samarbeidsstrukturer, som de aktuelle samordningsarenaene i Universitets- og høgskolerådet (UHR) og framtidige prosesser i forlengelsen av Kunnskapsdepartementets prosjekt om utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)⁵⁷.

8.6 Anbefalinger om videre prosess

Som beskrevet i kapittel 7, har andre helseprofesjoner – i samspill med myndighetene og tjenestene – gått opp ei «kvalitetssikringsløype» som utvalget vurderer som relevant også for musikkterapiprofesjonen: 1) Etablering av spesialistutdanningstilbud med en «egen-godkjenning»⁵⁸ som gradvis anerkjennes av tjenestene, 2) Autorisasjon (siden 1999 etter Lov om helsepersonell), 3) Myndighetsgodkjenning av spesialiteter og spesialistutdanningstilbud.

Utvalgets vurdering er derfor at videre prosess *ikke* bør gjøres avhengig av nasjonale prosesser som for eksempel autorisasjonsspørsmålet eller RETHOS-prosjektet. Dialog med myndighetene om disse og andre spørsmål vil være ønskelig undervegs, men utvalget tar det ikke for gitt

⁵⁷ For informasjon om RETHOS, se pkt. 4.7. For informasjon om UHR, se: <https://www.uhr.no/>

⁵⁸ For de fleste profesjoner har dette vært en fagforeningsgodkjenning, i norsk musikkterapis tilfelle vil det sannsynligvis være en firepartsgodkjenning.

at nasjonale myndigheter i nær framtid vil initiere etablering av en spesialistutdanning for musikkterapeuter. Mulighetene for å bygge videre på norsk musikkterapis musikk- og brukerorienterte profil vil trolig også være størst om en begynner med oppbygging av en egengodkjent spesialistutdanning.

Konkrete anbefalinger fra utvalget når det gjelder videre prosess, er følgende:

- Det legges til rette for en åpen diskusjon i fagmiljøet, noe kanskje særlig Norsk forening for musikkterapi er i posisjon til å initiere.
- Oppdragsgiverne UiB og NMH avklarer så raskt som mulig – fortrinnsvis i løpet av 2020 – om en eller begge institusjoner har ønske om og mulighet til å ta det faglige ansvaret for en spesialistutdanning, eller om denne rolla bør tas av andre aktører.
- Det arbeides videre innfor ramma av fireparts-samarbeidet, og det etableres et bredt sammensatt Spesialistråd.
- Det etableres et tett samarbeid mellom programansvarlig institusjon og ett eller flere store helseforetak som har bygd opp musikkterapi systematisk og er interessert i å være presedensdannende pionerinstitution(er) også i spørsmålet om spesialistutdanning.

Utvalgets vurdering er ellers at det vil være viktig med god framdrift i det videre arbeidet. Det synes å være et mulighetsvindu som er åpent nå, knytta til implementering av anbefalingene av musikkterapi i retningslinjene fra 2013 (psykose) og 2016 (rusbehandling). Partene i fireparts-samarbeidet kan derfor være tjent med å lage en konkret plan for videre arbeid og samarbeid, *før* «implementeringsvinden» skapt av de aktuelle retningslinjene dapper av.

8.7 Sluttkommentar: Spesialistutdanning for *heile* profesjonen

Utvalget vil gjenta den vurdering som ble gjort i kapittel 1 og 7: Vi må se på en musikkterapi-spesialitet innen psykisk helse og rus som en mulighet til å løfte *heile* profesjonen. Lykkes en med å bygge en slik spesialitet, vil dette bidra til å gi musikkterapi fotfeste i det norske helsevesenet, noe som vil muliggjøre et utviklingssprang for musikkterapien her til lands. Dette vil kunne danne grunnlag for videre utvikling av *alle* deler av fag og profesjon. Andre profesjoners erfaringer indikerer at mulighetene som blir skapt, vil kunne komme *heile* profesjonen til gode.

Utvalgets oppfatning er også at etablering av spesialistutdanning berører *heile* profesjonen på en annen måte, ved at det åpner seg videreutdanningsmuligheter også for praktikere, ikke bare for forskere (ph.d.-utdanning). For de fleste vil det være relevant å velge enten det ene eller det andre. For noen vil en dobbeltkompetanse være attraktivt. Dette bør det etter utvalgets vurdering legges til rette for, da dette fremmer relasjoner mellom praksisutvikling og forskning.

Noen faglige og fagpolitiske moment å ta hensyn til i videre prosess, vil da være:

- Spesialistutdanningstilbud bør utformes slik at de styrker profesjonens musikk- og brukerorienterte profil og er inkluderende og relevante for store grupper av kandidater.
- Flest mulig kurs legges opp slik at de kan inngå som del av spesialisering for noen kandidater og som frittstående etter- og videreutdanningskurs for andre.
- Videre arbeid med utvidelse av utdanningskapasitet på masterutdanningene vil ha stor betydning for de rammevilkår fagmiljøene får for å bidra til den kunnskaps- og kompetanseutviklinga profesjonen vil trenge de kommende år og tiår.
- Fagmiljøene bør legge vekt på å fortsette det gode arbeidet som er gjort siden tusenårsskiftet med å bygge opp utdanning og forskning, slik at grunnlag for tydelige samsfunnsoppdrag på andre områder enn psykisk helse og rus bygges over tid.

Litteratur

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- AMTA (2007) *Advanced Competencies, Glossary*. Silver Spring, MA: American Music Therapy Association.
- Barrington, A. (2005). *Music Therapy: A Study in Professionalisation*. Upublisert doktoravhandling. Durham, UK: University of Durham, Department of Music.
- Barrington, A. (2008). Challenging the profession. *British Journal of Music Therapy*, 22(2), s. 65-72.
- Bjotveit, A., Wormdahl, E. & Tuastad, L. (2016). *Evaluering av prosjektet MOT82: MusikkOppfølgingsTilbud for mennesker med psykisk lidelse i Åsane*. Bergen: Bjørgvin DPS, Haukeland universitetssjukehus.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human. Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Byers, H.K.L. (2016). *A History of the Music Therapy Profession: Diverse Concepts and Practices*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Christoffersen, S. Aa. (red.) (2011). *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dale, R.T. (2014). *Evaluering av «prosjekt musikkterapi» ved Stiftelsen Bergensklinikkene*. Bergen: Bergen: Kompetansesenter rus vest Bergen.
- Dale, R.T. (2019). «Jeg tenker at musikkterapi er å mestre.» Brukarfaringar. *Evaluering av musikkterapi ved Bergensklinikken*. Bergen: Kompetansesenter rus vest Bergen.
- Danielsen, T., Lagesen, S.K. & Kristiansen, D.L. (2016). *Bruker- og medarbeiderundersøkelse om musikkterapi ved Tyrili Kampen 2015*. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Den norske legeforening (2018). *Spesialitetskomiteenes anbefalinger for spesialistutdanningen*. <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/600588d49df345cc9d5b129c68d33413/all-mennmedisin-dnlf.pdf>
- Eide, I. (under arbeid). *Musikkterapi: Suksessfaktorer for implementering og stabilitet*. Upublisert doktoravhandling. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Espelid, H. & Rinde, H. (2014). Advokatene. I: Slagstad, R. & Messel, J. (red.). *Profesjonshistorier* (s. 46-80). Oslo: Pax Forlag.
- Fauske, H. (1991). *Profesjonene – bremsekloss eller syndebukk? Fafo-rapport 118*. Oslo: Fafo.
- Flor, J.A. & Kennair, L.E. (2019). *Skadelige samtaler. Myten om bivirkningsfri terapi*. Oslo: Tiden.
- Folkehelseinstituttet (2016). *Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer*. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5. Oslo. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern-2016*. PasOpp-rapport nr. 2017:317. Oslo. Folkehelseinstituttet.
- Garred, R. (2006). *Music As Therapy: A Dialogical Perspective*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ghetti, C. (2004). Incorporating music therapy into the harm reduction approach to managing substance use problems. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), s. 84-90, <https://doi.org/10.1093/mtp/22.2.84>

- Gilbertson, S. & Aldridge, D. (2008). *Music Therapy and Traumatic Brain Injury: A Light on a Dark Night*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gold, C.; Mössler, K.; Grocke, D.; Haldal, T.O.; Tjemsland, L.; Aarre, T.; Aarø, L.E.; Rittmannsberger, H.; Stige, B.; Assmus, J. & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, s. 319-331.
- Gooding, L.F. (2019). Burnout among music therapists: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(5), s. 426-440.
- Greve, C. Ejersbo, N., Læg Reid, P. & Rykkja, L.H. (2019). Unpacking Nordic administrative reforms: Agile and adaptive governments. *International Journal of Public Administration*, DOI: 10.1080/01900692.2019.1645688
- Grimen, H. (2005). Profesjonsetikken sitt grunnlag. SPS arbeidsnotat nr. 6-2005. Oslo: Senter for profesjonsstudier, HiO.
- Grimstadutvalget (2019). Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter. Utredning fra Grimstadutvalget, oppnevnt av Kunnskapsdepartementet.
- Grønlie, T. (2004). Fra velferdskommune til velferdsstat – hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans. *Historisk tidsskrift*, (83), s. 633–649.
- Halås, M.S. (2019). Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge. En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i NFMT sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Upublisert masteroppgave. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Halås, M.S. & Fuhr, G. (2019). Kartlegging av musikkterapeuter som profesjonsgruppe. Kommentar-artikkel. Oslo: Norsk forening for musikkterapi. Tilgjengelig fra: https://www.musikkterapi.no/nyheter/kartlegging/oppgave?fbclid=IwAR2I0D7qRsK_SLCZ3WdwsS-SIuJT6Qzi47LvTAVdnnei9SAmlR7xNSE1S7mc
- Helle-Valle, A. (2014). How do we understand children's restlessness? A critique of the biopsychosocial model and ADHD as the dominating perspective in current understanding and treatment. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(1). <https://doi.org/10.15845/voices.v14i1.741>
- Helsedirektoratet (u.å). Om spesialistutdanningen. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/om-spesialistutdanningen>
- Helsedirektoratet (2007). Nasjonal, faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013). Nasjonal, faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016a). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016b). Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vane-dannende legemidler. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016c). Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017a). Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet (2017b). Nasjonal faglig retningslinje for demens. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018). Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell. Utredningsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helsedirektoratet, IS-2758.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Etter-, videre- og spesialistutdanning. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helse--og-sosialpersonell/innsikt/etter--videre-og-spesialistutdanning/id481896/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Meld. St. 7 (2019 –2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Higgins, L. (2012). *Community Music: In Theory and In Practice*. New York: Oxford University Press.
- Hodne, H.I. (2007). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeutenes utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Upublisert masteroppgave, Norges musikkhøgskole.
- Horden, P. (Ed.). (2000). *Music as Medicine: The History of Music Therapy since Antiquity*. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited.
- Innst. 137 S (2014–2015). Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024. Innstilling til Stortinget fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen, Meld. St. 7 (2014–2015).
- Jensen, (2015). Bruker-spør-bruker-undersøkelse. Psykisk helsevern. Stavanger: Stavanger universitetssykehus.
- Johansson, K. (2019). Musikkterapi som del av oppsøkende og forebyggende arbeid med utsatt ungdom og unge voksne Rapport om musikkterapitilbudet i Uteseksjonen i Oslo. Oslo: NMH-publikasjoner 2019:5.
- Johns, U. (2018). Musical dynamics in time-limited intersubjective child psychotherapy. An exploration based on microanalysis of therapeutic interplay. Upublisert doktoravhandling. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Johns, U.T. & Ruud, E. (2020). Norsk forening for musikkterapi; en interesse- eller en profesjonsforening? <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2020/2/4/norsk-forening-for-musikkterapi-en-interesse-eller-en-profesjonsforening>
- Kielland, T. (2015). Musikkterapi i kommunalt rusarbeid. Er-faringer med implementering av musikkterapi i Fredrikstad kommune. Ottestad: Kompetansesenter rus Øst.
- Kielland, T. & Selbekk, A.S. (2019). Musikkterapi gir meg en sånn følelse inni meg at jeg *kan*. Er-faringer med implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsearbeid i Sandnes kommune. Oslo: Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon.
- Kildal, N. (2013). Den norske velferdsstaten: Fra sosiale til kontraktbaserte rettigheter. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 16(2), s. 87-95.
- Koelsch S. (2012). *Brain and Music*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2019). Scenarioer for offentlig sektor i 2040. Utarbeidet i forbindelse med stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor. Oslo: Kommunal og moderniseringsdepartementet.
- Köck, C. (2016). Music therapy and economy. Changing health care in a time of austerity. Keynote, 10th European Music Therapy Conference, Vienna, Austria, July 5-10, 2016.

- Krüger, V. (2012). *Musikk – Fortelling – Fellesskap. En kvalitativ undersøkelse av ungdommers perspektiver på deltagelse i samfunnsmusikkterapeutisk praksis i barnevernsarbeid* (upublisert doktoravhandling). Bergen: Griegakademiet, UiB.
- Ledger, A. (2016). Developing new posts in music therapy. I: Edwards, J. (red.). *Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Lehmann, P. (2019). Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to low-and-middle-income countries. I: L. Davidson. (red.). *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health, and Wellbeing* (s. 251-269). New York: Routledge.
- Leknes, S., Hjemås, G. Holmøy, E, & Stølen, N.M. (2019). Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapport 2019/26.
- Lien, L., Huus, G. & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*. 135, s. 246-248. doi: 10.4045/tidsskr.14.0831
- Loga, J. (2018). Sivilsamfunnets roller i velferdsstatens omstilling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1). Tilgjengelig fra: www.idunn.no/norsk_sosiologisk_tidsskrift/2018/01/sivilsamfunnets_roller_i_velferdsstatens_omstilling
- Lov om folkehelse (LOV-2011-06-24-29)
- Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)
- Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61)
- Madsen, O.J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meyer, C. & Norman, V. (2019). *Ikke for å konkurrere. Strategi for fellesskapets tjenere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Miller, L., Dalli, C. & Urban, M. (red.) (2012). *Early Childhood Grows Up: Towards a Critical Ecology of the Profession*. London: Springer.
- Moene, K. (2003). *Equality under Pressure. Challenges for the Scandinavian Model of Distribution*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo, 2003 (med E. Barth & M.I Wallerstein).
- Molander, A. & Terum, L.I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NAVF (1977). Profesjonalisering – samfunnsbehov eller gruppeinteresse? Rapport fra en konferanse om profesjonalisering med vekt på problemer innen enkelte sosialvitenskapelige og medisinske fagområder. Oslo: Norges almenvitenskapelige forskningsråd.
- Nielsen, H.K. (1993). *Kultur og modernitet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Nielsen, H.K. (2018). *Aesthetics and Political Culture in Modern Society*. New York: Routledge.
- Nilsen, H.F. (2014). Psykologene. I: Slagstad, R. & Messel, J. (red.). *Profesjonshistorier* (s. 450-470). Oslo: Pax Forlag
- Nilson, S.S. (1983). Numerical democracy and corporate pluralism revisited. *Scandinavian Political Studies*, 6(2), s. 151-157.
- Nordanger, D. & Braarud, H. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk psykologforening (2010). Regelverk spesialistutdanningen. Oslo: Norsk psykologforening.

- Norsk psykologforening (u.å.). Ofte stilte spørsmål om spesialistutdanningen. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/ofte-stilte-spoersmaal-om-spesialistutdanningen>
- NOU 1988:28. *Med viten og vilje*. Oslo: Kultur- og vitenskapsdepartementet.
- Pettersen, J.A. (2008). *Musikkterapi i fengsel. Møte mellom musikkterapien og «den totale institusjonen»*. Upublisert masteroppgave. Bergen, UiB: Institutt for administrasjons- og organisasjonsvitenskap.
- POLYFON (2018). Årsmelding. Bergen: GAMUT/ POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi. <https://gamut.w.uib.no/files/2019/05/Årsmelding-POLYFON-2018.pdf>
- RBUP (u.å.). Spesialistutdanning i barn- og unges psykiske helse. <file://platon.uib.no/home/bst061/DOK/MET/MUTPSpesialistutdanning/Utreddning/Spesialistutdanning-i-barn-og-unges-psykiske-helse.pdf>
- Ringard, Å, Sagan, A., Saunes, I.S. & Lindahl, A.K. (2013). Det norske helsesystemet [Health Systems in Transition, Volume 15, nr. 8]. Oslo: Kunnskapsenteret.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum: Barcelona publishers.
- Rolvjord, R. (2019). Music therapy in a recovery-oriented unit. A qualitative study of users' and staff's experiences with music therapy in mental health care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1-2), s. 188-215,
- Ruud, E. (1987/1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum forlag.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy. A Perspective from the Humanities*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2018). Lik, men unik. Om musikkterapeutisk profesjonsforståelse og avgrensninger til andre aktører på musikk- og helsefeltet (Keynote på den 5. norske musikkterapikonferansen). <https://www.musikkterapi.no/nyheter/kronikk-lik-men-unik>
- Ruud, E. (in press). *Toward a Sociology of Music Therapy – Musicking as Cultural Immunogen*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Saarikallio, S., Gold, C. & McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child and Adolescent Mental Health*. 20. 10.1111/camh.12109.
- Schmid, W. (2005) "Swing in my brain" – Active music therapy for people with multiple sclerosis. In: D. Aldridge (ed.). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation. Performing Health*, s. 161-188. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Schmid, W. (2018). Meeting complexity with collaboration: a proposed conceptual framework for participatory communitybased music therapy research in end of life-care. *Qualitative Research in Medicine & Healthcare*; 2, s. 145-153.
- Schjødt, B. & Skutle, A. (2013). Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrekktiv til et alternativ i posisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), s. 412-418.
- Skoglund, E. (2009). Spesialistutdanningens historie. *Tidsskriftet. Den Norske Legeforening*. 129(11), s. 1124–1127.
- Slagstad, R. (2014). Profesjonene i norsk samfunnsforskning. I: Slagstad, R. & Messel, J. (red.). *Profesjonshistorier* (s. 13-45). Oslo: Pax Forlag.
- Slagstad, R. & Messel, J. (red.). (2014). *Profesjonshistorier* (s. 13-45). Oslo: Pax Forlag.

- Slørdahl, S. (2019). Åpenhet og tillit er en forutsetning for å lykkes. *Dagens medisin*. Publisert: 2019-11-12 05.40. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/12/apenhet-og-tillit-er-en-forutsetning-for-a-lykkes/>
- Solli, H.P (under arbeid). Implementering av musikkterapi i ambulerende team innen psykisk helsefeltet (arbeidstittel, postdoktorprosjekt). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Solli, H.P. (2014). The groove of recovery. A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy. Upublisert doktoravhandling. Bergen: Grieg-akademiet, UiB.
- Solli, H.P. & Rolvsjord, R. (2015). “The opposite of treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), s. 67-92, DOI: 10.1080/08098131.2014.890639
- Solli, H. P., Rolvsjord, R. & Borg, M. (2013). Toward 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), s. 244–273.
- Statistisk sentralbyrå (2019a). Alder og arbeidsstyrkestatus for personer med helse- og sosialfaglig utdanning. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers/aar>
- Statistisk sentralbyrå (2019b). Dette er Norge 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/394054?ts=16ccd1cf9e0>
- Stensæth, K. (2017). *Responsiveness in Music Therapy Improvisation: A Perspective Inspired by Mikhail Bakhtin*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2016). Notat: Behov for et nasjonalt løft for utdannings- og forskningskapasitet i musikkterapi. Universitet i Bergen.
- Stige, B. (2017). POLYFON kunnskapsklynge – og eit økologisk perspektiv på musikkterapeutisk fag- og profesjonsutvikling. *Musikkterapi 1-2017*, s.22-29, ISSN 0800-126X.
- Stige, B. (2018). Musikkterapeutiske tjuvstartar: føre var, før og no. Keynote ved den 5. norske musikkterapikonferansen, Fana.
- Stige, B. & Rolvsjord, R. (2009). Pionerer i mer enn femti år – om brudd og kontinuitet i musikkterapiens historie i Bergen. *Musikkterapi*, nr. 2/09, 6-24.
- Stige, B. & Trondalen, G. (2014). Hvor er vi – hvor går vi? Om autorisasjon, nasjonale retningslinjer og implementering av musikkterapi i helsevesenet. *Musikkterapi*, nr. 2 i 2014, s. 22-23.
- Stige, B. & Trondalen, G. (2018). Profesjonskompetanse og karriereveier i musikkterapi. Om spesialistutdanning for musikkterapeuter. *Musikkterapi*, 2, s. 18-23. <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2018/9/19/profesjonskompetanse-og-karriereveier-i-musikkterapi-om-spesialistutdanning-for-musikkterapeuter?fbclid=IwAR0IXgP5ujEMdJbf3pRan-PcKQS7Wha2sG02zFSRPUhXcWv4mNtrxb3qVwV4>
- Stige, B. & Aarø, L.E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.
- Stänicke, L.I. (2019). The punished self, the unknown self, and the harmed self – towards a more nuanced understanding of self-harm in adolescence. Upublisert doktoravhandling. Oslo: Institutt for psykologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Svalastog, A. L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N. & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), s. 431–435. doi:10.3325/cmj.2017.58.431

- Taihaugen, M. (2017). Evaluering av musikkterapitilbudet ved rus- og psykisk helsetjenesten i Sør-Odal kommune. Ottestad: Kompetansesenter for rus Øst.
- Taihaugen, M. & Kielland, T. (2018). Evaluering av musikkterapitilbudet ved rus- og psykisk helsetjenesten i Fredrikstad kommune. Ottestad: Kompetansesenter for rus Øst.
- Tan, X., Yowler, C.J., Super, D.M. & Fratianne, R.B. (2012). The interplay of preference, familiarity and psychophysical properties in defining relaxation music. *Journal of Music Therapy*, 49(2), pp. 150–179, <https://doi.org/10.1093/jmt/49.2.150>
- Thomas, D. & Abad, V. (Eds.) (2018). *The Economics of Therapy: Caring for Clients, Colleagues, Commissioners and Cash-Flow in the Creative Arts Therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Trondalen, G. (2016a). Self care in music therapy: The art of balancing. I: J. Edwards (red.), *Oxford Handbook of Music Therapy* (s. 936-956). Oxford: Oxford University Press.
- Trondalen, G. (2016b). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Trondalen, G. (2018). Musikkterapi er musikkterapi er musikkterapi er... Keynote ved den 5. norske musikkterapikonferansen, Fana. *Musikkterapi*, 2, s. 54-60.
- Trondalen, G. (2019). Profesjonsetikk og verdier. *Musikkterapi*, (1), s. 34-39.
- Trondalen, G., Rolvsjord, R. & Stige, B. (2010). Music Therapy in Norway – Approaching a New Decade. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, Country of the Month, July.
- Tuastad, L., Johansen, B. & Østerholt, A.L. (2018). Bruker-spør-bruker-evaluering av prosjektet MOT82. Bergen: Bjørgin DPS, Haukeland universitetssjukehus.
- UiB (u.å.). Spesialistutdanning i odontologi. Bergen: Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/studier/SPES-ODO>
- UN (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. General Assembly, Human Rights Council, Thirty-fifth session, 6-23 June 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689>
- Utdanningsdirektoratet (u.å.). Funksjon som lærerspesialist. www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/etter-og-videreutdanning/larerspesialister/funksjon-som-larerspesialist/
- Utdanningsforbundet (u.å.). <https://www.utdanningsforbundet.no/kurs-og-kompetanse/spesialist-utdanning/>
- WHO (1946). The Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Se også: <http://w3.who.org/aboutsearo/pdf/const.pdf>
- WHO Europe (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review (skrevet av Daisy Fancourt & Saoirse Finn). København: World Health Organization.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aasgaard, T. & Trondalen, G. (2004). Music therapy in Norway. Country of the Month, June, 2004. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, tilgjengelig fra www.voices.no

Vedlegg: Skisse av to etterutdannings- og spesialistutdanningsmodular

Bakgrunn

Vedlegga er skrivne på UiBs administrasjonsspråk, nynorsk, for å synleggjere at skissene av to modular vil fungere som rapport for ei tildeling frå UiBs etter- og vidareutdanningssatsing.

Som skissert i pkt. 1.5, søkte Griegakademiet i november 2018 om kr. 200 000 i stimuleringsmidlar frå Etter- og vidareutdanningseininga ved UiB, til «Utredning av spesialistutdanning i musikkterapi og utvikling av to moduler». Søknaden fekk tilslag. Som det er gjort greie for i pkt. 1.5, er ein stor del av stimuleringsmidlane brukt til frikjøp av Wolfgang Schmid (5 % st.) og Brynjulf Stige (15 % st.) hausten 2019. Frikjøpet har gått til utredningsarbeidet denne rapporten byggjer på.

Vedlegga nedanfor skisserer dei to modulane som er utvikla. For at prosessane skal henge saman, er val av tema for modulane knytt til beskrivingane i kapittel 6 av ein mogeleg musikkterapeutspesialitet i psykisk helse og rus. Tema for første modul (vedlegg 1) er det same som tema for første modul av Felleskurs i kapittel 6, medan tema for andre modul (vedlegg 2) er det same som tema for første modul av Obligatoriske fordypningskurs,

Modulane er utforma slik at dei kan gå som sjølvstendige etter- eller vidareutdanningskurs i UiB-regi, samstundes som dei altså kan inngå i ei framtidig spesialistutdanning, når/dersom firepartssamarbeidet vedtek å gå for etablering av dette. Dersom vidare prosessar går slik at desse kursmodulane (og eventuelt også andre) kjem i gang før eit spesialistutdanningstilbod, bør ein prøve å sikre at formalitetane vert utforma slik at gjennomførte kurs kan godkjennast inn i ei framtidig spesialistutdanning.

Merknad om dei to vedlegga: **Tekst markert med gult** er kommentartekst som ikkje er tenkt tatt inn i framtidige modulbeskrivingar. Kommentaraner fokuserer på vidare arbeidsprosessar og/eller forankrar modulbeskrivingane i dei ulike kapitla i denne rapporten.

Modul 1: Musikkterapi som profesjon: historie, samfunnsoppdrag og omverdsanalyse

Studiepoeng, omfang

3 eller 5 stp. (må vurderast nærare)

Studienivå (studiesyklus)

Spesialistutdanning, etter fullført masterutdanning (modulen er aktuell for ein framtidig Fellesdel for alle musikkterapeutspecialitetar, sjå pkt. 6.5).

Fulltid/deltid

Deltid

Undervisningssemester

(avhengig av vidare planprosess)

Undervisningsstad

UiB, Griegakademiet – Institutt for musikk

Mål og innhald

Modulen gjev ei kort innføring i forskingsfeltet profesjonsstudiar, som reiskap til å reflektere over kva ein profesjon er, kva som kjenneteiknar musikkterapi som profesjon og kva kontekst profesjonen står i. Innhaldet er tredelt, med vekt på profesjonshistorier, samfunnsoppdrag og omverdsanalyse.

Profesjonshistorier

Korleis kan ein forstå omgrepet profesjon, med vekt på kompetanse (*epistemisk* kriterium), fellesskap (*organisatorisk* kriterium) og samfunnsoppdrag (*politisk* og *juridisk* kriterium)? Ulike tradisjonar for korleis ein studerer profesjonsutvikling, deriblant kritiske perspektiv. Kva er profesjonars relasjonar til stat, marknad, og sivilsamfunn? Kort skisse av historia til norsk musikkterapi.

Samfunnsoppdrag

Kva er eit samfunnsoppdrag, og kva er relasjonen mellom samfunnsoppdrag, samfunnsbehov og samfunnsansvar i utvikling av ein profesjon? Kva kjenneteiknar musikkterapiens samfunnsoppdrag i Noreg i dag?

Samfunnsanalyse

Kva sosiokulturelle, politisk-juridiske, økonomiske og teknologiske faktorar påverkar ein profesjon? Korleis kan ein profesjon gjennomføre ein samfunnsanalyse? Korleis kan ein omverdsanalyse bidra i arbeidet med å fortolke eit samfunnsoppdrag og med å utforme ein strategi for realisering av dette. Kva teoretiske perspektiv kan informere omverdsanalysen?

Læringsutbytte

Ved avslutta modul skal studenten ha følgjande læringsutbytte, definert i kunnskapar, dugleikar og generell kompetanse:

Kunnskapar

Kandidaten har fordjupa oversikt over sentrale teoretiske perspektiv på profesjonsutvikling.

Dugleikar

Kandidaten kan reflektere kritisk over forholdet mellom profesjon, brukar og samfunn.

Generell kompetanse

Kandidaten kan vurdere og utvikle teoretiske argument om profesjonsutvikling, og kan presentere desse slik at dei vert forståelege for kollegaer og/eller offentlegheita.

Krav til forkunnskapar

Fullført mastergrad i musikkterapi.

Krav til studierett

(avhengig av vidare planprosess)

Undervisningsformer og omfang av organisert undervisning

Ca. 15 t undervisning

Obligatorisk undervisningsaktivitet

All undervisning er obligatorisk og omfattar skriftlege og munnlege oppgåver (må vurderast nærare, men kan t.d. omfatte a) Innlevering av ein tekst (på den digitale læringsplattforma), i form av kommentert samandrag av litteratur, b) Eit munnleg framlegg med presentasjon og vurdering av utvald fagtekst).

Vurderingsformer

(avhengig av vidare planprosess)

Karakterskala

Stått/ikkje stått

Vurderingssemester

(avhengig av vidare planprosess)

Litteraturliste

Pensum er på ca. 330 sider. Eiga litteraturliste blir utarbeidd (noko av litteraturen som det er referert til i kapittel 2-3 vil kunne vere aktuell).

Emneevaluering

Evaluering blir gjennomført i tråd med Universitetet i Bergen sitt kvalitetssikringssystem.

Programansvarleg

Programutvalet har ansvar for fagleg innhald og oppbygging av studiet og for kvaliteten på studieprogrammet (avhengig av vidare planprosess).

.

Modul 2: Musikkterapeutiske arbeidsmåtar, psykisk helse og rus: ei innføring

Studiepoeng, omfang

3 eller 5 stp. (må vurderast nærare)

Studienivå (studiesyklus)

Spesialistutdanning, etter fullført masterutdanning (modul som er aktuell for ein framtidig Obligatorisk fordjupingsdel i ein musikkterapispesialitet i rus og psykisk helse, sjå pkt. 6.6).

Fulltid/deltid

Deltid

Undervisningssemester

(avhengig av vidare planprosess)

Undervisningsstad

UiB, Griegakademiet – Institutt for musikk

Mål og innhald

Modulen gjev ein oversikt over nokre aktuelle arbeidsmåtar innan psykisk helse- og rusproblematikk, med særleg vekt på ein metodebreidde som kan sikre praksis som kjem behov og preferansar hjå ulike personar og grupper i møte, uavhengig av kjønn, kultur og sosioøkonomisk klasse. Innhaldet er firedelt, med vekt på aktivitetsformene lytting, songskriving og improvisasjon, og ulike former for gruppeprosess.

Lytting

Lytting som føresetnad for empati og mellommenneskeleg relasjon. Lytting som aktivitet i musikkterapi, både i individualterapi og gruppeterapi. Ulike tilnærmingar, m.a. tilpassa GIM-øvingar. Teoretiske perspektiv, med vekt på emosjonsregulering og arbeid med livserfaringar, motivasjon og metaforar/fortolking.

Songskriving

Songskriving som skapande musikalsk, språkleg, mellommenneskeleg og estetisk aktivitet. Ulike tilnærmingar: tekstarbeid, komposisjon/sampling/gjenbruk, samarbeid, framføring, innspeling, m.m. estetiske, individualpsykologiske og sosiokulturelle perspektiv på songskriving.

Improvisasjon

Improvisasjon individuelt, i dyade og i gruppe. Improvisasjon som skapande musikalsk, mellommenneskeleg og estetisk aktivitet. Teoretiske perspektiv, med vekt på emosjonsregulering, affektiv inntonning, kreativitet og arbeid med livserfaringar.

Ulike former for gruppeprosess

Ulike metodiske tilnærmingar til gruppeprosess i musikkterapien, med vekt på musikalske og mellommenneskelege dimensjonar.

Læringsutbyte

Ved avslutta modul skal studenten ha følgjande læringsutbytte, definert i kunnskapar, dugleikar og generell kompetanse:

Kunnskapar

Kandidaten har fordjupa oversikt over aktuelle arbeidsmåtar i musikkterapien innan psykisk helse og rusproblematikk, med forståing av sentrale teoretiske perspektiv på aktivitetane.

Dugleikar

Kandidaten har høg kompetanse bruk av lytting, songskrivning og improvisasjon som musikk-terapeutisk arbeidsmåtar individuelt og i gruppe.

Generell kompetanse

Kandidaten kan vurdere og utvikle aktivitetar, med utgangspunkt i brukarane sine behov og preferansar, og med evne til å reflektere over dimensjonar som kjønn, kultur og sosio-økonomisk klasse.

Krav til forkunnskapar

Fullført mastergrad i musikkterapi.

Krav til studierett

(avhengig av vidare planprosess)

Undervisningsformer og omfang av organisert undervisning

Ca. 15 t undervisning.

Obligatorisk undervisningsaktivitet

All undervisning er obligatorisk og omfattar praktiske, skriftlege og munnlege oppgåver (må vurderast nærare, men kan t.d. omfatte a) kandidatpresentasjon av aktivitet(ar), b) Skriftleg og munnleg refleksjon over eigne praksiserfaringar, informert av relevant teori og litteratur.

Vurderingsformer

(avhengig av vidare planprosess)

Karakterskala

Stått/ikkje stått

Vurderingssemester

(avhengig av vidare planprosess)

Litteraturliste

Pensum er på ca. 330 sider. Eiga litteraturliste blir utarbeidd.

Emneevaluering

Evaluering blir gjennomført i tråd med Universitetet i Bergen sitt kvalitetssikringssystem.

Programansvarleg

Programutvalet har ansvar for fagleg innhald og oppbygging av studiet og for kvaliteten på studieprogrammet (avhengig av vidare planprosess).