



*Det vert med dette kalla inn til møte i*

## **Programstyret for Femårig integrert masterprogram i musikkterapi**

### **Medlemar:**

Claire Ghetti, programstyreleiar  
Kjetil Hjørnevik, programkoordinator, nestleiar programstyret  
Brynjulf Stige, intern fagrepresentant  
Monika Overå, ekstern fagrepresentant  
Fridtjof Bjelland Nicolaysen, studentrepresentant  
Moritz Menz, studentrepresentant

### Sekretær:

Fredrik Due-Olsnes, studiekonsulent

**Tid:** Torsdag 22.01.26, kl. 13:00-15:00

**Stad:** GA / Microsoft Teams

**Møte:** 1/2025

**Arkivnr:** 2026/361

### **I Godkjenning av innkalling og dagsorden**

### **II Godkjenning av protokoll programstyremøte 27.11.2025 og e-postrunde 11.12.25**

### **III Sakar:**

*Diskusjonssakar:*

**MUTP 1/26 Autorisasjon av musikkterapi**

Diskusjonssak

### **IV Referat og orienteringssaker**

**MUTP 2/26 Arbeidsgruppe studieplanrevisjon – oppdatering 1 V26**

Informasjonssak

### **V Eventuelt**

20.01.2026

Claire Ghetti

Programstyreleiar

Fredrik Due-Olsnes

sekretær



## Protokoll for programstyret for Femårig integrert masterprogram i musikkterapi

### **Møtt:**

Claire Ghatti, programstyreleiar  
Kjetil Hjørnevik, programkoordinator, nestleiar programstyret  
Brynjulf Stige, intern fagrepresentant  
Monika Overå, ekstern fagrepresentant  
Fridtjof Bjelland Nicolaysen, studentrepresentant

### Sekretær:

Fredrik Due-Olsnes, studiekonsulent

### Forfall:

Moritz Menz, studentrepresentant

**Tid:** Torsdag 27.11.25, kl. 13:15-15:00  
**Møte:** 7/2025

**Stad:** GA / Microsoft Teams  
**Arkivnr:** 2025/1011

### **I Godkjenning av innkalling og dagsorden**

*Godkjent*

### **II Godkjenning av protokoll programstyremøte 23.10.2025**

*Godkjent*

### **III Sakar:**

#### *Vedtakssakar:*

#### **MUTP 29/25 Møteplan for programstyret våren 2026**

Vedtak: Programstyret vedtar forslaget om møteplan for vårsemesteret 2026.

Torsdagane, kl. 13.00-15.00:

Veke 4 – 22. januar

Veke 9 – 26. februar

Veke 16 – 16. april

Veke 21 – 21. mai

Veke 25 – 18. juni

#### *Diskusjonssakar:*

#### **MUTP 30/25 Langsiktig rekruttering – Polyfon**

Kommentarar som kom fram i møtet:

Polyfon har fått 7,5 mill. til å styrke samarbeid på tvers av regionar. Inkludert i finansieringa er støtte til prosjekt om rekruttering inn til MT-studiet. over 3 år - 2,5 mill. pr år.

Korleis kan Polyfon best bidra til rekruttering til MT-studiet mellom et slikt ordning? Det ble anbefalt at Polyfons ordning involverer både VGS og FHS. Første søknadsfrist blir oktober 2026, om ordninga blir realisert.

Skulebesøk? Workshop i speling. Ikkje konsert - det får dei nok av. Direksjon og leing kan rettast mot demenskor, t.d.

Er det mogleg å kople det til NFR - RESONATE? Det er og eit masterprosjekt på Kongshaug som kan koplast til dette.

Fokusere på opplevinga av musikkterapi -

Fokus på det mellommenneskelege, i staden for eigen prestasjon i musikk.

#### **IV Referat og orienteringssaker**

##### **MUTP 27/25 NOU 2025:7 - informasjonssak**

Kommentarar som kom fram i møtet:

Veldig bra at MT har fått stor plass.

176 svar har kome som høyringssvar, og om lag 15 av dei omtaler MT.

Programstyret er og sær positive til at fakultetet støtter ei eventuell tredje utdannings i Noreg.

##### **MUTP 28/25 Arbeidsgruppe studieplanrevisjon - oppdatering**

Kommentarar som kom fram i møtet:

Det har vært et møte i den nye arbeidsgruppa, og studentrepresentanten er på plass. Arbeidsgruppa er godt i gang med å samle saker som må bli omarbeida under revisjonsprosessen. Større tema som vurdering av "identiteten" til utdanninga må vere med, og diskuterast grundig i fagmiljøet. Inkludert i en slik diskusjon blir en utredning om 5 årig utdanning skal beholdes, eller om det skal vere 3+2.

#### **V Eventuelt**

04.12.2025

Claire Ghetti

Programstyreleiar

Fredrik Due-Olsnes  
sekretær



# UNIVERSITETET I BERGEN

*Fakultet for kunst, musikk og design*

## *Saksvedlegg*

### PROGRAMSTYRET FOR FEMÅRIG INTEGRERT MASTERGRAD I MUSIKKTERAPI

Sak nr.: 1/26  
Sakstype: Diskusjon

Arkivnr: 2026/361  
Møte: 22.01.2026

---

## Autorisasjon av musikkterapi

---

### **Vedlegg**

Søknad om autorisasjon, sendt 2010  
Tilråding frå Helsedirektoratet, 2012

### **Bakgrunn**

I arbeidet med studieplanrevisjon er spørsmålet om autorisasjon av musikkterapi i Noreg igjen kome opp. Temaet skal og verte drøfta i Firepartsamarbeidet 12. februar.

### **Historikk**

Då femårig integrert master i musikkterapi starta opp på UiB i 2010, bad UiB sentralt om at ein initierte arbeid med skikkavurdering og autorisasjon. Skikkavurdering kom på plass for nokre år sidan. Søknad om autorisasjon blei formelt sett sendt av UiB og NMH i 2010 (i samarbeid med NFMT og MFO/CREO), og det var Brynjulf Stige og Gro Trondalen som skreiv søknaden. Avslaget frå helsedirektoratet peiker på at musikkterapiutdanninga ikkje er spesifikt retta inn mot helsefaglege emne, er vesentleg teoretisk og ikkje klinisk retta mot helsetenesta, samt at forskingsgrunnlaget er for tynt. Helsedepartementet valde å følgje tilrådinga frå helsedirektoratet. Avslaget om autorisasjon er ein av faktorane til at Polyfon mellom anna vart starta.

### **Til saka**

Programstyret vert oppmuntra til å diskutere det følgjande:

1. Kva innspel har me til Firepartsamarbeidet om musikkterapiens "modenhet" til å søke autorisasjon på nytt? Nokon viktige moment å ta i betraktning: a) til kva grad musikkterapi er tydeleg integrert i helsetenestene, b) må/bør/skal ei spesialistutdanning vere på plass først, c) er evidensgrunnlaget tilstrekkeleg, og d) er skadepotensialet godt nok dokumentert?
2. Kva betydning har spørsmålet kring autorisasjons for noverande arbeid med studieplanrevisjon?

Claire Ghatti  
Programstyreleiar

Fredrik Due-Olsnes  
sekretær

# AUTORISASJON AV MUSIKKTERAPEUTER

Dokumentasjon utarbeidet av Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen, april 2010

## INNLEDNING

Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen tar med dette initiativ der vi ber Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å endre Helsepersonelloven § 48 første ledd, slik at musikkterapeuter blir inkludert i gruppen av helseprofesjoner med autorisasjon. Forespørselen er utformet i samråd med Musikernes fellesorganisasjon<sup>1</sup> og Norsk forening for musikkterapi<sup>2</sup>. Disse utdanningsinstitusjonene og organisasjonene mener at en autorisasjon av musikkterapeuter vil være fornuftig av flere grunner. Musikkterapeuter gir behandlingstilbud med dokumentert effekt og representerer en kompetanse helsevesenet har bruk for. Først og fremst vil en autorisasjon handle om å sikre pasientenes trygghet for kvaliteten i musikkterapeutisk helsehjelp, for dermed å ivareta tillit i befolkningen til helsevesenets bruk av musikkterapeutiske tilbud. Videre synes en slik ordning fornuftig for å sikre et rimelig forutsigbart grunnlag for videreutvikling av musikkterapi som profesjonsutdannelse og forskningsfelt. I siste instans handler også dette om kvalitet i pasientenes tilbud.

En beskyttelse av yrkestittelen musikkterapeut vil etter vår vurdering representere en beskyttelse av pasientene. Forskjellen mellom profesjonell musikkterapeutisk helsehjelp og musikk som kulturtilbud og allmenn rettighet, vil bli tydeliggjort. En slik tydeliggjøring er ønskelig ikke fordi musikkterapeutene ønsker monopol på bruk av musikk i helsefaglige kontekster, men for å skape en klarhet som gjør samhandling og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og sektorer mulig. Musikkterapeutisk profesjonsutøvelse forutsetter høy kompetanse og femårig utdannelse på universitetsnivå. Musikkterapiutdannelsen er forskningsbasert, der helseforskning som dokumenterer effekten av musikkterapeutiske tiltak vektlegges, ved siden av humanistisk og samfunnsvitenskapelig forskning på brukerperspektiv og de sosiale og kulturelle nettverk som praksis er vevd inn i. I norsk musikkterapi er derfor sammenhenger mellom musikk som klinisk behandling og musikk som helseressurs i hverdagen et viktig tema for forskning og fagutvikling. En autorisasjon av musikkterapeuter etter Helsepersonelloven vil etter vårt skjønn skape et bedre grunnlag for god integrering og bruk av den musikkterapeutiske kompetansen i helsevesenet. Autorisasjon av musikkterapeuter vil også bety at musikkterapistudenter blir omfattet av bestemmelsene om skikkethetsvurdering, noe utdanningsinstitusjonene finner naturlig for en yrkesutdanning som kvalifiserer for helserelatert arbeid.

Norge har hatt høyere musikkterapiutdanning siden 1978. De første årene ble det utdannet 6 kandidater årlig. Den årlige utdanningskapasiteten ligger for tiden på 24, med 12 studieplasser ved Norges musikkhøgskole og 12 ved Griegakademiet ved Universitetet i Bergen. I dag er det i underkant av 400 utdannede musikkterapeuter her i landet, men grunnet manglende autorisasjon og stillingskoder arbeider anslagsvis kun 200-250 av disse med musikkterapi. Det er sterk søknad til utdanningene og det er et faglig behov for langt flere musikkterapeuter, for eksempel på sykehus, i psykisk helsevern, og i eldreomsorgen. Ut-

danningsinstitusjonenes vurdering av framtidig utdanningskapasitet er blant annet relatert til spørsmålet om autorisasjon.

Norsk musikkterapi har hatt en rivende utvikling siden oppstarten på 1970-tallet. De siste 10 årene har utviklingen skutt fart, ikke minst i forhold til utdanning og forskning. Dette gjenspeiles ved at det i dag finnes to sterke utdannings- og forskningsmiljø i musikkterapi i Norge. Begge de to norske utdanningstilbudene i faget leder fram til mastergrad etter et fem-årig studieløp, noe som også er malen i de fleste europeiske land. I tillegg gir begge institusjoner tilbud om forskerutdanning i musikkterapi på PhD-nivå. Både i Oslo og Bergen er det dessuten aktive forskningssentre.

Spørsmålet om statlig godkjenning av musikkterapeuter som yrkesgruppe i helsevesenet er avklart i noen av de landene som det er naturlig å sammenligne seg med, slik som Storbritannia og Østerrike. Autorisasjonsspørsmålet er foreløpig ikke avklart i noen av de nordiske landene, men det arbeides aktivt med dette. Vi ser det som naturlig at Norge går foran i nordisk sammenheng, da Norge var det første land i denne regionen som fikk etablert musikkterapiutdanning og i dag er langt framme i europeisk sammenheng når det gjelder utdanningskvalitet og forskning. I norsk musikkterapi er det slik sett diskrepans mellom nivå på utdanning og forskning og grad av innpass i de lover og regler som gjelder for helsevesenet. Det er for eksempel slik at metaanalyser publisert av norske musikkterapi-forskere har påvirket britiske retningslinjer for behandling av schizofrene pasienter, mens musikkterapeuter ennå ikke er autorisert som helsepersonell i Norge (selv om en god del institusjoner altså har tatt kompetansen i bruk).

Vi vil i det følgende gjøre rede for – og gi belegg for – den argumentasjonen som vi mener tilsier at musikkterapeuter blir autorisert i tråd med bestemmelsene i Helsepersonelloven. I Del I, *Begrunnelse*, sammenfattes argumentasjonen først, så settes fokus på det verdi- og kunnskapsgrunnlaget norsk musikkterapi bygger på, dernest innholdet i norsk musikkterapiutdanning, yrkesrollens innhold og utforming og pasientsikkerhetshensynet, samt internasjonale forhold. I Del II, *Bakgrunn*, presenteres musikkterapiens historie i korte trekk, de to norske forskningsmiljøene i faget og den norske praksistradisjonen. I Del III, *Vedlegg*, følger studieplanene for de to norske utdanningene, de etiske retningslinjer for norske og europeiske musikkterapeuter og samarbeidserklæringer fra Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi.

## DEL I: BEGRUNNELSE

### SAMMENFATNING AV ARGUMENTASJON

Behovet for autorisasjon av musikkterapeuter ser vi i sammenheng med følgende forhold: a) nyere forskning som viser at musikkterapeutene har en kompetanse som helsevesenet trenger, b) utdanningens innretning mot helse, c) en markant endring i yrkesgruppens rolle i det norske samfunn og helsevesen, d) problemene manglende autorisasjon skaper for god yrkesutøvelse, e) den faren vi ser for at manglende autorisasjon kan skape uklare forhold til skade for pasienter og brukere.

*Ad a): Nyere forskning viser at musikkterapeutene har en kompetanse helsevesenet trenger*

Helsetjenesten trenger den kompetansen musikkterapeutene representerer, blant annet fordi en systematisk og faglig informert bruk av musikkterapi gir muligheter for å mobilisere motivasjon og ressurser der dette ellers er svært vanskelig. Dette er for eksempel aktuelt i forhold til behandling av pasienter med Parkinsons sykdom, i ulike habiliterings- og rehabiliterings-tilbud, i psykisk helsevern og i eldreomsorg. Felles for disse ellers nokså ulike arbeidsområdene, er at musikken tilbyr en motiverende form for aktivitet og samhandling som kan tas i bruk i arbeid med den enkeltes funksjon, samtidig som rammer for aktivitet og samfunnsdeltagelse kan bygges opp. I andre praksissituasjoner, som for eksempel palliativ omsorg, tilbyr musikken minnespor og mulighet for refleksjon og opplevelse av mening på måter som har stor betydning for den enkelte pasient.

Deler av musikkterapiens evidensgrunnlag vil bli beskrevet nedenfor, blant annet i forhold til psykisk helsevern. Dette kan eksemplifiseres av funnene i et Cochrane Review som Gold og medarbeidere publiserte i 2005, der det dokumenteres at musikkterapi har positiv effekt blant annet i forhold til negative symptomer for mennesker med schizofreni eller schizofrenilignende lidelser (1). Standard medisinsk behandling for denne gruppen bidrar til at positive symptomer holdes i sjakk, mens en i mindre grad lykkes i å hjelpe pasientene i forhold til negative symptomer som affektavflatning og kommunikasjonsvansker. Her vil musikkterapien komme inn med vesentlige bidrag i forhold til utvikling av motivasjon, emosjonell bevissthet og sosiale ferdigheter.

*Ad b): Utdanningens innretning mot helse*

For musikkterapifaget er situasjonen at helse er hovedfokus både i forskningsaktiviteten og i utdanningen. Selv om det foreløpig ikke er et flertall av musikkterapeutene som arbeider i helsesektoren, er det ikke slik at utdanning og yrke først og fremst er rettet inn mot en annen sektor enn helsesektoren. Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen legger vekt på å kvalifisere musikkterapistudentene i forhold til arbeid i helsesektoren og dessuten til helsefremmende arbeid innen rammen av opplærings- og kulturtilbud. Vi mener at musikkterapeutene som yrkesgruppe står i en særlig stilling når det gjelder muligheter til å tenke helhetlig samhandling mellom behandlingsinstitusjoner og samfunnet rundt. Aasgaards (2) doktoravhandling om musikkterapi med kreftsyke barn på sykehus eksemplifiserer dette, der han

synliggjør hvordan musikk (for eksempel gjennom opptak av sanger skrevet av barnet) kan "reise" fra isolat til barnets familie og skolesituasjon og slik opprettholde og styrke støttende nettverk.

En slik arbeidsmåte vil være høyst relevant for flere områder av helsevesenet, for eksempel psykisk helsevern og rusomsorg. Musikkterapeutenes unike kombinasjon av helsefaglig og musikkfaglig kompetanse tilsier derfor at en ikke bare vektlegger hvor mange musikkterapeuter som arbeider innen tradisjonelle helseinstitusjoner. En må også se på hvordan musikkterapeutene er med i tverrsektorielle samarbeidsrelasjoner der mobilisering av helseressurser i familie og lokalsamfunn inngår som en supplerende strategi i forhold til individuell behandling på sykehus og i institusjon.

#### *Ad c): Endring i yrkesgruppens rolle i det norske samfunn og helsevesen*

Musikkterapifaget har en profil som integrerer det helserelaterte og det kulturelle, der musikkterapeuten gjennom en relasjonell praksis søker å mobilisere brukernes egne ressurser. Den musikkterapeutiske fagprofilen samsvarer derfor med det fokuset som i dag er etablert innen helsesektoren i forhold til brukermedvirkning og ressursorientering.

Av historiske årsaker fikk norsk musikkterapi først fotfeste innen ulike pedagogiske og spesialpedagogiske sammenhenger. I mange land har musikkterapien en mye sterkere posisjon i helsevesenet, og svært mye peker i retning av at denne utviklingen vil skyte fart også her i landet. Den forskning som i dag foregår internasjonalt og ved de to norske forskningsentre i faget, aktualiserer dette. Norsk musikkterapi har prioritert utvikling av sterke utdanningstilbud og solid forskning, og det har foreløpig ikke vært gjort noe systematisk forsøk på å promotere musikkterapien opp mot aktuelle felt innen helsevesenet. Likevel viser det seg at det vokser fram nye musikkterapistillinger innen sektoren, svært ofte ved at én institusjon går foran og at andre institusjoner i nærområdet ser verdien og kommer etter. Eksempelvis er det kommet fem nye stillinger innen eldreomsorgen i Bergen bare i løpet av de siste to-tre år.<sup>3</sup>

Musikkterapeuter arbeider i ulike deler av helsevesenet. For eksempel arbeider musikkterapeuter i flere institusjoner i psykisk helsevern og i eldreomsorgen. Det er tilsatt musikkterapeuter ved barneavdelingene ved de fleste universitetssykehus, og musikkterapi blir i dag prøvd ut i behandling av ulike pasientgrupper, som for eksempel pasienter med Parkinsons sykdom.<sup>4</sup> Samlet sett representerer gruppen foreløpig ca. 50 arbeidstakere i helsevesenet. Musikkterapiens profil som helserelatert fag og yrke blir klarere år for år, både fordi det kommer flere nye stillinger innen sektoren, og fordi musikkterapeutisk forskning i langt større grad enn tidligere dokumenterer musikkterapiens effekt i forhold til helse og livskvalitet.

#### *Ad d): Manglende autorisasjon skaper problemer for god yrkesutøvelse*

Helsevesenet vil etter vår vurdering være tjent med systematikk i innføringen av musikkterapi i ulike helseinstitusjoner. Ved at musikkterapeuter foreløpig ikke er autoriserte etter Helsepersonelloven, kan det oppstå uklarheter om yrkesrollen. Lokale løsninger må gjerne utvikles når det for eksempel gjelder dokumentasjon og journalføring. Dette til tross for at Helsepersonelloven er eksplisitt på at taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og informasjonsplikt gjelder både for yrkesgrupper med og uten autorisasjon. Det er sannsynlig at slike problemstillinger vil være mer prekære for musikkterapeuter enn for mange andre ikke-autoriserte yrkesgrupper

i helsesektoren, da det er manglende kunnskap i sektoren om forholdet mellom musikkterapeutisk helsehjelp og ordinære kulturaktiviteter, se neste punkt.

*Ad e): Manglende autorisasjon kan skape uklare forhold til skade for pasienter og brukere*

De musikkterapeutene som arbeider i helsesektoren, arbeider med stort ansvar og stor selvstendighet, der de med utgangspunkt i prosedyrer for kartlegging og evaluering gjennomfører individualtimer og gruppebaserte tilbud. Fare for skadevirkninger for pasientene er til stede. Pasienters sensitivitet for lydbølger og musikk er svært avhengig av deres helsetilstand. Musikken er dessuten et sterkt virkemiddel emosjonelt og sosialt, som ved ukyndig praksis kan vekke minner, assosiasjoner og emosjoner ut over det som er mulig å håndtere i en gitt situasjon. Musikkterapeutisk praksis forutsetter derfor fullverdig utdanning og profesjonalitet, kontinuerlig faglig oppdatering og utøvelse i tråd med gjeldende etiske retningslinjer for yrkesgruppen.

Det er viktig at pasientene sikres kvalitet i tilbudet som gis, og at de ikke utsettes for ukyndige utøvere. En slik sikkerhet for pasienter bidrar også til at tillit til musikkterapeuten og helsetjenesten opprettholdes. Problemstillingen er aktualisert av den økende samfunnsinteressen for sammenhenger mellom musikk og helse, noe som har bidratt til at det er mer vanlig enn det var tidligere at institusjoner tror de har etablert musikkterapitilbud, uten at de har tilsatt fagperson med den nødvendige utdanning og kompetanse. Dette er høyst problematisk, da forsvarlig musikkterapeutisk praksis i tverrfaglige behandlingsteam forutsetter ryddige forhold når det gjelder kompetanse og kvalitetssikring. En autorisasjonsordning vil sikre at musikkterapeuter har en felles utdanningsbakgrunn og nødvendige kvalifikasjoner til å inneha sin bestemte yrkesrolle.

## **MUSIKKTERAPIENS VERDI- OG KUNNSKAPSGRUNNLAG**

Musikkterapi er etablert som et internasjonalt fagfelt, med særlig tyngde i USA, Canada, Europa, Australia og deler av Sør-Amerika, men med gryende fagtradisjoner også på de andre kontinentene. Musikkterapien er et sammensatt fagfelt som omfatter en rekke fagtradisjoner og praksisformer. Det finnes en omfattende internasjonal forskningsbasert litteratur, ikke minst i USA, der det første vitenskapelige tidsskriftet (*Journal of Music Therapy*) ble etablert i 1964. Etter hvert er det bygd opp en rikholdig forskningslitteratur også i europeisk og australsk musikkterapi, der de viktigste vitenskapelige tidsskrift ble etablert på 1980- og 1990-tallet. *Nordic Journal of Music Therapy* er ett av disse (tidsskrift på nivå 2 med base i Norge, utgitt av Routledge). Som yrke bygger musikkterapien således på spesifikke forskningsbaserte og erfaringsoverførte innsikter og ferdigheter, samtidig som praksis også tar utgangspunkt i fellesmenneskelige og kulturelle ressurser.

Et humanistisk fundament er innebygget i det norske samfunnets grunnverdier og har stor betydning også for helsevesenets virksomhet. Et slikt humanistisk perspektiv står helt sentralt i musikkterapeutisk virksomhet, som i stor grad setter fokus på musikkens evne til å skape mening og stimulere ressurser (4). Et samlende fokus for norsk musikkterapi har vært en forståelse av hvordan musikk aktiverer handlemuligheter gjennom musikalsk kommunikasjon og deltakelse. En teoretisk legitimering av et slikt perspektiv ble utviklet i den første

norske doktoravhandling i musikkterapi, av Even Ruud i 1987 (5). Flere senere norske forskningsarbeid i faget har videreutviklet en slik teoretisk plattform (se for eksempel 2, 6-10). Dette må ses i sammenheng med et helsebegrep som fokuserer på samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer, der helse blir oppfattet som en personlig ressurs, som blant annet er avhengig av tilgjengeligheten av relasjonelle, sosiale og kulturelle ressurser. Et slikt helsebegrep kan ses i forlengelsen av helse oppfattet som fravær av sykdom og innebærer at forskning og yrkesutøvelse ikke bare fokuserer på musikk som behandling, men også har fokus på musikk som en helsefremmende hverdagspraksis i lokalsamfunnet.

Brukermedvirkning og ressursorientering står sterkt i den norske musikkterapitradisjonen og må anses som klinisk relevant i forhold til mange forskjellige behandlingstilbud. Dette eksemplifiseres i Randi Rolvsjords doktoravhandling om musikkterapi i psykisk helsevern, der hun viser at pasientene erfarer at musikkterapi gir dem tilbake retten til å være musikalsk aktive, opplevelse av mestring og nye muligheter, opplevelse av positive følelser, mulighet for utforskning og uttrykk av negative følelser, anledning til å forhandle om problemer og ressurser, samt erfaring med gjensidig empowerment (7).

Musikkterapeutisk praksis forutsetter ikke at pasienten har spesielle forutsetninger for musikk. Mens det i moderne samfunn er vanlig å tenke på deltakelse i musikk som en aktivitet forbeholdt de mest talentfulle, tar musikkterapien utgangspunkt i at evnen til å oppleve glede og mening i omgang med musikk er svært utbredt i befolkningen. Ut fra det vi vet i dag, er det sannsynlig at denne evnen har et biologisk fundament, og at den bunner i menneskets medfødte kapasitet for kommunikasjon gjennom lyd og bevegelse (se for eksempel 11). Et slikt kommunikativt fundament gjør kulturell læring mulig og musikk framstår i ulike livsfaser som en ressurs for identitetsutvikling, kommunikasjon og fellesskap (12). Musikkens basis som ikke-språklig kommunikasjon gjør det mulig for det språkløse barnet å være i relasjonsbyggende kontakt med andre mennesker. Tilsvarende vil den demente pasienten som har mistet mye av sin evne til å kommunisere gjennom samtale, kunne oppleve kontakt og samvær gjennom sang og bevegelse (13).

Musikkterapien er kontekstsensitiv idet den tar høyde for pasientenes egen musikalske bakgrunn og identitet, deres opplevelse av hvorledes musikken virker, samt den situasjonen musikalsk utøvelse foregår innenfor. Det innebærer at en musikkterapeutisk praksis må ses i lys av samfunn og kultur (9, 12). Eksempelvis er et samhandlingsperspektiv satt i system innen de musikkterapeutiske tilbud i kriminalomsorgen, gjennom tiltaket ”Musikk i fengsel og frihet”, der de innsatte ikke bare får tilbud om musikk som rehabilitering i fengselet, men også om musikk som ettervern. Musikkterapi tilbudene innenfor og utenfor institusjon blir samordnet og sett i sammenheng (14-16).

I det følgende vil vi kort gjøre rede for deler av evidensgrunnlaget for noen av de områdene innen musikkterapien som så langt har vist seg relevante for helsesektoren i Norge.

Musikkterapi innen psykisk helsearbeid tar utgangspunkt i musikkens muligheter til å fremme kommunikasjon, deltakelse, sosiale relasjoner og selvforståelse. Musikkterapi blir av mange brukere opplevd som motiverende, slik at terapiformen også er tatt i bruk for pasientgrupper som ellers har vanskelig for å motivere seg for terapeutisk endringsarbeid. I en meta-analyse undersøkte Gold og medarbeidere (1) effekten av musikkterapi for mennesker med schizofreni. I tråd med kriteriene for publisering i Cochrane-databasen, ble fire studier med til

sammen 266 deltakere inkludert og analysert. Resultatene viser at musikkterapi førte til forbedring i forhold til positive og (særlig) negative symptomer, samt bedring i sosial fungering. Graden av effekt var avhengig av antallet musikkterapitimer som ble tilbudt. Dette understøttes av en nyere metaanalyse (138). Resultatene viste at musikkterapi, som tillegg til standard behandling, har sterk og signifikant effekt på generelle symptomer, negative symptomer, depresjon, angst, funksjon, og musikalsk engasjement. En viss bedring kan sees etter noen få terapitimer, men lengre forløp (mer enn 16 behandlinger) eller hyppigere økter (1-2 behandlinger i uken) er nødvendig for å oppnå mer vesentlig effekt.

Musikkterapiens effekt som behandling for mennesker med depresjon har også blitt undersøkt i et Cochrane Review (17). Fem studier oppfylte inntakskriteriene. Fire av dem viste større reduksjon i symptomer på depresjon blant dem som ble randomisert til musikkterapi. Den femte studien rapporterte ingen forskjell i effekt mellom musikkterapi- og kontrollgruppe. Funn fra de enkelte studiene tyder på at musikkterapi i behandling av personer med depresjon er gjennomførbart og tilsier behov for videre forskning. Norske forskere er for tiden involvert i en RCT på feltet som en forskningsgruppe ved University of Jyväskylä står bak.

Gold, Wigram og Elephant (18) har gjort en systematisk gjennomgang av litteratur om musikkterapi for lidelser i autismespekteret. Målet for deres gjennomgang var å kunne si noe om effekten av musikkterapi innenfor målgruppen. Resultatene viser blant annet at musikkterapi kan være til hjelp med å forbedre kommunikative ferdigheter. Man kommer frem til statistisk signifikante resultater til tross for at de inkluderte studiene er små.

Effekten av musikkterapi for barn og unge med psykiske lidelser har blitt undersøkt i en metaanalyse (19). Totalt 11 studier med 188 deltakere ble inkludert og analysert. Resultatene viste at musikkterapi forbedret atferd, utvikling og selvbilde hos barn og ungdom med atferdsforstyrrelser og utviklingsmessige forstyrrelser. Videre så man på dette feltet at psykodynamiske og humanistiske tilnærminger tenderte til bedre effekt enn behaviouristiske tilnærminger.

Effekten av musikkterapi innen rehabilitering av pasienter med nevrologiske sykdommer og skader er dokumentert i forhold til målområder som språk og kommunikasjon, bevegelse, kognisjon og hukommelse. Musikkterapi har også vist seg nyttig i forhold til arbeid med emosjonell regulering og livskvalitet. Flere studier er gjennomført på effekten av musikkterapi i forhold til kommunikasjon for pasienter med nevrologiske skade grunnet Parkinsons sykdom eller slag (20-25). Effekten av vokale øvelser og sang på talespråkets naturlige flyt og forståelighet for pasienter med hjerneskade eller slag er også undersøkt (26). Videre er langtidseffekter av musikkterapeutisk behandling i forhold til stemmekontroll og frekvensvariabilitet undersøkt (20, 22, 27). Positive effekter av musikkterapi i forhold til de motoriske problemer som pasienter med Parkinsons sykdom opplever, er også dokumentert (28, 29, 139).

Innen eldreomsorgen er det en sterk økende interesse for musikkterapi, da kvalitative casestudier og klinisk erfaring viser at pasienter med demens kan ha et godt utbytte av musikkterapeutiske tilbud, for eksempel i forhold til økt livskvalitet og reduksjon av agitert atferd. Musikkens evne til å motivere og engasjere pasienter som ellers er passive framheves også. Dette anses som viktig, da prevalensen av pasienter med demens antas å øke i årene framover, fra 2% av befolkningen i 2008 til 4 % i 2050 (30). I Norge antar en at antallet pasi-

enter som trenger demensomsorg vil øke fra 70 000 til over 140 000 i samme periode (31). Demensproblematikk krever kostbar og intens omsorg. Musikkterapi kan ses i relasjon til Cohen-Mansfields (141) generelle argumentasjon for utvikling av ikke-farmakologiske intervensjoner i behandling av pasienter med demens: 1) de kan adressere de psykososiale og miljømessige faktorer som kan ligge under visse symptomer, 2) de unngår begrensninger i eksisterende farmakologisk behandling, og 3) de bidrar til at kommunikasjon med pasienten står i fokus og medvirker slik til å sikre at den enkeltes unike behov blir ivaretatt. Eksempler på musikkterapiforskning som ivaretar slike hensyn, er Hanne Mette Ridders (13) undersøkelse av hvordan bruk av kjente sanger kan muliggjøre kommunikasjon med pasienter med frontotemporal demens. Det er foreløpig for få randomiserte kontrollert forsøk til å gi klare konklusjoner i et Cochrane Review (32), men demensfeltet innen musikkterapifaget er i rask utvikling og GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning har etablert et nordisk nettverk for forskning og kunnskapsutvikling innen feltet.

Som eksemplene over viser, er det musikkterapeutiske praksisfeltet variert, noe som avspeiler musikkens anvendelighet og allsidighet i forhold til helserelaterte spørsmål. På alle felt er det en raskt økende internasjonal forskningsaktivitet. Cochrane Reviews er publisert innen flere arbeidsfelt. Noen av disse viser tydelige positive effekter, andre bygger på få eller svake studier og er mer tentative i sin konklusjon. Dette siste er blant annet tilfelle for demensfeltet, der klinisk erfaring og kvalitative studier peker i retning av at musikkterapi kan gi et viktig bidrag, men der det foreløpig mangler undersøkelser med sterke kvantitative design. En utfordring musikkterapien støter på i utviklingen av en forskningsbasert praksis, er at de intervensjoner som klinisk sett vurderes som mest meningsfulle ofte er komplekse og kontekstuelle. Norsk musikkterapi møter denne utfordringen med to supplerende strategier. For det første åpner organiseringen i forskningssentre og internasjonale nettverk opp for at en får kapasitet til å gjennomføre solide randomiserte og kontrollerte forsøk. For det andre legger de norske forskningsmiljøene i musikkterapi vekt på også å utvikle sterke kvalitative studier som kan fange opp brukerperspektiver og kontekstuelle faktorer (se Del II).

## **UTDANNELSENS INNRETNING**

Det første høyere utdanningstilbudet i musikkterapi i Norge startet som en toårig videreutdanning allerede i 1978, ved daværende Østlandets musikkonservatorium<sup>5</sup>. Utdanningen rettet seg inn mot studenter som fra før hadde en treårig relevant yrkesutdanning på høyskole- eller universitetsnivå. I 1988 ble utdanningstilbudet utvidet med en tilsvarende utdanning i Sogn og Fjordane, med Østlandets musikkonservatorium (senere Norges musikkhøgskole) som faglig ansvarlig. Etter Kvalitetsreformen er utdanningsstrukturen endret. Utdanningskravet for musikkterapeuter ble i 2004 lagt til masternivå. Tilsvarende utdanningskrav gjelder for de fleste europeiske land (33). Utdanningen som var lagt til Høgskulen i Sogn og Fjordane ble i 2006 overført til Griegakademiet ved Universitetet i Bergen, noe som betyr at Norge i dag har to selvstendige og likeverdige utdanningsløp mot mastergrad i musikkterapi.

Mens utdanningen de første årene bar preg av å være en videreutdanning med utgangspunkt i annen yrkesutdanning, står studiet i dag fram som en egen helhetlig og sammenhengende utdanning. Fra 2010 har Universitetet i Bergen valgt å tydeliggjøre musikkterapi-

studiets organisering som en helhetlig utdanning ved å etablere et femårig integrert masterprogram. Ved Norges musikkhøgskole er utdanningsløpet organisert som et årsstudium på bachelornivå<sup>6</sup> og et toårig masterstudium, der det forutsettes at studentene har minimum to års relevante universitets- eller høgskolestudier før opptak til årsstudiet. De to norske utdanningene i musikkterapi er altså organisert noe ulikt, men begge leder fram til mastergrad og hovedtrekkene i det femårige løpet er sammenlignbart, se studieplanene i Vedlegg 1 og 2.

Den norske utdanningstradisjonen i musikkterapi har vært kjennetegnet av en vektlegging av forskningsdokumentasjon og teoretisk refleksjon, kombinert med et fokus på brukermedvirkning og ressursorientering. Eksempelvis inneholder det femårige integrerte masterprogrammet i Bergen 90 stp fordypning i musikkterapi på bachelornivå og 120 studiepoeng i musikkterapi på masternivå. De øvrige 90 stp er fordelt på førstesemesteremner, psykologi, musikk- og valgemner. Helseforskning og helserelaterte undervisningstemaer er integrert i de spesifikke musikkterapiemnene i studiet. Disse emnene fokuserer på teori, forskning og arbeidsmetode for ulike arbeidsfelt (blant annet musikkterapi i habilitering, rehabilitering og medisinske kontekster og musikkterapi i psykisk helsearbeid og eldreomsorg). Profesjonskunnskap er dessuten skilt ut som et eget emne, med skolering i aktuelle lover, regelverk og etiske retningslinjer og med opplæring i forhold til profesjonelt ansvar og forpliktelser som taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og informasjonsplikt.

## **DEN MUSIKKTERAPEUTISKE YRKESROLLEN**

Musikkterapeutens yrkesrolle i helsevesenet er selvstendig og som regel knyttet til samarbeid i tverrfaglige fagteam. Musikkterapeuter deltar i samarbeid med andre fagpersoner i forhold til kartleggingsarbeid, der observasjon i musikkterapeutiske situasjoner for eksempel kan være av særlig interesse med tanke på ressurser, kommunikasjon og deltakelse. Musikkterapeuten vil også ha en selvstendig rolle i forhold til å vurdere den enkelte pasients muligheter for musikkalsk samhandling og helserelatert musikkbruk.

Musikkterapeutiske tilbud organiseres vanligvis som individualtilbud eller gruppetilbud, der det er musikkterapeutens faglige vurderinger som avgjør innhold i og utforming av terapien, selvsagt i samråd med bruker og aktuelle samarbeidspartnere. Musikkterapi tilbudene er altså individuelt tilpassede tiltak, noe som krever stor grad av selvstendighet og fleksibilitet fra musikkterapeutens side, med utgangspunkt i de profesjonelle ferdigheter som utdanning og veiledning i faget gir. Musikkterapeuter har en femårig universitetsutdanning som vektlegger tilpasning av musikken til den individuelle klientens ressurser og problemer. Det er en lang rekke funksjonshemminger eller sykdommer som på ulike vis gjør bruk av musikk vanskelig tilgjengelig, men samtidig terapeutisk potent. Musikkterapeutene har en utdanning som gir bred kunnskap om og ferdighet i musikk kombinert med kunnskap om menneskelig utvikling, helseproblemer og kulturbetingelser. En relevant bruk av musikk som helseressurs er således noe ganske annet enn anvendelse av ferdiglagde standardprogram med musikk. Musikkterapeutene arbeider relasjonelt i forhold til den enkelte bruker og tilpasser det musikkterapeutiske tilbud til pasientens behov og den aktuelle kontekst.

Ulike institusjonelle kontekster i helsevesenet fordrer forskjellige former for tverrfaglig samarbeid, der musikkterapien representerer et unikt tilbud som må tilpasses og be-

grunnes i en tverrfaglig samarbeidskontekst. Derfor innebærer kompetent yrkesutøvelse at musikkterapeuten selvstendig utvikler tilbud til de aktuelle pasienter og brukere, med evne til å se disse tilbud i relasjon til det helhetlige behandlingstilbudet på den enkelte arbeidsplass.

En slik tilnærming forutsetter en høy, sammensatt og formalisert kompetanse. Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen har etablert femårige studieløp som leder fram mot den kompetansen en mener er nødvendig for kompetent utøvelse av yrkesrollen. Etterutdannings- og veiledningstilbud er under oppbygging. Etter som det i dag ikke er noen ordning for autorisasjon av musikkterapeuter og ingen beskyttelse av yrkestittelen, tar enkelte institusjoner musikk i bruk som terapeutisk redskap uten å sikre at utøverne har nødvendig utdanning og kompetanse. Denne situasjonen tilsier etter vårt skjønn at musikkterapeuter bør gis autorisasjon etter Helsepersonelloven, for å sikre kvalitet i pasientenes tilbud og for å ivareta tillit til musikkterapeuten og helsetjenesten.

I Del II gir vi en konkret gjennomgang av musikkterapi som praksisfelt i Norge. Vedlegg 3a presenterer MFOs etiske retningslinjer for norske musikkterapeuter. Vedlegg 3b presenterer European Music Therapy Confederations etiske retningslinjer.

## **PASIENTSIKKERHETSHENSYNET**

Problemer knyttet til ukyndig utøvelse av musikkterapi med tanke på pasientsikkerhetshensynet kan beskrives i forhold til fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner:

**Fysisk:** Musikk består av lydbølger med variasjoner i volum og frekvens, og bruk av musikk kan ha negative konsekvenser i forhold til hørselsfunksjonen, med mulighet for skade. I musikkarbeid med friske mennesker er det vanligvis ikke noe stort problem å håndtere slike utfordringer, men i arbeid med for eksempel funksjonshemmede barn og eldre pasienter, kan dette være svært krevende. For eksempel vil pasienter med høreapparat kunne være særlig sårbare for høy og uventet lyd. Sårbarhet knyttet til hørselsfunksjonen varierer med helsetilstand og alder, og for brukere som ikke kan kommunisere verbalt om hvordan de opplever lydens volum og intensitet, er det behov for profesjonelle kompetanse som kan lese og fortolke reaksjoner på lyd.

**Psykisk:** Musikk blir gjerne omtalt som en positiv ressurs og vil i mange tilfeller også være det i musikkterapeutisk praksis. Likevel er det viktig å være bevisst på at en musikkopplevelse er sammensatt og at en aktivitet eller et musikkstykke som gir noen pasienter en positiv opplevelse kan vekke vanskelige minner og assosiasjoner hos andre. Ukyndig praksis kan resultere i at sterke negative emosjoner blir aktivert i situasjoner der det ikke er rammer eller kompetanse for å håndtere dette. Eksempler på felt der dette kan være prekært, er musikkterapi innen barneonkologi, psykisk helsevern og palliativ omsorg.

**Sosialt:** Musikkaktivitet kan tilrettelegges slik at den gir rom for deltakelse innenfor rammen av et fellesskap, der den enkeltes behov blir ivaretatt. Det er en del av musikkterapeutens profesjonelle kompetanse å kunne legge til rette for dette, både ved kartlegging av pasienters musikkpreferanser og ved sensitiv tilpasning av musikken til en gitt situasjon. Ukyndig praksis kan lede til at den enkelte pasient får forsterket sin opplevelse av ensomhet og isolasjon, eller at pasienter som deltar i ulike fellessopplegg føler seg utlevert eller presset av de rammer som musikkaktiviteten representerer.

En bevissthet rundt musikkens potensielt ”invaderende” karakter er viktig for forsvarlig profesjonell praksis. Selv om musikk kan brukes i smertelindrende behandling, kan den også øke både fysisk og psykisk smerte under visse omstendigheter (34). Om dette er terapeutisk konstruktivt eller destruktivt forutsetter kompetanse for å bedømme. I de senere år har musikkterapeuter også engasjert seg i forhold til hvordan det generelle lydmiljøet, for eksempel på et sykehjem eller en institusjon, kan virke positivt eller negativt inn på pasienten (se for eksempel 35-37, 39). Et moment å ta hensyn til er at pasientene ofte er det Kittay (35) kaller ”a captive audience”, med begrenset påvirkningsmulighet i forhold til det lydmiljøet de er en del av.

I og med at norsk musikkterapi vektlegger relasjonelle og ressursorienterte perspektiv, vil en ved siden av risiko for skade kunne snakke om en ”negativ risiko”, der ukvalifisert praksis innebærer fare for at pasienter ikke får den helsehjelp profesjonelt arbeid med musikk i og som terapi kan tilby. Dokumentert effekt av musikkterapi gjelder for en del grupper som er vanskelige å hjelpe med mer tradisjonelle psykososiale tilnærminger innen helsevesenet, for eksempel pasienter med schizofreni. En slik negativ risiko er derfor ikke uvesentlig.

## INTERNASJONALE FORHOLD MED HENSYN TIL AUTORISASJON

Utdanningskravet for musikkterapeuter er som tidligere nevnt mastergrad i de fleste europeiske land som har etablert en solid musikkterapi tradisjon. Gjennom *European Music Therapy Confederation* (EMTC), der Norge også er medlem, arbeides det med å etablere et europeisk register for musikkterapeuter. I følge EMTC vil dette “ensure that music therapists are trained to the EMTC standards and guarantee the mobility of professional music therapists within Europe” ([www.emtc-eu.com](http://www.emtc-eu.com)). I den forbindelse er etiske retningslinjer utarbeidet og etablert innenfor medlemslandene i EMTC (se vedlegg 3b).

Av de europeiske landene det kan være naturlig å sammenlikne seg med, vil vi trekke fram England og Østerrike og så kommentere den nordiske situasjonen.

### Storbritannia

I Storbritannia har musikkterapeuter hatt “state registration” siden 1999. Association of Professional Music Therapists forklarer på sine nettsider den statlige godkjenningen og implikasjonene på følgende måte:

On June 1st 1999, music therapists, art therapists and drama therapists became State Registered Arts Therapists. They joined other professions supplementary to medicine who are also state registered and who work with the medical profession offering a wide range of specialist skills. Each profession is regulated under the Professions Supplementary to Medicine Act (PSM) 1960. Each also has its own professional association, which is responsible for advancing the interests of the profession.

Each profession has its own specialist Board that is co-ordinated and supervised by the Health Professions Council (HPC). The Boards keep registers of those who have met their requirements for state registration and provide assurance that someone on the register is judged to be competent in a particular profession. All registrants agree to abide by a Statement of Conduct appropriate to the profession and each Board has an Investigating and a Disciplinary Committee. This function is to protect the public from unethical and unprofessional behaviour.

([www.apmt.org/TheAPMT/StateRegistration/tabid/80/Default.aspx](http://www.apmt.org/TheAPMT/StateRegistration/tabid/80/Default.aspx)).

## Østerrike

I Østerrike ble en egen lov for musikkterapi (*MuthG*) vedtatt av parlamentet 5. juni 2008, med virkning fra 1. juli 2009. Loven definerer musikkterapi, beskriver musikkterapeutisk utdanning, yrkeskvalifikasjoner og ansvar. Vi kan eksemplifisere ved å gjengi et sammendrag av lovtekstens definisjon av musikkterapi:

Within the *MuthG*, music therapy is defined as an autonomous, scientific-artistic-creative and expressive therapeutic approach. It is the conscious and intentional treatment of people suffering from emotional, somatic, mental or social behaviour disorders and diseases, by employing musical media within a therapeutic relationship between one or more clients and one or more therapists with the following aims:

- to prevent, reduce or remove symptoms
- to change behaviours or attitudes in need of treatment
- to support and maintain or to restore the clients' development, maturation and health.

Music therapy is indicated in the fields of health prevention, treatment of acute and chronic diseases, rehabilitation, encouragement of social competences including supervision, as well as training and research (38).

Lovtekstens spesifikasjon av ansvar omfatter forventninger til kontinuerlig profesjonell kompetanseutvikling gjennom etterutdanning, og dessuten krav om at all praksis skal være informert og oppdatert i forhold til musikkterapeutisk forskning. Profesjonelt ansvar omfatter også kommunikasjon til brukere og kolleger om behandlingens forløp og risiko og dessuten krav til dokumentasjon, redelighet og yrkesutøving etter gjeldende etiske retningslinjer.

## Den nordiske situasjonen

Både i Danmark, Finland, Island og Sverige arbeider musikkterapeutene med autorisasjonsspørsmålet. Vi kan eksemplifisere med situasjonen i Danmark og Finland:

Danske musikkterapeuter er foreløpig ikke autorisert, men musikkterapeuter som arbeider i psykiatrien/psykisk helsevern registrerer deres behandling som "besøg". Disse musikkterapeutene anvender koden BRSP1, som betegner psykoterapi. Dansk musikkterapi [www.musikterapi.org/downloads/!MTL-090228-registrering-autorisation.pdf](http://www.musikterapi.org/downloads/!MTL-090228-registrering-autorisation.pdf)) vurderer autorisasjonsspørsmålet løpende og ser det også i relasjon til EMTC sitt arbeid med et europeisk musikkterapiregister. I Finland arbeider svært mange av musikkterapeutene i helsevesenet og vurderingen til de finske musikkterapeutenes fagforening er at en godkjenning av musikkterapi som helseprofesjon ville ha skapt en ryddigere situasjon rundt denne praksisen (40).

## OPPSUMMERING OG KONKLUSJON, DEL I

Norsk musikkterapi har vært i en rivende utvikling de siste ti år. Det har vært en kraftig utvikling av utdanningstilbudene, som er omformet fra videreutdanningstilbud til grunnutdanninger, med oppbygging av utdanningsnivået til masternivå og med en utbygging til PhD-tilbud. I samme periode er forskningsaktiviteten trappet opp. Det har også foregått en styrking av

bredden i forskningsfeltet, der en i dag gjennomfører både kvalitative studier, randomiserte kontrollerte forsøk, metaanalyser og teoretisk forskning. Denne utviklingen, kombinert med en økende erkjennelse innen helsevesenet av at mange pasientgrupper trenger ressursorienterte tilnærminger som gir rom for deltakelse, brukermedvirkning og mestringsopplevelser, gjør at det er en helt annen kontakt og interaksjon mellom helsevesenet og musikkterapifaget enn det som var tilfelle for bare få år siden.

Musikkterapeuter blir i økende grad tatt i bruk innen psykisk helsevern, eldreomsorg, somatisk medisin og andre deler av helsesektoren. Det er rimelig å anta at den store bredden i praksisfeltet avspeiler en bredde av muligheter som kan og vil utvikles videre. Etter som musikkterapi som fag i dag er etablert med en egen forskningstradisjon som kan dokumentere og evaluere praksis, er det også grunn til å tro at helsesektorens åpning for bruk av musikkterapi vil bli langt større i årene som kommer, ikke minst fordi det innen eldreomsorgen og en del andre felt er behov for en ganske omfattende nytenkning og utvikling.

Den yrkesrollen som musikkterapeutene får i helsevesenet er kompleks og krever kompetanse, selvstendighet og ansvar. Det er på bakgrunn av denne situasjonen at Norges musikkhøgskole, Universitetet i Bergen, Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi mener det vil være tjenlig for alle parter å la musikkterapeutene være autorisert etter Helsepersonelloven. En slik autorisasjon vil beskytte pasientene ved at virksomheten blir regulert og ved at kravet til kompetanse blir eksplisitt og formalisert. Helsesektoren vil sikre seg at tilbud innen musikkterapi er regulert og at praksisutøvere har nødvendig utdanning og kompetanse. For utdanningsinstitusjonene vil dette også automatisk lede til at musikkterapi-studenter blir omfattet av bestemmelsene om skikkethetsvurdering, noe vi finner ønskelig og rimelig for en gruppe som utdannes for helserelatert arbeid med mennesker. For utdanningsinstitusjonene vil en autorisasjon også sikre tydelige rammer for videre utvikling av fagfeltet og utdanningstilbudene. Dette vil styrke arbeidet med å gjøre musikkterapi tilgjengelig for hele folket, også i de deler av landet der musikkterapitilbud foreløpig er noe mindre tilgjengelig.

Selv om musikkterapeuter foreløpig ikke er autoriserte i de andre nordiske land, mener vi at det er gode grunner for at Norge går foran i dette spørsmålet. Norge var først ute i Norden med å etablere utdanning i musikkterapi. Det er også det eneste nordiske landet som i dag har etablert to forskningssentre i faget, samt to tunge miljøer med utdanning på master- og PhD-nivå. Slik det i England og Østerrike er funnet løsninger innenfor de helselover og reguleringer som finnes der, håper vi at det vil være mulig å finne gode løsninger innen det norske systemet, slik at pasientene sikres og musikkterapeutenes kompetanse og ansvar tydeliggjøres.

## DEL II: BAKGRUNN

I Del II følger først en kort oversikt over musikkterapiens historie, med fokus på utviklingen av norsk musikkterapi. Deretter fokuseres på forskning og forskningsformidling i norsk musikkterapi, herunder en presentasjon av de forskningssentre som er etablert ved Norges musikkhøgskole og ved Universitetet i Bergen og Uni helse. Til slutt følger en oversikt over musikkterapi som praksisfelt i Norge.

### MUSIKKTERAPI – KORT HISTORIKK

Et historisk tilbakeblikk viser at musikk har vært brukt som terapeutisk redskap helt siden antikken og fram til våre dager. Framveksten av dagens profesjonelle musikkterapi startet etter 2. verdenskrig i USA. Etter krigen hadde mange soldater behov for både fysisk og psykisk hjelp, og tradisjonell medisinsk behandling ble supplert med forskjellige nyere praksisformer, deriblant musikkterapi. Dette førte til at det allerede i 1944 ble opprettet en fulltids akademisk utdanning i musikkterapi ved Michigan State University og et par år senere ved University of Kansas. I dag er det ca. 70 universitet med musikkterapiutdanning i USA (41).

Den første musikkterapiutdanningen i Europa ble etablert i Wien i 1959, mens utdanninger i England og Tyskland kom noen år senere. Også i sentrale latinamerikanske land som Argentina og Brasil har moderne profesjonell musikkterapi røtter tilbake til 1960- og 70-tallet. Framveksten av universitetsutdanning i faget har en noe kortere historie i Asia og særlig da i Afrika<sup>7</sup>. I Norge og Norden startet pionertiden for musikkterapi på 1950-tallet (42, 43). Mot slutten av 1960-tallet ble Nordisk forbund for musikkterapi opprettet. Forbundet holdt en relativt lav profil, men bidro likevel til å opprettholde et nordisk kontaktnett. I 1972 ble interesseorganisasjonen Norsk forening for musikkterapi (NFMT) etablert. Foreningen var en aktiv pådriver for etablering av den første norske musikkterapiutdanningen i 1978 og arbeider fortsatt for videre utvikling av fagfeltet, blant annet som utgiver av tidsskriftet *Musikkterapi* (fagfelleverdert, nivå 1).

Internasjonalt eksisterer det et verdensforbund i musikkterapi, World Federation of Music Therapy (WFMT) og en europeisk sammenslutning, European Music Therapy Confederation (EMTC) (44). Begge disse organisasjonene arbeider for utbredelse og utvikling av fagfeltet på tvers av landegrenser og musikktradisjoner. Norge har vært godt representert i styrene ved både EMTC og WFMT<sup>8</sup>. Begge organisasjoner har flere løpende arbeidsoppgaver, blant annet som arrangører av jevnlig internasjonale konferanser. Norge har vært vertskap for nordiske konferanser (i 1991 og i 2003) og vil i 2013 være vertskap for den europeiske konferansen i musikkterapi.

De siste ti år har det skjedd en radikal omforming av norsk musikkterapi, med langt større vekt på akademisk forskning og internasjonalt samarbeid enn det som var mulig å realisere tidligere. Både Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen er med i et internasjonalt konsortium av ni samarbeidende universitet innen musikkterapiforskning. Foruten de to norske utdanningsinstitusjonene, er universitet fra Australia, Europa og USA med i konsortiet.

Begge de to norske utdanningsinstitusjonene er dessuten med i et nordisk forskningsnettverk, der Norges musikkhøgskole er initiativtaker og koordinerende institusjon. Det er utdanningsmuligheter på PhD-nivå ved begge de to norske utdanningsinstitusjonene. Tallet på kandidater er økende. For tiden er det 9 kandidater på PhD-nivå nasjonalt, og disse fordeler seg på felt som barnevern, psykisk helsearbeid, kriminalomsorg, eldreomsorg og musikk og helse i hverdagen. PhD-kandidatene er knyttet til forskningssentrene i faget, se nedenfor.

## **FORSKNINGSENTRE I NORSK MUSIKKTERAPI**

I tilknytning til begge de to norske utdanningsmiljøene i musikkterapi, er det etablert egne forskningssentre i faget:

### **GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning**

GAMUT ble etablert i 2006, som et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Uni helse. Senteret ble etablert både for å sikre adekvat kunnskapsutvikling for musikkterapi som universitetsfag og for å generere samfunnsrelevant kunnskap om sammenhenger mellom musikk og helse (se [www.uib.no/grieg](http://www.uib.no/grieg) og [www.helse.uni.no/gamut](http://www.helse.uni.no/gamut) for nærmere informasjon).

Forskningsleder for GAMUT er professor Brynjulf Stige. For tiden er seks forskere, en forskningsassistent, fire stipendiater og en førstekonsulent knyttet til senteret. GAMUT har et stort internasjonalt forskningsnettverk og samarbeider med andre relaterte forskningsmiljø i Bergen, slik som Allmennmedisinsk forskningsenhet (47) og Senter for omsorgsforskning Vest (48). Aktiviteten i GAMUT er i hovedsak eksternt finansiert, blant annet med tildelinger fra Norges forskningsråd, Helsedirektoratet, Helse Vest, UH-nett Vest og GC Rieber Fondene. GAMUT selger også forskertjenester til University of Jyväskylä. Tilknytningen til Uni helse og Uni Research, der andre forskningsgrupper springer ut av fag som psykologi, medisin, odontologi og helseøkonomi, gir GAMUT en rik tverrfaglig kontekst for helseforskning. Følgende tematiske satsingsområder har utkrystallisert seg for GAMUT per 2010:

*Musikkterapi og psykisk helsearbeid:* Christian Gold og Randi Rolvsjord er de to seniorforskerne på dette feltet og arbeider dels i samarbeid, dels med hver sine prosjekt. Det er etablert et nasjonalt og internasjonalt samarbeid rundt Gold og Rolvsjord sine prosjekter. For tiden er en postdoktor, en doktorgradskandidat, en forsker III og en forskningsassistent tilknyttet GAMUTs forskning på musikkterapi og psykisk helsearbeid.

Gold er ansvarlig for prosjekter med kvantitativ orientering, med ulike metaanalyser (blant annet for Cochrane-databasen) og med flere randomiserte kontrollerte studier, for tiden innen psykisk helsevern og kriminalomsorgen. Her kan vi eksempelvis nevne prosjektet “Resource-oriented Music Therapy for Psychiatric Patients with Low Therapy Motivation: Randomised Controlled Trial” (2008-2010). Dette er en multisite-studie, der tre norske sykehus samt sykehus i Østerrike og Australia deltar. Prosjektet er finansiert med støtte fra NFR, Helse Vest, Helse Førde og Helse Stavanger.

Rolvsjord er ansvarlig for oppbygging av kvalitative prosjekter med fokus på brukerperspektiver og teorier for en ressursorientert tilnærming. Et utgangspunkt har vært det NFR-finansierte pilotprosjektet “An Explorative Study of Resource-oriented Music Therapy”, som

hadde fokus på klientopplevelser av musikkterapi i psykisk helsevern og på perspektiver som kan begrunne en ressursorientert tilnærming. Prosjektet blir nå videreutviklet blant annet med fokus på klientenes eget bidrag i en bedringsprosess. Rolvsjord veileder også et nytt doktorgradsprosjekt på feltet, med spesifikt fokus på psykotiske pasienters erfaringer med musikkterapi.

*Musikkterapi i eldreomsorg:* Brynjulf Stige er prosjektleder for “Nettverket musikk og eldre” (2008-2012). Prosjektet involverer forskere fra en rekke institusjoner i Danmark og Norge og har som målsetting å stimulere til bedre praksis og forskning på dette feltet. To ulike pilotprosjekt er under utvikling, der et prosjekt fokuserer på sykehjemmet som psykososialt (lyd)miljø og et på effekten av musikkterapi som intervensjon i forhold til livskvalitet og agiert atferd hos pasienter med demens. I tillegg er foreløpig en doktorgradskandidat knyttet til feltet, der en kandidat med bakgrunn fra allmennmedisin forsker på musikkterapi som del av demensomsorgen på sykehjem.

*Musikkterapi i medisinsk rehabilitering:* I samarbeid med overlege Geir Olve Skeie ved Haukeland universitetssykehus bygger Cochavit Elefant opp ulike pilotprosjekt i forhold til musikkterapi som medisinsk rehabilitering, for eksempel i forhold til pasienter med Parkinsons sykdom.

*Samfunnsmusikkterapi:* Brynjulf Stige er ansvarlig for oppbygging av samfunnsmusikkterapeutisk forskning ved GAMUT. Denne forskningen har fokus på betingelser for samfunnsdeltaking og ser på musikk som en helseressurs i hverdag og lokalsamfunn. Folkehelseperspektivet og tverrsektorielt arbeid er sentralt innen dette forskningsfeltet, der blant annet økologiske overganger fra institusjon til hverdagsliv står i fokus. Foreløpig er to doktorgradskandidater knyttet til feltet, en kandidat med fokus på musikalske deltakerbaner innen barnevernet og en med fokus på rockeband og fritidstilbud i musikk som ettervern innen kriminalomsorgen.

Ved siden av forskningsaktiviteten er GAMUT dessuten en sentral aktør innen publisering av internasjonale musikkterapitidsskrift, som utgirer av det internasjonale vitenskapelige tidsskriftet *Nordic Journal of Music Therapy* (nivå 2, publisert i samarbeid med Routledge) og det verdensomspennende tidsskriftet og forumet *Voices: A World Forum for Music Therapy* (nivå 1, Open Access). Tidsskriftene finansieres dels gjennom abonnements-inntekter og samarbeidet med Routledge, dels gjennom støtte fra Nordisk publiseringsnemd for humanistiske og vitenskapelige tidsskrifter (NOP-HS), GC Rieber Fondene og Grieg Foundation.

## **Norges musikkhøgskole – Senter for musikk og helse**

*Senter for musikk og helse* ble opprettet i august 2008 ved Norges musikkhøgskole, som er landets største og fremste utdanningsinstitusjon i musikk. Formålet med senteret er å øke kunnskapen om og forståelsen av sammenhenger mellom musikk og helse. Følgelig er en av hovedprioriteringene å initiere forskning om hvordan en kan bruke musikk til å fremme helse i et folkehelseperspektiv. Innenfor et slikt overordnet fagfelt, har også musikkterapeutiske og musikkmedisinske arbeidsområder sin plass.

Leder for senteret er professor Even Ruud. For tiden er fire forskere og fem stipendiat-ter knyttet til senteret. Norges musikkhøgskole har initiert et nordisk samarbeid innen forsk-

ningsfeltene musikkterapi og musikk og helse, som initiativtaker og koordinerende instans for det nyetablerte Nordic Network for Research in Music, Culture, and Health, der forskningsmiljø i Jyväskylä, Göteborg, Oslo, Bergen og Aalborg er involvert. For øvrig er Lars Ole Bonde, professor II ved senteret, med i to internasjonale nettverk innen *Musikk i medisinsk helsearbeid* (AUSIRA.org) og International Association for Music and Medicine (IAMM), sistnevnte med tidsskriftet *Music and Medicine* (SAGE). Begge disse nettverkene arbeider med å dokumentere og utvikle bruken av musikkintervensjoner i medisinske kontekster.

En av hovedprioriteringene for Senter for musikk og helse er å initiere forskning som viser hvordan musikk kan ha en gunstig innvirkning på helse og livskvalitet i et spenn av kontekster, fra institusjoner for behandling og omsorg til ordinære (eller ekstraordinære) hverdagssituasjoner. Som nevnt i omtalen av yrkesrollen, vil musikkterapeutene – med sin kombinasjon av helsefaglig og musikkfaglig kompetanse – ofte ha unike forutsetninger for tverrsektorielt arbeid. Noen aktuelle forskningsprosjekter ved Senter for musikk og helse som belyser dette er:

*Musikkterapi som behandling i helsevesenet:* Paraplyprosjektet ”Musikklytting til utvikling av livskvalitet og spiritualitet” (2009-) eksemplifiserer dette feltet. Lars Ole Bonde forsker i hvordan lytting til utvalgt klassisk musikk kan bidra til personlig utvikling gjennom sterke musikkopplevelser. Et delprosjekt undersøker hvordan ikke-guided musikklytting i gruppe kan minske angst og øke livskvalitet for ambulante pasienter inne psykisk helsevern, mens et annet handler om å avdekke bevissthetstransformerende potensial i reseptiv musikkterapi (Guided Imagery and Music) med utvalgte musikkprogram. Et tredje delprosjekt undersøker musikkterapi i palliativ pleie, her med særlig henblikk på sjelesorg og spiritualitet.

*Musikk som helseressurs i hverdagsliv og arbeid:* Senter for musikk og helse har flere prosjekter løpende innen dette feltet:

”Musikalske livshistorier – om musikkbruk som helseadferd” (2010-2012) er et kvalitativt forskningsprosjekt med halvstrukturerte forskningsintervju og selvbiografiske fortellinger om hvordan musikken har hjulpet mennesker til bedre helse. I dette prosjektet er Karette Stensæth, Lars Ole Bonde, Even Ruud og Gro Trondalen involvert.

”Å skape sin egen veg heim” (2010-2011) er et forskningsprosjekt der Karette Stensæth utforsker perspektiver på sammenhenger mellom musikk, helse og identitetskonstruksjon. Prosjektet bygger på narrativ teori og datamaterialet er basert på intervjuer med ulike fagpersoner med kompetanse på barn og barns utvikling.

”Musikere og helse – tilrettelagt musikklytting som helseressurs” (2008-2010) er ledet av Gro Trondalen. Prosjektet søker å se nærmere på hvorledes musikere og musikkstudenter bruker musikk som helsefremmende virksomhet i møte med egen yrkesutøvelse og samfunnets stadig økende krav til musikalsk utøvelse på forskjellige arenaer.

”Musikkprosjekt blant palestinske flyktninger i Libanon” (2008-). Even Ruud er engasjert i forskning rundt et musikkprosjekt som utføres blant palestinske barn og unge i en flyktningleir i Libanon. Gjennom deltakende observasjon og intervjuer med deltakerne i prosjektet skal Ruud dokumentere hvordan musikk og samspill kan virke helsefremmende.

Senter for musikk og helse har også fokus på formidlingsaktiviteter, med et eget nettbasert nyhetsbrev, kurs, foredrag, konferanser, og internasjonale symposium (se [www.nmh.no](http://www.nmh.no) for nærmere informasjon). Senteret har utarbeidet en annotert bibliografi med fokus på forsk-

ningsbaserte tekster om helseorientert anvendelse av musikk og kulturaktiviteter (49). Databasene oppdateres fortløpende. Senterets *skriftserie* gir oppdateringer på kunnskapsstatus innen ulike deler av faget (42, 50, 140). Skriftserien fra Senter for musikk og helse er i det norske systemet godkjent på nivå 1.

## OVERSIKT OVER MUSIKKTERAPI SOM PRAKSISFELT I NORGE

De norske pionerer på 1950- og 60-tallet arbeidet i hovedsak innen institusjoner for utviklingshemmede og i ulike spesialpedagogiske sammenhenger (42, 51, 43). Musikkterapeutens arbeidsområder justeres og endres i takt med fagutvikling og samfunnsbehov. I dag er det økende forskningsdokumentasjon for musikkterapiens relevans innen helsefaglige kontekster og økende etterspørsel etter musikkterapi innen helsevesenet. Her skal vi gi et grovt riss av utviklingen av det norske praksisfeltet i musikkterapi. De referanser som er oppført viser dels til teoretiske eller kvalitative studier av praksisfeltet, dels til empirisk dokumentasjon av effekt.

Oppstarten for musikkterapi i Norge var altså innen det spesialpedagogiske feltet. Også i dag arbeider mange med spesialpedagogiske oppgaver innen normal- og spesialskoler, voksenopplæringssenter, fagteam og spesialpedagogiske støttetjenester. Brukergruppen varierer fra mennesker med for eksempel sosioemosjonelle vansker og trafikkskader, til psykisk utviklingshemmede og hørselshemmede. Musikk kan styrke sensorisk og motorisk utvikling, språkevne, samspillferdigheter samt øke sosial kompetanse (8, 52-62). Også multifunksjonshemmede barn og voksne (63-65), inkludert hørselshemmede og døve (66), viser seg å ha stor glede av en musikkterapeutisk tilnærming til utvikling og læring. Ikke sjelden er det musikkterapeuten som leder skolens eller fritidsklubbens band (67, 68) eller skolekorps (69). Musikkterapeuter arbeider også med å skape positive klasse- og læringsmiljø (70), samt som rådgivere/veiledere for barn med særlige behov (71-73). Det er viktig å understreke at musikkterapi i pedagogiske sammenhenger ikke bare er en del av fagets historie, men også et felt i utvikling (se for eksempel 74).

Under og etter gjennomføringen av "Ansvarsreformen" for mennesker med psykisk utviklingshemming var mange musikkterapeuter aktive i opprettelse og videreføring av inkluderende kulturelle aktiviteter for mennesker med forskjellige former for utviklingshemming (12, 75-81). Dette danner noe av bakgrunnen for dagens samfunnsmusikkterapeutiske innslag i norsk musikkterapi (9, 82).

De senere år er musikkterapiens rolle som helsetilbud blitt aktualisert i økende grad, både på førstelinjenivå og i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis har Kari Aftret (83) i sin masteroppgave utforsket hvordan musikkterapeuten kan trekkes inn i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i en norsk kommune. Et av de feltene innen kommunale helsetjenester der musikkterapi trolig vil få stor betydning i de nærmeste tiår, er eldreomsorgen. Etter utprøving av musikkterapien i ulike sykehjem på 1980-tallet og enkelte prosjekter med fokus på sykehjemsbeboernes relasjon til lokalsamfunnet (84), er det de senere år kommet flere forskningsarbeider her i landet som belyser og dokumenterer musikkterapeutisk praksis innen eldreomsorgen, herunder fokus på lydmiljøet på sykehjem (37, 48, 85-90). For eksempel har GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri, stått for

utviklingsarbeid innen musikkterapifeltet, ved bruk av musikkterapeutiske konsulentttjenester. For tiden pågår to norske doktorgradsprosjekt innen musikkterapi og eldreomsorg. Feltet kan beskrives som både komplekst og uferdig forskningsmessig, men det eksisterer flere interessante casestudier (se for eksempel 91) og feltet er i rask utvikling internasjonalt, både i forhold til praksis og forskning. Det er derfor meget sannsynlig at musikkterapi vil kunne være en viktig del av framtidens norske eldreomsorg, både som ressurs for reminisens, mestring og livskvalitet og som terapi i forhold til depresjon, angst og agitert atferd.

Musikkterapi i psykisk helsevern er det felt innen helsesektoren som foreløpig er best forskningsdokumentert. Det eksisterer foreløpig ikke mange stillinger på landsbasis, men interessen er raskt økende. Musikkterapeutene innen psykisk helsevern arbeider dels med individuelle terapiforløp, dels med ulike gruppe- og miljøtilbud (92-100). Musikkterapiens muligheter for mobilisering av ressurser og styrking av mestringsopplevelse står ofte i fokus, men også musikk som relasjonserfaring og utforskning av mening og metaforer. Norge er i forskningsfronten internasjonalt innen dette feltet, der norske forskere blant annet har publisert flere viktige teoretiske og kvalitative studier av brukernes opplevelse av musikkterapi (7, 101-104). Videre har norske forskere publisert Cochrane Reviews og andre metaanalyser som dokumenterer effekten av musikkterapeutiske intervensjoner i forhold til ulike brukergrupper (105-108)<sup>9</sup>.

Musikk som ressurs for psykisk helsearbeid med barn og unge har i senere år blitt viet større oppmerksomhet enn tidligere, ikke minst fordi musikken som ikke-språklig kommunikasjon og identitetsmarkør er av særlig relevans i en slik livsfase. Det er blant annet gjennomført kvalitative studier av musikkterapiens rolle i barneterapier (111, 112), i mor-barn grupper (113, 114), og dessuten av musikkterapi i forhold til spiseforstyrrelser (10, 115). Norske forskere har utforsket terapeutiske teknikker i forhold til musikkterapi med barn og unge (116) og effekter av intervensjoner (117).

Norske musikkterapeuter har også arbeidet i forhold til barn innen autismspekteret (61, 118), et felt der det er gjennomført flere studier internasjonalt (119). Norske forskere er hovedforfattere i et Cochrane Review på feltet (106). Antologien *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*, belyser ulike sider av dette praksisfeltet (49).

Også innenfor somatisk medisin på sykehus og hospice er musikkterapi tatt i bruk<sup>10</sup>. Det foreløpig langt sterkere tradisjon for dette i amerikansk og australsk musikkterapi enn i Norge, men også her er det økende aktivitet på feltet. Noen stillinger er etablert, blant annet ved universitetssykehusene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo, og ved flere andre sykehus. Det foregår for tiden lovende pilotprosjekter og det skjer en oppbygging av kunnskap og forskning innen musikk og medisin, ikke minst gjennom et utdanningstilbud og stipendordning som gjør det mulig for norske musikkterapeuter og studenter å få kursopphold ved Beth Israel Hospital i New York. Musikkterapi innenfor somatisk medisin danner naturlig nok ikke ett samlet felt, men en vifte av ulike praksisformer, med et spenn fra arbeid med foreldre og premature spedbarn (120), via musikkterapi med kreftpasienter (2) og komapasienter (121) til musikkterapi ved livets slutt (122-124). Arbeidet innen denne delen av musikkterapien omfatter ulike aspekt av musikkens muligheter, fra fokus på musikkens påvirkning på kropp og hjerne ved stressreduksjon og smertemestring, til fokus på musikk som psykososial prosess der for eksempel kreftsyke barn får livshåp og bearbeider sorger og gleder ved hjelp av mu-

sikk (125, 126). Håpsdimensjonen er også sentral i arbeid med mennesker som har HIV/AIDS (127), eller kvinner som daglig sliter med kroniske helseplager (128). Musikkterapi er videre prøvd ut med tanke på mestring av smerter ved whiplash-problematikk (143). Innen rehabilitering ved Parkinsons sykdom og etter hjerneskade (129) synes musikkterapi å ha en klar funksjon i forhold til opptrening og rehabilitering.

Et arbeidsfelt som ikke ligger innenfor spesialisthelsetjenesten i tradisjonell forstand, men som inneholder elementer av psykisk helsearbeid er arbeid i flyktningleire (130, 131) og på asylmottak (132). Også musikkterapi i kriminalomsorgen tar opp i seg aspekter av psykisk helsearbeid. Prosjektet “Musikk i fengsel og frihet” har fokusert på musikk som empowerment og sosial kapital både under soning og i ettervernsperioden (14-16, 142). Christian Gold ved GAMUT gjennomfører for tiden en RCT for evaluering av musikkterapeutiske tilbud i en fengselssammenheng.

Avsnittene over gir oversikt over deler av helsesektoren og relaterte felt der profesjonell musikkterapi er tatt i bruk i Norge. Det er sannsynlig at videre utvikling av norsk musikkterapi vil følge en del av de utviklingstendenser som en har sett i amerikansk musikkterapi, der spesialiserte felt som musikkterapi i smertebehandling og nyfødtnedisin på sykehus har blitt møtt med økende interesse. Samtidig er det grunn til å tro at norsk musikkterapi vil videreutvikle særtrekk knyttet til det norske systemet, slik som vektlegging av arbeid innen rammen av primærhelsetjenesten.

## SLUTTNOTER

---

<sup>1</sup> Musikkterapeuter får tilbud om organisering gjennom Musikernes Fellesorganisasjon, som har egen fagseksjon for musikkterapeuter. MFO har også utarbeidet etiske retningslinjer for norske musikkterapeuter (se vedlegg 3a).

<sup>2</sup> Norsk forening for musikkterapi er en interesseforening som publiserer tidsskriftet *Musikkterapi* (nivå 1) og arbeider for faglig utvikling av fagfeltet, blant annet gjennom kursvirksomhet. Foreningen har i dag ca. 330 medlemmer, se [www.musikkterapi.no](http://www.musikkterapi.no)

<sup>3</sup> Bergen Røde Kors sykehjem etablerte den første musikkterapistillingen i eldreomsorgen i Bergen i 2008. Knappe to år etter er det fire institusjoner i området som har tilsatt musikkterapeut og bystyret i Bergen har i tillegg vedtatt etablering av en musikkterapistilling ved Løvåsen sykehjem (hovedundervisningssykehuset for Helseregion Vest) fra 2010, med tanke på videre utvikling av feltet.

<sup>4</sup> Dette overslaget bygger dels på Hodnes (3) undersøkelse, dels på oppdaterte tall fra de ulike faglige utvalgene som Norsk forening for musikkterapi har for ulike felt innen helsevesenet. Overslaget over stillinger i eldreomsorgen er basert på Bøysens undersøkelse (133). Her har det reelle tallet trolig økt siden undersøkelsen ble gjennomført i 2007, slik de fem nye stillingene innen eldreomsorgen i Bergen siden 2008 indikerer.

<sup>5</sup> I 1996 ble Norges musikkhøgskole og Østlandets Musikkonservatorium fusjonert under navnet Norges musikkhøgskole.

<sup>6</sup> Denne årsenheten er organisert både som heltids- og deltidsutdanninger.

<sup>7</sup> Voices: A World Forum for Music Therapy ([www.voices.no](http://www.voices.no)) inneholder en seksjon med presentasjoner av musikkterapiens utvikling i ulike land (Country of the Month).

<sup>8</sup> For informasjon om Norges representasjon og aktuelle arbeidsområder, se (45, 46).

<sup>9</sup> Norske forskere er for tiden involvert i to randomiserte studier på feltet, en i forhold til pasienter med lav terapimotivasjon (1) og en i forhold til pasienter med depresjon (109). I den norske forskningstradisjonen har kombinasjonen av metodisk stringens og klinisk relevans vært vektlagt (110).

<sup>10</sup> For diskusjon av musikkterapi og musikkmedisin, se for eksempel (85, 134-137).

## REFERANSER

1. Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia and schizophrenia-like illnesses (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
2. Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer: Process and Meaning*. Upublisert doktoravhandling. Aalborg: Aalborg Universitet.
3. Hodne, I. H. (2008). *Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge*. Oslo: NMH publikasjoner 2008:3. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. Musikkterapifaget gjennom 30 år: en antologi*. Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
4. Ruud, E. (2010). *Music Therapy. A Perspective from the Humanities*: Barcelona Publishers.
5. Ruud, E. (1987). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiver på musikkterapien*. Doktoravhandling. Institutt for musikkvitenskap, Universitet i Oslo
6. Garred, Rudy (2004). *Dialogical Dimensions of Music Therapy. Framing the Possibility of a Music-based Therapy*. Upublisert doktoravhandling. Aalborg: Aalborg Universitet.
7. Rolvsjord, R. (2007). "Blackbirds Singing": Explorations of Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care. Unpublished PhD, Aalborg Universitet.
8. Stensæth, K. (2008). *Musical Answerability. A Theory on the Relationship between Music Therapy Improvisation and the Phenomenon of Action*. NMH-publikasjoner 2008:1. Oslo, Norges musikkhøgskole.
9. Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. Oslo: Unipub forlag.
10. Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. NMH-publikasjoner 2004:2. Oslo, Norges musikkhøgskole.
11. Mallock, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.
12. Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
13. Ridder, H.M. (2003) *Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. PhD-afhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet. <http://www.mt-phd.aau.dk/>
14. Tuastad, L. & Ruus Finsås, R. (2008). Jeg fremfører, altså er jeg. En studie av deltakernes opplevelser i to rockeband tilknyttet musikktilbudet "Musikk i fengsel og frihet". Masteroppgave, Griegakademiet. Universitetet i Bergen.
15. Mortensen, B. M. (2006). *Fra fengsel til storsamfunn med musikken som ledsager : en undersøkelse blant kvinnelige innsatte ved Bredtveit fengsel, - forvarings og sikringsanstalt om betydningen av deltakelse i musikktilbudet "Musikk i fengsel og frihet"*. Masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo.
16. Nielsen, V. R. (1996). Musikk i fengsel og frihet. *Nordisk Tidsskrift for musikkterapi*, 5(2), 111-116.
17. Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2008, CD004517.
18. Gold C, Wigram T, Elephant C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 2, 2006, CD004381
19. Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(6), 1054-1063.

20. Baker, F. (2000). Modifying the melodic intonation therapy program for adults with severe non-fluent aphasia, *Music Therapy Perspectives* 18, 110–114.
21. Baker, F. (2005). Verbesserung affektiver Intonation. In: S. Jochims (Ed.): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation Internationale Konzepte , Forschung und Praxis*. (p. 221-236). Hippocampus Verlag, Bad Honnef, Deutschland/Germany I
22. Baker, F., Wigram T. and Gold, C. (2005). The effects of a song-singing programme on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury, *Brain Injury* 19(7), 519–528.
23. Pacchetti C, Mancini F, Aglieri R, Fundaro C, Martignoni E, & Nappi G (2000). Active music therapy in Parkinson's Disease: An integrative method for motor and emotional rehabilitation. *Psychomotoric Medicine* 62, 386–93.
24. Pilon MA, McIntosh KW, & Thaut MH (1998). Auditory vs visual speech timing cues as external rate control to enhance verbal intelligibility in mixed spastic-ataxic dysarthric speakers: A pilot study, *Brain Injury* 12(9):793–803.
25. Tomaino, C. M. (2000). Using Music Therapy with Persons with Parkinson's Disease. In Cote, Sprinzeles, Elliot & Kutscher (Ed.) *Parkinson's Disease and Quality of Life*. New York: Hawthorth Press
26. Tamplin, J. (2008). A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech. *NeuroRehabilitation* 23, 1–10
27. Cohen, N. (1992). The effect of singing instruction on the speech production of neurologically impaired persons, *Journal of Music Therapy* 29(2), 87–102.
28. Thaut, M.H. & McIntosh, G.C. 2006. Rhythmic auditory training in sensorimotor rehabilitation of people with Parkinson's Disease. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 20, 81.
29. Thaut, M. H., Gardiner, J. C., Holmberg, D., Horwitz, J., Kent, L., Andrews, G., et al. (2009). Neurologic music therapy improves executive function and emotional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. *Ann N Y Acad Sci*, 1169, 406-416.
30. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2006). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
31. SBU, S. b. f. m. u. (2008). *Dementia – Etiology and Epidemiology: A Systematic Review*. Stockholm: SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering; The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care).
32. Vink, A., Birks, J., Bruinsma, M., & Scholten, R. (2004). Music therapy for people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(3).
33. Aasgaard, T., & Trondalen, G. (2004). Country of the Month – Norway. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Available at [http://www.voices.no/country/monthnorway\\_july2004.html](http://www.voices.no/country/monthnorway_july2004.html).
34. Gardstrom, S. C. (2008). Music therapy as noninvasive treatment: Who says? *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 142-154.
35. Kittay, J. (2008). The sound surround: Exploring how one might design the everyday soundscape for the truly captive audience. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 41-54.
36. Staum, M. & Brotons, M. (2000). The effect of music amplitude on the relaxation response. *Journal of Music Therapy*, 37(1), 22-39.
37. Stedje, K. J. (2009). *Lydmiljø i sykehjem*. Upublisert masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo
38. Mössler, K. (2008). Update on Music Therapy in Austria: Celebrating an officially recognised profession. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved February 13, 2010, from [http://www.voices.no/country/monthaustria\\_october2008.php](http://www.voices.no/country/monthaustria_october2008.php)
39. Brotons, M., Koger, S., & Pickett-Cooper, P. (1997). Music and dementias: A review of literature. *Journal of Music Therapy*, 34, 204-245.

40. Erkkilä, Jaakko (2008). The State of Music Therapy in Finland. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved February 13, 2010, from [http://www.voices.no/country/monthfinland\\_april2008.php](http://www.voices.no/country/monthfinland_april2008.php)
41. AMTA (American Music Therapy Association) (2010). Frequently Asked Questions about Music Therapy. Lastet ned 12. februar 2010, fra: [http://www.musictherapy.org/faqs.html#WHAT\\_IS\\_THE\\_HISTORY](http://www.musictherapy.org/faqs.html#WHAT_IS_THE_HISTORY)
42. Ruud, E. (2009) (Ed.). *Musikk i psykisk helsevern*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Norges Musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2009:5. Oslo.
43. Stige, B. & Rolvsjord, R. (2009). Pionerer i mer enn femti år – om brudd og kontinuitet i musikkterapiens historie i Bergen. *Musikkterapi*, nr. 2/09.
44. Nöcker-Ribaupierre, M. (Ed.). (2002). *European Music Therapy Confederation. Country survey*. Munchen: EMTC.
45. Trolldalen, G. (1998). Norsk Visepresident i EMTC. *Musikkterapi*(3), 43.
46. Trolldalen, G., van der Berk, P., Nöcker-Ribaupierre, M., Polychroniadou, L. P., & Strange, J. (1996). *Research Report. European Music Therapy Register*. Neijmegen: Buma Fonds Muziektherapie.
47. Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Towards an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516.
48. Hauge, S., Jacobsen, F. & Stige, B. (2009). Mellom taushet og støy – musikk som terapi og hverdagsliv på sykehjem. Presentasjon på UH-nett Vest-konferansen 2009.
49. Bonde, L. O. (2008). Music and Health. An Annotated Bibliography. Retrieved November 29, 2009, from: [http://www.nmh.no/Senter\\_for\\_musikk\\_og\\_helse/Litteratur/66817](http://www.nmh.no/Senter_for_musikk_og_helse/Litteratur/66817)
50. Bonde, L. O., & Stensæth, K. (under arbeid). *Musikk, identitet og helse*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
51. Trondalen, G. (2004a). Musikkterapi før og nå. *Musikkterapi*, 29(1), 6-16.
52. Borchgrevink, H. M. (1996). Sakkyndig vurdering. Hva bør den inneholde? *Spesialpedagogikk*, 1, 24-37.
53. Grøndal, S. B. (1994). "Jo mere vi er sammen ..." Gruppen som ressurs i musikkterapeutisk arbeid med psykisk utviklingshemmede barn. *Musikkterapi*, 20(2), 5-30.
54. Johns, U. (1985). *From Silence to Speech*. I E. Ruud (Red.). *Music and Health*. Oslo: Norsk Musikkforlag A/S, 1985.
55. Mohlin, M. (1983). *Musikk og utvikling*. Oslo: Aventura.
56. Næss, T. (1981). *Den mystiske boks*. Oslo: Norsk Musikkforlag A/S.
57. Næss, T. (1989). *Lyd og vekst*: Musikkpedagogisk Forlag, Nesodden.
58. Næss, T. (1990). *Vanndans*. Oslo: Musikkpedagogisk Forlag, Nesodden.
59. Næss, T. (1993). *Syng og lær*: Musikkpedagogisk Forlag A/S, Nesodden.
60. Skille, O. (1997). Potential Applications of Vibroacoustic Therapy. I T. Wigram & C. Dileo (Red.), *Music Vibration*. Cheryll Hill: Jeffrey Books.
61. Vikesland, D. A. (2001). Musikkterapi til barn med autisme. "Hva er sentrale tema og hensiktsmessige arbeidsformer i musikkterapeutisk arbeid med barn med autisme?" - en kritisk drøfting. *Musikkterapi*, 26(3/4), 5-18.
62. Øyen, L. O. (1991). Her er Mariannes hånd. Musikk og språkstimulering med særlig fokus på den forberedende lese- og skrive opplæring. Oslo: Solum Forlag.
63. Bakken, S. (1998). *Når gleden er målet. Musikk, lek og samhandling med multihandikappede mennesker*. ad Notam. Gyldendal
64. Hauge, T. S., & Tønberg, G. E. H. (1998). *Musikalske aspekter i førspråklig samspill. En analyse av musikalske elementer mellom døvblindfødte barn og seende hørende voksne*. (Vol. 3). Oslo: Skådalen kompetansesenter.

65. Knill, C. (1990). *Hudkontakt og samspill*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
66. Mantor, J. S. (1993). Musikk med hørselshemmede. *Spesialpedagogikk*(3), 22-29.
67. Erdal, K. D., & Hovden, L. B. (1999). *Personlig og sosial vekst i band. Et prosjekt med samspill-grupper for voksne mennesker med spesielle behov*. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
68. Næss, T., & Steinmo, B. (1996). *Lettrock: En lettfattelig samspillmetode*. Musikkpedagogisk Forlag. Nesodden.
69. Bøgh, H. (1995). *Kom-bli med!:* Bærum Musikkterapi-institutt.
70. Byrkjedal, I. (1992). Musikkterapi ved klassemiljøutvikling. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1(1), 14-20.
71. Frisk, R. S. (1998). *Sang i kommunikasjon med det svaktfungerende spedbarn. Hva skjer når mor synger til sitt svaktfungerende spedbarn?* Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
72. Isene, I. (1997). Musikkterapi og veiledning. Musikkterapeuten som veileder sett i lys av kompetanse og ulike tilnærmingsmåter innenfor veiledning. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
73. Sæter, R. S. (1997). *Personalets opplevelse når de synger med et førskolebarn med funksjonshemming. Musikkterapeutisk intervensjon i en barnehage*. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
74. Elephant, C. (2009). Umasking hidden resources: Communication in children with severe developmental disabilities in music therapy. I: Karchou, V. (Ed.). *Art Therapies in Schools*. London: Jessica Kingsley Publishers.
75. Almås, B., & Skarpeid, B. (1993). *Menneske først – musiker siden*. Oslo: Norges Sang- og Musikkråd.
76. Almås, B. (1996). *Ingen inviterer min datter i bursdag - men i musikktimen har hun et samhold : Om fritidstilbud i musikk for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Oslo Norsk musikkråd.
77. Einbu, T. (1993). Prosjekt aktiv musikk for alle. *Nordisk Tidsskrift for musikkterapi*, 2(2), 26-28.
78. Kleive, M., & Stige, B. (1988). *Med lengting liv og song. Prøveordning med musikktilbud for funksjonshemma i Sogn og Fjordane*. Oslo: Samlaget.
79. Sløgedal, I. (1997). *Hverandres muligheter i musikk. Om mennesker med psykisk utviklingshemming og deres musikkuttrykk*. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
80. Valberg, T. (1996a). Ryttere på nordavind. Musikkdramatisering av undereventyrene. *Musikkterapi*, 21(3), 34-39.
81. Valberg, T. (1996b). Å legge til rette for musikkdramatisering. *Musikkterapi*, 21(3), 40-51.
82. Stige, B.; Ansdell, G.; Elephant, C. & Pavlicevic, M. (2010). *Where Music Helps. Community Music Therapy in Action*. Farnham, UK: Ashgate.
83. Aftret, K. (2002). Musikk i forebyggende og helsefremmende arbeid. *Musikkterapi*, 27(2), 6-22.
84. Skarpeid, G. (1993). Musikken - møtested mellom profesjoner og generasjoner. *Nordisk tidsskrift for musikkterapi*, 1, 28-31.
85. Kvamme, T. S. (2002). Musikkterapi, musikkmedisin og geriatri. *Musikkterapi*, 1, 5-19.
86. Myskja A (2006). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase - to prosjekter i eldreomsorgen. I: Aagaard T (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk.

87. Myskja A (2007). Nursing home residents on a Procrustes bed: Reflections on a Cochrane Review. Vitenskapsteoretisk paper til PhD-graden ved Humanistisk fakultet. Bergen: Universitetet i Bergen.
88. Myskja, A. (2008). The Day the Music Died. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 30-40.
89. Rolvsjord, R. (1998). Når musikken minner om livet. Musikalsk samhandling som reminisens. En innfallsvinkel til musikkterapi i geriatri. *Nordisk Tidsskrift for musikkterapi*, 7(1), 4-13.
90. Torbergsen, T. (1997). *Musikkterapi og Parkinsons sykdom. Hvordan kan man bruke musikk i bevegelses- og språktreningssammenheng med Parkinsonpasienter?* Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
91. Ridder, H. M. & Aldridge, D. (2005). Individual music therapy with persons with frontotemporal Dementia – singing dialogue. *Nordic Journal of Music Therapy*. 14(2), 91-106.
92. Eckhoff, R. (1993). Musikkterapien innen voksenpsykiatrien. Et møte med "Ole". *Spesialpedagogikk*(3), 8-12.
93. Eckhoff, R. (1996). Intersubjektivitet og interkroppslighet i gruppemusikkterapi med psykiatriske pasienter. *Nordisk Tidsskrift for musikkterapi*, 5(1), 13-23.
94. Oust, B. (1993). Prosjekt Musikkgrupper i Oslo 1991-94. *Spesialpedagogikk*(3), 8-9 , 12-14.
95. Skotheim, R. (1996). Rockeband som ramme for å selvstendigjøre beboere på et psykiatrisk et-tervernshjem. *Nordisk Tidsskrift for musikkterapi*, 5(1), 43-47.
96. Solli, H. P. (2003). "Twist and Shout" - improvisasjon som gruppemusikkterapi på psykiatrisk sykehus. *Musikkterapi*, 28(2), 10-19.
97. Stene, I. (2009). *Musikkopplevelse, identitet og helse*. Upublisert masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo.
98. Trondalen, G. (2001). Visible Through an Audible Voice. A Music Therapy Study with a Female who had ceased Talking. *British Journal of Music Therapy*, 15(2), 61-68.
99. Trondalen, G. (2003). "Self-listening" in Music Therapy With a Young Woman Suffering from Anorexia Nervosa. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1).
100. Årdal, S. A. (2002). Vegar til vitalitet. Å arbeide med stemme, kropp og kjensler i musikkterapi. *Musikkterapi*, 27(4), 6-17.
101. Rolvsjord, R. (2004). Therapy as Empowerment: Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practices of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99-111.
102. Rolvsjord, R. (in press). *Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
103. Solli, H.P (2006). Aldri bare syk: om ressursorientert musikkterapi for en mann med schizofreni. Upublisert masteroppgave. Oslo: Norges musikkhøgskole.
104. Stige, B. (1999). The Meaning of Music – from the Client's Perspective. I: Wigram, T. & De Backer, J. (red.). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
105. Gold, C.; Rolvsjord, R.; Aarø, L. E.; Aarre, T; Tjemsland, L; Stige, B. (2005) Resource oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomised controlled trial BMC Psychiatry, [NCT00137189], 2005
106. Gold, C., Wigram, T. & Elephant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder (Cochrane Review), [The Cochrane Library](#), Issue 2, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
107. Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., & Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29, 193–207.

108. Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD004517.
109. Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M., & Vanhala, M. (2008). The effect of improvisational music therapy in the treatment of depression: Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 8(50).
110. Rolvsjord, R., Gold, C., & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 15-32.
111. Johns, U. (1993). Intersubjektivitet som grunnlag for utvikling. *Spesialpedagogikk*(3), 41-46.
112. Johns, U. (2008). "Å bruke tiden - hva betyr det egentlig" Tid og relasjon - et intersubjektivt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Oslo: Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner 2008: 3. Norges Musikkhøgskole.
113. Trolldalen, G. (1997). Music Therapy and Interplay. A Music Therapy Project with Mothers and Children Elucidated through the Concept of "Appreciative Recognition". *Nordic Journal of Music Therapy*, 6 (1), 14-27.
114. Jonsdottir, V. (2004). *Music-caring for mothers and their special-needs infants within the framework of early intervention : a theoretical thesis* Upublisert hovedfagsoppgave i musikkterapi, Høgskulen i Sogn og Fjordane / Norges musikkhøgskole.
115. Trondalen, G., & Skårderud, F. (2007). Playing With Affects. And the importance of "affect attunement". *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), 100-111.
116. Gold, C., Wigram, T. & Voracek, M. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: The role of therapeutic techniques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 80, issue 4, 577-589.
117. Gold, C., Wigram, T. & Voracek, M. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: The role of therapeutic techniques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 80, issue 4, 577-589.
118. Mohlin, M. (2009). *Hverdagsmusikk : en intervjuundersøkelse av ungdommer med høytfungerende autisme eller Asperger syndrom*. NMH-publikasjoner; 2009:3. Oslo, Norges musikkhøgskole.
119. Elefant, C. & Wigram, T. (2009). Therapeutic dialogues in music: nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome. I: Malloch, S. & Trevarthen, C. (Eds.). *Communicative Musicality*. New York: Oxford University Press.
120. Oveland, S. (1998). *Meningsfulle øyeblikk i musikkterapi. Et musikkterapeutisk prosjekt med premature spedbarn og deres foreldre*. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
121. Krautschick, C. (2003). *Inhalte ethischen Denkens in der Musiktherapie mit komatösen Patienten : Welche Aspekte ethischen Denkens kann die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten vor allem in frühen Remissionsphasen des Krankheitsverlaufes tangieren?* Upublisert Hovedoppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo.
122. Sjøset, A. (2001). "My fair lady - à la Hospice" - musikk i et terapeutisk perspektiv. *Musikkterapi*, 26(3/4), 23-27.
123. Aasgaard, T. (1994). Musikkterapi ved slutten av livet - tema: begravelse. *Nordisk tidsskrift for musikkterapi*, 3(2), 86-88.
124. Aasgaard, T. (1999). Music Therapy as Milieu in the Hospice and Paediatric Oncology Ward. I D. Aldridge (Red.), *Music Therapy in Palliative Care. New Voices* . London: Jessica Kingsley Publishers.

125. Halvorsen, E. (2000). Musikkterapi på Det Norske Radiumhospital. *Musikkterapi*, 4, 4-13.
126. Aasgaard, T. (2000). 'A Suspiciously Cheerful Lady' A study of a song's life in the paediatric oncology ward. *British Journal of Music Therapy*, 14(2), 70-8299.
127. Fuglestad, S. (1996). "Jeg har ikke hatt vonde tanker på 1 time og 18 minutter. Ein studie om liv, død og vørnad knytta til menneske med hiv/aids, sett i lys av musisk teori og praksis. Upublisert hovedoppgave i musikkvitenskap, Institutt for musikk og teater, Avdeling for musikkvitenskap, Universitetet i Oslo.
128. Bjellånes, N. A. L. (1994). Musikk og autogen trening i samspill: En bedre livskvalitet for mennesker med diagnosen fibromyalgi. *Musikkterapi*, 1, 4-21.
129. Baker, F. (2002). Tapt og funnet: Reetablering av kommunikasjon etter hjerneskade. *Musikkterapi*, 27(2), 30-34.
130. Kippenes, A. R. (2007). *Musikk som buffer for barn: et studie av en musikkgruppe som mest-ringsarena i en flyktningleir i Libanon*. Masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo
131. Storsve, V., & Westby, I. A. (2009). Håp og anerkjennelse. Om et musikkprosjekt blant ungdommer i en palestinsk flyktningeleir. I E. Ruud (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (Vol. 2009:5). Oslo: Norges musikkhøgskole.
132. Kjølberg, S. (2007). *Musikk på vei mot integrering: en kasusstudie om integrering av flyktninger gjennom deltakelse i en sanggruppe*. Masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole, Oslo
133. Bøysen, Berit 2007. Spillerom for samspill. Etablering og integrering av musikkterapi i eldreinstitusjoner. Upublisert masteroppgave. Oslo: Norges musikkhøgskole.
134. Borchgrevink, H. M. (1999/2000). Musikk som terapi. *Musikkterapi*, 26(1), 27-33.
135. Myskja, A. (1999). *Den musiske medisn. Lyd og musikk som terapi*: Grøndahl Dreyer.
136. Myskja, A., & Lindbæk, M. (2000a). Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 10(120), 1186-1190.
137. Myskja, A., & Lindbæk, M. (2000b). Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 10(120), 1182-1185.
138. Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 193-207
139. Thaut, K.W. McIntosh, G.C. McIntosh & V. Hoemberg (2001). Auditory rhythmicity enhances movement and speech motor control in patients with Parkinson's disease, *Functional Neurology* 16(2), 163-172.
140. Trondalen, G., & Ruud, E. (Eds.). (2008). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*: Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Norges Musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2008:3. Oslo.
141. Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. *American Journal of Geriatric Psych*, 9(4), 361.
142. Tuastad, L. (2001). Bandsamspel i fengsel - Døme på metodikk og tilrettelegging. *Musikkterapi*, 26(1), 34-35.
143. Häussler, M. (2002). "Når jeg finner utgangstonen kan jeg spille min sang og det åpner seg noe nytt": Hvordan kan aktiv og reseptiv musikkterapi bidra til å initiere og støtte en positiv forvandlingsprosess hos mennesker med Whiplash? Avsluttende prosjektoppgave, musikkterapi-studiet, Norges musikkhøgskole, Oslo.

## **DEL III: VEDLEGG**

### **OVERSIKT OVER VEDLEGG**

Vedlegg 1: Studieplan for femårig integrert masterprogram i musikkterapi ved Universitetet i Bergen.

Vedlegg 2a: Studieplan for årsstudiet i musikk og helse ved Norges musikkhøgskole

Vedlegg 2b: Studieplan for toårig masterprogram i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole

Vedlegg 3a: MFOs etiske retningslinjer for norske musikkterapeuter

Vedlegg 3b: European Music Therapy Confederations etiske retningslinjer

Vedlegg 4: Samarbeidserklæring fra Musikernes fellesorganisasjon

Vedlegg 5: Samarbeidserklæring fra Norsk forening for musikkterapi.

**Søknader om å komme inn under  
autorisasjonsordningen for helsepersonell**

|      |                                                                                   |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1    | Bakgrunn .....                                                                    | 5  |
| 2    | Offentlig godkjenning av helsepersonell – lovgrunnlag, formål og avgrensing ..... | 6  |
| 2.1  | Offentlig regulering .....                                                        | 6  |
| 2.2  | Formålet med regulering av yrkesutøvelse .....                                    | 6  |
| 3    | Samfunnsmessige hensyn .....                                                      | 7  |
| 4    | Hoved- og tilleggskriterier for autorisasjon og innbyrdes vektning .....          | 8  |
| 4.1  | Hovedkriterier for autorisasjon .....                                             | 8  |
| 4.2  | Tilleggskriterier for autorisasjon .....                                          | 9  |
| 4.3  | Vurdering av hoved- og tilleggskriteriene .....                                   | 10 |
| 5    | Vurdering av den enkelte søknad .....                                             | 11 |
| 5.1  | Innkomne søknader .....                                                           | 11 |
| 5.2  | Direktoratets saksbehandling .....                                                | 11 |
| 6    | Akupunktør .....                                                                  | 12 |
| 6.1  | Hovedkriterier .....                                                              | 12 |
| 6.2  | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 14 |
| 6.3  | Tilleggskriterier .....                                                           | 14 |
| 6.4  | Samlet vurdering .....                                                            | 16 |
| 6.5  | Konklusjon .....                                                                  | 16 |
| 7    | Osteopat .....                                                                    | 17 |
| 7.1  | Hovedkriterier .....                                                              | 18 |
| 7.2  | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 19 |
| 7.3  | tilleggskriterier .....                                                           | 20 |
| 7.4  | Samlet vurdering .....                                                            | 21 |
| 7.5  | Konklusjon .....                                                                  | 21 |
| 8    | Musikkterapeut .....                                                              | 22 |
| 8.1  | Hovedkriterier .....                                                              | 22 |
| 8.2  | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 24 |
| 8.3  | tilleggskriterier .....                                                           | 24 |
| 8.4  | Samlet vurdering .....                                                            | 25 |
| 8.5  | Konklusjon .....                                                                  | 25 |
| 9    | Hudpleier .....                                                                   | 26 |
| 9.1  | Hovedkriterier .....                                                              | 26 |
| 9.2  | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 27 |
| 9.3  | Tilleggskriterier .....                                                           | 27 |
| 9.4  | Samlet vurdering .....                                                            | 28 |
| 9.4  | Konklusjon .....                                                                  | 28 |
| 10   | Logoped .....                                                                     | 29 |
| 10.1 | Hovedkriterier .....                                                              | 29 |
| 10.2 | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 32 |
| 10.3 | tilleggskriterier .....                                                           | 32 |
| 10.4 | Samlet vurdering .....                                                            | 34 |
| 10.5 | Konklusjon .....                                                                  | 34 |
| 11   | Audiopedagog .....                                                                | 35 |
| 11.1 | Hovedkriterier .....                                                              | 35 |
| 11.2 | Samlet vurdering av hovedkriteriene .....                                         | 36 |
| 11.3 | tilleggskriterier .....                                                           | 37 |
| 11.4 | Samlet vurdering .....                                                            | 38 |
| 11.5 | Konklusjon .....                                                                  | 38 |
| 12   | Genetisk veileder .....                                                           | 39 |

|      |                                           |    |
|------|-------------------------------------------|----|
| 12.1 | Hovedkriterier .....                      | 39 |
| 12.2 | Samlet vurdering av hovedkriteriene ..... | 41 |
| 12.3 | tilleggs-kriterier .....                  | 42 |
| 12.4 | Vurdering av tilleggs-kriteriene .....    | 43 |
| 12.5 | Samlet vurdering .....                    | 43 |
| 12.6 | Konklusjon .....                          | 44 |
| 13   | Helsedirektoratets tilrådning .....       | 45 |

## 1 Bakgrunn

Helsedirektoratet (Hdir) fikk i brev av 7. og 17. april 2009 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å foreta en samlet gjennomgang av nye søknader om autorisasjon i henhold til helsepersonelloven.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2008 etter oppdrag fra HOD to utredninger av helsepersonellovens autorisasjonsordning<sup>1</sup>, blant annet vurdering av eksisterende hovedkriterier og tilleggskriterier foreslått av departementet. HOD ga i brev av 7. april 2009 sin tilslutning til direktoratets vurdering av kriterier som bør legges til grunn. Departementet opplyste at de i sin saksbehandling av søknader om autorisasjon fra nye personellgrupper vil legge vekt på direktoratets vurderinger og anbefalinger i utredningene fra 2008 og tidligere utredninger fra 2004 og 2005.

Helsedirektoratet har mottatt sju søknader om å komme inn under autorisasjonsordningen for helsepersonell; *akupunktør, osteopat, musikkterapeut, hudpleier, logoped, audiopedagog og genetisk veileder*. Manuellterapeutene sendte inn søknad som senere ble trukket tilbake. I forbindelse med oppdraget "Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper" fikk direktoratet høsten 2011 som tilleggsoppdrag å vurdere autorisasjon av manuellterapeuter. Resultatet av dette oppdraget ble oversendt til HOD 1.2.2012.

I vurdering av søknadene har direktoratet i samsvar med departementets føringer lagt til grunn helsepersonelloven med forarbeider, hovedutredningen fra januar 2008 og tilleggsutredningen fra september 2008.

---

<sup>1</sup> Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning, januar 2008 og Tilleggsutredning - Autorisasjon av helsepersonell, september 2008

## 2 Offentlig godkjenning av helsepersonell – lovgrunnlag, formål og avgrensing

### 2.1 OFFENTLIG REGULERING

Offentlig godkjenning av helsepersonell omfatter autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og er regulert av helsepersonelloven (hspl) kapittel 9. Autorisasjon omfatter 29 helsepersonellgrupper, jf § 48.

Hovedformålet med lovens godkjenningsordninger er å ivareta pasienters sikkerhet. Ordningene skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle og skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse.

Rettsvirkning av offentlig godkjenning er at innehaver får rett til å benytte beskyttet tittel (hspl § 74), og at myndighetene har adgang til å tilbakekalle eller begrense godkjenningen som ledd i en tilsynssak (hspl kap.11). Det siste innebærer i realiteten helt eller delvis yrkesforbud og er et sterkere virkemiddel enn det som følger av adgangen til oppsigelse/avskjed i et arbeidsforhold. Dette har vært et sentralt argument for å videreføre ordningen med offentlig godkjenning av helsepersonell.

### 2.2 FORMÅLET MED REGULERING AV YRKESUTØVELSE

- Hovedformålet med en regulering av helsepersonells yrkesutøvelse er å beskytte pasientene i hensiktsmessig utstrekning mot ukyndig behandling
- Det vil ikke være forbeholdt yrkesgrupper som sådan å foreta visse typer yrkesutøvelse
- Helsepersonellovens krav til forsvarlig virksomhet (§4) stiller et generelt krav til helsepersonellens yrkesutøvelse, blant annet at yrket skal utøves innen rammene av den enkeltes faglige kompetanse. Forsvarlighetskravet gjelder alle som defineres som helsepersonell, enten man har offentlig godkjenning eller ikke

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er ikke et vilkår for å tilsettes i helsetjenesten for å yte helsehjelp eller for å defineres som helsepersonell. Det innebærer ikke at innehaveren har metodemonopol eller eksklusiv rett til å benytte bestemte behandlingsmetoder eller til å behandle visse pasientgrupper <sup>2</sup>. Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning regulerer ikke organisering av helsetjenestene.

Utdanningsmyndighetene og -institusjonene har ansvaret for utdanningenes innhold og organisering, jf. melding til Stortinget om helse- og velferdsutdanningene <sup>3</sup>.

Pasient- og brukerrettigheter er regulert i egen lov.

Arbeidsgivers organisasjons- og styringsrett er uavhengig av om ansatte er omfattet av en offentlig autorisasjonsordning.

---

<sup>2</sup> Dette kan imidlertid følge av særlov eller følge av organisering av helsetjenesten, betalingsordninger el.l

<sup>3</sup> Kunnskapsdepartementet: Meld.St.13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

### 3 Samfunnsmessige hensyn

Helsemyndighetene må kontinuerlig vurdere hvor mange profesjoner det er hensiktsmessig å regulere. Det gjelder regulering av yrker basert på grunnutdanning og basert på påbyggingskompetanse i form av videreutdanning eller spesialisering. Dagens 29 autoriserte helsepersonellgrupper er resultatet av politiske beslutninger som ligger mange år tilbake og gjenspeiler en personellstruktur på et gitt tidspunkt. I tillegg er det 52 grupper med offentlig spesialistgodkjenning.

Interessen for å komme inn under autorisasjonsordningen for helsepersonell viser et ønske om å utvide ordningen både i retning av komplementær og alternativ behandling og mot yrkesgrupper som tradisjonelt har rettet seg inn mot andre samfunnssektorer, for eksempel skoleverket og sosialsektoren.

På den ene side har samfunnet behov for å regulere visse yrkesgrupper, også innen helsetjenesten. På den annen side er det viktig ikke å bidra til økt fragmentering av helsetjenesten. Hvis autorisasjonsordningen blir svært omfattende, kan det gi arbeidslivet mindre fleksibilitet og bidra til økt konflikt mellom profesjonene og utilsiktet kostnadsvekst.

Helsetjenestens behov for kompetanse er under stadig endring. Helsetjenestens nye behov for kompetanse må gjenspeiles i endrete utdanningstilbud. Arbeidsgiver har etter helselovene en plikt til å sørge for at personellet er kvalifisert for sine arbeidsoppgaver. Tilsvarende har alle som yter helsehjelp plikt til å yte faglig forsvarlige tjenester. En slik plikt begrenser seg ikke til regulerte yrker.

For at helsetjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver er det behov for personell både i og utenfor de regulerte yrkene. At det er behov for kompetanse på et område verken forutsetter eller kan ha som konsekvens at yrkesgruppen er eller skal bli autorisert. Det må tas hensyn til at et stort innslag i helsetjenesten er personell uten helsefaglig kompetanse<sup>4</sup>.

De nasjonale strukturene må ses sammenheng med hvordan ordningene er i andre land. Forholdene i Norden må tillegges særlig stor betydning. Samtidig vil forholdene i EØS-landene være svært viktig ettersom fri bevegelse av arbeidskraft er en av de fire friheter i det indre marked. Grensehinder skal derfor reduseres, også for helsetjenestens arbeidskraft. Det krever stor grad av harmonisering av kompetansekrav og reguleringsordninger for helsepersonell mellom landene.

Det vises til direktoratets tilrådning til departementet 1. februar 2012 om offentlig spesialistgodkjenning for visse grupper helsepersonell (sak 11/4522). Samtidig ble gitt en tilrådning i spørsmålet om autorisasjon av manuellterapeut.

---

<sup>4</sup> I 2010 utgjorde 28,5 prosent av årsverksinnsatsen i brukerrettet kommunal pleie- og omsorg personer uten relevant utdanning

## 4 Hoved- og tilleggskriterier for autorisasjon og innbyrdes vekting

### 4.1 HOVEDKRITERIER FOR AUTORISASJON

Forarbeidene til helsepersonelloven legger følgende kriterier til grunn ved vurdering av om helsepersonellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen:

*Utdanning:*

at personellet er utdannet for å arbeide innen helsetjenesten

*Yrkesrollens innhold:*

at yrkesrollen innebærer en viss selvstendighet og pasientkontakt

*Internasjonale forhold:*

at yrkesgruppen er autorisert eller vurderes autorisert i Norden eller andre land; slike forhold eller andre lands sammenliknbare systemer bør tillegges vekt

I Helsedirektoratets utredning fra januar 2008 viderefører dette prinsippet. Det heter: "Autorisasjon av nye helsepersonellgrupper vurderes restriktivt ut fra følgende kriterier:

- *utdanning*
- *yrkesrollens innhold*, herunder hensynet til pasientrisiko og skadepotensiale
- *internasjonale forhold*

Det bør legges vesentlig vekt på pasientsikkerhetshensynet (yrkesutøvelsens skadepotensiale)."

Helsedirektoratet legger disse hovedkriteriene til grunn i vurdering av søknadene. Begge kriteriene *utdanning* og *yrkesrollens innhold* må være oppfylt. I tillegg vil kriteriet *internasjonale forhold* bli tillagt vekt. Det blir dessuten vurdert hvordan tilleggskriteriene kan influere på den samlede vurderingen.

*Utdanning*

Det som særpreger dagens autorisasjonsgivende utdanninger er at studiene er profesjonsorientert. Dette innebærer opplæring og trening i pasient- og brukerbehandling, både praktisk og teoretisk. Undervisningen skal ha et tydelig evidensgrunnlag med forsknings- eller erfaringsbasert kunnskapsforankring. Praksisdelen er hovedsaklig lagt til den offentlig helse- og omsorgstjenesten. Omfanget av praksisen varierer, men alle de norske utdanningene har mye praksis sammenliknet med i mange andre land. Omfanget av praksisdelen av mange av studiene reguleres av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv<sup>5</sup>.

En hovedsaklig teoretisk utdanning gir ikke grunnlag for å komme inn under autorisasjonsordningen for helsepersonell.

---

<sup>5</sup> Direktiv EF 36/2005 godkjenning av yrkeskvalifikasjoner

### *Yrkesrollens innhold og skadepotensiale*

Yrkesgruppens adgang til selvstendig yrkesutøvelse og pasientkontakt vil ha begrenset betydning for autorisasjonsspørsmålet med mindre det representerer en ikke ubetydelig risiko i forhold til pasientsikkerhet eller særlig skadepotensiale. Enhver yrkesutøvelse innebærer en viss risiko for feil. Hensynet til pasientsikkerhet eller skadepotensiale skal vurderes i forhold til faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Uforsvarlig yrkesutøvelse er i strid med kravene til helsepersonells yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4 og kan bli gjenstand for reaksjon fra tilsynsmyndighetene. Faglig uforsvarlig eller gal behandling er alltid en fare for pasientsikkerheten.

Som element i dette hovedkriteriet, legges til grunn at den forsvarlige yrkesutøvelsen innebærer en påregnelig og ikke ubetydelig risiko for pasienten utover den risiko som følger av sykdommen eller tilstandens alvorlighetsgrad.

### *Internasjonale forhold*

Det er opp til det enkelte land om en profesjon skal reguleres, og i tilfelle om profesjonen skal reguleres i lovgivning som gjelder helsepersonell, pedagogisk personell, sosialpersonell eller annen type personell. Helsedirektoratet har vurdert om søkergruppene er opplistet på EU-kommisjonens database over regulerte yrker<sup>6</sup> eller er omfattet av den nordiske overenskomsten om felles arbeidsmarked for helsepersonell<sup>7</sup>.

## 4.2 TILLEGGSKRITERIER FOR AUTORISASJON

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo en rekke tilleggskriterier som gjenstand for Helsedirektoratets tilleggsutredning fra september 2008:

### *Utdanningens helsefaglige innhold:*

i hvilken grad utdanningen er rettet inn mot arbeid i helsesektoren, det helsefaglige innholdet i utdanningen

### *Mulighet for dobbelautorisasjon:*

om utdanningen bygger på en allerede autorisasjonsgivende grunnutdanning; dobbelautorisasjon bør unngås

### *Forskningsresultater om behandlingens virkning:*

dokumentasjon av evidensgrunnlag og hvordan dette kommer til uttrykk i utdanningen og yrkesrollens innhold

### *Helsetjenestens tilgjengelighet:*

helsetjenesten som tilbys bør være tilgjengelig for hele befolkningen

### *Behovet for helsetjenesten:*

trenger helsetjenesten den kompetansen personellgruppen representerer

### *Andelen yrkesaktive innenfor helsetjenesten:*

i hvilken grad yrkesgruppens medlemmer arbeider i helsetjenesten

<sup>6</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=regProf.found](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=regProf.found)

<sup>7</sup> Nordisk overenskomst av gjensidig godkjenning av visse typer helsepersonell og veterinærer (1991)

#### 4.3 VURDERING AV HOVED- OG TILLEGGSKRITERIENE

Det er ikke knyttet rettskrav til autorisasjon av en yrkesgruppe. Selv om hovedkriteriene og eventuelt ett eller flere tilleggskriterier er oppfylt, er det opp til helsemyndighetene å foreta en konkret vurdering av om yrkesgruppen skal omfattes av autorisasjonsordningen. Helsedirektoratet har tidligere uttalt at "Det bør foretas konkret vurdering om autorisasjon anses mest formålstjenlig ut fra helsepersonellovens formål, behov og mulighet for effektiv tilsyn og kontroll, herunder tilbakekall av autorisasjon <sup>8</sup>."

I vurderingen av om en yrkesgruppe kan komme inn under autorisasjonsordningen for helsepersonell legger Helsedirektoratet til grunn:

- Begge de to hovedkriteriene, utdanning og yrkesrollens innhold, derunder pasientsikkerhetshensyn, skal være oppfylt.
- Hovedkriteriet internasjonale forhold tillegges mindre vekt enn kriteriene utdanning og yrkesrollens innhold.
- Oppfyllelse av ett eller flere av tilleggskriteriene vil ikke avhjelpe manglende oppfyllelse av hovedkriteriene.
- Tilleggskriteriene kan få betydning ved vurderingen av om autorisasjon skal tilrås når hovedkriteriene utdanning og yrkesrollens innhold er helt eller delvis oppfylt.
- Grunnutdanning skal som hovedregel være grunnlaget for at en yrkesgruppe kan innlemmes i autorisasjonsordningen.
- Når grunnutdanningen utløser rett til autorisasjon, er det ikke grunnlag for ny autorisasjon basert på videreutdanning, jf. føringer fra departementet om ikke å åpne for dobbeltautorisasjon <sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning, januar 2008

<sup>9</sup> Jordmor er eneste unntak, basert på historiske forklaringer og internasjonal harmonisering

## 5 Vurdering av den enkelte søknad

### 5.1 INNKOMNE SØKNADER

Sju søknader ble mottatt av Helse- og omsorgsdepartementet. En søknad fra manuellterapeuter ble trukket tilbake, men denne gruppen er utredet i egen leveranse. Alle søkerne var kjent med kriteriene som blir lagt til grunn. Helse- og omsorgsdepartementet oversendte søknadene til saksbehandling i Helsedirektoratet.

### 5.2 DIREKTORATETS SAKSBEHANDLING

Helsedirektoratet bygger sin vurdering på mottatte søknader. Søknadene er svært ulike og redegjør i varierende grad for i hvilken grad kriteriene er oppfylte. Søkerne er ikke bedt om supplerende opplysninger. Det er ikke avholdt møter med søkerne.

Helsedirektoratet har innhentet supplerende opplysninger fra offentlig tilgjengelige kilder, blant annet nettsidene til de aktuelle utdanningsinstitusjonene og yrkesorganisasjonene. Slike utfyllende opplysninger framgår av fotnoter. Helsedirektoratet har forsøkt å tydeliggjøre i dokumentet hvilke opplysninger som er hentet direkte fra søknaden.

Helsedirektoratet mener saksbehandlingen primært handler om å redegjøre for om man ut fra den enkelte søknad kan si at de oppsatte kriteriene er oppfylt eller ikke. Sitat fra søknaden er i anførsel, innrykket og i kursiv.

Direktoratet ser at noen av kriteriene kan være delvis oppfylt, og har derfor valgt å benytte kategoriene *ja*, *delvis*, *nei* ved spørsmålet om kriteriet er oppfylt.

Helsedirektoratet har i sin avsluttende vurdering av hver søknad referert evt. andre forhold som kan tillegges vekt, for eksempel faglige utviklingstrekk.

I behandlingen av de sju søknadene blir hovedkriteriene gjennomgått og vurdert først. Der minst ett av hovedkriteriene har vært helt eller delvis oppfylt, er det vurdert om tilleggskriteriene kan gjøre utslag.

Tilleggskriteriet om utdanningens helsefaglige innhold er innarbeidet i hovedkriteriet *Utdanning*.

I spørsmål om dobbeltautorisasjon er det innhentet synspunkt fra Statens helsetilsyn.

Når det gjelder forskningsmessig evidensgrunnlag for yrkesutøvelsen, har direktoratet i en viss grad innhentet sakkyndig hjelp fra relevant forskningsmiljø som er uten binding til søker. Direktoratet har ikke på selvstendig grunnlag vurdert forskningsresultater som kan inngå i evidensgrunnlaget, men refererer i en viss grad til aktuell forskning utover det som framkommer av søknadene.

Avslutningsvis kommer direktoratets samlede tilrådning til departementet.

Det er utarbeidet en samlet tabellarisk oversikt som eget vedlegg.

## 8 Musikkterapeut <sup>28</sup>

Søknaden er satt fram av Universitetet i Bergen og Norges Musikkhøgskole og utformet i samråd med Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi.

Som vedlegg til søknaden følger Studieplan for femårig integrert masterprogram i musikkterapi ved UiB, Studieplan for årsstudiet i musikk og helse ved Norges musikkhøgskole og Studieplan for toårig masterprogram i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole. Søknaden er vedlagt Musikernes fellesorganisasjons etiske retningslinjer for norske musikkterapeuter, European Music Therapy Confederations etiske retningslinjer, Samarbeidserklæring fra Musikernes fellesorganisasjon og Samarbeidserklæring fra Norsk forening for musikkterapi.

Det framgår av søknaden at

*"autorisasjon av musikkterapeuter vil være fornuftig av flere grunner: Musikkterapeuter gir behandlingstilbud med dokumentert effekt og representerer en kompetanse helsevesenet har bruk for. Først og fremst vil en autorisasjon handle om å sikre pasientenes trygghet for kvaliteten i musikkterapeutisk helsehjelp, for derved å ivareta tillit i befolkningen til helsevesenets bruk av musikkterapeutiske tilbud. Videre synes en slik ordning fornuftig for å sikre et rimelig forutsigbart grunnlag for videreutvikling av musikkterapi som profesjonsutdanning og forskningsfelt."*

Søkerne ser behovet for autorisasjon i sammenheng med følgende forhold

- "a) nyere forskning som viser at musikkterapeutene har en kompetanse som helsevesenet trenger,*
- b) utdanningens innretning mot helse,*
- c) en markant endring i yrkesgruppens rolle i det norske samfunn og helsevesen,*
- d) problemene manglende autorisasjon skaper for god yrkesutøvelse,*
- e) den faren vi ser for at manglende autorisasjon kan skape uklare forhold til skade for pasienter og brukere."*

### 8.1 HOVEDKRITERIER

#### Utdanning

I søknaden heter det:

*"For musikkterapifaget er situasjonen at helse er hovedfokus både i forskningsaktiviteten og i utdanningen. Selv om det foreløpig ikke er et flertall av musikkterapeutene som arbeider i helsesektoren, er det ikke slik at utdanning og yrke først og fremst er rettet inn mot en annen sektor enn*

<sup>28</sup> Fra nettsiden Utdanning.no: Musikk har vært brukt som terapeutisk redskap helt siden antikken og frem til våre dager. Musikkterapeuter forholder seg til musikk som middel for samhandling, kommunikasjon og utvikling. Studiet søker å gi teoretisk fordypning i tillegg til en metodisk- praktisk og personlig kvalifisering som musikkterapeut. Mastergradsstudiet i musikkterapi gir både en akademisk grad i musikkterapi og en profesjonsutdanning som musikkterapeut. Studiet har to hoveddeler: 1. Profesjonsdel (terapeutiske og musikkfaglige delemner) 2. Vitenskapelig del (musikkterapeutiske grunnlagsproblemer, masterarbeid og valgfri fordypning). Praksis foregår i begge studieår. Søkere med to-årig videreutdanning i musikkterapi kan søke opptak ved mastergradsstudiet, og få innpasset deler av videreutdanningen i mastergraden.

*helsesektoren. Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen legger vekt på å kvalifisere musikkterapeutene i forhold til arbeid i helsesektoren og dessuten til helsefremmende arbeid innen rammen av opplærings- og kulturtilbud.”*

Etter søkers vurdering forutsetter musikkterapeutisk profesjonsutøvelse høy kompetanse og femårig masterutdanning på universitetsnivå.

Musikkterapistudiet er ved Universitetet i Bergen organisert som et femårig program som fører til mastergrad. Ved Norges musikkhøgskole er utdanningsløpet organisert som et årsstudium på bachelornivå og et toårig masterstudium med krav om minimum to års relevant universitets- eller høyskoleutdanning før opptak<sup>29</sup>. Det er kapasitet til et opptak på 24 mastergradsstudenter hvert år. Utdanningen tar sikte på å kvalifisere til musikkterapeutisk yrkesutøvelse i helsetjenesten, i pedagogiske kontekster og i samfunnet ellers. Studiet er i hovedsaklig teoretisk innrettet, men det inneholder noe praksis.

Det finns et doktorgradsprogram i musikkpedagogikk og musikkterapi for den som etter mastergrad ønsker forskerutdanning innen musikkterapi.

#### **Yrkesrollens innhold/pasientsikkerhet**

I søknaden heter det:

*”Musikkterapeutens yrkesrolle i helsevesenet er selvstendig og som regel knyttet til samarbeid i tverrfaglige team. Musikkterapeuter deltar i samarbeid med andre fagpersoner i forhold til kartleggingsarbeid, der observasjon i musikkterapeutiske situasjoner for eksempel kan være av særlig interesse med tanke på ressurser, kommunikasjon og deltakelse. Musikkterapeuten vil også ha en selvstendig rolle i forhold til å vurdere den enkelte pasients muligheter for musikalisk samhandling og helserelatert musikkbruk.”*

Det framgår av opplysninger som Helsedirektoratet har innhentet at musikkterapeuten benytter musikkutfoldelse som ledd i terapi og rehabilitering eller som helsefremmende tiltak i hverdagssituasjoner<sup>30</sup>. Gjennom musikk skapes mulighet for samhandling, kommunikasjon og uttrykk, for eksempel for barn uten språk eller personer som ikke ønsker eller er i stand til samtaleterapi. Personer med lærevansker, utviklingshemninger og fysiske og psykiske lidelser kan ha nytte av musikkterapi. Bruk av musikk kan gi gode opplevelser, mestringsfølelse, følelse av tilhørighet og styrker de friske sidene. Musikkterapi benyttes i barnehage, skole, sykehus, kulturskole, eldreomsorg, psykisk helsevern og fengsel.

I søknaden opplyses det at musikkterapi kan innebære en viss risiko for pasienter:

*”Fare for skadevirkninger for pasienter er til stede. Pasienters sensitivitet for lydbølger og musikk er svært avhengig av deres helsetilstand. Musikken er dessuten et sterkt virkemiddel emosjonelt og sosialt, som ved ukyndig praksis kan vekke minner, assosiasjoner og emosjoner ut over det som er mulig å håndtere i en gitt situasjon.”*

<sup>29</sup> Fullført bachelorgrad eller tilsvarende utdanning der årsstudiet i musikk og helse eller tilsvarende utdanning inngår. I tillegg må grunnutdanningen omfatte minst 60 studiepoeng i musikk, helse-/sosialfag eller pedagogisk/psykologiske fag.

<sup>30</sup> Informasjon fra utdanning.no

Østerrike vedtok i 2008 en lov for musikkterapi. Her er det gitt en definisjon på musikkterapi, beskrivelse av musikkterapeutisk utdanning, yrkeskvalifikasjon og ansvar.

I søknaden opplyses det at musikkterapeuter ønsker offentlig godkjenning også i de andre nordiske landene.

## 8.2 SAMLET VURDERING AV HOVEDKRITERIENE

Utdanningen er i hovedsak ikke spesifikt rettet inn mot helsefaglige emner eller yrkesutøvelse innen helsetjenesten. Utdanningen har riktignok et visst innslag av tema rettet inn mot ulike pasientgrupper. Det vektlegges at utdanningen i det vesentlige er teoretisk og i begrenset grad rettet inn mot pasienter.

Utdanningskriteriet anses som **ikke oppfylt**.

I søknaden er det ikke dokumentert at musikkterapi er forbundet med betydelig skadepotensiale.

Kriteriet yrkesrollens innhold, herunder hensynet til pasientsikkerhet, anses som **ikke oppfylt**.

I søknaden er det ikke dokumentert at musikkterapi er omfattet av autorisasjon for helsepersonell i andre land. Kriteriet internasjonale forhold anses som **ikke oppfylt**.

Etter en samlet vurdering anses hovedkriteriene som **ikke oppfylte**.

## 8.3 TILLEGGSKRITERIER

### Utdanningens helsefaglige innhold

Dette punktet er omtalt under hovedkriteriet Utdanning.

### Dobbeltautorisasjon

Autorisasjon som helsepersonell er ikke et vilkår for opptak til utdanningen. Kriteriet dobbeltautorisasjon anses som ikke aktuelt.

### Forskning

Det opplyses i søknaden at musikkterapi er etablert som et internasjonalt fagfelt, med særlig tyngde i USA, Canada, Europa, Australia og deler av Sør-Amerika. I søknaden er det vist til ulike studier om virkningen av musikkterapi, herunder studier som viser effekt av musikkterapi hos pasienter med schizofreni, ved autisme, hos barn og unge med psykiske lidelser, ved Parkinsons sykdom og andre nevrologiske sykdommer, etter skader og ved demens<sup>31</sup>. Helsedirektoratet har ikke funnet henvisning til annen relevant forskning.

---

<sup>31</sup> Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, omtale av Cochrane-rapport 2008 *Musikkterapi kan redusere symptomene på depresjon*

### **Tilgjengelighet**

Det opplyses i søknaden at musikkterapeuter arbeider i ulike deler av helsetjenesten. Det er musikkterapeuter i universitetssykehus, ved barneavdelinger, i psykisk helsevern og i eldreomsorgen.

### **Behovet for tjenesten**

Det opplyses i søknaden at systematisk og faglig fundert bruk av musikkterapi kan gi motivasjon og frigjøre ressurser for pasienter der dette er vanskelig på annen måte. Eksempler er ved behandling av pasienter med Parkinsons sykdom, i habilitering og rehabilitering, i psykisk helsevern og i eldreomsorgen.

### **Andelen yrkesaktive innefor helsetjenesten**

Flertallet av musikkterapeutene arbeider ikke i helsesektoren. Søker opplyser at det er utdannet ca 400 musikkterapeuter hvorav ca. 50 arbeider i helsetjenesten.

### **Andre forhold**

Ved økt satsning på psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og eldreomsorg, innbefattet aldersdemens, kan musikkterapeutiske metoder komme til økt anvendelse i helsetjenesten.

## **8.4 SAMLET VURDERING**

Utdanningen tar sikte på å kvalifisere for musikkterapeutisk yrkesutøvelse på en rekke arenaer, blant annet i helsetjenesten. Utdanningen er i det vesentlige teoretisk, ikke klinisk innrettet mot helsetjenesten. Skadepotensialet er begrenset. Det er ikke opplyst i søknadene at gruppen er regulert som helsepersonell i andre land. Hovedkriteriene anses dermed ikke som oppfylte.

Det er i søknaden vist til noe forskning som dokumenterer effekt av musikkterapi ved visse sykdommer. Det som er framlagt av søker, er svært begrenset. Det er ikke dokumentert et særskilt behov for tjenesten.

Tilleggs-kriteriene kan ikke oppveie at hovedkriteriene ikke er oppfylte.

## **8.5 KONKLUSJON**

Helsedirektoratet kan **ikke** anbefale at musikkterapeut innlemmes i autorisasjonsordningen for helsepersonell.

### 13 Helsedirektoratets tilrådning

Helsedirektoratet har foretatt en konkret og helhetlig vurdering av de samfunnsmessige hensynene knyttet til hvor mange og hvilke helseprofesjoner som bør innlemmes i autorisasjonsordningen. Vi har allerede 29 regulerte helseprofesjoner og 52 grupper med offentlig spesialistgodkjenning.

Sju innkomne søknader er vurdert. Søkerne har i varierende grad redegjort for de forhold som Helsedirektoratet skal legge til grunn i sin vurdering. Helsedirektoratet har innhentet supplerende opplysninger som er offentlig tilgjengelig. Direktoratet har hatt kontakt med andre myndighetsorgan og eksternt forskningsmiljø, men har ikke hatt møte med søkerne som ledd i saksbehandlingen.

Helsedirektoratet har lagt vekt på å vurdere hvorvidt de oppsatte kriteriene som Helse- og omsorgsdepartementet mener skal legges til grunn anses som oppfylt. Det er i vurderingen lagt særlig vekt på hovedkriteriene utdanning og yrkesrollens innhold, herunder hensynet til pasientsikkerhet. Der minst ett av hovedkriteriene har vært helt eller delvis oppfylt, er det vurdert om tilleggskriteriene kan gjøre utslag.

Helsedirektoratet har ikke på selvstendig grunnlag foretatt en vurdering av det forskningsmessige evidensgrunnlaget for yrkesaktiviteten, men viser til søkers opplysning, tilgjengelig informasjon om relevant forskning og opplysninger fra eksternt forskningsmiljø.

Når det gjelder rettsvirkningene av tilbakekalt autorisasjon ved dobbeltautorisasjon er saken drøftet Statens helsetilsyn.

Helsedirektoratet har i saksbehandlingen også vurdert andre forhold knyttet til utviklingstrekk i helsetjenesten som kan tillegges betydning. Disse momentene har imidlertid ikke vært tungtveiende nok til å endre konklusjonen.

Helsemyndighetene må kontinuerlig vurdere hvor mange profesjoner det er hensiktsmessig å regulere. Helsedirektoratet viser til at en yrkesgruppes rolle i helsetjenesten ikke er betinget av autorisasjon og annen offentlig godkjenning. Helsetjenesten har behov for personell både med helsefaglig og annen kompetanse. Et sentralt spørsmål er om offentlig regulering fører til økt pasientsikkerhet. Ettersom utdanningsmyndighetene har kvalitetssystemet for utdanningene, er det spørsmål om hvor grensen går for helsemyndighetenes behov for kontroll og styring av helsepersonells kvalifikasjoner og yrkesutøvelse.

Helsedirektoratet konkluderer ut fra en helhetlig vurdering at ingen av de sju søkerne oppfyller hoved- og tilleggskriteriene for å bli innlemmet i autorisasjonsordningen for helsepersonell.

Helsedirektoratet tilrår at **ingen** av søkerne innlemmes i autorisasjonsordningen for helsepersonell.

Det vises til en samlet oversikt i vedlagte tabell.

Samlet oversikt over kriteriene, hvorvidt det vurderes som oppfylt (ja, delvis, nei)

[illegible]



# UNIVERSITETET I BERGEN

*Fakultet for kunst, musikk og design*

*Saksvedlegg*

PROGRAMSTYRET FOR FEMÅRIG INTEGRERT MASTERGRAD I MUSIKKTERAPI

Sak nr.: 2/26

Sakstype: Informasjonssak

Arkivnr: 2026/361

Møte: 22.01.2026

---

## **Arbeidsgruppe studieplanrevisjon – oppdatering 1 V26**

---

### **Informasjon**

Onsdag 14. januar 2026 hadde arbeidsgruppa for studieplanrevisjon første møte med UiB læringslab. Frå dei møtte Robert Kordts og Kari Bjørge Johnsen. Det vart brukt mykje tid på å informere om historikk, kor ein har kome i arbeidet, og kva tankar ein har om studieplanrevisjonen.

UiB Læringslab kan vere med vidare i arbeidet og kan mellom anna vere med å fasilitere workshops/møte, både for studentar og tilsette. Arbeidsgruppa og UiB læringslab er samde om at eit tidleg møte for heile fagmiljøet er viktig for å drøfte dei viktige spørsmåla rundt utdanninga si identitet og kva modell ein ønskjer har utdanninga skal ha. Ein sikter på at eit framtidig lærarmøte vil ha dette som agenda.

I løpet av vårsemesteret vert det og lyst ut intensivmidlar for arbeid med studieplanar. Om ein får tilskot kan det verte brukt på til dømes frikjøp av personar, invitere inn eksterne, etc.

Pr. no har ikkje studieprogrammet oppnemnt ekstern fagfelle(r), men arbeidsgruppa vil foreslå aktuelle kandidatar.

Datoar for vidare arbeid er pr. 19.01 ikkje satt, men ein tar sikte på fleire møter i arbeidsgruppa, samt at ein har som mål å invitere til utvida lærarmøter og workshops i løpet av vårsemesteret.

Claire Ghatti  
Programstyreleiar

Fredrik Due-Olsnes  
sekretær