

I MUSIKKTERAPIENS GRENSELAND

*En kvalitativ studie av forhandlingen av musikkterapiens grenser i en
norsk kontekst*



Masteroppgave i musikkterapi

Universitetet i Bergen

Tobias Jørgensen Mannes

Vår 2020

Abstract

Within the Borderlands of Music Therapy

The purpose of this thesis is to explore how the borders and boundaries of music therapy are negotiated within a Norwegian context and how this could be understood considering the development of the field. Through a hermeneutic approach, the data has been collected by conducting a focus group interview with music therapists and music health workers. The findings suggest that the borders are mostly porous, and that they have been shaped and shifted in correlation with the development of music therapy. The findings also indicate that collaboration between music therapists and music health workers is the ideal approach in the further development of the field.

Forord

Den største takknemlighet går til

Benjamin for å krige sammen med meg til siste slutt

Mine foreldre for støtte og oppmuntring

Eigil og **Magnus** for grundig korrektur og tilbakemelding

Synnøve for gode råd og refleksjoner

Veileder **Lasse Tuastad** for oppfølging, støtte og gode tilbakemeldinger gjennom hele prosessen

De seks deltakerne for å dele deres tid, tanker, kunnskap og erfaringer

Bergen, juni 2020

Tobias Jørgensen Mannes

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Litteratursøk.....	1
1.3 Formål og problemstilling.....	4
1.4 Begrepsavklaring og avgrensning.....	5
1.5 Oppgavens videre struktur.....	6
2. Teori	8
2.1 Utvikling av musikkterapi i Norge.....	8
2.2 Musikkterapiens identitet.....	9
2.3 Kompetanseområder.....	12
2.4 Musikkterapi som profesjon og konkurransesituasjonen.....	16
2.5 Tverrfaglig samarbeid.....	20
3. Metode	23
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn.....	23
3.1.1 Kvalitativ forskning.....	23
3.1.2 Epistemologi.....	23
3.1.3 Hermeneutisk forskningstradisjon.....	24
3.1.4 Refleksivitet.....	25
3.2 Datainnsamling.....	25
3.2.1 Fokusgruppeintervju.....	25
3.2.2 Gjennomføring av intervjuet.....	28
3.2.3 Kritikk av fokusgrupper.....	29
3.2.4 Semistrukturerte intervju.....	30
3.3 Etske refleksjoner.....	30
3.4 Datanalyse.....	31
3.4.1 Stegvis deduktiv-induktiv metode.....	33

4. Presentasjon av funn.....	35
4.1 Musikkarbeideren	35
4.1.1 Formell og uformell kompetanse	35
4.1.2 Metoder og praksis.....	37
4.1.3 Identitet	41
4.2 Et fagfelt i utvikling	42
4.2.1 Beskyttende ovenfor feltet	43
4.2.2 Utvikling over tid.....	44
4.2.3 Samarbeid	46
5. Diskusjon	50
5.1 Musikkarbeideren	50
5.1.1 Identitet	50
5.1.2 Kompetanse.....	51
5.1.3 Praksis	54
5.2 Fagfeltets utvikling	55
5.2.1 Konkurrerende områder	55
5.2.2 Å beskytte et fagfelt	57
5.2.3 Samarbeid	59
6. Avslutning.....	62
6.1 Grensene er i stor grad porøse	62
6.2 Utviklingen av musikkterapi har forskjøvet og formet grensene.....	63
6.3 Samarbeid er veien videre.....	63
6.4 Kritiske bemerkninger og videre forskning	64
7. Litteraturliste	66
8. Vedlegg.....	70
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....	71
Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	74

Vedlegg 3: Intervjuguide77

1. Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunnen for valget av temaet i oppgaven, for at det så blir gjennomført et litteratursøk for å få innsikt i hvordan dette temaet er belyst i tidligere forskning. Med dette som utgangspunkt formuleres en problemstilling som danner grunnlag for oppgavens videre retning. Deretter avklares begrepene som behøver å avklares, og det blir redegjort for hvordan oppgaven er avgrenset. Avslutningsvis presenteres oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Allerede før jeg begynte på musikkterapistudiet har spørsmålet om hva musikkterapi er, og hvem det kan praktiseres av vært et jeg har hatt stor interesse av. Som pleieassistent på et sykehjem i Oslo spilte jeg ofte musikk for og med beboerne, samtidig som det var ansatt en musikkterapeut på stedet. Dette var mitt første nære møte med en musikkterapeut, og spørsmålet "hva er det hun kan gjøre for de som ikke jeg kan?" var ett som gikk igjen i hodet mitt. I dag, som avtroppende student på musikkterapistudiet, har jeg fått en dypere forståelse og formening om dette spørsmålet. Samtidig opplever jeg at det stadig er utfordrende å finne tydelige skillelinjer mellom musikkterapi og annet helsepersonells bruk av musikk som helsefremmende middel. Dette har blant annet kommet til uttrykk gjennom en egenerfart praksisperiode i Cape Town, der organisasjonen jeg var del av inneholdt både musikkterapeuter og community musicians. Her gikk diskusjonen flittig om hvor skillet gikk mellom disse profesjonene, hvor det var vanskelig å argumentere mot at arbeidet community musicians gjorde ikke var musikkterapeutisk på noen måte. Dette er bare et par eksempler på disse eksistensielle spørsmålene jeg ofte har reflektert over. Som følge av dette ble jeg interessert i å utforske dette nærmere gjennom denne masteroppgaven.

1.2 Litteratursøk

I prosessen med litteratursøket har jeg gjort søk i databasene/søkemotorene Oria, Bibsys og Google Scholar. Hensikten med dette er å finne hva som er skrevet rundt temaet presentert ovenfor. Inkluderte søkeord har vært: musikkterapi, samfunnsmusikkterapi, community music, profesjon, profesjonsidentitet, identitet. Jeg brukte også metoden *imaginative approach to research*, som innebærer å følge enhver lenke eller referanse som virker interessant (Hart, 1998). Dette opplevdes som den mest effektive metoden. Utover dette har både veileder og medstudenter vært gode støttespillere i å finne relevant litteratur.

Gjennom prosessen med å søke i litteraturen viste det seg at diskusjonen rundt musikkterapi som profesjon og skillet til lignende profesjoner og aktører innen musikk- og helsefeltet er blitt problematisert ved flere anledninger. Mye av denne diskusjonen tar for seg forholdet mellom samfunnsmusikkterapi og community music. Dette kan tenkes å være en mer aktuell diskusjon i andre land enn Norge, da community music ikke er veldig befestet her. Community music er imidlertid i utvikling i Norge, med det relativt nyopprettede studiet *Community music* på Høgskolen på Vestlandet (Klausen, 2016). Det som er skrevet om forholdet mellom community music og samfunnsmusikkterapi kan være overførbart til forholdet mellom musikkterapeuter og andre utøvere. Dermed kan det også være relevant å redegjøre for det litteraturen sier om forholdet mellom disse retningene.

En artikkel fra 2007 tar for seg forholdet mellom musikkterapeuter og community musicians innen den ideelle organisasjonen *The Music Therapy Community Clinic* i Cape Town (Oosthuizen, Fouché & Torrance). Dette skulle vise seg å være forløperen til organisasjonen jeg var i praksis ved i 2019 med navn *MusicWorks* (MusicWorks, u.å.; SANGONeT, 2014). At samtalene nevnt innledningsvis var problematisert innenfor samme organisasjon 12 år tidligere i denne artikkelen tyder på at diskusjonen er høyst aktuell fremdeles.

I 2002 skrev Gary Ansdell en artikkel hvor han blant annet fokuserte på hvordan samfunnsmusikkterapi kan differensieres fra community music (2002). Han lister opp seks ulike punkter der musikkterapi og community music har delt seg til to ulike profesjoner:

- *Who* is worked with, and *How many* people are worked with
- *Where* the work happens, and what resources are available
- *Why* they work with people (agenda, aims, theoretical assumptions)
- *What* continuity and depth of work is possible
- *What* status is given, what reward received
- *How* far successful practice has led to building a discipline and a professional structure to further the work and its body of knowledge (Ansdell, 2002, avsn. 35).

Ansdell stiller også spørsmålet: "And looking to the future: will Community Music and Music Therapy develop in separate directions or increasingly move into each others' territory? Can they accommodate to each other?" (Ansdell, 2002, avsn. 36). Han argumenterer videre for at musikkterapi og community music er på motsatte ender med samfunnsmusikkterapi som underliggende basis (2002). Jessica Atkinson landet tidligere på

et annet perspektiv, og mener at community music er den overordnede rammen, der musikkterapi under eksisterer som en spesifikk praksis (referert i Ansdell, 2002).

Lucy O'Grady og Katrina McFerran (2007) har tatt denne diskusjonen videre i sin artikkel fra *Nordic Journal of Music Therapy* med navn *Community Music Therapy and Its Relationship to Community Music: Where Does It End?*. Her bruker de resultater av en kvalitativ studie der musikkterapeuter og community musicians ble intervjuet som grunnlag til å foreslå nye retninger for musikkterapipraksiser som både henger sammen med og er fraskilt community music-praksiser. De viser til at i en tidligere utgave av boken *Defining Music Therapy* av Bruscia (1998), diskuterer han identiteten til musikkterapi og hevder vi er i en tid der identitetsproblematikken blir utforsket. De viser videre til Pavlicevic (2004) som sier at musikkterapi som profesjon er omringet av andre profesjoner, eksempelvis *community musicians, remedial teachers, special music educators og recreational workers*, som har ferdigheter og territorier ikke langt unna musikkterapi. Powell (2004) argumenterer for at det i Storbritannia behøves det en nærmere link mellom community arts og musikkterapi for å gi musikk til alle, og stiller spørsmål om det har noe å si at grensene går over i hverandre. O'Grady og McFerran (2007) mener i sin artikkel at dette er noe som er verdt å utforske. Dette begrunner de blant annet ved å vise til Stige (2002) som sier at ved å se sin egen praksis i lys av andre praksiser, vil man kunne evaluere antakelser og prosedyrer som er blitt tatt for gitt. De mener også at å avgrense mellom profesjoner kan direkte påvirke grensene innenfor klient/terapeut-forholdet, som oppfører til tydeligere kommunikasjon og forventninger fra både utøveren og deltakeren (O'Grady & McFerran, 2007).

Simon Procter (2004) sier: "in recent years there has been an explosion of fascination in related fields with exactly the kinds of things we find ourselves doing" (s. 226). Han synes det er ironisk at det er musikkvitenskapen og musikk sosiologien som utforsker de flytende, dynamiske og sosiale mulighetene til musikkterapien. Han refererer til Ansdell som i 2001 mente at musikkterapeutene virker å være "extraordinarily unwilling to engage with this thinking" (Ansdell, referert i Procter, 2004, s. 226). Procter foreslår en samhandling med alle som sitt arbeid overlapper med vårt som musikkterapeuter:

"(...) it is only through such engagement, by offering others our experience as well as learning from their insights, that music therapy can hope to develop indigenous thinking which enables us not to wrap ourselves defensively in theory, but rather to

illuminate the social and musical (and hence personal and therapeutic) meanings of the interactions we share with our clients" (Procter, 2004, s. 226).

Veblen (2007) mener det er viktig å utforske forholdet mellom community music, samfunnsmusikkterapi og musikkpedagogikk. Stige & Aarø (2012) legger til at å undersøke samfunnsmusikkmusikkterapiens forhold til andre profesjoner, inkludert medisinske, er like viktig å utforske i mange kontekster.

Even Ruud (2018) har problematisert tematikken i en norsk kontekst i kronikken *Lik, men unik - Om musikkterapeutisk profesjonsforståelse og avgrensninger til andre aktører på musikk- og helsefeltet*. Denne tar for seg ulike kompetanseområder en musikkterapeut innehar som også kan deles av andre yrkesgrupper som bruker musikk som helsefremmende aktivitet. Disse kompetanseområdene redegjøres for nærmere i teoridelen. Ruud har også skrevet en artikkel som videre utforsker musikkterapeutenes profesjonsutvikling og en norsk musikkterapeutisk identitet, med navn *Norsk musikkterapi – skisse av en profesjonshistorie og noen tanker om en norsk musikkterapeutisk identitet* (2020). Her trekker han frem at profesjons-sosiologene snakker om å erobre territorier og å skape grenser overfor andre profesjonsgrupper eller aktører på samme arbeidsfelt, og at det i økende grad finnes andre yrkesgrupper blant helsearbeidere, musikere og musikkpedagoger som ønsker å betjene det samme musikk- og helsefeltet som musikkterapeutene. Han mener det som er viktig denne sammenhengen er i hvilken grad de grensene vi skaper i og med profesjonaliseringen av musikkterapien er absolutte eller porøse (Ruud, 2020).

1.3 Formål og problemstilling

Ut ifra litteratursøket fremstår det som et behov for å utforske disse grensene til musikkterapien, hvordan disse utfordres av andre aktører som bruker musikk som helsevirkemiddel, og hvordan musikkterapeuter skal forholde seg til dette. Med tanke på hvor fort musikkterapien utvikler seg, må man være observant på at litteraturen som er fremhevet er skrevet på 2000-tallet. Samtidig fant jeg ingen forskning på dette innenfor en norsk kontekst, så litteraturen med dens innsikt, problematiseringer og oppfordringer vil jeg anse som veldig aktuell. Det kan være viktig for faget å få en dypere innsikt i hvordan andre profesjonsutøvere står i forhold til musikkterapiens grenser for å legitimere musikkterapi som fagfelt og avgrense profesjonen. Det kan også ha nytteverdi å undersøke hva slags samarbeidsmuligheter som ligger innenfor dette. Med tanke på musikkterapiens stadige

utvikling, anser jeg det også som hensiktsmessig å undersøke hvordan grensene er formet av denne. Med det har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan forhandles grensene ved musikkterapiens fagfelt og hvordan kan dette forstås i lys av fagfeltets utvikling?

Problemstillingen viser til begrepet *grenser*, da dette brukes av flere når musikkterapien settes opp mot andre grupper (O'Grady & McFerran, 2007; Powell, 2004; Ruud, 2020; Stige, 2002). Litteraturen kan tyde på et kunnskapsbehov på dette området, som denne oppgaven vil sikte på å bidra til å fylle. O'Grady og McFerran (2007) sier at utformingen av musikkterapiprofesjonens grenser alltid har vært og vil være en pågående prosess, og at det dermed er viktig å ikke oppfatte resultatene av en slik prosess som absolutte: "Rather, the definitions that result from the reshaping of boundaries are more like transient cogs in the wheel of music therapy's development as a reflexive profession" (O'Grady & McFerran, 2007, s. 17). Oppgaven vil dermed ikke forsøke å stadfeste hva grensene er eller hvor de går, men heller diskutere hvordan de forhandles. Med begrepet *forhandle*, menes hvordan grensene diskuteres, hvordan man forstår de og refleksjonene man gjør seg rundt disse.

1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

Jeg vil her avklare begreper i problemstillingen som er viktig å presisere, for så å gjøre rede for hvordan oppgaven er videre avgrenset.

Grenser

Dette omhandler grensene som er med på å avgrense musikkterapien. Sosiologen Richard Sennett (referert i Ruud, 2020) sier at det er en forskjell mellom *borders* og *boundaries*. *Boundaries* viser til ganske faste grenser, som er mer eller mindre ugjennomtrengelige. Eksempel på en slik tydelig grense er retningslinjene fra Helsedirektoratet som sier at bare musikkterapeuter med en mastergrad eller tilsvarende kan arbeide med musikkterapi i arbeid med mennesker med psykotiske lidelser (Ruud, 2020). *Borders* viser til noe mer porøst, i form av å være en type grense hvor det foregår en toveis utveksling av impulser, tjenester og materiale:

Dette leder igjen til spørsmål knyttet til samarbeid, noe som bør inngå i den profesjonsidentiteten som norske musikkterapeuter skal utvikle. For musikkterapeutene handler dette om samarbeid med andre yrkesgrupper som arbeider på samme arenaer, eksempelvis helsearbeidere som bruker musikk i tilknytning til

arbeidet sitt. Eller det kan være musikere og musikkpedagoger— nå særlig ‘community’ musikere—som arbeider ut fra samme målsettinger og ideologier som mange musikkterapeuter (Ruud, 2020, avsn. 25).

Det norske ordet grenser omfatter både begrepene *boundaries* og *borders*, og jeg vil være tydelig på hvilken av disse det er snakk om underveis der det er hensiktsmessig ved å vise til *rigide grenser* (boundaries) og *porøse grenser* (borders).

Musikkterapiens fagfelt og fagfeltets utvikling

Musikkterapiens fagfelt og utviklingen av denne vil bli grundig redegjort for ved å gå inn på definisjonsaspektet og utviklingsaspektet i kapittel 2, og det anses derfor som uhensiktsmessig å avklare disse her.

Avgrensning

For å avgrense oppgaven, vil den holde seg innenfor en norsk kontekst. Oppgavens datainnsamling vil komme fra både musikkterapeuter og andre aktører som jobber med musikk og helse uten en musikkterapiutdanning. For å karakterisere sistnevnte gruppe, vil de omtales som *musikkutøvende helsearbeidere*. I et bredt perspektiv vil dette kunne innebære alle mulige yrkesgrupper innenfor helseomsorgen, det være seg vernepleiere, psykologer, leger eller spesialpedagoger, for å nevne noen. De tre deltakerne som er musikkutøvende helsearbeidere i oppgavens empiri har bakgrunn som vernepleier, musikkpedagog og en i helsesektoren uten formell utdanning. Felles er at de alle bruker musikk i helselatert arbeid. Alle deltakerne arbeider eller har erfaring fra rusomsorgen, dette for å få en viss homogenitet blant dem, men diskusjonen vil ikke avgrenses til dette feltet. Det kunne vært interessant å trekke inn community music-studiet som er opprettet på Høgskolen på Vestlandet, men ettersom dette er en såpass nyopprettet og uetablert retning, unngås dette som fokus i oppgaven.

1.5 Oppgavens videre struktur

I første kapittel har det blitt redegjort for bakgrunnen og forutsetningene for oppgavens problemstilling, som så er blitt presentert. Videre vil det redegjøres for utviklingen av musikkterapi i Norge og presenteres teori rundt musikkterapiens identitet, musikkterapeutens kompetanseområder, musikkterapi som profesjon og konkurransesituasjonen knyttet til dette, og tverrfaglig samarbeid (kapittel 2). Kapittel 3 tar for seg den vitenskapelige tilnærmingen til oppgaven og hvilke metoder som er brukt for å samle inn datamaterialet. Deretter vil

funnene fra datainnsamlingen bli presentert (kapittel 4), for at de så diskuteres opp mot det teoretiske grunnlaget i oppgaven (kapittel 5). Kapittel 6 vil fremstille oppsummerende og avsluttende refleksjoner, kritiske bemerkninger til studien, samt implikasjoner for videre forskning.

2. Teori

Fordi problemstillingen stiller spørsmål om hvordan grensene ved musikkterapiens fagfelt forhandles og hvordan dette kan forstås i lys av fagfeltets utvikling, vil det først redegjøres for denne utviklingen i Norge. Det vil så forsøkes å få en klarhet i hva disse grensene innebærer, og det vil derfor redegjøres for musikkterapiens identitet, hvordan grensene forstås, og musikkterapeutenes grensende kompetanseområder. Med tanke på at disse grensene skal ses opp mot andre profesjonsutøvere, vil det bli redegjort for musikkterapiens profesjon og hvordan den er utviklet og posisjonert i Norge. Innunder dette presenteres musikkterapiens konkurransesituasjon, samt hvilke samarbeidsmuligheter situasjonen tilbyr.

2.1 Utvikling av musikkterapi i Norge

Musikkterapiens første fotfeste i Norge ble satt da Norsk forening for musikkterapi ble etablert i 1972 av musikkpedagoger og pianister i Oslo og Bergen, sammen med noen studenter som arbeidet eller ønsket å arbeide med musikk og mennesker med ulike former for handikap (Ruud, 2020). Den første musikkterapiutdanningen ble etablert i Oslo i 1978, og den andre i Sandane (nå ved Griegakademiet i Bergen) i 1988 (Stige, Schmid, Solli & Trondalen, 2019). Ved å tilhøre henholdsvis et regionalt konservatorium og et lite regionalt høgskolemiljø, var det til å begynne med ingen forutsetninger for å bygge omfattende forskningsaktivitet rundt faget. Dette er tydeliggjort av at den første doktordisputasen i musikkterapi kom i 1987, og den neste kom først i 2003 (Stige et al., 2019). Da høgskolereformen i 1994 kom med nasjonale krav om aktive forskningsmiljøer tilknyttet utdanningene, ble musikkterapifaget dermed satt i en sårbar situasjon. Fagmiljøene var offensive i sin tilnærming, og det første hovedfagstilbudet i musikkterapi ble realisert som følge av et samarbeid mellom Østlandets musikkonservatorium og Universitetet i Oslo. Utdanningen i Sandane fulgte etter hvert etter, og ble en del av en institusjon på universitetsnivå (Stige et al., 2019). Akademiseringen skjøt fart fra 2000, og har økt fra én til over 20 musikkterapeuter med fullført doktorgrad i Norge, en vekst som ser ut til å fortsette fremover, med forskere tilknyttet forskningssentrene GAMUT i Bergen og CREMAH i Oslo, samt doktogradskompetanse knyttet til andre institusjoner (Stige et al., 2019).

Etableringen av det norske forskningsmiljøet har hatt effekt i form av at Helsedirektoratet har anerkjent musikkterapi i sine nasjonalfaglige retningslinjer. Dette i form av en sterk anbefaling innen retningslinjene for psykosebehandling (2013) og rusbehandling (2016), der norsk forskning spiller en viktig rolle i kunnskapsgrunnlaget (Stige et al., 2019). Fagmiljøene

har også arbeidet for å tydeliggjøre musikkterapiens relevans for tjenester og samfunn i Norge, blant annet gjennom kunnskapsklyngen POLYFON koordinert av GAMUT, samt gjennom ulike samarbeidsrelasjoner og avtaler CREMAH har med ulike tjenesteleverandører og kompetansemiljø (Stige et al., 2019).

Ruud (2020) beskriver utviklingen av musikkterapien i Norge som et *profesjonsprosjekt*, som i det store og hele handler om å nå anerkjennelse for en type kunnskap, ferdighet eller kompetanse som samfunnet har behov for og som ikke kan dekkes av andre. Etterspørselen for definisjon er implisitt i utviklingen av en disiplin og en profesjon, og det å redefinere musikkterapi vil dermed kontinuerlig være på agendaen (Stige, 2002).

2.2 Musikkterapiens identitet

Det vil nå redegjøres for musikkterapiens definisjonsproblemer, da dette igjen fører til en identitetsproblematikk som kan ses i sammenheng med hvordan musikkterapiens grenser kan forstås.

Even Ruud (2018) sier følgende om viktigheten av å definere et fagfelt:

En definisjon og avgrensning kan i utgangspunktet ha til hensikt å informere utenforstående om hva ens eget fag handler om. Definisjonen vil være god å ha om man ønsker å avgrense sitt eget fag fra andre fagfelt. Et eksempel er forsøket på å holde musikkterapi atskilt fra musikkpedagogikk. I en fase med profesjonsbygging kan det være nødvendig å lage tydelige avgrensninger om man ønsker å opprette stillinger, definere pensum, lage utdanninger og så videre (avsn. 7).

Å definere musikkterapi er en kompleks oppgave, understreket av at Kenneth Bruscia (2014) har viet en hel bok med flere reviderte utgaver til emnet. Kenneth Aigen (2013) mener en av årsakene til denne utfordringen har grunnlag i både navnet *musikkterapi* og i det store omfanget av aktiviteter som gjøres i musikkterapien.

Navnet *musikkterapi* ble gitt i en historisk kontekst innenfor en klinisk praksis, med en forståelse av begrepet *terapi* som var sterkt informert av medisinske perspektiver (Stige, 2002). Stige mener at begrepet i dag har et snev av reduksjonistisk anakronisme over seg, og at utvikling av teori og praksis tyder på at helse fremfor terapi er det delte fokuset (2002). Donald Michel (1976) skrev om navneproblematikken tilbake på 1970-tallet, og mener grunnen til at musikkterapeuter kontinuerlig må klargjøre definisjonen av feltet er som følge av at begrepet "musikkterapi" ikke er selvinnlysende. Der andre terapiformer har det som skal

behandles i navnet, eksempelvis taleterapi og fysioterapi, er det i begrepet musikkterapi ikke musikken som skal behandles, men musikken er heller et middel for å behandle noe annet (Aigen, 2013). Stige (2002) understreker at begrepet viser til middelet fremfor målet, og at musikkterapi sett i sammenheng med terapieksemplene ovenfor nærmest kan regnes som misvisende, da en analogi ville indikert at en musikkterapeut hjelper folk å utvikle musikken deres (2002). Samtidig vil noen, eksempelvis de som har en musikkcentrert tilnærming, argumentere for at musikkterapeuter gjør nettopp dette, og at kun hvis musikken er målet kan den være emosjonelt og estetisk meningsfull for personen (Bunt & Stige, 2014). Denne navneproblematikken kan være årsaken til de kroniske identitetsproblemene (Garred, 2006). Samtidig kan den uklare definisjonen og identiteten være en medvirkende årsak til musikkterapiens brede praksis og konstante utvikling (Aigen, 2013).

Stige (2008b) trekker frem at de aller fleste av de over 100 definisjonene i appendikset til boken "Defining Music Therapy" av Bruscia (1998) er definisjoner av musikkterapeutisk *praksis*. Stige (2002) ser det som nødvendig å heller definere musikkterapi på de tre nivåene *praksis, fag og yrke*, og at det kan være problematisk å bruke det samme begrepet for å gjelde disse tre. Han eksemplifiserer dette på følgende vis: "en musikkterapeut utfører musikkterapi etter å ha studert musikkterapi, mens en lege kan utføre kirurgi etter å ha studert medisin" (Stige, 2002, s. 191, egen oversettelse). I det sistnevnte tilfellet skilles profesjon, praksis og disiplin med tre forskjellige begrep. Om vi kunne startet på nytt ville Stige (2002) foreslått tre ulike begreper for å skille disse også innen musikkterapien, der man kunne brukt *health musicology* for disiplinen, og to andre termer for praksis og profesjon, men å gjøre dette i dag ville sannsynligvis bare skapt forvirring.

Stige (2008a) diskuterer også om musikkterapi kan anses å ha en hybrid identitet, som i denne sammenheng innebærer å ha en sammensatt identitet som går på tvers av dominerende posisjoner i et samfunn. En slik identitet innebærer også at man gir noe fra seg, at man ikke fullt ut er det ene eller det andre. For musikkterapien sier Stige at en hybrid identitet også medfører et kreativt moment i form av noe nytt som verken er det ene eller det andre, men *noe tredje* (2008a). Faget vokste ut av praksis, som trolig vil fortsette å være en viktig del av fagets identitet, men det kan og søke nytt fotfeste i forskning, teoriutvikling og metateoretisk kritikk (Stige, 2008a).

Det store omfanget av aktiviteter og arbeidsfelt kan òg bidra til identitetsutfordringer. Bruscia (2014) nevner følgende praksisområder innen musikkterapien: *didactic, medical, healing*,

psychotherapeutic, recreational and ecological. Ruud (2010) har beskrevet musikkterapeuter som sosialarbeidere, spesialpedagoger, omsorgsgivere og kulturarbeidere, som han problematiserer på følgende vis:

"In sum, this "trickster" identity does not only make it hard for the public to grasp what professional music therapy is really about, it makes the rules of transaction and interaction and the common basis for a contract upon which to establish any intervention difficult" (Ruud, 2010, s. 6)

Å skape en identitet som lett kan oppfattes utenifra er et viktig aspekt ved å bygge en profesjon, da dette fører til en aksept og innpass på de arenaene man ønsker å gjøre en tjeneste (Ruud, 2020). Dette mener Ruud (2020) har vært en utfordring for musikkterapien, der mange har tenkt at det innebærer en form for musikkpedagogikk for funksjonshemmede, eller i andre tilfeller som en form for "healing". Han påpeker samtidig at situasjonen i dag er ganske annerledes som følge av økt oppmerksomhet i medier og sosiale medier, samt at musikkterapeutene er blitt en større gruppe, som har resultert i at musikkterapi også er nådd frem til politikerne (2020).

En stor oppgave for helseprofesjonene er å avgjøre hvilke praksiser som er innenfor profesjonens grenser og hvilke som er utenfor (Bruscia, 2014). For musikkterapien innebærer dette hvilke mål, metoder, orientering også videre som er en del av disiplinen. Samlet kan dette anses som fagets *scope of practice*, eller praksisomfang (Bruscia, 2014). Behovet for å klargjøre grenser er viktig, spesielt av etiske hensyn: "Every health profession must establish the limits or boundaries of its clinical practice to address the most fundamental of all ethical concerns: First, do no harm" (Bruscia, 2014, s. 15). Grensene gitt til praksisomfanget avgjør kunnskapen, ferdighetene og evnene til utøveren, som igjen setter grensene for utdanningsomfanget og treningen av de profesjonelle. Grensene henger sammen med definisjonen av en disiplin eller profesjon, og utfordringen er å verken være for inkluderende eller for ekskluderende, som for musikkterapien er ekstra krevende (Bruscia, 2014). Følgende spørsmål fører til grensedilemmaer for musikkterapien:

- Which types of sound or music experiences qualify for use as means or medium of therapy?
- Are there any conditions or circumstances that determine when a sound or music experience becomes a therapy?
- When does therapy include sociocultural engagement, and when does it not?

- Do all practices carried out by a music therapist fall within the boundaries of music therapy, regardless of their relevance to music? Which goals and methods belong within the boundaries of music therapy, and which do not?
- Which kind of relationships or interactions belong within the boundaries of the client-therapist relationship, and which do not?
- What modalities other than music (discussion, drawing, moving) belong within the boundaries of music therapy, and which do not? What limits are necessary? (Bruscia, 2014, s. 16-17).

Bruscia (2014) sier at musikkterapi kan anses å være transdisiplinær, i form av å være en hybrid av områdene musikk og terapi, med disipliner som overlapper disse områdene, inkluderende kunst, helse, medisin, utdanning, psykologi, humaniora også videre. Dette gjør det veldig krevende å etablere klare grenser mellom disiplinen musikkterapi og alle dens relaterte disipliner (Bruscia, 2014).

Samfunnsmusikkterapien innehar et sett med kvaliteter som den karakteriserer av (Stige & Aarø, 2012), og for denne oppgaven er det relevant å trekke frem to av disse. Den ene er samfunnsmusikkterapiens **refleksive** kvalitet. Dette innebærer å forstå prosesser, utfall og implikasjoner gjennom dialog og samarbeid. "The participatory ethos described above invites negotiation with all involved parties and talks against the idea of the music therapist as the sole expert. Lay and local knowledge is therefore central to the idea of reflection in community music therapy" (Stige & Aarø, 2012, s. 23). Forskning i samfunnsmusikkterapi må bygge på "(...) multidisciplinary and multilevel perspectives" (Stige & Aarø, 2012, s. 23). En annen viktig kvalitet er den **etikkdrevne**, som viser til hvordan praksis, teori og forskning er rettighetsbasert (Stige & Aarø, 2012). "Health and wellbeing, community, and music are central to community music therapy practices and these goals are sought to be realized in practices that are nurtured by values such as freedom, respect, equality, and solidarity" (Stige & Aarø, 2012, s. 24).

2.3 Kompetanseområder

Definisjonsproblematikken og den medførende identitetsproblematikken kan være en bidragsyter til denne krevende etableringen av grensene mellom musikkterapien og andre relaterte disipliner. Even Ruud (2018) har undersøkt grensene ved å gå inn i de ulike kompetanseområdene for musikkterapeuten som òg kan være felles med andre yrkesgrupper, i sin kronikk med navnet *Lik, men unik - om musikkterapeutisk profesjonsforståelse og avgrensninger til andre aktører på musikk- og helsefeltet*. Her skriver han at musikkterapeutene i Norge har "(...) unngått å gå i profesjonskamper for å beskytte sin kompetanse med ønske om enerett til å drive med musikk som terapi og helsefremmende

aktivitet" (Ruud, 2018, avsn. 1). Til tross for at musikkterapeuter i Norge ikke har fått autorisasjon, har Helsedirektoratet anerkjent mastergraden som kvalifikasjonsgrunnlag for å bruke musikk som terapi på viktige praksisfelt som rus og psykisk helsefelt (Ruud, 2018). Samtidig er musikkterapeutene sårbare for utfordrere av denne posisjonen, som kan være andre helsearbeidere, musikkpedagoger eller musikere som kan dekke et behov som ikke dekkes som følge av mangelen på nok utdannede musikkterapeuter. Med samfunnsmusikkterapiens inntog og recoveryfilosofien som teoretisk grunnlag, går musikkterapien i Norge i retning av å ønske å minske avstanden mellom ordinær musikkaktivitet og det som foregår i regi av musikkterapeuten. Summen av disse faktorene gjør musikkterapien sårbar for inntoget av andre aktører som de nevnt ovenfor (Ruud, 2018).

Musikkterapeuter tar seg i forsvar ved å vise til musikkterapeutisk kompetanse, og ivaretagelsen av et kunnskaps-, ferdighets-, relasjons- og refleksjonsfelt unikt for musikkterapeutene, blant annet gjennom å kunne vise til mye forskning. Samtidig bruker andre aktører i økende grad musikkterapeutisk forskning og refleksjon for å legitimere egen praksis (Ruud, 2018). Ruud (2018) fremlegger seks kompetanseområder som en musikkterapeut bør beherske, der han påpeker at mange disse er felles med andre musikk- eller helsearbeidere, men at summen av disse kompetansene er det som skiller utøverne fra hverandre.

1. Musikalsk kompetanse

Utdanningen, lagt til Griegakademiet og Norges Musikkhøgskole der man må gjennom opptaksprøver for å komme inn, sier oss noe om de musikalske ferdighetene som kreves av musikkterapeuten, som har et høyt nivå på hovedinstrument, samt gode improvisasjonsegenskaper (Ruud, 2018). Dette er ferdigheter man også vil finne hos musikere og musikkpedagoger, samt at de finnes hos mange helsearbeidere. Hos sistnevnte sier han imidlertid at det ofte handler om en spesialisert men kanskje begrenset kompetanse (Ruud, 2018).

2. Metodisk kompetanse

Ruud fremhever musikkterapeutisk metode som et viktig kompetanseområde innen musikkterapiutdanningen, som innebærer å bruke musikk som kommunikasjon i møte med mennesker i alle aldre, ulik kulturbakgrunn og individer med forskjellige musikkpreferanser (Ruud, 2018). For å oppnå dette kreves kunnskap om sjangere, musikkteori, improvisasjon, band- og korledelse, organisering av musikalske produksjoner, samt hvordan være gode

musikalske støttespillere. Også her finner man arbeidsformer som er felles med musikerens og pedagogens. Guided Imagery Music er en særegen metode i musikkterapien, men kan brukes av psykologer med en viss musikkunnskap. Sangskrivning, spesielt i bruk av tekster til sårbare klienter, og det som kalles terapeutisk eller klinisk improvisasjon er spesielt for musikkterapeuten. Den metodiske kompetansen inneholder også flere teknikker for å nå frem med musikken til spesielle klientgrupper, i form av improvisasjonsteknikker eller måter å lede grupper på (Ruud, 2018).

3. Kunnskap om målgrupper

Musikkterapistudiet sørger for at studentene må forholde seg til fag som psykologi, pedagogikk, samt musikkpsykologi og musikkpedagogikk. Her inngår musikk og hjerneforskning, musikkvitenskap, spesialpedagogikk og kunnskap om de ulike målgruppene. Noen av disse områdene, spesielt kunnskap om klientgruppene, kan være fremmed for musikerne og musikkpedagogene. Helsearbeideren derimot vil ofte være fortrolig med denne kunnskapen, som sammen med musikkferdigheter har ført til at flere helsearbeidere, sykepleiere og leger trer inn på musikkterapifeltet (Ruud, 2018).

4. Relasjons- og kommunikasjonskompetanse

Ifølge Trondalen (2016) handler en god musikkterapirelasjon om gjensidig bekreftelse og anerkjennelse. Ruud (2018) fremhever empati som et viktig stikkord, som er en kompetanse både musikere, pedagoger og helsearbeidere kan beherske. Musikere vil komme til kort om fokuset ligger på å fremme egne ferdigheter, seg selv og eget spill, og på denne måten skape avstand til klienten. Musikkterapeutene skal være åpne for intersubjektivitet, og til forskjell fra musikkmedisin, står musikkterapeuten i direkte relasjon til andre mennesker. Selvefaring og relasjonskompetanse i det å kunne regulere nærhet og avstand til andre og unngå å invadere, er viktig for alle behandlere. I praksisundervisningen blir musikkterapeutene lært å kjenne grenser for egen kompetanse (Ruud, 2018).

5. Teori og forskning

En norsk musikkterapeut skal ha utdanning på mastergrads nivå. Dette betyr fullført masteroppgave, med tilhørende kompetanse i å lese forskningslitteratur, kunne noe om vitenskapsteorier, forskningsmetode og kriterier for evidens, kjenne til databaser om musikkterapi, kunne gi en skriftlig formidling av faget osv. (Ruud, 2018, avsn. 29).

Kunnskap om forskning er kjent for både musikkpedagoger og helsearbeidere. Når det gjelder teori, vil både musikkpedagogene og musikkterapeutene ha kjennskap til musikkvitenskapelig tenkning innen musikkpsykologi, -pedagogikk, -sosiologi og -antropologi, samt en forståelse av musikkbegrepet i sammenheng med musikalsk identitet (Ruud, 2018). Ruud (2018) påpeker at det finnes en teoretisk tradisjon særegen for musikkterapeuter, som i mange tilfeller, spesielt for helsearbeidere, ikke vil inngå i deres refleksjonsgrunnlag. Innen dette refleksjonsgrunnlaget ligger etiske føringer og bevissthet om faglig ansvar og grenser.

6. Den profesjonelle musikkterapeuten

Det hender vi ser at sykepleiere, leger, musikere og musikkpedagoger kan gjøre krav på å arbeide med musikk som en helseressurs fordi de kan dekke et eller flere av kompetanseområdene nevnt ovenfor. Ruud (2018) forsøker å avgrense musikkterapi profesjonen fra andre profesjoner heller ved å se på samspillet mellom de ulike kompetanseområdene, fremfor å definere praksisen. "Vi kunne si at det er summen av de fem kompetansene som er skissert i det foregående, som til sammen utgjør profesjonsrollen til musikkterapeuten. Det er dette vi kaller den sjette kompetansen" (Ruud, 2018, avsn. 32). Dette fører til en krevende rolle som forbinder musikalsk håndverk og metodiske ferdigheter evne til kommunikasjon og relasjonsdannelse, helsefaglig kunnskap, samt teoretisk kunnskap og refleksjon gjennom å forholde seg til forskning, og samlet sett utgjør dette musikkterapi profesjonen (Ruud, 2018).

Som et tillegg til Ruuds kompetanseområder, kan man trekke inn det som kalles *taus kunnskap*, som har spilt en viktig rolle i profesjonsfagene (Grimen, 2008). Diskusjonene om taus kunnskap handler om at mennesker tenker og handler på grunnlag av hva de tror og vet (og kan) (Grimen, 2008). Disse diskusjonene fokuserer på "hvordan vi tenker, erfarer, bedømmer og handler på grunnlag av viten som enten ikke er verbalt artikulert eller ikke kan artikuleres verbalt" (Grimen, 2008, s. 79). Ideen om taus kunnskap formuleres av filosofen Polanyi som "We can know more than we can tell" (1983, s. 4). Denne formuleringen *vi kan vite mer enn vi kan utsi* kan tolkes i flere retninger, og Grimen legger frem ulike grunner til at kunnskap kan være taus (2008). Jeg vil presentere de som oppleves som mest relevant for oppgaven.

En av grunnene er at "en persons kunnskap former et løst sammensatt og uoversiktlig *system*, som han selv ikke kan ha full oversikt over" (Grimen, 2008, s. 80). Handlingene våre har

bakgrunn i store kunnskapsområder som man ikke har uttrykt verbalt, som gjelder ting man tar for gitt og kanskje aldri har tenkt på. "Mye av det vi vet, vet vi ikke at vi vet" (Grimen, 2008, s. 80). Det handler derfor ikke om at man velger å ikke artikulere, men at man vanligvis bare har reflektert oversikt over små deler av systemet på ethvert tidspunkt, og ikke på noe tidspunkt over hele systemet (Grimen, 2008). En annen mulig årsak til at vi kan vite mer enn vi kan si, er at det kan finnes spesifikke kunnskapselementer som i prinsippet ikke kan artikuleres verbalt (Grimen, 2008). I denne sammenheng er det et gap mellom våre evner til erkjennelse og våre evner til språklig formulering, og er en posisjon basert på at det finnes visse ting som ikke kan gripes ved språklige beskrivelser (Grimen, 2008).

2.4 Musikkterapi som profesjon og konkurransesituasjonen

For å belyse dataen senere i oppgaven, ser jeg det som hensiktsmessig å redegjøre for hvordan musikkterapeutene i Norge er posisjonert profesjonsmessig

Even Ruud skriver at: "Musikkterapien er som fag, profesjon og praksis et sammensatt kunnskapsfelt som omfatter en rekke praksisformer, varierte profesjonsroller, foruten et fler- og tverrfaglig teoretisk felt med røtter i ulike forskningstradisjoner, vitenskapsfilosofier og verdisystemer" (2008, s. 5). I Norge kan musikkterapien sies å være forankret i et humanistisk grunnsyn, som omkranses av et bestemt menneskesyn, kunnskapssyn og virkelighetssyn, som igjen er med på å definere musikkterapeutenes profesjonsidentitet. Dette medfører et perspektiv der relasjon og mestring- og ressursorientering står sterkt.

Musikkterapeutens arbeidsområder justeres og endres i samsvar med fagutvikling og endring av samfunnsbehov, noe som er blitt muliggjort mye som følge av hvordan musikkterapi ble definert fra starten i Norge (Trondalen, 2006). Denne definisjonen ble formulert av Even Ruud og lyder: "Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter" (1990, s. 24). Definisjonen legger ingen direkte føringer på hvordan musikkterapeuten arbeider eller hva som er målet for terapien, men vektlegger et handlingsbegrep, som gir en samfunnsvitenskapelig retning i form av mulighet til å påvirke eget liv (Trondalen, 2006). Dette indikerer at helse og utvikling henger sammen med en sosial virkelighet, en kontekst, som gjør at musikkterapi kan forstås som *bruk av musikk for å fremme helse* (Trondalen, 2006). Det er mange helse- og kulturarbeidere som jobber med musikk for å fremme helse hos ulike klientgrupper, men musikkterapeuter har ofte en mer utvidet rolle enn en vanlig musikkarbeider, fordi man som oftest forholder seg til mennesker med særlig psykiske eller fysiske utfordringer i livet (Trondalen, 2006).

I musikkterapistudiet vektlegges en eklektisk tilnærming, som skiller seg fra enkelte andre utdanninger med bestemte behandlingsteoretiske ståsted. En slik innfallsvinkel gir stor frihet til å finne sin egen plass og utforme egen yrkesidentitet (Trondalen, 2006).

Musikkterapiutdanningen har også åpnet for en mangfoldig og variert profesjonsgruppe, som følge av en relativt stor spredning i musikkterapeutenes grunnutdanning (Hodne, 2008). Dette kan anses som et resultat av at musikkterapiutdanningen frem til høsten 2003 ble tilbudt som en to-årig videreutdanning (Trondalen, 2006). Ved Norges musikkhøgskole gjelder dette fremdeles, der de har følgende opptakskrav:

"Bachelorgrad eller tilsvarende utdanning som må omfatte

- fullført årsstudium i musikk og helse fra Norges musikkhøgskole eller tilsvarende studieprogram og
- minimum 60 studiepoeng innenfor ett av disse fagområdene:
 - Musikkfag.
 - Helse/sosialfag.
 - Pedagogiske/psykologiske fag" (NMH, u.å.).

Musikkterapiutdanningen gir dermed rom for personer med ulik bakgrunn og yrkesutdanning. Dette gir en fordel i form av at det skaper utviklingsmuligheter for musikkterapi som disiplin, der studenter kan tilføre ulike perspektiver og muliggjøre en utvidelse og utvikling av musikkterapi som fagfelt. Samtidig kan denne formen for rekruttering føre til en avprofesjonalisering, da utdanningen muligens ikke er tydelig nok på hvilke kunnskaper og kompetanse profesjonsgruppen besitter (Hodne, 2008). Basert på denne potensielle variasjonen i grunnutdanningene stiller Hodne spørsmålet: "Er et mulig utfall av dette mangfoldet at musikkterapeutene kjemper sin egen kamp i konkurranse med andre profesjonsgrupper på bakgrunn av sine særegne kunnskaper?" (2008, s. 221).

I spesialistrapporten utredet av Stige, Schmid, Solli og Trondalen, beskriver de den nåværende konkurransesituasjonen norsk musikkterapi opplever som meget krevende (2019). Fra å ha vært nokså begrenset før årtusenskiftet, har forskningssuksessen i musikkterapien, sammen med ny forskning i andre disipliner og en generell kulturendring i samfunnet, endret situasjonen totalt (Stige et al., 2019). Dette innebærer en økt interesse for musikkterapi, men og for kultur og helse generelt både i media og i samfunn og tjenester. Man har også sett en kraftig økning i forskning på kunst og kultur i forbindelse med helse de siste 20 årene

(Fancourt & Finn, 2019). Samtidig som musikkterapeutene kan glede seg over en økt allmennforståelse for de mulige positive helseeffektene ved kulturdeltaking, gir det et økende behov for å klargjøre hva musikkterapiens unike bidrag er og bør være i dette komplekse feltet (Stige et al., 2019). Man har og sett at begrepene musikkterapi og musikkterapeut av noen aktører i både politikken og i tjenestene ikke avgrenses til musikkterapeutisk praksis, men og brukes i forbindelse med andre former for helserelevant musikkbruk, og denne uklare situasjonen omtales av Stige et al. som alvorlig (2019).

Denne uklare bruken av begrepene har man og sett på myndighetsnivå, da regjeringen la frem en satsing på musikkterapi i statsbudsjettet for 2015, som viste seg å være en finansiering av kursing av sykepleiere og annet helsepersonell i bruk av musikk som miljøbehandling (Stige et al., 2019). Dette opplæringsprogrammet er et oppdrag gitt av Helsedirektoratet som er inngående i Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, 2020). Siden 2015 har dette programmet tilbudt kursing og utdanning til ledere og ansatte innen helse- og omsorgssektoren til å bruke musikk, sang og bevegelse i miljøbehandling innenfor kliniske rammer (MMB, 2020). Musikkterapeutene Stedje, Engen & Golubovic advarte mot å hevde at man gjennom denne opplæringen får kompetanse til å utøve musikkterapi (2018). Overlege Audun Myskja, som står bak opplæringsprogrammet, svarte med å presisere at musikkbasert miljøbehandling ikke skal ta over eller konkurrere mot musikkterapeuter, men har som mål å gi en kompetanseutvikling som oppmuntrer helsearbeidere til å sette i gang fagbaserte musikktiltak (2018). Musikkterapeut Viggo Krüger (2018) har tatt til orde for at det er nødvendig å skille musikkterapeuter fra andre personer som har «bruksmusikkkompetanse» for å kvalitetssikre musikkterapien som tilbys brukerne. Han påpeker at musikkterapeuter ikke skal ha monopol på bruk av musikk som helsefremmende virkemiddel, men at det er nødvendig å fremheve den kompetansen musikkterapeuter har (Krüger, 2018).

Uklarheten øker av at musikkterapi er tatt inn i de nevnte retningslinjene til Helsedirektoratet uten at musikkterapeuter har status som autorisert helsepersonell. Man har sett eksempler på kommuner og helseforetak som bruker andre profesjonsgrupper til å utføre musikkterapeutiske oppgaver, som vil kunne skape en manglende klarhet om kompetanse (Stige et al., 2019). Man ser også at andre fag i økende grad tilegner seg faglige interesser som overlapper med musikkterapiens. Stige et al. trekker frem musikere, musikkpedagoger, samfunnsmusikere, hjerneforskere og psykologer som eksempler på fagfelt som går under dette på ulike måter. Disse utviklingstendensene kan gi mange muligheter for

musikkterapien, men man risikerer også å bli marginalisert og dyttet til side om profesjonen er for liten og svak (Stige et al., 2019).

Profesjonelle musikere har i økende grad inntatt sykehusene som en ny konsertarena, og det hender de tilbyr sine musikalske tjenester i grupper som samfunnsmusikere. Dette er et eksempel Ruud (2010) trekker frem som gjør at musikkterapeuter ofte må forsvare sin posisjon mot andre som viser ferdigheter til å jobbe innenfor samme områder. Han nevner også leger og sykepleiere som bruker musikkbehandling utviklet av musikkterapeuter som eksempler på dette. Ruud mener at musikkterapeutene kan møte denne situasjonen ved å styrke disse gruppene gjennom blant annet å veilede disse (2010). Stige (2002) har tidligere omtalt disse konkurrerende praksisene som *heterodokse praksiser* under et samlet begrep han omtaler som *folk music therapy*, med refleksjoner rundt hvordan musikkterapeutene kan møte dette.

Stige (2002) mener at musikkterapi kan beskrives som et *multivocal* begrep, med fire konseptuelle nivåer eller bruksområder:

- Folk music therapy
- Music therapy as a discipline
- Music therapy as a profession
- Music therapy as professional practice

Profesjonell musikkterapi stammer fra andre verdenskrig, men bruk av musikk i forbindelse med helse går tilbake flere årtusener (Stige, 2002), og har vært et kulturelt tema i kanskje alle kulturer vi kjenner til (Gouk, 2000). Stige viser til Peregrine Horden (2000), som foreslår tre områder som er av interesse i forbindelse med musikkterapihistorie: det heterodokse, det profesjonelle, og det historiske. "The professional is mainstream music therapy in Europe and America; the heterodox represents a variety of non-mainstream currents; history is the domain to which they both variously appeal for precedent and legitimacy" (Horden, 2000, s. 8). Der Horden forsøker å "redde" historien fra å bli misbrukt av disse to gruppene, vil Stige heller argumentere for at profesjonell musikkterapi på alle kontinenter kan forstås bedre hvis den blir sett i sammenheng med både heterodokse og historiske praksiser (2002). Stige (2002) har valgt begrepet *folk music therapy* for å beskrive dette brede området, og sier at fra et kulturelt perspektiv burde musikkterapeutene fatte stor interesse for *folk music therapy*.

Begrepet viser til både historiske praksiser, tradisjonelle praksiser av musikk og healing i kulturer verden over, *nonexpert* og *noninstitutionalized* bruk av musikk for helse i moderne

samfunn, og alternativ og semi-institusjonalisert musikkhealing-praksiser i moderne samfunn (Stige, 2002). "In a culture-centred music therapy (...) *meaning* is a core term, and to construct impermeable walls between professional and folk practices and discourses will then not do any good (except, possibly, for the status of the profession) (Stige, 2002, s. 194). Det oppfordres heller til det motsatte, at musikkterapeuter burde bidra med forskning innen områder av musikkterapihistorie og musikkhealing i ulike kulturelle kontekster, og på denne måten styrke musikkterapeutenes refleksivitet. Ved å se sin egen praksis i lys av andre praksiser, er man kanskje i stand til å evaluere antakelser og prosedyrer som er tatt for gitt. Samtidig vil terapeutens mulighet til å anerkjenne og møte klienter med respekt bli styrket om man har en forståelse for klientens antakelser om musikk og helse (Stige, 2002).

Som utøvere av en ung og relativt svak disiplin og profesjon, har musikkterapeuter kanskje gått i retning av å ukritisk hedre fortsettelsen av musikkterapi i vestlig historie, og avvise moderne heterodokse praksiser av musikk og helse (Stige, 2002). Stige (2002) mener at man bør oppsøke andre alternativer, der den mest nærliggende utfordringen er å anerkjenne forholdet med moderne heterodokse praksiser. Samtidig er det noen forbehold som må tas. For å samhandle etisk med klienter, kolleger og myndigheter er det behov for grenser, definisjoner og avklaring om forskjellene mellom lay og profesjonell praksis (Stige, 2002). *Lay practice* kan her forstås som en heterodoks praksis som utøves av en *nonexpert*, som ikke har en formell musikkterapiutdannelse. "In clinical work it may be very important to note that the distinction between lay and professional practices and discourse may be important to maintain for both parties" (Stige, 2002, s. 196). Samtidig som heterodokse praksiser ikke bør forsømmes kun fordi de utgjør en form for konkurranse i musikkterapeutenes marked, kan det være tilfeller hvor kritikk er legitim (Stige, 2002). Man kan blant annet argumentere for at påstander om musikkens kraft i noen heterodokse praksiser er basert på spekulasjoner eller i subjektive og ukritiske tolkninger av forskningslitteratur (Summer & Summer, referert i Stige, 2002). Stige (2002) mener ikke at musikkterapeuter ikke skal være kritiske til heterodokse praksiser, men oppfordrer til å være like åpen for å kritisere historien og moderne profesjonelle praksiser.

2.5 Tverrfaglig samarbeid

"I litteraturen brukes "tverrfaglighet" som betegnelse på en arbeidsform på forskjellige nivåer og i forhold til forskjellige arbeidsoppgaver" (Lauvås & Lauvås, 1994, s. 17). I et moderne samfunn preget av sektordeling, spesialisert kunnskap og funksjonsdifferensiering kan tverrfaglig samarbeid regnes som en nødvendighet (Lauvås & Lauvås, 1994). Glavin & Erdal

(2013) definerer tverrfaglig samarbeid som "når flere yrkesgrupper samarbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål" (s. 25). Tverrfaglig samarbeid er noe som vektlegges av Helsedirektoratet:

Tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende metodikk i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Felles regler og avklarte forventninger i samhandlingen er viktig for god ressursutnyttelse og strukturert oppfølging (2018b).

Disse pasientene og brukerne med store og sammensatte behov kjennetegnes ved at symptomer og faktorer er vevd sammen, der tilstanden må forstås ut fra personens helhetlige situasjon (Helsedirektoratet, 2018a). I en sosial setting er det umulig å ikke samarbeide, men et samarbeid kan være alt fra konstruktivt til destruktivt (Lauvås & Lauvås, 1994). Et dårlig samarbeid vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, men mest skadelidende blir de som skulle nyte godene av resultatet av det tverrfaglige samarbeidet, nemlig klientene og deres pårørende som i mindre grad blir sikret en helhetlig behandling (Lauvås & Lauvås, 1994).

Man kommer ikke utenom å snakke om *fag* når man snakker om tverrfaglig samarbeid. Lauvås sier at fag kan defineres av "(...) kombinasjonen mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi som danner grunnlaget for kunnskapsbasen innenfor faget" (referert i Lauvås & Lauvås, 1994, s. 38). Faget yrkesutøvere representerer kan sammenliknes med "(...) erobrede landområder eller intellektuelle territorier som skal forsvares mot invasjon eller forurensende immigrasjon fra fiendeland" (Løchen, 1985, s. 91). Mange som arbeider med klienter har investert mye av seg selv i form av hardt arbeid, utdanning og spesialisering for å legge under seg det de til slutt betrakter som sin eiendom, nemlig faget (Lauvås & Lauvås, 1994). Føler et fagmiljø seg truet utenfra, oppvises en felles enighet og felles front mot det som oppfattes som en fare for fagets betydning og eksistens (Lauvås & Lauvås, 1994). Løchen (1985) beskriver beskyttelsen av faget som

(...) de lærdes nasjonalisme – en nasjonalisme som gjør bedømmelse, intern forståelse og konkurranse mulig. En disiplin utgjør et område der andre ikke har noe å si. Faget er en ordnende sosial faktor som skiller mellom meningsberettigede og de som bør holde munn. Faget representerer en omhegning der ingen andre enn fagets egne utøvere kan insistere på kompetanse og anerkjennelse (s. 91-92).

Det er på områdene der fagene overlapper at det oppstår mest konkurranse, og dermed der konflikter oftest oppstår (Lauvås & Lauvås, 1994). Slike konflikter kan være hemmende for et produktivt samarbeid innen tverrfaglig samarbeid.

En metode for samarbeid kan innebære en utveksling av kompetanse, eksempelvis i form av musikkterapeutens veiledning av annet fagpersonell. Sæther (2008) har gjennom sitt yrkesliv som musikkterapeut hatt veiledning av annet fagpersonale som en betydelig del av sine arbeidsoppgaver. Hun drøfter veiledningsaspektet i et spesialpedagogisk perspektiv, så jeg vil trekke frem det jeg anser som relevant for denne studien. Hun sier samtidig selv: "Jeg har ingen grunn til å tro at dette ikke er overførbart til andre arbeidsfelt, hvor mennesker møtes for å utvikle seg og komme videre i livet" (Sæther, 2008, s. 327).

Sæthers erfaring er at musikk brukes av mange faggrupper, og at denne musikalske praksisen kan være lite synlig i nedskrevne planer og evaluering. Hun stiller spørsmålet om dette er en underartikulert praksis med et skjult utviklingspotensial (Sæther, 2008). Veiledning gitt til annet fagpersonale gjøres på tvers av profesjoner, i motsetning til yrkesveiledning som gis til praktiserende yrkesutøvere innen samme profesjon. "Dette betyr at de som mottar veiledning av musikkterapeuter ikke skal utføre musikkterapi, men få hjelp til egen anvendelse av musikk i sitt arbeid (...)" (Sæther, 2008, s. 317). Sæther (2008) påpeker som redegjort for ovenfor at musikkterapeuter ikke er en ensartet gruppe, men blant annet har ulike grunnutdanninger, så hvor ulik eller lik musikkterapeuten vil oppleves for dem hun veileder vil variere sterkt.

Sæther (2008) sier at hun som musikkterapeutisk veileder er opptatt av barn og elevers musikalske ressurser, og et delmål i veiledningen blir å hjelpe fagpersonalet med evnen til å se, reflektere over og forstå disse. En annen målsetting kan være å hjelpe personalet til å ta fram eller gjenoppdage egne musikalske ressurser, for så å ta de i bruk i møter med barn eller elever de jobber med (Sæther, 2008).

3. Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for mitt valg av forskningsdesign og metode. Her presenteres det vitenskapsteoretiske grunnsynet for studien, for at det så gås inn på hvilke metoder som er brukt for datainnsamling og analyse av denne. Til slutt vil det gis en refleksjon over etiske aspekter ved forskningsprosjektet.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn

Forskning kan defineres som "careful or diligent search" eller "careful study that is done to find and report new knowledge about something" (Wheeler & Bruscia, 2016, s. 1). Det finnes mange ulike retninger å ta innenfor forskning for å finne ny kunnskap, og mange valgmuligheter for å finne retningen som er best egnet i studien man gjennomfører. Denne studiens metode vil være kvalitativ, og forankres i en hermeneutisk forskningstradisjon.

3.1.1 Kvalitativ forskning

Et mål med kvalitative tilnæringer er å oppnå en større forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018). De kvalitative studiene forholder seg gjerne til et fortolkende paradigme, der informantenes opplevelser og meningsdanning er i fokus (Tjora, 2017). I motsetning til en kvantitativ tilnærming, kan man i en kvalitativ metode ikke måle noe i ordets rette forstand, men heller undersøke ulike fenomen. Dette er som følge av at det ofte er sentralt å studere sannheten på stedet slik den fremtrer i all sin kompleksitet. Denne kompleksiteten gjør det nærmest umulig å kontrollere sannheten på en fullstendig måte (Krumsvik, 2014). Kvalitativ forskning er sterk på dybdeperspektiv og avdekking av sosiale mønstre, men har en svakhet i at den kommer til kort når det gjelder studier av store populasjoner (Krumsvik, 2014). I kvalitative metoder er målet forståelse snarere enn forklaring, der man leter etter kunnskap som kan si hva noe består av, hvordan det kan avgrenses, hva det kan kalles, og hvordan det forholder seg til noe annet (Malterud, 2011).

3.1.2 Epistemologi

Epistemologi handler om hva som regnes som kunnskap, og forteller om filosofisk teori rundt hva som er kunnskap og hvordan dette akkumuleres (King & Horrocks, 2010). Matney mener at epistemologi består av tre deler: a) hvordan og hvor kunnskap oppstår, b) hva som utgjør kunnskap og sannhet og c) hvilke type kunnskap som er mulig, tilstrekkelig og legitim (2019, s. 4, min oversettelse).

3.1.3 Hermeneutisk forskningstradisjon

Oppgaven er forankret i en hermeneutisk forskningstradisjon. Den hermeneutiske arbeidsprosessen går ut på å forstå gjennom tekstlig fortolkning, der man søker en mening. Tolkingsprosessen kommer alltid med forutsetninger, i form av tolkerens egen forutforståelse, som består av et visst antall ubevisste antakelser som kan sammenfattes til en forståelseshorisont (Kvarv, 2014). Gjennom forut-forståelsen gjør man seg en foreløpig og grov tolkning av det man har fremfor seg, som blir en veileder i undersøkelsen av detaljene. Undersøkelsen vil da føre til enten en styrking eller revisjon av den foreløpige tolkningen (Kvarv, 2014). Fortolkningsprosessen består dermed av en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet, som kalles den hermeneutiske sirkel, som også kan ses på som en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningsinnholdet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Hans-Georg Gadamer regnes som den viktigste av 1900-tallets filosofiske hermeneutikere (Kvarv, 2014). For Gadamer er forståelse en menneskelig holdning eller anskuelse, og gjennom en slik holdning kan man klargjøre hvilke forutsetninger som må ligge til rette for at forståelse kan finne sted, der forståelse har basis i våre livserfaringer (Kvarv, 2014). Gadamer mener videre at tradisjon og historie trer inn i all forståelse, som kan sammenfattes i begrepet forut-forståelse, som det verken er mulig eller ønskelig å frigjøre seg fra. Et menneske vil alltid ha med seg en forut-forståelse i møtet med en tekst, et annet menneske, en begivenhet eller noe annet i verden som skal forstås. Forståelse oppnås i møtet mellom forut-forståelsen og det som skal forstås. Dette er en forståelse som nyanserer, bryter med eller bekrefter ens forut-forståelse (Kvarv, 2014). Denne forut-forståelsen er med på å farge både hva forskeren ser etter i materialet, samt hva den tolker ut av dette. Samtidig vil arbeidet kunne gi nye forståelser, som igjen påvirker forut-forståelsen, som igjen legger føringer for videre arbeid og analyse av datamaterialet (Johansson, 2017). Den hermeneutiske prosessen blir dermed en dialog mellom forsker, tekst og teori, som og kan anses som en delikat dans, der man beveger seg mellom nærhet og distanse til teksten (Johansson, 2017).

Gjennom hele skriveprosessen har jeg jobbet hermeneutisk, der jeg har blitt møtt med funn som både har bekreftet min forut-forståelse og brutt med den. Problemstillingen har blitt revidert utover oppgaven, da datainnsamlingen har ført til at problemstillingen må fange all dataen jeg ønsket å inkludere. Jeg har forsøkt å ikke bli for oppslukt i funnene som har bekreftet min forut-forståelse, men å distansere meg og reflektere over om dette er et funn jeg

har oppsøkt. Det samme gjelder også med funn som bryter med mine antakelser, da jeg også kan bli for opptatt av å finne noe spennende og uventet. Her kommer refleksivitet inn i bildet.

3.1.4 Refleksivitet

Et trekk ved hermeneutikken er at man ikke har et krav om objektivitet i forskningen. Dette reiser spørsmål om vi kun ender opp med subjektiv synsing, og om vi i det hele tatt kan snakke om resultater. Her inntreffer refleksivitet som et viktig begrep (Johansson, 2017).

Refleksivitet er en aktiv holdning, der forskeren må lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner, fremfor å bare vente på overraskelser (Malterud, 2011). Her skal forskeren vise vilje og evne til å stille spørsmål til egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2011). Når refleksivitet er idealet, kan denne påvirkningen ses på som en ressurs som bidrar til forståelse (Stige & Aarø, 2012).

Kritisk refleksjon kan være utfordrende som følge av nærhet til stoffet, da man som forsker kan identifisere seg så sterkt med en bestemt løsning at man ikke klarer å se alternativene. Dermed er det viktig å kontinuerlig spørre seg selv hva som er utkikkspunktet for observasjoner og tolkninger, og hvilken betydning den kulturelle og teoretiske tradisjonen man står i har for spørsmålene man har stilt (Malterud, 2011). "Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen" (Malterud, 2011, s. 19).

3.2 Datainnsamling

I studien ble kvalitativt forskningsintervju benyttet som primær metode for å samle inn data. Hensikten med et kvalitativt forskningsintervju er å få frem betydningen av folks erfaringer, der et mål er å avdekke deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Et kvalitativt forskningsintervju kan ha flere former. I dette forskningsprosjektet ble det avholdt et fokusgruppeintervju, med en semistrukturert intervjuform som utgangspunkt.

3.2.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgrupper kan sies å være et gruppeintervju, men ikke i form av en veksling av spørsmål og svar mellom forsker og deltakere. Man er derimot avhengig av interaksjonen og samhandlingen innad i gruppen rundt et tema forskeren har bestemt, som typisk tar på seg rollen som moderator (Morgan, 1997). Rollen består av å være en profesjonell lytter og å spørre på en måte som balanserer mellom innlevelse og distanse. Moderatoren har i oppgave å stimulere til at deltakerne snakker sammen, samt å håndtere den sosiale dynamikken mellom dem (Halkier, 2010). I tillegg sørger moderator for at den avsatte tiden blir brukt

hensiktsmessig med tanke på å belyse prosjektets problemstilling (Malterud, 2012). Det er viktig å gi deltakerne rom til å oppføre seg som de pleier, hvis ikke risikerer man at de ikke henvender seg til hverandre. Da går man glipp av den viktigste dynamikken i fokusgrupper: "at deltakerne henvender seg til hverandre, kommenterer hverandres uttalelser, spør hverandre direkte på bakgrunn av egne erfaringer, diskuterer og forhandler med hverandre" (Halkier, 2010, s. 58). Det er nettopp denne dynamikken jeg ønsket, og årsaken til at fokusgruppe ble valgt som intervjuform, for å belyse prosjektets problemstilling gjennom en samhandling mellom de ulike partene. Ved å gi deltakerne muligheten til å stimulere hverandre, vil man kunne få frem mange aspekter av informantenes opplevelser av fenomener de kjenner til. Opplevelsen av fokusgruppen i seg selv kan bidra til nye tanker og refleksjoner, og kan bidra til å bringe frem mer spontane svar enn ved mange andre former for kvalitativ datagenerering (Tjora, 2017).

Krueger & Casey (2015) beskriver følgende karakteristikk for fokusgruppeintervjuer:

1. Fokusgrupper involverer en liten gruppe personer

Antallet personer i et fokusgruppeintervju kan være alt fra fire til tolv, men ligger gjerne rundt fem til åtte. Ulemper ved en stor gruppe er at det krever mye av moderators evne til å styre samtalen (Malterud, 2012), samt at det er fare for at ikke alle slipper til (Krueger & Casey, 2015). Dette kan også føre til at deltakerne blir frustrerte over å ikke få nok tid til å uttrykke sine synspunkter (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001). En stor gruppe kan imidlertid tilby et rikt mangfold av perspektiver på problemstillingen som diskuteres (Krueger & Casey, 2015). En liten gruppe er mer sårbar for avlysninger enn en stor (Malterud, 2012), og den resulterende dataen påvirkes av et mindre grunnlag for ideer og tanker (Krueger & Casey, 2015). Samtidig er det enklere for moderator å ha kontroll på samtalen, og det vil være lettere for deltakerne å slippe til. Det vil ofte også være enklere å arrangere et intervju for en mindre gruppe rent logistisk (Krueger & Casey, 2015).

Jeg siktet meg inn på seks deltakere, som jeg også klarte å lande på til slutt. Et lavt antall deltakere var ønskelig for å gjøre det enklere for alle å delta i like stor grad, samt at det kan være en mer realistisk mengde deltagere å rekruttere. Det er mange hensyn som må tas når man skal samle en gruppe personer til et fokusgruppeintervju, deriblant å finne et passende rom, både i størrelse og utforming, samt å finne et felles tidspunkt som passer alle deltakerne. Med færre deltagere er det enklere å løse begge disse utfordringene.

2. Personene innehar et visst sett med karakteristikk

Fokusgruppen består av deltakere som ligner hverandre på en måte som er viktig for forskeren. Hvilken type homogenitet det er snakk om bestemmes av hensikten med studien, og danner grunnlaget for rekrutteringen. Homogeniteten kan være bredt eller smalt definert (Krueger & Casey, 2015).

For min studie er homogeniteten nokså bredt definert. Ettersom studien sikter på å utforske hvordan en viss tematikk utspiller seg innenfor et spesifikt felt, var et tilfeldig utvalg en upassende utvalgsstrategi. Det var dermed nødvendig med et strategisk utvalg, med en noe homogen gruppe. Homogeniteten lå i at alle deltakerne jobber innenfor eller har erfaring fra rusomsorgen og bruker musikk i sin behandling med brukere. Innenfor et strategisk utvalg er ikke hensikten med å velge informanter å kunne generalisere resultatene, men å kunne lære noe av å undersøke de (Wheeler, 2016).

Jeg valgte å fordele andel musikkterapeuter/musikkutøvende helsearbeidere likt, med tre deltakere fra hver gruppe. Hensikten med en slik fordeling var å få hver side like mye representert. Inklusjonskriteriene var følgende:

- Deltakerne skal jobbe/ha erfaring fra å jobbe innen rusomsorgen
- Deltakerne bruker musikk aktivt i sin behandling med brukere
- Minimum tre deltakere som er utdannede musikkterapeuter
- Minimum tre deltakere som ikke er utdannede musikkterapeuter

Jeg fikk kjennskap om potensielle deltakere gjennom veileder av prosjektet, som hadde god oversikt over både musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere som passet kriteriene, og ga meg kontaktinformasjon til disse. Den første kontakten ble dermed opprettet over e-post til seks personer, der oppgavens problemstilling og innhold ble presentert, med en forespørsel om det ville være interessant for de å delta i et fokusgruppeintervju. Etter å ha fått ja fra samtlige, fikk de utlevert informasjonsskrivet som på forhånd var godkjent av NSD, samt et samtykkeskjema.

3. Fokusgrupper gir kvalitativ data

Målet med et fokusgruppeintervju er å samle data som er interessant for forskeren.

Fokusgruppen tilbyr mer naturlige rammer enn et individuelt intervju, da deltakerne påvirker og blir påvirket av hverandre som de blir i virkeligheten. Forskeren tar på seg flere roller i fokusgruppen, i form av moderator, lytter, observatør, og etter hvert analytiker (Krueger & Casey, 2015).

Diskusjonsaspektet stimulerte til mye interessant data som kunne blitt annerledes om individuelle intervjuer ble benyttet. Dette er først og fremst et resultat av den naturlige samtaleutvekslingen som oppsto mellom deltakerne, der de med sine ulike synspunkter utfylte og utfordret hverandre. Jeg erfarte at rollen som moderator er krevende, der man må finne en balanse mellom å la samtalen gå sin gang, og å avgjøre når man må styre den inn på et spor man ønsker.

4. Fokusgrupper har en fokusert samtale

Spørsmålene i en fokusgruppe er nøye forhåndsbestemt og sekvensert, og formulert på en måte som gjør de enkle å forstå og er logisk for deltakerne, og spørsmålene er åpne i sin form (Krueger & Casey, 2015).

En veiledende intervjuguide ble forberedt, der de første spørsmålene var noe mer generelle, før de ble snevret inn etter hvert. Samtidig må man i et fokusgruppeintervju være forberedt på å fange opp og forfølge svar på spørsmål man ikke hadde tenkt å stille (Malterud, 2012). Intervjuguiden ble dermed et utgangspunkt, men diskusjonene som oppsto stimulerte til uforberedte spørsmål. Det hendte også at deltakerne stilte hverandre spørsmål underveis.

3.2.2 Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet ble gjennomført på et møterom med tre stykker på hver side av bordet, med meg på enden. Det ble vurdert om plassene skulle tildeles strategisk for å unngå at musikkterapeutene ble på en side, med de musikkutøvende helsearbeiderne på den andre siden. Det kunne være lett å tenke de som to ulike grupper som skulle diskutere et potensielt sensitivt tema. En type lagtenking var i utgangspunktet ikke ønskelig. Samtidig ligger det i fokusgruppeintervjuets natur at sosiale samspill oppstår, og om det skulle oppstå motstående grupper, ville det kanskje heller vært et interessant moment i datainnsamlingen. Det ble derfor valgt å ikke legge noen føringer på sitteforhold, som resulterte i en blandet sittegruppe.

Kvale og Brinkmann (2015) mener at en viktig oppgave til moderatoren er å skape en velvillig og åpen atmosfære. Jeg forsøkte å tilstrebe dette i forkant av intervjuet, ved å ha kaffe klar til deltakerne, samt frukt og snacks på bordet. Jeg hadde også forberedt to lydopptakere for å sikre meg mot teknisk svikt. Med meg hadde jeg en sekretær, som hadde i oppgave å notere ned hvem det var som snakket, slik at jeg enklere kunne identifisere stemmene i etterkant. Jeg opplevde at deltakerne var engasjert av temaet som dannet grunnlaget for intervjuet, og flere nevnte at det var bra og viktig at jeg tok det opp, samt at det var noe de hadde både tenkt på og møtt på i egen arbeidshverdag. Det var en

gjennomgående vennlig stemning, samtidig som det var uenigheter her og der. Det virket som at alle mente dette var et komplekst tema, og ingen fremmet sine tanker som bastante eller riktige. Det oppsto et interessant øyeblikk da en av de musikkutøvende helsearbeiderne først var litt nølende med å skulle dele en erfaring i frykt av å "*tråkke på noen tær*". Dette var en dynamikk jeg hadde vært spent på på forhånd, om dette med *oss mot dem* kom til å bli en faktor i intervjuet. Deltakeren ble imidlertid møtt med oppmuntring til å dele sin erfaring, med en anmodning om at det bare var bra å få utvekslet disse erfaringene. *Oss mot dem* ble aldri en faktor i intervjuet. Jeg opplevde heller en genuin interesse og åpenhet fra deltakerne til hverandres synspunkter, fra begge "sider".

3.2.3 Kritikk av fokusgrupper

Fokusgruppeintervju er ikke en metode som er fri for kritikk. Krueger og Casey (2015) går inn på noe av denne, og påpeker at ingen metoder er perfekte, og påvirkes av situasjon, hvordan de blir brukt, forskerens ekspertise og forskningsmiljøet. De sier videre at noe av kritikken er berettiget og fortjener oppmerksomhet, mens andre er overfladiske og mangler substans (Krueger & Casey, 2015). Jeg vil legge frem noe av kritikken jeg anser som relevant for mitt fokusgruppeintervju her.

Deltakere i et fokusgruppeintervju kan noen ganger bli stilt et spørsmål om noe de har liten eller ingen erfaring med, der det mest riktige svaret hadde vært "jeg vet ikke". Dette kan være et flaut svar å gi, så istedenfor å innrømme en mangel på kunnskap, kan individene forsøke å finne på svar som virker plausible (Krueger & Casey, 2015). For å forsøke å minske risikoen for dette, ble det i invitasjonen til deltakerne gitt informasjon om forskningstematikken, slik at de allerede da hadde mulighet til å gjøre en vurdering om de følte de hadde noe å bidra med til nevnte tematikk.

En annen risiko er at dominante individer kan påvirke resultatene, enten ved å påvirke synspunktene til de andre deltakerne, eller å ta mye plass slik at andre ikke slipper til (Krueger & Casey, 2015). I så tilfelle vil dette kunne motvirkes av en dyktig moderator. Dette opplevdes ikke som et problem under intervjuet, men jeg var hele tiden bevisst på å forsøke å se om noen ikke kom til ordet. Samtidig er ikke deltakernes påvirkningskraft nødvendigvis noe man vil unngå. Krueger og Casey (2015) påpeker at en av fordelene med et fokusgruppeintervju er å observere påvirkningen av ulike argumenter og synspunkter på andre deltagere, og at mye kan læres av å observere situasjoner der en deltaker forsøker å overtale andre. Moderators rolle blir da å balansere dette ved å la deltakerne reflektere over

argumentene uten å oppleve et press på seg (Krueger & Casey, 2015). Å tilegne seg gode moderatorferdigheter er noe som krever erfaring og øvelse, og med tanke på at dette var mitt første forsøk i rollen, er det langt i fra utenkelig at mangelen på erfaring kan være en svakhet i studiens datasamling, med konsekvenser som ikke nødvendigvis er åpenbare for verken meg eller leseren.

3.2.4 Semistrukturerte intervju

En semistrukturert intervjuform er et planlagt og fleksibelt intervju, hvor det blir lagt vekt på å meningsfortolke fenomenet som blir skildret av informantene (Krumsvik, 2014).

Intervjuguiden vil være basert på konkrete temaer og intervju spørsmål, men det vil være rom for å følge opp med momenter som ikke er nedskrevne på forhånd. Det semistrukturerte forskningsintervjuet baserer seg på muligheten til å følge opp generelle spørsmål med konkrete spørsmål, å følge opp uforutsette tråder fra intervjupersonen, og å stille spørsmål som ikke er formulert på forhånd (Krumsvik, 2014). Denne fleksibiliteten åpner også for endring på rekkefølge og spissformuleringer, som igjen danner grunnlaget for å få en god flyt i intervjusamtalen (Krumsvik, 2014). Denne intervjuformen henger dermed godt sammen med et fokusgruppeintervju, der målet som tidligere nevnt er å stimulere til en god samtaleflyt mellom de ulike intervjupersonene.

3.3 Etiske refleksjoner

Av forskningsetiske prinsipper man må forholde seg til, er det verdier som respekt, velgjørighet og rettferdighet som ligger til grunn, som ivaretas gjennom informert samtykke og personvern (Malterud, 2012). For å få lov til å samle inn og behandle data, måtte jeg først få en godkjent søknad av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Denne ble meldt inn 01.10.2019, og godkjent 03.10.2019. Innlemmet i denne søknaden var informasjonsskriv/samtykkeskjema for datainnsamlingen. Dette skjemaet ble sendt ut til deltagerne i forkant av intervjuet, og signert da vi møttes. I intervjuet ble det brukt to lydopptakere som lagret dataen på hvert sitt SD-kort. I etterkant av intervjuet ble dette umiddelbart lastet opp på UiB sine krypterte databaser SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur) i henhold til NSD sine føringer for oppbevaring og behandling av sensitiv informasjon til forskning. Opptakene ble deretter slettet fra SD-kortene. Transkriberingen av intervjuet ble også gjort inne i SAFE, der deltakernes navn, kjønn og arbeidssteder ble anonymisert for å best mulig sikre at deltakerne ikke kan gjenkjennes.

Med tanke på at deltakerne i fokusgruppen var todelt i form av tre musikkterapeuter og tre musikkutøvende helsearbeidere, var jeg bevisst på at jeg med min musikkterapiutdanning ikke skulle havne på "lag" med musikkterapeutene i min rolle som forsker og moderator. Dette forsøkte jeg å oppnå ved å ikke dele noen av mine egne meninger rundt tematikken, og være bevisst på formuleringen av både planlagte spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

Den etiske dømmekraften har betydning i alle ledd av forskningsprosessen, og man må allerede under formuleringen av problemstillingen være bevisst på hvilke sider av saken som kan være moralsk betydningsfulle, og hvem dette eventuelt vil angå (Malterud, 2012).

Problemstillingens formulering til deltakerne var noe jeg måtte nøye vurdere. I en tidlig fase het oppgaven "Helsearbeid og musikk – utelukkende en musikkterapeuts rettighet?". Denne gikk jeg fort vekk fra, både fordi den ikke fanger oppgavens problemstilling, men og fordi den kan utstråle en tone til deltakerne som ikke var ønskelig. Jeg følte formuleringen kunne være noe nedlatende mot deltakerne som ikke har en musikkterapibakgrunn, og da deres innspill er vesentlige for å utforske problemstillingen ville jeg unngå dette. Dette ble dermed en etisk refleksjon jeg måtte foreta tidlig i prosessen. Innenfor denne tittelen ligger også en viss arroganse i at jeg skal forsøke å mene hvem som har rett til å bedrive helsearbeid forankret i musikk.

Innenfor fokusgruppeintervjuet har moderatoren også et etisk ansvar i å sørge for at deltakerne ikke føler seg presset til å si mer enn de ønsker, samt så langt vi kan følge med på at gruppepresset ikke dytter noen deltakere over i posisjoner hvor de ikke føler seg hjemme. Om konflikter oppstår, skal moderator finne løsninger på dette som ivaretar respekt og verdighet for alle som er med (Malterud, 2012).

3.4 Datanalyse

For datainnsamlingen ble ett fokusgruppeintervju gjennomført med en varighet på 90 minutter, som resulterte i 25 sider transkribert tekst med et omfang på 13729 ord. Dette stemmer godt overens med hva Malterud (2012) sier man kan forvente av et 90 minutters intervju, som pleier å gi en tekst på 20-25 sider.

Jeg valgte å transkribere innholdet selv både av praktiske og faglige årsaker. Å gjøre det på egenhånd fremfor å gi arbeidet til noen andre gjør det lettere å oppfatte nyansene i lydopptaket der man selv har vært til stedet, samt at transkriberingsarbeidet gir en god oversikt over dataen (Malterud, 2012). Jeg fulgte Halkier (2010) sin anbefaling om at alt av tale, lyd og pauser ble transkribert, også uferdige setninger og korte uttrykk som "hm", "eh"

og latter. I tilfeller der talen ikke høres klart, forsøkte jeg å komme med en kvalifisert gjetning, men var samtidig veldig påpasselig med å ikke gå for langt i å gjette hva vedkommende sa. I tilfeller der det var uforståelig tale, markerte jeg med (...). Dette var en av flere transkriberingsregler jeg fulgte, basert på Halkiers (2010) følgende forslag:

"[] til overlapp i tale
() til uforståelig tale
_ til når taleren selv understreker noe
NEI til høyere utbrudd
[latter] til andre muntlige uttrykk
... til kortere pauser
[pause] til lengre pauser" (s. 83).

Til selve analysen av innholdet, kan man få et overblikk over datamaterialet gjennom redskapene koding, kategorisering og begrepsdannelse. Koding er i denne sammenheng de foreløpige markørene som forskeren setter på mindre biter av tekstdata (Halkier, 2010). Dette gjøres ved å kondensere de lange datastykkene i transkripsjonen ved å gi en tematisk hovedoverskrift til hver databit som meningsmessig henger sammen, og dermed finne ut av hva det i grove trekk er blitt snakket om rent innholdsmessig (Halkier, 2010). Videre kan man kategorisere ved å sette de forskjellige kodene i forhold til hverandre og se om de henger sammen, står i motsetning til hverandre eller har konsekvenser for hverandre. Kategorisering kan være både empiridrevet og teoridrevet. I en empiridrevet kategorisering kategoriseres kodene ut fra deltakernes egne kategoriseringer og kombinasjoner av koder. I en teoridrevet tilnærming er det forskeren som bruker bestemte begrepsmessige kategorier i materialet. Disse to formene for kategorisering vil av og til blandes (Halkier, 2010). Begrepsdannelse går ut på å sette koder og kategorier opp mot data, og opp mot valgte teoretiske begreper, i et forsøk på å underordne det mer spesifikke under noe mer generelt. Man er ute etter temaer, gjentakelser og mønstre (Halkier, 2010). "Samtidig er det viktig å se etter variasjoner, kontraster, brudd og paradokser for ikke bare å få oppfylt egne små hypoteser" (Coffrey og Atkinson, referert i Halkier, 2010, s. 89). Begrepsdannelse handler om å forholde seg refleksivt til egen undersøkelse, gjennom å være eksplisitt og kritisk til egne vurderinger og grunnlaget for dem (Halkier, 2010).

Bruken av disse redskapene danner grunnlaget for fortolkningsprosessen, der hermeneutikken og forut-forståelsen kommer inn i bildet. "Det fornuftigste man kan gjøre som forsker eller student, er å klargjøre disse forut-forståelsene for en selv og andre. Da kan man selv være mer systematisk i sine fortolkninger, og andre kan gjennomskue og vurdere dem" (Halkier,

2010, s. 91). I fortolkningsprosessen er det viktig å være klar over hvilke spørsmål man stiller til datamaterialet (Kvale, referert i Halkier, 2010). Spørsmålene skal i hovedsak ha sammenheng med problemstillingen, men det er samtidig viktig å være åpen for perspektiver som utfordrer forut-forståelsen (Halkier, 2010).

3.4.1 Stegvis deduktiv-induktiv metode

For å analysere dataen generert gjennom fokusgruppeintervjuet, ble stegvis induktiv-deduktiv metode (SDI) brukt (Tjora, 2017). Det er tre mål med kodingen innenfor denne metoden: "(1) å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, (2) å redusere materialets volum, og sist, men ikke minst (3) å legge til rette for idégenerering på basis av detaljer i empirien" (Tjora, 2017, s. 197). Ved å bruke en slik induktiv empirinær koding, er det mulig å redusere påvirkningen av forut-forståelsen til forskeren (Tjora, 2017).

I arbeidet med å kondensere den transkriberte teksten til empirinær kodetekst ble det forsøkt å følge disse retningslinjene. Fokuset lå dermed på å lage koder som svarer på spørsmålet "hva sier informanten?" fremfor "hva snakker informanten om?" (Tjora, 2017, s. 201). Med andre ord ble det forsøkt å lage koder basert direkte på det deltakerne hadde sagt, uten å tillegge det noen subjektiv mening. Følgende er et eksempel på hvordan kodingen kunne se ut:

Empirisk data	Empirinær koding
MUH1: Det kan være. Men så er det jo selvfølgelig... har opplevd... personlig egnetheten til de som jobber med det tror jeg har grådig mye å si.	Personlig egnethet til de som jobber tror jeg har grådig mye å si

Ved å kode på denne måten, resulterte transkripsjonen i 125 koder. Dette medførte også kodetesting, som innenfor SDI skal avdekke om kodene er sortert empiri eller om de representerer empirinær koding (Tjora, 2017). Kodetesten består av to spørsmål:

1: **Kunne man laget koden før kodingen?** Hvis ja regnes koden som unødig, og man bør forsøke å finne en ny. Hvis nei er det potensielt en god kode.

2: **Hva forteller bare koden?** Hvis den tematiserer det som blir sagt, bør man lage en annen kode. Hvis den gjenspeiler konkret innhold er dette en god kode (Tjora, 2017).

Oppsummert er en god kode en som bare kunne vært generert av empirien, og samtidig presist gjengir datamaterialet som ligger til grunn (Tjora, 2017).

Det videre arbeidet gikk ut på å gruppere disse 125 kodene. I denne fasen ønsker man å samle koder med en felles tematisk sammenheng i grupper, og skille ut koder ansett som irrelevante i en restgruppe (Tjora, 2017). Dette resulterte i 11 kodegrupper, som dannet grunnlaget for utarbeidelsen av hovedtemaene. Nedenfor er en tabell som viser hvordan disse kodegruppene er fordelt utover de to hovedtemaene: **musikkarbeideren** og **et fagfelt i utvikling**.

Hovedtema (antall koder)	Kodegrupper	Antall koder pr. gruppe
Musikkarbeideren (82)	Metodikk	7
	Identitet	11
	Systematisk arbeid	9
	Innhold i arbeid	8
	Utdanning	15
	Personlig egnethet	11
	Brukeren i sentrum	15
	Relasjonsbygging	6
Et fagfelt i utvikling (43)	Beskyttende ovenfor feltet	12
	Utvikling over tid	10
	Samarbeid	21

4. Presentasjon av funn

Nå vil datamaterialet generert av fokusgruppeintervjuet presenteres. For å skille mellom deltakerne, er navnene "musikkterapeut" og "musikkutøvende helsearbeider" forkortet til henholdsvis MT og MUH. De refereres dermed til som MT1, MT2, MT3 og MUH1, MUH2, MUH3. Datamateriale som er relevant for problemstillingen er blitt prioritert i presentasjonen av den.

Diskusjonen om grenser mellom musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere er noe MT1 og MT2 har tatt for seg ofte.

MT2: Det er et uendelig tema der diskusjonen aldri stopper.

MUH2: Nå har dere sjansen til å si hva dere vil si.

[latter]

MT1: Vi diskuterte vel ikke personer sånn sett, det var mer for vår rettferdiggjøring av hva vi selv holdt på med. Men ja ... vet ikke. Skulle kanskje skrevet et referat av de 500 timene vi har snakket.

4.1 Musikkarbeideren

Dette hovedtemaet tar for seg undertemaene formell og uformell kompetanse, metoder & praksis og identitet.

Når man diskuterer forhandlingen av grensene mellom praksisutøverne, er det vanskelig å komme utenom forsøket på å definere hva som gjør noe til musikkterapi. MT1 tror det er to ulike måter å se det på. Den første er at det er utdanningen som gjør det til musikkterapi, og at alt musikkterapeuten gjør er musikkterapi på bakgrunn av dette. Den andre måten å se det på er at det er metoden som gjør noe til musikkterapi, uavhengig av utdannelsen. Hen tenker det kanskje er en mellomting.

4.1.1 Formell og uformell kompetanse

Deltakerne diskuterte om hvordan utdanningen (formell kompetanse) og personlig egnethet (uformell kompetanse) spiller en rolle når det kommer til musikk og helsearbeid.

MT2: Det (red. musikkterapeut) er jo ikke en vernet tittel. Så det er kanskje litt også derfor disse her misforståelsene og foregår. Når en psykolog gjør en jobb, så er det veldig tydelig at det er en psykolog som gjør en jobb, men her er det så mye gråsoner og mange som gjør det samme. Det betyr ikke nødvendigvis at en musikkterapeut som

har fem år med utdanninge gjør en bedre jobb enn en musikkpedagog som har hatt utdanninge og masse erfaring. Vi har jo svakheter og styrker alle sammen.

En annen deltager har opplevd at det er enorm forskjell mellom musikkterapeuter og hvordan de jobber i forhold til hverandre, fra arbeidsplass til arbeidsplass og person til person.

En av musikkterapeutene spekulerer i om det er en større risiko for å ansette en person som musikkterapeut som ikke har utdanninge dersom den ikke har referanser eller erfaring, og at om man ansetter en utdannet musikkterapeut vil man få en garanti for at personen er egnet. Hen sammenlikner dette med elektrikertjenester, som setter refleksjonen i et godt bilde. Det handler om at hen har en bekjent som hen stoler mer på enn elektrikerer når det gjelder strøm, for hen vet denne personen tar seg god tid og er veldig flink, mens elektrikerer ofte har dårlig tid og springer videre.

MT1: Hen er ikke utdanna, så hen har ikke egentlig lov å være elektriker, men hen er jo kjempeflink for det. Men det er litt tilfeldig at det er akkurat hen, jeg hadde jo ikke tatt en hvilken som helst person på gata, og sagt at hen var like god som en elektriker. Og det at for eksempel dere to (red. henvendt til to av MUHene) kan jobbene deres veldig godt betyr jo ikke at alle andre musikere kan gjøre en like god jobb.

MUH3 påpeker at man ikke blindt ansetter en musiker med en medførende risiko, men virker enig i at hos musikkterapeuter kan man regne med å få noenlunde den samme kompetansen:

MUH3: ... mens hos oss lekfolk kan du få helt sånn personavhengig, altså, det er kanskje mer personavhengig enn det en musikkterapeut gjør.

MT2: Tror ikke det. Tror ikke det.

MUH3: Nei ... men da vet jeg faktisk ikke.

[latter]

Dette med personlig egnethet virker å være noe deltagerne er enig i at har mye å si, både fra musikkterapeutene og de andre.

MUH1: Den personlige egnetheten til de som jobber med det tror jeg har grådig mye å si.

Gruppe: mhm.

MUH3: Ja. Noen personer vil man jo åpne seg for, og noen ikke naturlig åpne seg for.

Men hva så med andre utdanningsbakgrunner enn musikkterapiutdanningen? MT1 påpeker at det er dumt at det av og til blir til at de som ikke har musikkterapiutdanning og driver med musikk er i samme kategori, uavhengig av hvilken utdanning de har ellers. Hen sier at det blir rart at de som ikke er musikkterapeuter er bare *ikke-musikkterapeut*, at det er noe mindre og underordna.

MT1: Det er jo en annen utdanning man kan ha som kan være like nyttig, bare at man har lært andre ting.

Dette fremheves av en av de musikkutøvende helsearbeiderne:

MUH2: For å snakke om meg, så har jeg jo gått vernepleier. Det er jo selvfølgelig ikke en garanti for at man kan holde på med det som har med musikk å gjøre, men det er jo på en måte et bevis på at du kan holde på med det som har med folk å gjøre sånn sett. Så det at en del av de tingene som eventuelt vil komme opp i musikk sammenheng av menneskelige følelser og nyanser, så er du kanskje i alle fall til en viss grad skolert til å håndtere de.

En av musikkterapeutene legger frem noe av det musikkterapiutdanningen gir som kanskje er unikt:

MT3: Det jeg kjenner kanskje jeg fikk ut av min utdanning da, var kanskje mer litt videre blick på musikkens muligheter, hvor kan du ha fokus, hva kan du gjøre med musikken, hvordan kan musikken fungere. Sikkert mer på et teoretisk plan, å kunne trekke det inn i praksis.

Hen forteller videre at refleksivitet er noe som drilles veldig på studiet, i form av hvorfor man gjør det man gjør, hvorfor man spiller akkurat denne låten, og hvorfor går man inn i å snakke om noe helt annet enn den låten man holder på med istedenfor å pushe på å fortsette å spille for å opprettholde en konsentrasjon.

4.1.2 Metoder og praksis

Når man skal forsøke å finne et skille mellom musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere, mener den ene musikkterapeuten at det er mest hensiktsmessig å skille metoder hva hverandre, da disse beskriver bedre hva man holder på med enn en tittel.

MT1: Altså hvis du sammenlikner med psykologer, så er det ikke sånn at psykologer går rundt og sier at "jeg driver med psykologi fordi jeg er psykolog, og alt jeg gjør er psykologi". Det er jo en metode, de har enten CBT eller de driver med ME eller MBT eller, sant? De har forskjellige behandlingstilnærminger og metoder også bruker de den metoden ... Og noen av metodene kan du bruke uansett hvilken utdanning du har, vi kan bruke det, og andre metoder må du være psykolog for å bruke, for det er sånn manualbasert. Og da sier jo den metoden noe om hva er dette for en behandling, og hvem må utføre den behandlingen.

Musikkterapeutene spekulerer i om en forskjell er at de jobber mer systematisk og målrettet med musikken. Dette involverer planlegging og kartlegging i form av å høre hvor brukeren ligger, høre på historien deres og være observant på sårbarheter. I dette ligger også det å være var på hva musikk kan trigge, og å legge en retning for det de holder på med der musikkterapien er med på å underbygge og støtte de behandlingsmålene som pasientene har for hele sitt behandlingsløp.

MT2: Så jeg tenker at kanskje hovedsakelig at det (red. systematikk) kanskje er et nøkkelord på noe som skiller måten man jobber på og at vi jobber mye med system, og det å få implementert faget i et helt system og at faget er nytt, det er få som vet hva vi egentlig holder på med og det med å gi informasjon til de vi jobber med.

Samtidig påpeker MUH3 her at det å jobbe systematisk sikkert er personavhengig det og, og utdyper:

MUH3: Jeg er jo totalt kaos, vi jobber jo sammen (MT2) og det er artig å se, det er jo en tydelig forskjell på hvordan vi jobber, for jeg er ikke så god på å legge lange planer (...) jeg er ikke så fysisk ned på ark og sånn. Jeg er kanskje litt sånn som deg (red. henvendt til MUH1) som ikke er så god på skolen. Så det er kanskje det akademiske inn i arbeidet som kanskje er en forskjell på godt og vondt.

MUH2 forteller at hen heller ikke jobber så systematisk, men at det er flere grunner til det.

MUH2: En av de er at det er ingenting som er vedtaksbasert, jeg vet jo ikke hvor lenge noen skal være der eller ... eller sånn som det, det er ikke min jobb, jeg jobber ikke systematisk på den måten at vi gjør noe kartlegging eller dokumenterer så veldig mye.

Deltakerne tar og for seg hvordan brukerne de jobber med påvirkes av om det er en musikkterapeut eller ikke som møter de, og om det i det hele tatt har noe å si. MT3 har inntrykk av at brukerne ikke er så opptatt av om det er en musikkterapeut eller eksempelvis en musikkpedagog, eller om det kalles et musikktilbud eller musikkterapi:

MT3: De skiller ikke på det da, de skiller mer på opplevelsen tror jeg, og hvordan de opplever det å bli møtt og det å spille og de prosessene som skjer med de i det rommet.

MUH2 påpeker at det de ansatte tenker på ikke nødvendigvis er noe brukerne bryr seg om, for eksempel hvordan ting er organisert på system- og etatnivå. MUH3 sier at brukerne ofte ikke skiller mellom sosionomer og psykologer heller.

På samme måte som deltakerne diskuterte at det er mye som er personavhengig hos musikkarbeideren, påpeker MT1 at dette også gjelder brukerne i denne sammenheng, spesielt når det gjelder hva slags forventninger de kommer med. Hen sier at for noen betyr det ikke mer enn å bare spille musikk, mens for andre er det kanskje lettere å åpne seg hvis de vet at det er en terapeut, som er en del av en større terapiprosess med andre terapeuter, slik at det ikke kun er et musikktilbud adskilt fra det andre.

MT1: At de uten at det er sagt får en tillit, eller gir en tillit fordi man er helsearbeider, og at de åpner seg litt mer. Det tror jeg gjelder i hvert fall noen, men absolutt ikke alle.

MUH2: Det at det er definert som terapi, eller terapien musikkterapi, at det inviterer til litt mer sånn, intim ... eller litt mer sånn ...

MT1: Ja jeg tror noen rett og slett forventer at når de kommer så skal de si noe om seg selv, og hva de jobber med ... Kanskje ikke man hadde tenkt likt hvis man trodde at man bare kom til en, for eksempel en musiker. Men det betyr jo ikke at det er mindre verdifullt.

Her foreslår MUH3 at dette også kan ha en motsatt effekt.

MUH3: At du føler at, det her blir jo litt som å gå til legen eller psykologen ... hvis du går bare til musikeren så er det kanskje mindre stigma rundt det.

MT1: Helt klart.

MUH1 fortsetter her med å spekulere i om de som har musikalsk bakgrunn selv går til musikere, mens de som ikke har erfaring med musikk hører mer terapibegrepet, og at det kanskje er vanskelig for de å gå til en musiker.

MT1: Terskelen for deltakelse, tenker du på?

MUH1: Ja den ...

MT1: At den blir lavere eller ...

MUH1: Det kan være.

MT3 lurer på hvordan det å høre at det er et musikkterapitilbud påvirker forventningene, og om det da har noe å si hvem som står for tilbudet.

MT3: Også lurer jeg litt på om det at de hører at dette er et musikkterapitilbud, uavhengig av om det gis av en musikkterapeut eller en musiker, eller om det faktisk om er det utdannelsen som gjør at det er musikkterapi. I forhold til forventningene.

MUH2: Det er det der om det å møte folk og skape en relasjon. Det er et par ting der som er helt universelt uansett hva du holder på med.

MT1 forteller at det er ting hen gjør som musikkterapeut som kanskje ikke alltid føles som musikkterapi.

MT1: Hvis det for eksempel er mer sånn lavterskelgruppetering som jeg tenker at, dette er bare et trivselstiltak, det er ikke noe som er ment for å gå så veldig mye inn i den enkelte sin prosess eller å ta inn i behandlingen på samme måte, det er litt sånn der og da, og da kunne du si at når en musikkterapeut gjør det, så er det uansett musikkterapi. Mens jeg synes av og til kanskje jeg ikke har lyst til å kalle det musikkterapi, selv om jeg er musikkterapeut da.

Hen utdyper dette videre med et eksempel:

MT1: Med musikkterapi så skal man altså bruke det der musikkterapi-ordet, og da blir det vanskelig. Jeg har en gruppe på en annen klinikk der jeg ikke er så ofte, jeg er der bare den dagen jeg har den gruppen, og kommer til gruppen og går igjen, og da kjenner jeg ikke de som jobber der noe særlig, og jeg kjenner ikke pasientene, også er det grupper ute i stuen der, veldig lavterskel kom og gå som du vil. Jeg føler ikke at den nødvendigvis er så veldig terapeutisk, men folk setter pris på gruppen, og jeg

fronter ikke den så veldig som musikkterapi, jeg fronter den heller som en allsanggruppe eller en samspillgruppe eller noe sånt. Og det vil det være uansett hvem som har den gruppen. For det blir veldig komplisert å kalle alt som vi har, vi har så vidt fagfelt med musikkterapeuter, at det er nesten helt umulig å sammenfatte det.

MT3 forteller at hen jobber i et lavterskeltilbud, der det er litt policy at man ikke driver terapi.

MT3: ... det skal være mer et slags fristed, samtidig så vil jeg jo absolutt si at jeg jobber terapeutisk. Jeg jobber jo bevisst med å motivere folk for eksempel til å spille, som kan være en prosess som går over ett år, halvannet år, og man jobber med de øyeblikkene som kanskje gjør at de kommer seg videre til dere i behandling.

MUH2: Det foregår nok terapi, selv om du ikke jobber som en ... med terapi, så skjer det nok terapi innimellom.

MT3: Ja altså man jobber jo med en terapeutisk baktanke, selv om man ikke jobber med behandling i et sånt lavterskeltilbud på samme måte som dere gjør. Men man jobber jo absolutt terapeutisk, for man jobber jo med låtskriving hvor det kommer opp en hel livshistorie som man skal kunne klare å romme og stå i og forhåpentligvis gjøre til noe produktivt. Og det tenker jeg er terapeutisk for de brukerne som er der, men det er jo de som må bruke musikken på en terapeutisk måte for at det skal fungere.

4.1.3 Identitet

Deltakerne var innom hvilken rolle man har, som igjen kan sies å være identiteten man har som musikkarbeider. Her er semantikk et nøkkelbegrep, da det handler mye om hva man selv kaller seg og hva andre kaller deg. MUH3 sier at hen har forsøkt å være tydelig på at hen ikke er musikkterapeut, og at det har hendt at hen blir omtalt som musikkterapeut på en konsertplakat, og da har hen sagt i fra om at det ikke stemmer.

*MUH1: Da har jeg vært veldig hard, **det** må jeg få nevne. Og så neste gang så sto det "musikkpedagog". Er ikke det heller!*

Dette med at musikkterapeut-ordet er noe som byr på problemer, løfter også de andre MUHene frem:

MUH3: Ja det er jo vanskelig tema fordi alle som kontakter meg omtaler meg som musikkterapeut, men jeg kan ikke kalle meg musikkterapeut så man går litt imellom hele veien og jeg er jo veldig sånn synlig fordi jeg gjør så mye live-ting med pasienter, mye konferanser. Så man må jo ha tungen beint i munnen.

MUH2 har også opplevd at andre personer omtaler hen som musikkterapeut:

MUH2: Jeg og opplever at folk gjerne omtaler ... altså folk som jeg spiller med gjerne slenger det ut, musikkterapeut ... så av og til stopper de og sier "det er jeg ikke". Av og til så bare lar jeg det passere. Det spørres rett og slett hvem som sier det. Så det er egentlig litt det den der balansen mellom ...

MUH3: Altså vi utfører musikkterapi, men vi er ikke musikkterapeuter. Det er noe sånn med verb ... adjektiv, substantiv her og ...

MUH2 forteller videre at det hen holder på med ikke trenger å frontes som musikkterapi, at det kan godt være noe annet. det kan eksempelvis være spilling, band eller låtskriving.

MUH2: Det kan frontes mer som fokus på det musikalske og mindre på terapien, så får folk ta terapien på sin egen kappe, om de opplever det eller ikke.

På et punkt i samtalen stilte MUH1 spørsmål om musikkterapeutene synes det er greit at det blir gitt et tilbud som heter musikkterapi når det ikke er en musikkterapeut som har tilbudet.

MT2: Jeg synes jo det blir litt rart. Men det har noe med hva vi lærer på utdannelsen, at vi definerer musikkterapi som en prosess som skjer mellom en pasient og en musikkterapeut, det har vi fått inn med en teskje. Inn i min logikk som er inni den rammen så blir det litt sånn, oi, ja, vi kaller det for musikkterapi, og da klarer jeg ikke helt å plassere det. Men jeg har jo skjønt mer og mer at det er jo åpent.

MUH1: Ja nei unnskyld, det er bare litt derfor jeg er veldig sånn opptatt av at jeg driver ikke med musikkterapi, at jeg er veldig på den. Jeg skjønner jo det at det kan være en viktig kampsak.

4.2 Et fagfelt i utvikling

MT1: altså at du skal bli en trussel fordi du sitter og spiller med gamle på et sykehjem det ... Det høres jo helt ... drøyt ut. Ja.

Sitatet ovenfor er en respons fra en av musikkterapideltakerne når en av MUHene forteller at hen har følt seg nærmest som en trussel fra scenen i møte med musikkterapeuter. Ut ifra

deltakernes responser, virker det som at musikkterapeuter har vært veldig beskyttende for feltet sitt. Dette behovet for å beskytte ser kanskje ut til å ha dempet seg de siste årene. I denne delen vil jeg presentere hva deltakerne fortalte om sine opplevelser rundt dette.

4.2.1 Beskyttende ovenfor feltet

Et noe gjennomgående og interessant moment i intervjuet, var de musikkutøvende helsearbeidernes fortellinger om hvordan de ble møtt av musikkterapeuter da de begynte å bruke musikk i helsearbeid. En av deltakerne kunne fortelle at da hen fikk en jobb som inneholdt musikk i rusbehandling, var verken hen selv eller sjefen som ansatte hen bevisst på at det eksisterte en musikkterapiutdanning.

MUH3: ... jeg hadde sikkert ikke fått denne jobben i dag for å si det sånn. Og så da kalte jeg meg uvitende, eller alle kalte meg for musikkterapeut, kolleger og alt sånn.

Hen forteller videre at dette førte til at en musikkterapeut tok kontakt, med en negativ tilbakemelding på at hen omtalte seg selv som musikkterapeut.

MUH3: Da plutselig gikk det opp for meg, å ja, ok, det er forskjell, og noen som prøver å beskytte feltet, og siden har jeg kanskje hatt en blanding av liksom sånn mindreverdighetskompleks og ... ja

MUH1 hadde også opplevd at det ikke ble tatt godt imot av musikkterapeuter da hen begynte å jobbe med musikk på et sykehjem.

MUH1: Ja vi fikk høre veldig klart at det var farlig for andre enn musikkterapeuter å bruke musikk ... dette var da spesifikt på eldreomsorg, men jeg tenker vi kan trekke det mot rusomsorg og.

MT1: Ja jeg har jo lest det samme i et skriv som kommer fra ...

MUH1: Ja det har stått skriftlig og, det har det ja.

MT1: Ja.

MUH1: Men at da sånn spesifikt, for det var på en sånn konferanse da. Det var stort sett musikkterapeuter også var det meg, men da var det veldig sånn ... nesten en trussel fra scenen [latter]. Nei, ja, ja, jo det føltes sånn da. Men dette er lenge siden.

En av deltakerne forteller videre om at det bør være rom for ulike typer.

MUH1: Jeg har forstått at det ikke er noe populært fra musikkterapeuter, og det ser jeg, det skjønner jeg jo. Men samtidig så er jeg veldig på at det bør ... jeg tenker at jeg ikke jobber som en musikkterapeut heller, så jeg tenker at det skal være rom for alle mulige typer, både pedagoger, musikere, og selvfølgelig terapeuter.

MUH3 formidler at måten de har blitt møtt på kunne drevet hen til tanken om å finne på noe annet om hen hadde vært yngre.

MUH3: Nå er jeg blitt en voksen mann og har skjønt at jeg gjør en bra jobb, men hvis jeg hadde vært 26 hadde jeg kanskje følt jeg skulle gjøre noe annet. Og jeg synes jo det bare sånn ... når du ser på TV musikkterapeuter som skal veilede for alle, andre måter å bruke musikk så henger ikke det helt sammen med hvordan vi har opplevd det da. Så det er greit at folk holder på med musikk og helsefremmende arbeid, men det må ikke være tett på det vi holder på med, eller så blir det en konflikt.

MUH3 opplever også at det er en forskjell musikkterapeutene imellom når det gjelder hvordan de har blitt mottatt.

MUH3: Jeg føler jo det er veldig forskjell, jeg føler du har (musikkterapeut) som jobber med å fremme musikkterapifeltet, det er hens jobb ... og så har du andre folk som er sånn "ja men det er nå (musikkterapeut), og hen er nå ... og vi inkluderer deg og blablabla". Så det er veldig forskjellig. Men så har jeg møtt (musikkterapeut) igjen andre ganger der hen har vært på ting jeg har, og har vært sånn "fantastisk", så jeg skjønner ikke helt om jeg er inne eller ute.

4.2.2 Utvikling over tid

Ut ifra deltakernes uttalelser, kan det virke som om det har vært en utvikling pågående med tiden. To av MUHene sier at de ikke tror de hadde fått jobben i dag.

MUH3: Men jeg tror nok vi er en utdøende rase.

MUH2: Meg og deg?

MUH3: Ja. Sånn jeg tror det ... jeg tror ikke jeg ville blitt ansatt den dag i dag.

MUH2: Nei, sikkert ikke jeg heller.

MUH3: Nå er nok lobbyvirksomheten kommet så langt at ikke det kunne skjedd.

MUH1 håper dette ikke er tilfellet:

MUH1: Men det synes jo jeg igjen er litt synd da, fordi det er jo ... hvis alt som har med musikk å gjøre i omsorgsbransjen kun skal gå til alle musikkpedagoger eller terapeuter og de med utdanning da, altså det ... jeg tenker at det burde være rom for sånne som oss. Igjen det der med personlig egnethet da.

Det blir også diskutert om det har vært en utvikling i musikkterapien de siste årene.

MUH1: Kan det ha vært en endring de siste 10 årene eller 5 årene?

MT2: I rusfeltet?

MT3: Ja jeg tror det.

MUH1: Ja? At det kanskje er litt flere musikkterapeuter?

MT2: Ja det er stor vekst. Jeg tror det har vokst til kanskje 300 jeg i løpet av de siste 10 årene.

MUH1: Ja, at da er det ikke så ... få liksom.

MT2 utdyper dette:

MT2: Også er det jo ganske nylig at musikkterapi kom inn på rusfeltet, det var vel kanskje i ... vet ikke 2010 eller 2012, at det er ikke så lenge siden, det er skrevet veldig lite om det i Norge, så det er jo nytt, også er det kommet inn i retningslinjene i 2016 eller hvilken tid det var. Så det er jo mer føringer politisk, og det er anbefalt i rusbehandling, og da blir det mer spesifikt at det er en musikkterapeut som utfører den oppgaven.

Samtidig som denne utviklingen kan virke hemmende for at personer uten musikkterapiutdanning skal få jobbe med musikk og helse i fremtiden, sier deltagerne også at den økte eksponeringen har styrket arbeidsrollene deres. Der de musikkutøvende helsearbeiderne kanskje har blitt sett på mer som underholdning enn behandling, har musikkterapeuter formidlet sammenhengen:

MUH3: Men der har jeg nytt godt av musikkterapien som er så flink å fremme det i media, og at folk skjønner at musikk og behandling passer sammen, så der har jo dere tråkket stien for at jeg skal bli sett på som en behandling da.

MUH2: Ja, det kjenner jeg meg igjen i da, at det har, i den samme perioden som jeg har begynt med det, blitt frontet av musikkterapeuter, det har blitt jobbet aktivt i

kulissene for at det skal bli anerkjent og blitt en slags motesak, derfor har jeg kunnet surfe litt på det og fått litt goodwill for det.

MUH3 sier også at arbeidet hens fort be populært innen poliklinikken

MUH3: Jeg opplevde det litt sånn som deg det første året, spesielt i poliklinikken, da var ikke jeg så mye brukt, eller behandler kjente ikke til hva jeg holdt på med blablabla, så da kunne jeg sitte en del sånn timer og bare ... what is going on, men ja. Det gikk ganske fort før det ble populært.

MUH2 følger opp med at

MUH2: Jeg føler litt i samme perioden, da hadde ikke jeg heller noe bevisst forhold til musikkterapi eller musikkterapistudiet. Jeg føler at det kanskje har blitt noe som har kommet i allmennhetens bevissthet i samme periode, de siste seks årene.

4.2.3 Samarbeid

Et moment som ble snakket om, var dette med samarbeidsmuligheter og hva man kan lære av hverandre. Her fremsto deltakerne åpne og positive for at dette er noe man burde utforske mer.

MUH2: Jeg synes på stedet jeg jobber kunne det fint vært ansatt en musikkterapeut, og det hadde vært jobb til en musikkterapeut og meg i tillegg, så det er nok til alle tror jeg. Jeg tror en sameksistens er helt fint.

Noen av deltakerne hadde både jobbet sammen ved ulike anledninger og jobber fortsatt sammen, på tvers av utdanningsbakgrunn, og drøftet de positive sidene ved dette.

MUH3: Det som er veldig bra er jo det å måtte si ting høyt til en kollega, for da får du en refleksjon rundt hva du holder på med. Hvis du bare går der for deg selv får du ikke sagt det høyt, og da skjer det ikke noe mer enn det som bare er der og da, men hvis man sier ting høyt så blir det en helt annen måte å reflektere på. Og da får du gjerne et spørsmål og da, "ja det har jeg ikke tenkt på".

MUH1 utdyper hvordan hen mener man kan utfylle hverandre:

MUH1: Jeg har jo lest litt (red. teori) jeg og. Så jeg synes jo det er veldig interessant å høre det fra utdannede musikkterapeuter som har den bakgrunnen, så jeg setter jo veldig pris på det. Også tenker jeg at kanskje vi som musikere, eller det er mange musikkterapeuter òg som er utøvende musikere i tillegg, men kanskje noen som kan få

noe hjelp av oss med dette med kontakt med publikum. Jeg føler at kanskje noen kan ha godt av det.

MT2: Det utøvende

MUH1: Ja det utøvende, jeg føler det er min forse, så det kan jeg hjelpe med.

MUH2: Enig

MUH3: Det fryktløse kanskje

MT1 sier det er klart hen kan lære masse av andre yrkesgrupper, eksempelvis en vernepleier, sykepleier, pedagog eller for den saks skyld livets harde skole.

MT1: Klart hvis du tar vekk musikken, så er det det andre som er forskjellen på oss. Jeg tenker vi kan være flinkere til å kanskje spille litt på hverandre der da, for akkurat de og de grepene og hvilke sanger vi spiller er kanskje ikke der skoen trykker mest på å lære av hverandre.

Da deltakerne ble samlet til intervjuet, kom det frem at to av deltakerne, en MT og en MUH, er kolleger, samt at noen av de hadde jobbet sammen tidligere. Dette var ukjent for meg i forkant, men dannet et godt utgangspunkt for at de kunne utveksle hvilke erfaringer de har gjort når det kommer til samarbeid på tvers av yrkesgruppene. MT2 forteller at hen har lært mye av å jobbe med MUH3, da hen tidligere bare har jobbet med musikkterapeuter i fagmiljøet, og som følge av dette havnet inn i en boble.

MT2: Vi må jo bare utforske hvordan vi kan samarbeide. Men jeg ser jo virkelig altså, det er jo personlige forskjeller, at vi har styrker og svakheter. Jeg gjør noen ting veldig bra og du gjør noen ting veldig bra og vi gjør noen ting veldig bra sammen, og jeg synes det er kult jeg å kunne samarbeide. Da kan jeg kanskje utfordre deg på disse refleksjonene mens du kan utfordre meg til å stå mer på en scene, og så tenke utenfor boksen. Det har vært veldig lærerikt synes jeg.

Hen forteller videre at hen har kjent at man blir utrolig farget av å jobbe der hen jobber i en medisinsk kontekst, at man skal tilpasse seg systemet man jobber i og lære fagspråket og tenke på den måten som alle andre gjør, og at dette noen ganger kan bli litt for mye av det gode.

MT2: Jeg tar meg selv i å av og til tenke litt for mye på diagnoser, for jeg har jobbet så mye med det at jeg kjenner det fort igjen, at det blir litt mer problemfokus, og da

kjenner jeg at "oi, nå går jeg litt over i et sånn psykologtankesett". Da er det veldig godt å ha MUH3 som minner meg på ressurser.

Hen påpeker at det å jobbe med "det friske" fremfor å fokusere på diagnoser var utgangspunktet da hen begynte å jobbe med musikkterapi i feltet, men at hen har kjent de siste årene å bli dratt i en retning som hen ikke helt liker. Det å samarbeide med en som ikke har den samme bakgrunnen kan dermed være en fin måte å bli minnet på det menneskelige.

MT2: Jeg har tenkt at det kanskje er fint å være litt bevisst på det. Jeg tenker at man kommer veldig langt med det å være avslappet og bare møte folk helt rett frem, istedenfor å tenke at man skal ha noen rolle, at man skal være så profesjonell. Det viktigste er det medmenneskelige. Det er det man kommer lengst med, det er der man skaper relasjon og trygghet og ja ... utgangspunktet for alt egentlig.

MUH1 drøfter også samarbeidsmulighetene.

MUH1: Så er dette med mellommusikken at vi kanskje kan få litt hjelp. Men det er jo ikke sikkert noe jeg skal ha, for det tenker jeg, dette med å jobbe systematisk og alt det der er veldig fint da, men der kommer jeg aldri til å være. Så det er jo den største forskjellen tenker jeg, mellom musikkmiljøarbeidere, omsorgsarbeidere og musikkterapeuter.

MUH2: Jeg tror hvis jeg skal kunne lære vekk noe som ikke alle kan, så tror jeg noe av det å beholde roen når du har tre sånne speedete punkrockere som tror de spiller samme låten, men som egentlig spiller tre forskjellige i en times tid. Det er ikke alle som kan det. Så det kunne jeg sikkert lært noen.

Jeg stilte også spørsmål om noen av MUHene hadde fått noe veiledning fra musikkterapeuter.

MUH3 svarte at hen hadde noen veiledningstimer med en musikkterapeut.

MUH3: Ja for en del år siden så hadde jeg noe ... kanskje 6-7 ganger, det var vel kanskje sjefen min som fikk litt kalde ... har jeg ansatt en som ikke er musikkterapeut? Og jeg tror musikkterapeuten konkluderte med at vi holder på med det samme.

MUH1 forteller at hen har fått noe innslag av teori, òg fra musikkterapeutene.

MUH1: Nei men jeg har hatt dette om, teori, hva som skjer i hodet og ... Jeg er ikke helt analfabet, så jeg har jo lest litt og. Så jeg synes jo det er veldig interessant å høre

det fra utdannede musikkterapeuter som har den bakgrunnen da, så jeg setter jo veldig pris på det.

5. Diskusjon

Datamaterialet vil nå drøftes opp mot teorien som er blitt redegjort for, i et forsøk på å svare på problemstillingen: Hvordan forhandles grensene ved musikkterapiens fagfelt og hvordan kan dette forstås i lys av fagfeltets utvikling?

5.1 Musikkarbeideren

Musikkarbeideren er et begrep som brukes for å inkludere både musikkterapeutene og de musikkutøvende helsearbeiderne. Under dette vil områdene identitet, kompetanse og praksis bli drøftet.

5.1.1 Identitet

Hos de musikkutøvende helsearbeiderne, ser vi at de har opplevd en brytning mellom oppfatningen av seg selv og oppfatningen som kommer utenifra. Dette i form av at de har blitt omtalt som musikkterapeuter av personer rundt seg, samtidig som de har forsøkt å være tydelig på at de ikke er det. Dette virker å ha en klar korrelasjon med den uklare musikkterapeutiske identiteten. Når definisjonene av musikkterapi i stor grad har vært knyttet til musikkterapeutisk praksis (Bruscia, 2014), er det forståelig at når en musiker med en mellommenneskelig kompetanse som også er i stand til å utføre praktisk arbeid i møte med brukeren som er tilnærmet likt det en musikkterapeut ville gjort, kan denne "forveksles" med en musikkterapeut. Dette virker å være tilfellet hos alle de musikkutøvende helsearbeiderne i fokusgruppen, som sier at det er andre som omtaler de som musikkterapeuter, og at de ofte må se seg nødt til å påpeke at det ikke er riktig.

Den mest fastsatte grensen (boundary) som blir utfordret, ser ut til å være den som er satt av Helsedirektoratet som sier at en musikkterapeut skal ha en godkjent mastergrad innenfor dette feltet (2016). MUH1 sier at hen har vært veldig tydelig på at hen ikke er musikkterapeut når andre har omtalt hen som det, men at hen da blitt omtalt som en musikkpedagog, noe hen heller ikke er. Det kan være et tilfelle av nettopp det å ønske å avgrense, noe som passer med våre forventninger og forutforståelser. Når da flere og flere personer hører om musikkterapi som følge av den økte eksponeringen, virker det kanskje naturlig å kalle disse for musikkterapeuter, uten å nødvendigvis være innforstått med hva det innebærer. Eksempelvis var tilfellet hos MUH3 at verken hen selv eller sjefen var bevisst på at det fantes en musikkterapiutdanning. Samtidig sier MUH3 at hen ble omtalt som musikkterapeut av alle rundt, og da virker det som at disse i det minste var klar over at musikkterapi er noe som finnes, men at det innebærer en mangel på innsikt i hva det omfatter. Da er det

musikkterapien som i større grad må klargjøre og formidle sin identitet. Musikkterapi i Norge er i stadig utvikling, og jo større fagfeltet blir og flere man når ut til, jo tydeligere må musikkterapeutene være på hvem man er og hva som definerer de som musikkterapeuter, da førsteinntrykk ofte befester seg. Det å skape en identitet som lett kan oppfattes utenifra er et viktig aspekt ved å bygge en profesjon (Ruud, 2020), der musikkterapien som profesjon kan beskrives som *gryende* (Stige et al., 2019). Musikkterapien virker å være i en spennende fase av denne profesjonsutviklingen, hvor flere og flere åpner ørene for å lytte til hva man som musikkterapeuter har å si og bidra med, og da må man være i stand til å formidle dette på en tydelig måte. Jeg opplever grensen Helsedirektoratet her har satt som en av få som kan artikuleres ved musikkterapien, men mange virker ikke til å være klar over den. Så skal det sies at denne grensen også kan fremstå som noe porøs, da en autorisasjon må til for at den skal bli satt i stein.

Musikkterapeuter vil sannsynligvis være uenig i oppfatningen til "folk flest" når det gjelder forståelsen av musikkterapi, fordi de har vært gjennom utdanningen og er helt innforstått med hva det innebærer som praksis, disiplin og profesjon. På spørsmål fra MUH1 om musikkterapeutene i fokusgruppen synes det er greit om det blir gitt et tilbud som heter musikkterapi uten at det er en musikkterapeut som gir tilbudet, svarer MT2 at det er noe som bryter med logikken som er inne i rammen av det man har lært om musikkterapi gjennom utdannelsen. Musikkterapeuter har en helt annen innsikt i faget gjennom en masterutdanning. Denne innsikten er ikke noe man lett kan formidle til personer som ikke gjennomgår utdanningen, men dess større og etablert musikkterapien blir i samfunnet, dess større allmennkunnskap kan man kanskje regne med. Dette forutsetter at musikkterapeutene er flinke på å formidle dette hele veien, på en tydelig måte som fører til at denne allmennkunnskapen er så nær musikkterapeutenes oppfatning av faget som mulig. Samtidig vil de mangfoldige grunnutdanningene musikkterapeutene i Norge ofte har (Hodne, 2008; Trondalen, 2006), samt de flerfoldige praksisområdene man befinner seg innenfor kanskje medføre at musikkterapeutene seg imellom har ulike forståelser av hva musikkterapi innebærer. Dette kan gjøre det utfordrende å formidle hva musikkterapi er til utenforstående.

5.1.2 Kompetanse

De ulike kompetanseområdene som ikke er unike for musikkterapeuten bidrar til de uklare grensene som problematiseres. Som redegjort for tidligere, kan musikkterapeutene ha mange ulike kompetanser gjennom ulike grunnutdanninger (Hodne, 2008; Trondalen, 2006). Dette bidrar til å utydeliggjøre musikkterapeutens unike kompetanse. Man kommer heller ikke bort

i fra at noen av kompetanseområdene mellom musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere vil overlappe, slik Even Ruud (2018) fremlegger. Å forsøke å finne noen klare grenser mellom disse vanskeligjøres ytterligere av at MUHene også har ulike utdanninger og kompetanseområder som ligger til grunn.

De av Ruuds (2018) kompetanseområder som er felles for musikkterapeutene og de musikkutøvende helsearbeiderne fremstår å være følgende: Alle de tre musikkutøvende helsearbeiderne har en **musikalsk kompetanse**. Gjennom denne kompetansen har de òg til en viss grad **metodisk kompetanse**, i form av å kunne bruke førstnevnte til å bruke bandspilling, låtskriving, improvisasjon også videre, som er arbeidsformer som er felles med musikkterapeuten. **Kunnskap om målgrupper**, i dette tilfellet målgruppen man jobber med innen rusomsorgen, vil man kunne regne med at MUHen med vernepleierutdanning innehar¹. Denne utdanningen vil også medføre en **relasjons- og kommunikasjonskompetanse**, som MUHen med musikkpedagogutdanning også vil antas å mestre. Vi ser også at deltagerne mener at relasjonskompetanse er noe man kan ha iboende uten å ha hatt det som en del av en utdanning, så i dette tilfellet gjelder denne kompetansen alle tre. Alle disse kompetanseområdene kan anses som overlappende mellom musikkterapeutene og de musikkutøvende helsearbeiderne i fokusgruppen. Dermed blir det naturlig undersøke nærmere hva de opplevde som ulikheter.

Deltakerne i fokusgruppen virket enige i at den mest fremtredende forskjellen i arbeidet deres var den systematiske tilnærmingen og refleksjonen musikkterapeutene gjør seg rundt arbeidet. Dette henger sammen med kompetanseområdet Even Ruud (2018) beskriver som **teori og forskning**, som innebærer at musikkterapeutene har en særegen teoretisk tradisjon, som gir et refleksjonsgrunnlag som inneholder etiske føringer og bevissthet om faglig ansvar og grenser. Dette vil også legge føringer for musikkterapeutenes systematiske tilnærming og kartleggingsarbeid. MT2 forteller at dette systematiske arbeidet også innebærer å jobbe med å få implementert et nytt fag i et helt system, der det er få som vet hva musikkterapeutene egentlig holder på med, og med det må gi informasjon til de man jobber med. Om man jobber med en systematisk tilnærming eller ikke kan være et personavhengig element, som virker å gjelde for noen av de musikkutøvende helsearbeiderne. MH2 påpeker samtidig at hen ikke jobber systematisk i form av kartlegging og dokumentering fordi det ikke er en del av hens arbeidsoppgaver. Man kan dermed ikke hevde at det bare er musikkterapeutene som jobber

¹ Se Fellesorganisasjonens dokument om Vernepleiere i rusomsorg på: <https://www.fo.no/getfile.php/1324057-1578301729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20rusomsorg.pdf>

systematisk, men man kan hevde at grunnlaget for dette systematiske arbeidet vil være forankret i kunnskap om en særegen teoretisk tradisjon, som vil kunne sies å være unik for musikkterapeuten. Slik Ruud (2018) presenterer kompetanseområdene, er det dette som i minst grad er overlappende med andre profesjonsgrupper. Dataene gjenspeiler det samme.

Det skal sies at grunnlaget for disse kompetanseområdene er forankret mye i hvilken bakgrunn den det gjelder har, og man kan finne et bredt omfang av ulike bakgrunner hos de musikkutøvende helsearbeiderne. Dermed kan man ikke konkludere med at erfaringene fra disse deltakerne er generaliserbare og gjeldende for alle. At fire av seks av kompetanseområdene Ruud mener innehas av musikkterapeuter dekkes av andre utøvere, tyder imidlertid på at disse ofte vil grense over i hverandre. Sammen med det Bruscia (2014) mener er spørsmål som fører til dilemmaer for grensesetting i musikkterapien, utgjør dette mange gråsoner som tydeliggjør utfordringen i å fastsette disse grensene. Grensene kan heller sies å forhandles kontinuerlig i et gjensidig samspill, i form av en utveksling av impulser, tjenester og materiale. Ruud (2018) fremhever den sjette kompetansen – **den profesjonelle musikkterapeuten**, som den som skiller musikkterapeutene fra det jeg har valgt å kalle musikkutøvende helsearbeidere, som innebærer at summen av de fem andre kompetansene utgjør den profesjonelle musikkterapeuten. Dermed kan man hevde at musikkterapeuten gjennom utdanningen sin vil være sikret å inneha alle disse kompetanseområdene, mens hos musikkutøvende helsearbeidere vil dette være mer usikkert og varierende ut ifra deres ulike bakgrunner.

Da er det altså i dette tilfellet kun to kompetanseområder som skiller en musikkterapeut fra en musikkutøvende helsearbeider. Dette kan potensielt fremstå som overfladisk og for snevert å regne som det eneste som skiller disse utøverne, til tross for at Ruud (2018) påpeker det som en krevende rolle å forbinde alle disse kompetansene. Samtidig kan det være utfordrende å formulere nøyaktig hvorfor en slik konklusjon kan virke overfladisk. Hos musikkterapeutene i fokusgruppen fremstår det òg som vanskelig for de å artikulere en tydelig forskjell mellom dem og de musikkutøvende helsearbeiderne. Det er et tema MT1 og MT2 sier å ha diskutert seg imellom ved mange anledninger, men som forblir en evig diskusjon. Samtidig virker det som de *vet* de at det er en forskjell, selv om de ikke nødvendigvis klarer å sette definitivt ord på det. Her trer den tause kunnskapen inn som et unevnt og essensielt element inngående i Ruud (2018) sitt sjette kompetanseområde *den profesjonelle musikkterapeuten*. Dette spiller ifølge Grimen (2008) en viktig rolle i profesjonsfagene, og det er derfor nærliggende å anta at dette også er gjeldende innenfor musikkterapi profesjonen.

En slik taus kunnskap kan tenkes å være enda et element i utfordringen med å fastsette klare grenser, da den ikke kan uttales, men heller praktiseres. Den tause kunnskapen innebærer at man vanligvis bare har reflektert oversikt over små deler av dette løst sammensatte og uoversiktlige systemet kunnskapen former på ethvert tidspunkt, og ikke på noe tidspunkt over hele systemet (Grimen, 2008). Dette kan forstås som at den reflekterte oversikten man har til enhver tid skifter basert på hva situasjonen betinger av fokus, men at man altså da aldri har fullstendig oversikt over kunnskapssystemet. Man kan anse dette systemet som en uoversiktlig verktøykasse, der man henter frem det som er nødvendig til den gjeldende situasjonen. En taus kunnskap vil de musikkutøvende helsearbeiderne også inneha, men hvis man ser den i sammenheng med Ruuds kompetanseområde "den profesjonelle musikkterapeuten", vil disse i kombinasjon kunne være det som utgjør musikkterapeutens unike kompetanse. Det er kanskje i møtet mellom praksis og teori at man finner den tause kunnskapen som ligger i musikkterapeutens profesjon.

5.1.3 Praksis

MT1 problematiserer et av spørsmålene Bruscia (2014) mener fører til grensedilemmaer for musikkterapien, nemlig det som omhandler om alt som blir gjort av en musikkterapeut faller innenfor grensene av musikkterapi. Hen trekker frem at hen opplever en forskjell på lavterskeltilbud i form av trivselstiltak og mer langsiktige prosesser som går mer i dybden.

MT1: ... da kunne du si at når en musikkterapeut gjør det, så er det uansett musikkterapi. Mens jeg synes av og til kanskje jeg ikke har lyst til å kalle det musikkterapi, selv om jeg er musikkterapeut da.

MT1 sitt svar på det spørsmålet blir da nei, det er ikke alt en musikkterapeut gjør som er musikkterapi. Dette indikerer at grensene til musikkterapien er av en porøs natur. Hadde det vært motsatt og man var av den oppfatning at alt en musikkterapeut gjør er musikkterapi, kunne man argumentert for at dette er en form for fast og ugjennomtrengelig grense. Hvis man da ser for seg en skala hvor trivselstiltak og terapeutisk behandling er på hver sin ende, vil grensene til musikkterapi kanskje ligge et sted imellom. Å fastsette nøyaktig hvor blir en nærmest umulig oppgave, og vil antakeligvis avhenge av hvem man spør, derav indikasjonen på at den bærer preg av å være porøs. Dette kompliseres ytterligere av at MT3 sier at der hen jobber i et lavterskeltilbud, er det policy å ikke drive behandling, men at hen samtidig jobber med en terapeutisk baktanke. Det er kanskje her man finner samarbeidsgrunnlaget som Ruud

(2020) mener porøse grenser tilbyr, der det foregår en toveis utveksling av impulser, tjenester og materiale.

Deltakerne diskuterer videre om klare grenser har noe å si for brukerne. Deltakerne fremmet deres syn på fordeler og ulemper ved det å gå til en musikkterapeut eller det å gå til en musiker. På den ene siden kan det å vite at man går til en musikkterapeut ha den effekten at man åpner seg mer, da man kommer med en forventning om at man skal si noe om seg selv. På den andre siden kan det å gå til en musiker medføre mindre grad av stigma, da man unngår terapibegrepet. MUH1 mener at dette igjen vil være personavhengig, at for de brukerne med en musikalsk bakgrunn er det kanskje mer nærliggende å ville gå til en musiker, mens en bruker uten musikkfaring kanskje vil oppleve det som vanskelig å gå til en musiker, men heller tiltrekkes av terapibegrepet. Dette bunner i terskelen for deltakelse. Dette tyder på at Powell (2004) har rett i å mene at en nærmere link mellom disiplinene vil øke muligheten til å gi musikk til alle, da man med dette tilbyr et rikere sett med alternativer og tilrettelegger mer for brukernes behov og ønsker. Dermed vil ikke det å skille musikkterapeuter fra andre personer som har bruksmusikkkompetanse, som Krüger (2018) sier, kun bidra til å kvalitetssikre musikkterapien, men også tydeliggjøre alternativene som finnes for brukerne tilpasset deres behov.

5.2 Fagfeltets utvikling

Her vil den andre delen av problemstillingen diskuteres, altså hvordan grensene ved musikkterapiens fagfelt *kan forstås i lys av fagfeltets utvikling*.

5.2.1 Konkurrerende områder

På et tidspunkt i intervjuet kastet jeg ut en liten "brannfakkell" ved å spørre om hva som er poenget med musikkterapiutdanningen når personer som ikke har den befinner seg innenfor lignende praksisområder. Da svarte en av de musikkutøvende helsearbeiderne:

MUH3: Altså hvis du ikke har det i blodet så trenger du en master, hvis du har det så kan du hoppe over ...

Det er viktig å understreke at dette nok var ment som et forsøk på å forstå min baktanke med spørsmålet, og ikke deltakerens egen mening. Dette er likevel et interessant moment, som trolig kan ha vært en virkelighet noen år bakover i tid. Dette begrunnes i at deltakerne som er musikkutøvende helsearbeidere har til felles at de har god relasjons- og mellommenneskelig

kompetanse, en interesse for å jobbe med mennesker, og innehar gode musikalske ferdigheter. Med andre ord at de "har det i blodet", eller en *lay practice* (Stige, 2002). Denne interessen og kompetansen gjorde at de fikk arbeid innen praksisområder som grenser til eller går over i musikkterapeutiske praksisområder. Samtidig gjenspeiler de musikkutøvende helsearbeidernes utsagn påvirkningen av musikkterapiens vekst de siste årene i Norge. To av de tror ikke at de hadde fått jobben i dag, og bruker ordene "en utdøende rase". Dette henger godt sammen med den økte anerkjennelsen for musikkterapi fra helsemyndighetene, gjennom å ha blitt innlemmet i retningslinjene for rusomsorg og psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, 2016). Her står det som nevnt at musikkterapien skal utføres av en med godkjent utdanning innen musikkterapi. Dermed er det forståelig at de musikkutøvende helsearbeiderne er en "utdøende rase". I musikkterapistillingene som har vært lyst ut det siste året har det stått under kvalifikasjoner at man må ha en godkjent utdanning som musikkterapeut. Dette tyder på at arbeidsgivere er bevisst på retningslinjene og tar de på alvor. Dette vil ikke nødvendigvis føre til at de musikkutøvende helsearbeiderne vil "dø ut", men at man i samfunnet kommer til å bli tydeligere på stillingstittelen "musikkterapeut" som noe eget. Som Krüger (2018) sier, så skal ikke musikkterapeuter ha monopol på bruk av musikk som helsefremmende virkemiddel, men det er nødvendig å fremheve den kompetansen musikkterapeuter har. Det virker som det er denne retningen man nå går i. Da er det uheldig at myndighetene bruker begrepet "musikkterapi" når det er snakk om kursing av helsepersonell til bruk av musikk som helsefremmende middel (Stige et al., 2019).

De musikkutøvende helsearbeiderne sier at den økte anerkjennelsen og kunnskapen om musikkterapi, muliggjort av musikkterapeutenes formidling av faget, har styrket deres arbeidsroller i form av at musikkbruken deres i arbeidet blir anerkjent som en form for behandling fremfor underholdning. Dette kan være en faktor i konkurransesituasjonen som Stige et al. (2019) anser som meget krevende, til tross for den økte anerkjennelsen av musikkterapi. Man kan kanskje derimot hevde at den er blitt krevende **som følge** av den økte anerkjennelsen. Selv om man blir klarere på bruken av begrepet "musikkterapi", vil man fortsatt kunne stå i konkurranse med lignende stillinger som unngår å bruke begrepet. De musikkutøvende helsearbeiderne i fokusgruppen har ikke stillingsbetegnelser som musikkterapeut, men kan likevel anses til å ha roller som "konkurrerer" med musikkterapeuten.

Konkurranse er antageligvis ikke til å unngå, men selv om det er en utfordring, kan man bruke det som noe positivt for å styrke musikkterapien. I næringslivet og idretten bidrar

konkurransen til å skape vekst og innovasjon, og det er ikke utenkelig å tro at konsekvensene av konkurranse kan føre til det samme på dette området også, som kan bidra til å gi det beste tilbudet for brukerne. Helt konkret kan denne konkurransen eksempelvis legge et press på musikkterapeutene til å være enda tydeligere i hvilken kompetanse de innehar. Det kan og gi en ekstra motivasjon til å formidle faget videre fremover, som vil bidra til vekst, for å blant annet kunne utvikle og tilgjengeliggjøre musikkterapitjenestene i en mer rettferdig geografisk spredning. I dag er dette ujevnt fordelt på landsbasis (Halås, 2019).

Konkurransen vil og kunne føre til økt refleksjon rundt egen praksis, og som Stige (2002) sier, kan dette føre til at en evaluerer antakelser og prosedyrer som er tatt for gitt. Man skal heller ikke se bort i fra at de musikkutøvende helsearbeidernes arbeid vil bidra til at helsesektoren i større grad ser helsegevinsten av musikk i behandling, og at man da får en form for gjensidig påvirkning fra musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere og alt det medfører. Dette synes å være tilfellet når MUH3 sier at hen ikke ble så mye brukt i poliklinikken til å begynne med, men at det ikke tok lang tid før det ble populært. Dermed kan det sies at både musikkterapeuter og musikkutøvende helsearbeidere som gjør en god jobb bidrar i et felles arbeid med å formidle musikkens muligheter innen helsearbeid.

5.2.2 Å beskytte et fagfelt

I intervjuet kommer det frem at de musikkutøvende helsearbeiderne har erfaring med å bli møtt negativt av musikkterapeuter som følge av sin bruk av musikk som helsevirkemiddel, med en som har følt seg som en trussel fra scenen, og en annen som har følt på et mindreverdigdomskompleks som følge av tilbakemeldingene. De fikk blant annet høre veldig klart at "det var farlig for andre enn musikkterapeuter å bruke musikk". Frykten for konkurranse har antakelig vært en medvirkende faktor til behovet for å beskytte feltet. Dette betyr ikke at behovet for å beskytte ikke også stammer fra et oppriktig ønske om å sikre riktig tilbud til brukerne, men det er nærliggende å tro at i en tid der man forsøker å etablere en profesjon og i så måte er i en sårbar posisjon, vil det være naturlig å ønske å beskytte seg fra det som kan true denne prosessen. Når man da ser personer som trer inn i samme områder og bruker musikk uten å være utdannede musikkterapeuter, er dette noe som kan true fagfeltet. Dette henger nok også sammen med det Lauvås & Lauvås (1994) sier om at man har investert mye av seg selv i form av hardt arbeid, utdanning og spesialisering, for å legge under seg det man til slutt betrakter som sin eiendom.

Lauvås & Lauvås (1994) sier at om et fagmiljø føler seg truet utenfra, oppvises en felles enighet og felles front mot det som oppfattes som en fare for fagets betydning og eksistens. Det virker ikke å ha vært en slik felles front blant musikkterapeutene, da en av de musikkutøvende helsearbeiderne påpekte at hen ikke ble møtt på denne måten av alle musikkterapeuter, men og opplevde en inkluderende holdning. Men med tanke på at flere av de musikkutøvende helsearbeiderne har hatt lignende erfaringer, fremstår det imidlertid som at en avvisende holdning har ligget til grunn hos flere musikkterapeuter. Som Stige (2002) påpeker kan det være legitime grunner til å beskytte faget. Måten det er gjort på i erfaringene delt av deltakerne virker imidlertid å stride mot de etiske verdiene samfunnsmusikkterapien bygger på av respekt og likeverd. Eksempelvis er det å hevde at *det er farlig for andre enn musikkterapeuter å bruke musikk* å ta beslag på bruken av musikk som helsevirkemiddel, noe Krüger (2018) sier at musikkterapeutene ikke har til hensikt å gjøre. Her fremstår musikkterapeutene som *the sole expert*, som bryter med de refleksive kvalitetene av samfunnsmusikkterapien, som heller inviterer til forhandling mellom alle involverte parter og taler imot musikkterapeuten som en slik ekspert (Stige & Aarø, 2012). Når man har personer som uvitende feilaktig kaller seg for musikkterapeut eller blir feilaktig kalt det av omgivelse, kan veien å gå for å unngå dette være å jobbe på systemnivå for å få til en endring, fremfor å gå til kritikk mot enkeltpersoner. Da er det antakeligvis mer hensiktsmessig og i tråd med musikkterapiens verdier å møte disse med bevisstgjøring og opplysning.

Et viktig moment er at det virker som at denne negative mottakelsen var mer fremtredende noen år bakover i tid. Deltakerne sier ikke dette rett ut, og det er noe som burde ha blitt spurt om for å få klarhet i det, men når de forteller om erfaringene sine sier de blant annet:

"(...) i starten da, nå er dette lenge siden da, men da ble jeg ikke tatt så godt imot av musikkterapeuter"

Det har tilsynelatende skjedd en holdningsendring i takt med musikkterapiens utvikling som fagfelt og yrkesposisjon. Musikkterapeutene i fokusgruppen uttrykte i tillegg at det er synd at de musikkutøvende helsearbeiderne er blitt møtt på denne måten. Den økte anerkjennelsen av, akademiseringen av og kunnskapen om musikkterapi kan ha ført til at man ikke opplever den samme sårbarheten og behovet for å beskytte fagfeltet. Dette kommer også til uttrykk ved at en av de musikkutøvende helsearbeiderne sier at de samme som har gitt negative tilbakemeldinger i ettertid har gitt positive tilbakemeldinger.

En løsning for å beskytte fagfeltet er om musikkterapien hadde fått autorisasjon, og dermed gitt musikkterapeutene en beskyttet tittel. Dette vil kunne bidra til å sørge for at personer uten utdanningen ikke blir omtalt som musikkterapeuter, som igjen vil kunne bidra til å klargjøre grensene mellom de med og de uten utdanningen. Samtidig er det å bruke musikk som et virkemiddel noe som man ikke vil kunne beskytte, da dette vanskelig kan kontrolleres – dersom dette hadde vært ønskelig. Da må man også kunne svare på spørsmålene Bruscia mener er dilemmaskapende for grensene. Blant disse: *hvilke type musikkopplevelser kvalifiserer som et medium for terapi?* og *hvilke forhold og omstendigheter avgjør når musikkopplevelser blir terapi?* (Bruscia, 2014). Med tanke på alle de ulike kontekstene musikkterapiene befinner seg innenfor, samt at man med samfunnsmusikkterapiens inntog og recoveryfilosofien som teoretisk grunnlag går i retning av å ønske å minske avstanden mellom ordinær musikkaktivitet og det som foregår i regi av musikkterapeuter (Ruud, 2018), vil det å gi et definitivt svar på disse spørsmålene som tilfredsstillende denne retningen være meget krevende, om ikke umulig. En autorisasjon vil imidlertid kanskje kunne beskytte bestemte måter å bruke musikken som et virkemiddel på, knyttet til forskning, teori, strukturer og systemer.

5.2.3 Samarbeid

Når man først lever side om side, til tross for at det kan anses som en konkurranse, er det hensiktsmessig å utforske hvilke samarbeidsmuligheter som ligger til grunn, som Ruud (2010) og Stige (2002) oppfordrer til. Dette gjør seg gjeldende når grensene ved musikkterapiens fagfelt fremstår som porøse. Slike porøse grenser leder til spørsmål knyttet til samarbeid (Ruud, 2020).

Det å samarbeide var noe alle deltakerne i intervjuet virket positive til. Dette kan tilnærmes på to måter. MT1 sier at på den ene siden har du hva man kan utveksle av musikalsk kompetanse. På den andre siden har du det man sitter igjen med hvis man tar vekk det musikalske i det. Hen beskrev det som rart at det av og til blir til at de som ikke er musikkterapeuter blir *bare ikke musikkterapeuter*, som om det er noe mindre og underordnet. Tar man vekk musikken i det, er det *det andre* som er forskjellen på musikkterapeutene og de musikkutøvende helsearbeiderne. Den som ikke er musikkterapeut vil fortsatt kunne være en psykolog, pedagog eller vernepleier, for å nevne noe. Ser man det på denne måten, kan samarbeid i denne sammenheng anses som et tverrfaglig samarbeid. De musikkutøvende helsearbeiderne i fokusgruppen vil da ha vernepleierfaglig og pedagogisk kompetanse som musikkterapeutene kan lære av.

Personavhengige ferdigheter blir og relevant, da eksempelvis MUH2 mener hen kan lære vekk det å beholde roen når en kaotisk situasjon oppstår i arbeid med brukere. Dette er en ferdighet som kan anses som iboende, og ikke nødvendigvis kan knyttes direkte til noen utdanning. Slike iboende ferdigheter er noe man kan inneha uavhengig av om man er musikkterapeut eller musikkutøvende helsearbeider, og tydeliggjør fordelene av samarbeid generelt. Ser man dette opp mot det Stige (2002) omtaler som *lay practice*, kan man omtale en slik iboende kunnskap som *lay knowledge*, altså en type underliggende kunnskap basert på erfaringer og opplevelser. Musikkterapeuter vil også bringe med en *lay knowledge*, men der musikkutøvende helsearbeidere kanskje i større grad vil knytte denne iboende kunnskapen opp mot sitt praktiske arbeid i musikk og helse, vil man kunne anta at musikkterapeutene heller forankrer arbeidet sitt i en mer vitenskapelig teoretisk kunnskap tilegnet gjennom utdanningen.

MT2 forteller at det hen har lært av å jobbe med MUH3 først og fremst er å få et annet perspektiv utover det hen beskriver som en boble man blir sittende i av å bare jobbe med musikkterapeuter i fagmiljøet. Hen forteller også at hen er blitt farget av å jobbe i en medisinsk kontekst over lengre tid i form av å fokusere mer på diagnoser og problemer fremfor å ha fokus på "det friske" som var utgangspunktet. Da har det å samarbeide med en musikkutøvende helsearbeider bidratt til å minne på ressurser og å få andre innfallsvinkler. Dette henger godt sammen med det Stige (2002) sier om at man gjennom en slik samarbeidsrelasjon kan være i stand til å evaluere antakelser man tar for gitt. I dette tilfellet har man kanskje som musikkterapeut tatt det for gitt at man har et fokus på det friske og ressursene til klientene, og ikke vært bevisst på at man er blitt dratt i en annen retning. Bare det at de musikkutøvende helsearbeiderne eksisterer som praksisutøvere fører til en egenartet refleksjon hos musikkterapeutene rundt egen praksis, som kommer til uttrykk i MT1 og MT2 sine fortellinger om at de har diskutert det MT2 omhandler som et "uendelig tema der diskusjonen aldri stopper". MT1 beskriver meningen med diskusjonene som å være en rettferdiggjøring av egen praksis.

Veiledning blir også aktuelt innenfor samarbeidet. MUH3 sier at hen allerede har fått veiledning fra en musikkterapeut, og MUH1 forteller at hen setter pris på kunnskapen musikkterapi har formidlet til hen. Når Sæther (2008) snakker om veiledning, tar hun muligens utgangspunkt i å veilede personale som ikke bruker musikk til vanlig når hun sier at de som mottar veiledning av musikkterapeuter ikke skal utføre musikkterapi, men få hjelp til egen anvendelse av musikk i sitt arbeid. Dette i form av blant annet å hjelpe personalet til å ta

fram eller gjenoppdage egne musikalske ressurser. For musikkutøvende helsearbeidere som allerede anvender sine musikalske ressurser, vil det kanskje være mer aktuelt å veilede med mål om å øke refleksjonsnivået rundt bruken av sine musikalske ressurser i møte med brukerne. Som tidligere nevnt var det av Ruuds (2018) kompetanseområder som omhandler teori og forskning det som synes å være den som i minst grad er overlappende, så det er kanskje først og fremst det musikkterapeutene bør fokusere på i veiledningsmøte med de musikkutøvende helsearbeiderne. Dette vil potensielt medføre en minskning i avstanden mellom utøverne, og i enda større grad utydeliggjøre grensene. Samtidig kan man også tenke det motsatte, at en slik utveksling fremhever teori og forskning som et unikt kompetanseområde hos musikkterapeuten, og derfor er det denne som i størst grad må overføres i en veiledningssituasjon. Dette kan da kanskje og medføre en økning i kvalitetssikringen av tilbudene som gis til brukerne, men at det skjer på tvers av hvem som står for de, fremfor at det kun kvalitetssikrer musikkterapeutenes tilbud. Dermed vil det å omfavne samarbeid fremfor å forsøke å fraskille hverandre kanskje være til det beste for brukerne, som er hovedmålet med et tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 1994). Dette vil også kunne føre til at musikk som helseressurs blir mest mulig tilgjengelig, ved å ikke bare tillate andre aktører, men å aktivt bidra til det.

6. Avslutning

Denne oppgaven har vært en kvalitativ forskningsstudie som har utforsket grensene ved musikkterapiens fagfelt. Dette er blitt gjort gjennom et fokusgruppeintervju med seks deltakere som har erfaring fra rusomsorgen, hvorav tre er musikkterapeuter og tre er musikkutøvende helsearbeidere. Studien har dermed forsøkt å få innsikt fra ulike sider av disse grensene. Spørsmålet om musikkterapiens grenser har vist seg å romme en stor bredde. Noe av det jeg har oppdaget på veien er hvor utfordrende det er å diskutere de, fordi de fremstår som uklare i et hav av gråsoner, med flere temaer som spiller inn. Ved å samle disse temaene har jeg forsøkt å gi et svar på problemstillingen: *hvordan forhandles grensene ved musikkterapiens fagfelt, og hvordan kan dette forstås i lys av fagfeltets utvikling?* Det er antakeligvis flere temaer som spiller inn som ikke er berørt her, men basert på mine undersøkelser vil jeg komme med noen konkluderende tanker ved å sammenfatte funnene i lys av rammene som foreligger for studien. Jeg vil så komme med noen kritiske bemerkninger, og si noe om hvilke implikasjoner studien kan ha for videre forskning.

6.1 Grensene er i stor grad porøse

Innledningsvis viste jeg til sosiologen Richard Sennett (referert i Ruud, 2020) som skiller mellom rigide og porøse grenser, der de rigide viser til ganske faste grenser som er mer eller mindre ugjennomtrengelig, og de porøse er av en type grense hvor det foregår en toveis utveksling av impulser, tjenester og materiale. Den mest rigide grensen synes å være den Helsedirektoratet har gitt i retningslinjene som sier at en musikkterapeut må ha en godkjent masterutdanning. Samtidig er retningslinjene å anse som føringer fremfor lovverk, så fullstendig rigid er den ikke. Funnene viser til at grensene utover dette i stor grad kan anses som porøse, da man har flere kompetanseområder som overlapper mellom musikkterapeutene og de musikkutøvende helsearbeiderne, og i praktisk arbeid med brukerne har lignende tilnærminger. Den porøse naturen kommer også av at man ikke kan besvare det som nærmest kan anses som filosofiske spørsmål på en entydig måte. Disse porøse grensene har antakeligvis òg bidratt til musikkterapiens uklare identitet. Samtidig er kausaliteten her usikker, da den uklare identiteten og kan være bidragsyter til grensenes porøsitet. Det er imidlertid kanskje nettopp det at grensene er porøse som har gitt mulighetene for det brede praksisomfanget man finner i musikkterapien. Studiens funn tyder videre på at taus kunnskap spiller en viktig rolle som en del av den profesjonelle musikkterapeuten i adskillelsen fra de musikkutøvende helsearbeiderne. Taus kunnskap noe som ikke kan dokumenteres, så den

bidrar ikke til å klargjøre grensene. Den viser seg heller som en grense mellom utøverne som ikke kan artikuleres.

6.2 Utviklingen av musikkterapi har forskjøvet og formet grensene

Det fagpolitiske arbeidet musikkterapeutene har gjort i Norge ved å intensivere akademiseringen og formidlingen av faget, har resultert i en økt anerkjennelse fra helsemyndighetene. Dette har befestet musikkterapien i økende grad som helseressurs. Funnene tyder på at dette har ført til at musikkterapeutene ikke opplever seg som like sårbare som de kanskje gjorde for 10-15 år siden. I denne mer sårbare perioden virker det blant noen musikkterapeuter å ha vært et behov for å beskytte faget fra de truende heterodokse praksisene. En fikk blant annet høre at det er farlig for andre enn musikkterapeuter å bruke musikk, som kan anses som et forsøk på å sette en rigid grense på bruken av musikk som helseressurs. Dette kan ha vært tilfelle av å fremme det som i utgangspunktet er porøse grenser som rigide, uten å ha grunnlag for det i et forsøk på å beskytte faget. Med den nevnte utviklingen av faget virker imidlertid pendelen å ha snudd, og det fremstår som at man nå er mer aksepterende for de heterodokse praksisene, kanskje fordi man føler at posisjonen musikkterapien har er nok befestet til at man ikke trenger å skyve disse vekk. De musikkutøvende helsearbeiderne i fokusgruppen forteller at musikkterapeutenes gode evne til å formidle musikkens muligheter har bidratt til at deres bruk av musikk som helseressurs blir tatt mer på alvor, som kan ha ført til å minske avstanden mellom utøverne. Dermed har dette gjort grensene mer porøse.

6.3 Samarbeid er veien videre

Den økte interessen for musikkterapi, men òg for kultur og helse generelt i forskning, media og samfunn og tjenester, kan ha ført til at andelen av heterodokse praksisaktører øker. Det at disse aktørene trer inn på musikkterapeutenes områder i større og større grad vil sannsynligvis føre til at musikkterapeutene blir nødt til å forholde seg til de i et kollegium. Dette blir enda mer aktuelt med det nyopprettede studieprogrammet innen community music på Høgskolen på Vestlandet. I en slik situasjon står musikkterapeutene ved et veivalg: kjempe for å skyve disse aktørene unna, eller akseptere tilstedeværelsen deres. Det er det sistnevnte som virker å være retningen man går i. Dette kan anses som et naturlig utfall når grensene i stor grad er porøse, for da vil man aldri kunne kreve enerett på musikk som helsevirkemiddel. Samtidig er ikke det mest hensiktsmessige at man bare skal akseptere dette, men aktivt bidra til det. Funnene viser til at det ligger spennende muligheter innenfor samarbeid, der en

konsekvens blant annet kan være at musikkterapeutene blir tvunget til å reflektere over egen praksis ved å se den i lys av andre praksiser. Man vil og kunne styrke hverandre, gjennom blant annet at musikkterapeutene kan veilede de musikkutøvende helsearbeiderne på de kompetanseområder de ikke innehar. Utvekslingen av kompetanse vil òg kunne være gjensidig, da de musikkutøvende helsearbeiderne med deres unike bakgrunner vil kunne gi musikkterapeutene nye måter å tenke på, blant annet i form av refleksjoner som går utover den særegne teoritradisjonen musikkterapien er forankret i.

6.4 Kritiske bemerkninger og videre forskning

Å gjennomføre et masterprosjekt innebærer en læringsprosess som forsker, og da er det naturlig å påpeke kritiske bemerkninger. Gjennom masterprosessen har jeg opplevd det å utforske musikkterapiens grenser som et svært omfattende tema. At deltakerne virket å oppleve det som krevende å finne entydige svar på spørsmålene rundt tematikken, gjenspeilet hvor utfordrende jeg opplevde det å bestemme hvilke områder tematikken skulle forankres i. Dette gjorde det også krevende å utforme en intervjuguide som stimulerer til en bred refleksjon hos deltakerne. I etterkant ser jeg at det var rom for interessante oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet som jeg ikke oppfattet der og da, som kanskje kunne bidratt til å avdekke flere spennende refleksjoner. Samtidig er inntrykket at deltakerne fikk delt det de satt inne med, som òg ble forsøkt å sikre med det siste kontrollspørsmålet *er det noe dere sitter inne med som vi ikke har vært innom?* En annen svakhet er at datamaterialet er generert fra få personer, og man skal dermed være forsiktig med å trekke definitive generaliserte slutninger basert på dette. Samtidig har deltakerne som ble rekruttert ulike bakgrunner, og er kvalifisert til å uttale seg for å belyse problemstillingen. Som med all hermeneutisk forskning må man og ta hensyn til at min forut-forståelse av tematikken kan ha påvirket refleksjonene mine, til tross for at jeg kontinuerlig har forsøkt å ha et kritisk blikk på mine egne oppfattelser.

Litteratursøket viser at tematikken er blitt diskutert og problematisert ved flere anledninger, og jeg håper oppgaven har bidratt til å belyse denne på en ny måte gjennom å tilnærme seg fra en norsk kontekst, med datamateriale generert av aktører som står midt oppi situasjonen. Jeg håper også at perspektivene som er fremmet vil være verdifulle for andre. Det være seg en bevissthet på de porøse grensene, hvor man finner likheter og forskjeller, hvordan man som musikkterapeuter bør møte disse "konkurrentene", og vurdering av om samarbeid er hensiktsmessig og refleksjon rundt hvilke muligheter dette byr på. For fremtidig forskning vil det kunne være aktuelt å gjennomføre større forskningsprosjekter for å få et enda bredere

perspektiv på tematikken. Det vil også kunne være nyttig å gå enda dypere inn i hvordan samarbeid kan fungere i praksis, for å bidra til et best mulig tilbud for brukerne. Ettersom deltakerne spekulerer i hva det har å si for brukerne om hvem som står for tilbudet, vil det også kunne være formålstjenlig å utforske tematikken fra et brukerperspektiv. Det vil òg på et tidspunkt være interessant å se musikkterapeutene i Norge opp mot de som nå utdanner seg som community musicians. Videre forskning på musikkterapien som profesjon kan dermed bidra til å utforske hvilke grenser det er grunnlag for å sette, og hvilke som fører til samarbeid i musikkterapiens grenseland.

7. Litteraturliste

- Aigen, K. S. (2013). *The Study of Music Therapy*. New York & London: Routledge.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. Hentet 30. mai 2019 fra <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1590/1349>
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy* (2. utg.). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3. utg.). University Park: Barcelona Publishers.
- Bunt, L. & Stige, B. (2014). *Music Therapy: An Art Beyond Words* (2. utg.). London & New York: Routledge.
- Fancourt, D. & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and wellbeing? A scoping review*. København: World Health Organization.
- Garred, R. (2006). *Music as therapy : a dialogical perspective*. Gilsum, N.H: Barcelona Publishers.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Gouk, P. (2000). *Musical healing in cultural contexts*. Brookfield, Vermont: Ashgate.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halås, M. S. (2019). Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge - En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsetningsforhold. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, C. (1998). *Doing a literature review : releasing the social science research imagination*. London: Sage Publications.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal, faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018a). Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2018b). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2020). *Kompetanseløft 2020*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi*. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Horden, P. (2000). *Music As Medicine: The History of Music Therapy since Antiquity*. London & New York: Routledge.
- Johansson, K. (2017). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*.

- King, N. & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. London: Sage.
- Klausen, A. O. (2016). – Fag for fremtiden. Hentet 29. mai 2020 fra <https://www.ballade.no/bransjen/fag-for-fremtiden/>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5. utg.). Los Angeles: Sage.
- Krüger, V. (2018). Musikkterapi til de heldige få, eller musikkterapi til alle som trenger det? Hentet 21. mai 2020 fra <https://www.ballade.no/politikk-debatt/musikkterapi-til-de-heldige-fa-eller-musikkterapi-til-alle-som-trenger-det/>
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarv, S. (2014). *Vitenskapsteori : tradisjoner, posisjoner og diskusjoner* (2. utg.). Oslo: Novus.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. (1985). *Liv og forvitring i vårt samfunn*. Tromsø: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Matney, B. (2019). A Knowledge Framework for the Philosophical Underpinnings of Research: Implications for Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 1-29. doi: 10.1093/jmt/thy018
- Michel, D. E. (1976). *Music Therapy: An introduction to therapy and special education through music*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- MMB. (2020). Musikkbasert miljøbehandling. Hentet 21. mai 2020 fra <https://musikkbasertmiljobehandling.no/>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (Qualitative research methods, Vol. 16. 2. utg.).
- MusicWorks. (u.å.). A BRIEF HISTORY. Hentet 29. mai 2020 fra <http://musicworks.org.za/why-music-works/about-us/>
- Myskja, A. (2018). En oppklaring om musikkterapi og musikkbasert miljøbehandling. Hentet 21. mai 2020 fra <https://forskning.no/debattinnlegg-psykiske-lidelser-aldring/debattinnlegg-en-oppklaring-om-musikkterapi-og-musikkbasert-miljobehandling/1160259>
- NMH. (u.å.). Masterstudiet i musikkterapi. Hentet 24. mars 2020 fra <https://nmh.no/studier/master/master-musikkterapi>
- O'Grady, L. & McFerran, K. (2007). Community Music Therapy and Its Relationship to Community Music: Where Does It End? *Nordic journal of music therapy*, 16(1), 14-26. doi: 10.1080/08098130709478170
- Oosthuizen, H., Fouché, S. & Torrance, K. (2007). Collaborative Work: Negotiations between Music Therapists and Community Musicians in the Development of a South African Community Music Therapy Project. *Voices: A World Forum for Music Therapy*.
- Pavlicevic, M. (2004). Learning from *Themba lethu*: Towards Responsive and Responsible Practice in Community Music Therapy. I M. Pavlicevic & G. Ansdell (Red.), *Community Music Therapy* (s. 35-48). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith.

- Powell, H. (2004). A Dream Wedding: From Community Music to Music Therapy with a Community. I M. Pavlicevic & G. Ansdell (Red.), *Community Music Therapy* (s. 167-186). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Procter, S. (2004). Playing Politics: Community Music Therapy and the Therapeutic Redistribution of Musical Capital for Mental Health. I M. Pavlicevic & G. Ansdell (Red.), *Community Music Therapy* (s. 214-233). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling : teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi*. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Ruud, E. (2010). *Music therapy : a perspective from the humanities*.
- Ruud, E. (2018). Kronikk: Lik, men unik - Om musikkterapeutisk profesjonsforståelse og avgrensninger til andre aktører på musikk- og helsefeltet. Hentet 23. januar 2020 fra <https://www.musikkterapi.no/nyheter/kronikk-lik-men-unik>
- Ruud, E. (2020). Norsk musikkterapi – skisse av en profesjonshistorie og noen tanker om en norsk musikkterapeutisk identitet. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2020/4/3/norsk-musikkterapi-skisse-av-en-profesjonshistorie-og-noen-tanker-om-en-norsk-musikkterapeutisk-identitet?fbclid=IwAR2iNFMeuPto9q98IrWrAIJPIPoIhuSfPw0Yj5KBKFNCbtml4Dc5cwwprUw>
- Sæther, R. (2008). Musikkterapeuten som veileder for annet fagpersonale. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 317-329). Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- SANGONeT. (2014). New Name, New Look for Music Therapy Community Clinic. Hentet 29. mai 2020 fra <http://www.ngopulse.org/article/new-name-new-look-music-therapy-community-clinic>
- Stedje, K., Engen, R. B. & Golubovic, J. (2018). Du trenger utdanning for å drive med musikkterapi. Hentet 21. mai 2020 fra <https://forskning.no/debattinnlegg-aldring-musikk/du-trenger-utdanning-for-a-drive-med-musikkterapi/1160362>
- Stige, B. (2002). *Culture-centered music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2008a). Musikkterapiforskning - mellom praksis og akademia. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 49-66). Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. (2008b). Samfunnsmusikkterapi - mellom kvardag og klinikk. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 139-160). Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. Florence: Florence, US: Taylor and Francis.
- Stige, B., Schmid, W., Solli, H. P. & Trondalen, G. (2019). *Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi*. Upublisert manuskript. Bergen/Oslo.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy : an intersubjective perspective*. Dallas, Tex: Barcelona Publishers.

- Veblen, K. K. (2007). The Many Ways of Community Music. *International Journal of Community Music*, 1(1), 5-21.
- Wheeler, B. L. (2016). Principles of Interpretivist Research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music therapy research* (3. utg., s. 131-141). Dallas, Texas: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. L. & Bruscia, K. E. (2016). Overview of music therapy research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music therapy research* (3. utg., s. 1-9). Dallas, Texas: Barcelona Publishers.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 446253 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 25.09.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Musikkterapeuter og annet helsepersonell i arbeid med rusbehandling og musikk”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan helsepersonell som ikke er utdannede musikkterapeuter bruker musikk i forhold til en musikkterapeut i helsearbeid med mennesker. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave som vil undersøke hvordan helsearbeidere som ikke er musikkterapeuter bruker musikk i sitt arbeid med mennesker, samt sette dette opp mot en musikkterapeut sitt arbeid. Man finner mange felles kompetanseområder mellom en musikkterapeut, musikkpedagog, musiker og helsepersonell. Jeg ønsker dermed å se nærmere på profesjonsidentiteten til musikkterapeuter, og undersøke hvor, om i det hele tatt, denne avgrenses. Et formål vil også være å se om det er noe de ulike profesjonene kan lære av hverandre på dette området. Aktuelle problemstillinger vil være "når blir bruk av musikk terapeutisk?", "hvem har rett til å bruke musikk terapeutisk?" og "hvordan bruker helsearbeidere som ikke er utdannet musikkterapeut musikk i forhold til en musikkterapeut i sitt helsearbeid?". For å avgrense prosjektet vil jeg holde det innenfor rusomsorgen.

Prosjektet er en masteroppgave på musikkterapistudiet ved Universitetet i Bergen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker både deltakere som er musikkterapeuter og annet helsepersonell som bruker musikk i sitt helsearbeid innenfor rusomsorgen, ideelt sett tre fra hver profesjon. Veileder på prosjektet har hatt kjennskap til aktuelle kandidater.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju. Det vil ta ca. 45-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om egen arbeidspraksis med bruk av musikk, og hva du tenker om musikk som et terapeutisk middel i behandling. Det blir tatt lydopptak, før svarene blir transkribert i tekstformat.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til opplysningene vil være masterstudent og prosjektveileder.
- Datamateriale vil lagres på UiB sin egen sikkerhetsserver med navn SAFE. Lydopptaket vil overføres så fort det lar seg gjøre, og følgelig slettes fra utstyret. Så fort svarene er transkribert, vil lydopptaket slettes også fra sikkerhetsserveren. Innen datamaterialet er overført, vil lydopptaker være innelåst.

Personopplysninger som vil brukes i publisering vil være arbeidsfelt og arbeidsstilling til deltakerne.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 25.09.20. Lydopptak vil som nevnt ovenfor slettes fortløpende. Alle personopplysninger og kontaktinformasjon vil også slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved prosjektansvarlig Lars Tuastad – tlf. 45488282 – e-post: lars.tuastad@uib.no / Student Tobias Mannes – tlf. 91725009 – e-post: tobias.mannes@student.uib.no
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Lars Tuastad
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Tobias Mannes
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Musikkterapeuter og annet helsepersonell i arbeid med rusbehandling og musikk», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et fokusgruppeintervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes, i dette tilfellet arbeidsfelt og arbeidsstilling

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 25.09.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

- 1. Kan du fortelle litt om yrkesinnholdet ditt? (Hva som inngår i arbeidet) (Hvor mye er retta mot musikk) klientarbeids vs kontorarbeid. I rusarbeid. Hva er vektlagt i utdanningen? Hva er yrkestittelen din?*
- 2. Hvor mye og hvordan bruker du musikk i arbeid med brukere?
(Vil du si at du bruker musikken aktivt som et redskap i behandlingen du tilbyr? Hva er det med musikk som gjør at du velger å bruke dette i arbeidet ditt?) Hvor stor del av behandlingen du tilbyr er det? Brukermedvirkning. Recovery. Eksempel på når det har fungert bra og når det har fungert dårlig?*
- 3. Har tematikken som blir tatt opp vært noe dere må forholde dere til?*
- 4. Hva tenker du om musikkterapeuters musikkbruk i forhold til ditt? / Hva tenker du om annet helsepersonells musikkbruk i forhold til ditt?*
- 5. Hvilke kompetanseområder tenker du det er nødvendig å inneha for å bruke musikk i behandling?*
- 6. Hvilke fordeler/ulempeser du med å ha / ikke ha musikkterapiutdanning i musikkarbeidet?*
- 7. Hvordan kan man utfylle hverandre? Tilføre hverandre noe. Mulighet til samarbeid?*
- 8. Er det greit at det er gråsoner, eller burde man jobbe for å adskille?*
- 9. Er det noe dere vil legge til?*