

Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: Helsefremmende arbeid for både pasient og miljø

Stine Camilla Blichfelt Ærø & Trygve Aasgaard

Innledning

I året 2010 kunne vi feire 15 års jubileum for et kontinuerlig musikkterapeutisk nærvær ved Barneklubben ved Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet. Denne artikkelen beskriver musikkterapeutenes arbeidsoppgaver på sykehuset; enkelte av disse er primært knyttet til å redusere uønskede symptomer som smerter og angst for den enkelte pasient (noe vi vil gi eksempler på), men meget mer av musikkterapeutens arbeid handler om å fremme mestring, gode opplevelser og om å bidra til å skape et terapeutisk miljø.

Et fellestrekk ved både de problem- og de ressursorienterte tilnærmingene, er at målet er å fremme helse, og dette gjelder om man arbeider med enkeltpasienter, med familier, grupper eller ulike sider av sykehusmiljøet.¹ ”To promote health” er også et sentralt element i en meget anvendt definisjon av musikkterapi (Bruscia 1998:20) der ”health” defineres som ”[...] the process of becoming one’s fullest potential for individual and ecological wholeness” (ibid.:84) og der ”ecological wholeness” videre forklares som ”[...] usually conceived as consisting of society, culture, and environment [...]” (ibid.: 87). Med et slikt utgangspunkt blir det meningsløst å snakke om å forholde seg til pasienten ”alene” på samme måte som ”musikken” ikke kan isoleres fra ulike kontekstuelle faktorer som alltid vil være tilstede. Et særskilt fokus på miljøfaktorer i musikkterapien har, siden slutten av 1990-årene, resultert i ulike fremstillinger og teoretiske innfallsvinkler (Bruscia 1998; Aasgaard 1998, 1999a, 2004; Ansdell 2002; Stige 2003, 2006; Ansdell og Pavlicevic (red.) 2004).

1 Med ”problemorientert” menes her at intervensjonen tar utgangspunkt i en sykdomsdiagnose eller uønskede symptomer som er knyttet til sykdommen eller behandlingen. Med ”ressursorientert” menes her en intervensjon som tar utgangspunkt i ressurser og interesser og ikke i patologi eller opplevde problemer. Salutogenetisk helsearbeid og forskning legger særlig vekt på ressurser hos den enkelte og (eventuelt) i miljøet. Vi antar at de fleste musikkterapeuter arbeider i skjæringspunktet mellom disse tilnærmingene.

Sentrale begreper

Helse

Helse er ikke kun noe man *har* (i større eller mindre grad), men noe som vi *er* eller stadig *blir* og som vi *fremfører* (se f. eks. Aldridge 1996). Vi knytter helse både til enkeltindividet, gruppen eller miljøet. Våre helseoppfatninger er ofte knyttet til vår identitetsopplevelse (Armstrong 2002).

Helsearbeid

Denne artikkelen relaterer flere sider av det ”musikalske helsearbeidet” på en barneavdeling til aspekter ved pasientens identitet, institusjonens identitet og musikkterapeutens egen identitet. På et stort universitetssykehus har faggrupper som leger, sykepleiere og fysioterapeuter relativt klart definerte roller og funksjoner. Musikkterapeuter ved flere norske barneavdelinger arbeider ikke kun på syke- eller terapirommet med enkeltpasienter, men er også engasjert i aktiviteter med mange elementer av ”underholdning” omkring på sykehusets forskjellige fellesområder. Dette kan bidra til uklare oppfatninger hos pasienter, pårørende og kolleger av hvilken rolle musikkterapeuten ”egentlig” har i fagmiljøet. Av erfaring vet vi at slike vekslende roller – på godt og ondt – preger vår egen profesjonelle identitet.²

Identitet

På barneavdelingen møter vi mange som er alvorlig eller kritisk syke, men som ikke nødvendigvis bare er ”sykt barn” og pasient. Selv om vi skal være forsiktige med å anvende hele innholdet i Erving Goffmans begrep ”identity-trimming” fra 1960-årenes amerikanske psykiatriske sykehus, er det klart at også det å bli pasient i en moderne barneavdeling fortsatt representerer det Goffman betegnet som en utelukkelse fra mange sider ved individets vanlige grunnlag for selvidentifisering (Goffman 1961:16). ”Identitet” kan også knyttes til de verdiene som sykehuset inkorporerer og som blir en fellesnevner for hele virksomheten: institusjonens rådende selvilde som

² Stine Camilla Blichfeldt Ærø etterfulgte Trygve Aasgaard som musikkterapeut ved Rikshospitalets barneklinikk i 2001.

også skal kunne kjennes igjen av brukerne av dens tjenester. Mens identitet antas å være et relativt bestandig ”indre” fenomen, refererer rolle til opplevd eller forventet atferdsmønster, oppgave eller posisjon. Vi erkjenner allikevel at det er glidende overganger i bruk og forståelse av disse begrepene og at begrepene står i et gjensidig avhengighetsforhold. Mens den enkeltes identitetsopplevelse er knyttet til selvbildet, vil dette igjen være avgjørende for hvordan vi fremfører våre roller, enten de kan betegnes som ”sosiale” eller ”profesjonelle”. Det synes for øvrig å være en tydelig meningssammenheng mellom identitet og atferd (i betydningen rollefremføring) (Burke og Reitzes 1981:83-84). Rollebegrepet brukes flere steder i denne teksten der relasjonen til identitet er implisitt.

Barneavdeling

Der artikkelen forholder seg til aktiviteter på barneavdelingen, betyr ”pasient” barnet som er til behandling. I et musikk-miljø/samfunnsperspektiv blir den enkelte pasient eller gruppen av pasienter ofte mindre fremhevet og en betegnelse som ”deltagere” prøver å beskrive et mer jevnbyrdig forhold mellom de ulike aktører. Enkelte ganger brukes betegnelsen ”publikum” på folk som er hovedsakelig betraktere eller i utkanten av de musikalske aktivitetene.

Begrepene ”barneavdeling” og ”barneklinikk” brukes om hverandre på sykehusene i dag; denne artikkelen gjenspeiler også denne ordbruken. Verken barneklubben eller musikkterapeuttilbudet der er statiske fenomener; derfor gis det et innblikk i sykehusutviklingen og behandlingstilbudet de siste årene som nødvendige forutsetninger for å forstå viktige deler av musikkterapeutens nåværende rammefaktorer. Videre presenteres de forskjellige aspektene av musikkterapeutenes arbeid gjennom en rekke korte praksisbeskrivelser. Alle caseeksemplene er fra Stine Camilla Blichfeldt Ærøs praksis.

Historikk

Sykehus i forandring

Sterke politiske og økonomiske føringer har ført til store omveltninger i behandlingen av somatiske lidelser (Andersen 2008). Sykehusene opererer med stadig større enheter, og det går flere pasienter igjennom systemet på kortere tid. Fra 2002 – 2007

har veksten av behandlede pasienter på norske sykehus vært på 16.3 % (*Nøkkeltall – regjeringen.no* 2010). Mens det har vært en svak økning av antall kreftpasienter det siste tiåret, vokser ikke antall døgn som inneliggende pasient tilsvarende (*Utviklings- trekk i helse- og sosialsektoren* 2006:90). Sykehusene synes å fokusere på personalresursbruk med tildels færre hender på jobb og med medarbeidere som kan i noen grad ”lånes” og flyttes – ved behov – fra en avdeling til en annen. Dagens store, høyteknologiske sykehus preges av avansert koordinering i forhold til diagnostisering, behandling og oppfølging (Johnsen 2010:4-6). Effektiviseringen kan være en stor fordel for pasienter som kommer fortere hjem til sitt normale miljø. Medisinske fagmiljøer blir stadig mer spesialiserte. En pasient med hjernetumor kan ha innleggelse på tre ulike avdelinger i tillegg til poliklinikken og lokalsykehuset, alt etter hva som skal gjøres: cytostatikakur på kreftavdelingen og operasjon på en nevrokirurgisk avdeling, noe som også ofte inkluderer flere dagers opphold ved en intensivhet. Medisinsk sett bidrar dette til effektiv behandling, men det kan være utfordrende for barnet og pårørende å måtte forholde seg til så mange nye steder og mennesker på kort tid.

En stadig større prosent av unge pasienter som rammes av potensielt livstruende lidelser (som ved flere former for leukemi eller transplantasjoner), overlever nå eller får sin levetid betydelig forlenget (Oncolex 2010; Simonsen et al. 2007). De pasientene som i dag har lange opphold på sykehuset, er kun de som er mest alvorlig syke. Mange unge kreftpasienter er stadig inn og ut av sykehuset over flere år. Kan det være en fare for at det kan bli vanskeligere å finne seg tilrette i sykehusmiljøet på grunn av de mange korte innleggesperiodene?

Parallelt med den medisinske og teknologiske utviklingen, har kunnskapen og innsatsen økt i forhold til behovet for tilrettelegging for barn på sykehus. I første halvdel av det forrige århundre innbød fortsatt sykehusmiljøet, barneavdelingene inkludert, pasientene til lite annet enn, nettopp, å være pasient (Whitehead 2003).³ Siden 2. verdenskrig er det blitt utviklet en tverrfaglig orientering om hva som er god informasjon og veiledning av unge pasienter, hva som kan fremme trygghet, ulike former for ikke-medikamentell smertelindring, kontakt med skole og hjemmemiljø og om pårørendes spesielle behov (se f. eks. Bjørnstad og Bergan 2007).

3 Den etymologiske betydningen av ordet ”pasient” henspeiler både til å være syk/lidende og til å være tålmodig (fra latin pati, å lide). De engelske og franske ordene for tålmodighet, patience/pacience, betegner opprinnelig (fra det 13. årh.) evnen til å lide i tålmodighet. Den passive sykerollen er videre understreket av hvordan The Oxford English Dictionary definerer adjektivet “patient”: Enduring pain, affliction, inconvenience, etc., calmly, without discontent or complaint.

Både pasientgruppen, sykdommene, behandlingen og behandlingstusitustjonene for barn med alvorlige somatiske lidelser skiller seg på mange måter radikalt fra andre arenaer der musikkterapeuter har sitt virke. Ofte møter vi helt normalt fungerende barn som, i løpet av kort tid, er blitt alvorlig eller livstruende syke og med akutt behov for omfattende medisinsk behandling og pleie. Barnet opplever en nokså plutselig overgang fra et dagligliv som veksler mellom hjem, skole/barnehage og fritid til å få en langt mindre radius for utfoldelse på sykehusposten. I enkelte tilfeller må det oppholde seg flere uker på et lite (isolat)rom eller i en seng på en intensivpost. Sykdommen kan medføre smerter, ubehag og ulike dysfunksjoner. Sykehusoppholdet kan preges av en rekke, ofte smertefulle eller ubehagelige (og potensielt farlige) prosedyrer og behandlingsformer som den unge pasienten ikke kan slippe unna. Barnet står også overfor en rekke psykososiale utfordringer som sosial isolasjon, forandret kroppsbilde, usikkerhet, angst og kjedsomhet. Kreft hos barn kan predisponere enkelte for enkelte av symptomene som er karakteristiske for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (Reinfjell, Diseth og Vikan 2007). I tillegg kan også familien preges av nye relasjonelle utfordringer og en rekke praktiske og økonomiske problemer knyttet til å ha et alvorlig sykt familiemedlem (Fosen 1998; Møller 2009).

Musikkterapeutens inntog på sykehus

I forhold til områder som spesialpedagogikk og psykisk helsearbeid har musikkterapi ved somatiske sykehusavdelinger en kortere historie. Frem til de senere 1990-årene var dette praksisområdet nærmest fraværende i lærebøker, tidsskrifter i musikkterapi og musikkterapirelatert forskning. Et pionerarbeid var David Aldridges ”Music Therapy Research and Practice in Medicine” (1996) med den talende undertittelen, ”From Out of The Silence”. De første lærebøker eller brede fremstillinger av musikkterapi knyttet til barn på sykehus kom også i 1990-årene (Griessmeier & Bossinger 1994; Froehlich 1996; Loewy 1997). Noen år senere kom de første doktoravhandlingene knyttet spesielt til musikkterapi og barn på sykehus (Edwards 2000; Aasgaard 2002). Dagens største tverrfaglige internasjonale organisasjon knyttet til musikkterapeutisk virksomhet innen medisinsk praksis er ”International Association for Music & Medicine” (IAMM) som ble dannet i 2009.⁴

Mens Karolinska Sjukhuset i Stockholm fikk sin første musikkterapeut (Anne Olofsson) på kreftavdelingen for voksne i 1988, har norske musikkterapeuter – i nordisk sammenheng – vært pionerer på barneavdelinger. Fra midten av 1990-årene ble musikkterapeuter langsamt innlemmet i fagstaben ved enkelte barneavdelinger i

4 IAMMs tidsskrift, *Music & Medicine*, utgis av SAGE fire ganger i året.

Norge. Dette skapte spørsmålet: I hvilken faglig sammenheng skulle musikkterapeutene innlemmes? Enkelte stillinger har vært knyttet til BUP (barne- og ungdomspsykiatri), andre har vært en del av sykehus(før)skolen eller har hatt oversykepleier eller klinikksjef som nærmeste overordnede. De ulike faglige tilknytningene har preget hvilke arenaer som musikkterapeuten har kunnet utfolde seg på. Hvordan dette igjen har påvirket musikkterapeutens praksis og faglige identitet, bør kanskje én gang undersøkes nærmere. Ved Rikshospitalet og Ullevål sykehus ble korridorer, haller og andre fellesrom naturlige arenaer for å sette i gang ulike former for musikalske samvær, selv om musikkterapeuten ganske snart også ble ønsket velkommen på de enkelte pasientrommene og på isolatene der unge kreftpasienter kunne ligge i ukevis i forbindelse med (benmargs)transplantasjon.

I utgangspunktet var det nok som ”musikalsk miljøarbeider” musikkterapeuten ble oppfattet av ledelsen og kolleger ved barneklubben. Miljøperspektivet var absolutt relevant, men noe vanskelig å forene med tradisjonelle definisjoner av musikkterapi. Derfor, i 1998, ble begrepet ”musikk-miljøterapi” fremmet og definert slik: ”Musikkterapi er en systematisk prosess der musikk brukes for å fremme helse i et definert miljø innenfor eller utenfor institusjoner” (Aasgaard 1998:168).

I dag er det Barneprogrammet ved Rikshospitalet som koordinerer de ulike psykososiale tiltakene for barn og pårørende ved dette sykehuset. Lederen Ragnhild Hals karakteriserer seg som et slags barneombud på sykehuset og arbeider bl.a. med å undervise ansatte i kommunikasjon med barn. Musikkterapeutene og sykehusklovnene er en del av ”Barneprogrammet” der de blir vurdert som fagressurser med alternative verktøy i kommunikasjon og samspill med barna, og med virksomhet rettet mot sykehusmiljøet. I forbindelse med den nye nasjonale kreftplanen nevnes både klovnevirksomhet og musikkterapi som tiltak under behandling relatert både til kreftdiagnosen og til bivirkninger og senskadediagnoser. Disse tiltakene ”[...] er satt i gang på prosjektbasis med stor suksess, men er ikke økonomisk sikret” (Nygaard 2004:10). I sykehusets foreldreinformasjon på nett blir man også presentert ulike yrkesgrupper som barnet møter på sykehuset, og her leser vi om at musikkterapeutene arbeider både i forhold til det enkelte barnet og i forhold til sykehusmiljøet (Rikshospitalet HF – Musikkterapeuter 2008). Det handler altså både om å legge til rette for opplevelse av mestring eller bearbeiding av vonde opplevelser (osv.), men også om at ”Musikkterapeuten kan [...] fremme kommunikasjon mellom barnet og miljøet – som igjen kan styrke opplevelsen av trygghet på sykehuset” (ibid.). På sykehusets barneside på internett er det i tillegg informasjon om de ulike musikkrelaterte begivenhetene i fellesområdene.⁵

5 Internasjonalt sett er det stor forskjell i hvorvidt et slikt miljøperspektiv er en egen spesifisert del av musikkterapeuters arbeid ved barneavdelinger: I USA er musikkterapi ved

Ved et sykehus kommer den medisinske behandlingen, nærmest selvsagt, i første rekke. Sykehusmiljøet (kanskje med unntak av hygieniske elementer) spiller annen fiolin i den store sammenheng. Det er vel også rimelig at det hovedsakelig har vært den individuelle klienten eller spesifikke gruppen også har stått i fokus i utviklingen av musikkterapi som en forskningsbasert disiplin i skjæringspunktet mellom naturvitenskap og humaniora.

Fra praksis

Musikk-miljø-terapi

”Miljø” er et ord som brukes i en rekke helserelaterte sammenhenger. Begrepet ”miljøterapi”, eller ”miljøterapeutisk arbeid” blir i Norge oftest anvendt innen psykisk helsevern for barn og unge. Dette er en klientgruppe som ”ut fra sine vonde og negative relasjonserfaringer” karakteriseres som mennesker som ”har utviklet betydelige samspillsforstyrrelser” (Larsen 2004:21). Det er lett å se at dette, i de fleste tilfeller, ikke er en særlig treffende karakteristikkk av barn eller voksne med (f.eks.) kreftdiagnoser eller eldre mennesker med demensproblemer. Man kan heller ikke lett overføre målsettinger og arbeidsmetoder fra psykisk helsevern til et stort og komplekst universitetssykehus. Om vi i dag studerer nettsidene til de store sykehusforetakene, støter vi imidlertid ikke sjelden på positive beskrivelser av institusjonsmiljøet. Det er altså ikke kun behandlings- og omsorgstilbud som blir fremhevet, men også mer eller mindre spesifikke miljøkomponenter som blir vurdert som betydningsfulle, i engelsktalende land ofte samlet under overskriftene ”therapeutic environment” eller ”healing environment”.

Det er særlig fem ulike miljøaspekter som har vært anvendt i sammenheng med musikkterapi: tid, rom, fysiske, sosiale og symbolske miljøaspekter, og denne

barneavdelinger ofte en integrert i tverrfaglige ”Child Life” programmer. Nettsidene ”Music, Art & Storytelling” til Rady Children’s Hospital i San Diego forteller om et musikalsk tilbud som består av flere profesjonelle musikere (harpist, gitarist og sanger) i tillegg til musikkterapeuter. Dette programmet karakteriseres som ”[...] one of the most usable tools in our healing environment” (Rady Children’s Hospital, San Diego: Healing Environment 2010). På den andre siden presenterer nettsiden til Astrid Lindgrens barnsjukhus (Karolinska Universitets-sjukhuset 2010) musikkterapivirkomheten ganske detaljert uten at sykehusmiljøet nevnes spesifikt.

systematikken har blitt brukt i beskrivelser av musikkterapi og andre former for musikk anvendelse i ulike helseinstitusjoner (Aasgaard 1999a, 2004).

Praksis for musikkterapeutene på Rikshospitalet har vært preget av en stor tiltro til at tilrettelegging for ”pusterom” og/eller meningsfulle aktiviteter for foreldre, vil kunne bidra til et bedre liv for den unge pasienten gjennom å erfare mer opplagte foreldre. Og kanskje kunne et kort ”musikalsk dykk” i løpet av hverdagen også fremme mentalt overskudd hos personalet? Og kunne dette videre bety noe for hvordan de forholder seg til andre i miljøet? På dette grunnlaget opprettet musikkterapeutene regelmessige (ukentlige) fellesaktiviteter i sykehusmiljøet som *Musikkstund* eller *Musikk i vaktskiftet* der pasienter og pårørende, studenter og personale var deltagere på ulikt vis.

Grensene mellom det miljøspesifikke og det individuelle er ikke alltid like enkle å trekke. I det første litterære fellesproduktet fra musikkterapeuter ved barneavdelingene ved fem norske universitetssykehus, forsøkte man derfor å se på sammenhenger mellom den enkelte pasienten og miljøfaktorer (Aasgaard 2006).

Når musikkterapeuten arbeider med flere aktører samtidig i miljøet, må hun eller han klare å ha flere tenker i hodet samtidig: både å fremme den enkelte deltagers personlige ressurser og å fremme glede, samhold og trygghet (osv.) i miljøet. Noen ganger er det også et publikum som man skal forholde seg til. Det følgende eksemplet viser en musikkterapeut som har beveget seg temmelig langt fra et særskilt ”terapirom” og en situasjon der roller, prosess og kontekst er relativt stabile.

I dag har musikkterapeuten kledd seg ut som en sjørøverdronning: skjerp på hodet, er sort rundt øynene, bærer store fargerike skjørt og har ringer i ørene og sverd i hånden. Hele vestibylen er omgjort til en stor båt med seil, landgang og pirater ombord. Alle som er rundt kan også være sjørøvere om de vil – barn, foreldre og ansatte. Mange barn kjenner musikkterapeuten fra før, og ser at i dag leker de en litt annen lek en ellers. Enkelte av barna har forberedt seg på lekerommet og laget rekvisitter, og Per venter spent på signal for sin avtalte paukesolo.

Gruppelederrollen i åpne rom på sykehuset bærer preg av at gruppene oppstår der og da, akkurat som de også oppløses etter endt sesjon hver gang. Gruppen er ikke en etablert enhet, og det blir lederens oppgave å være/skape et samlende fokus for å gi pasientene en opplevelse av fellesskap og samhandling, kanskje i enda sterkere grad enn ved etablerte grupper i prosess. Bruken av visuelle og dramatiske virkemidler kan hjelpe lederen med å holde fokus, etablere nye foki og skape variasjon i opplevelsene.

Det at musikkterapeuten kan innta en leken rolle ute i sykehusets åpne rom, kan få stor betydning for andre fagpersoners syn på musikkterapeutens arbeid. Den ”offentlige” tilstedeværelsen står i kontrast til den relative ”usynligheten” som råder

når musikkterapeuten er engasjert på enkeltrom. Mange ansatte ser kun arbeidet i de åpne fellesrommene, og uten annen bakgrunnsinformasjon, kan de fort vurdere musikk-terapeuten som utelukkende en underholder.

Musikkterapeutene prøver stadig å utvikle nye arenaer for musisk samhandling på sykehuset. Mål for dette kan være å fremme nysgjerrighet, gledesfylt samvær og utforskning av nye (sporadiske) roller for pasienter, pårørende og personale. ”Musikk i vaktskiftet” foregår én ettermiddag i uken når mange går til og fra jobb – og der dagens travle undersøkelses- og behandlingsprogrammer er i ferd med å avta. Ikke minst er dette et tidspunkt der flere av personalet har en viss anledning til å tre ut av de vanlige rutinene. Her er to eksempler på hvordan musikkterapeuten hastig forbereder og gjennomfører musikalske samhandlinger med ulike aktører. En åpenhet for improvisasjon – også i forhold til å tilpasse det planlagte (”kartet”) til den aktuelle situasjonen (”terrenget”) – er en særdeles nyttig egenskap i dette arbeidet.

Det er torsdag og ’Musikk i vaktskiftet’. Musikkterapeuten har akkurat brukt fem minutter på å lære seg en Vamplåt. Mamma’n til ”Albert” har etterspurt den og kunne godt tenke seg å synges den på ”Musikk i Vaktskiftet” om hun får akkompagnement. Albert ligger på respirator nå, og foreldrene venter. . . og venter. . . De har vært på ’Musikk i vaktskiftet’ mange ganger før, men aldri uten ett av barna. Musikkterapeuten rekker akkurat å øve i et par minutter før ”forestillingen” starter i vestibylen. Først på programmet er en sommersang som Sofie kan. Hun sitter i rullestolen og spiller tromme med visper. Etterpå synger mammaen til Albert, og hun møtes med blick, smil og nikk fra en lege som går forbi. Noen publikummere har kommet ned i vestibylen, andre ser på ovenifra gjennom glassveggene i annen etasje. Deltagere og publikum består av omtrent like deler pasienter, pårørende og ansatte. Stemningen er rolig, og sola skinner utenfor.

Noen uker senere er det St. Hans, og nå skal det bli Midtsommerfest i vestibylen på Barneklivnikken. Rommet er fullt av forventningsfulle barn og voksne. Noen av dem har laget blomster og sommerfugler for å pynte opp avdelingen. En av overlegene spiller bass og spesialsykepleier Kari blåser trombone (musikkterapeuten er stadig talentspeider – også blant personalet). Denne dagen samarbeides det også tett med sykehusklovnene som fungerer som ”lim” og en fornøylig, rød tråd mellom de ulike innslagene og mellom publikum og scene.

Det er vel få av deltagerne som tenker ”terapi” under disse musikkfylte aktivitetene. Man spiller og synger sammen – ganske så normale menneskelige samværsformer. Andre overværer en ”konsert” – en helt vanlig måte å bli underholdt på ”ute i samfunnet”. Men også sykehuset tilbyr ulike arenaer med fellesskap rundt normalkultur. Ved å etablere tradisjoner som dette i sykehusmiljøet, forsøker musikkterapeuten å levere

et lite bidrag både til arbeidsmiljøet blant de ansatte og oppholdsmiljøet til pasienter og pårørende. Musikkterapeuten tar initiativ til disse aktivitetene som måter å normalisere et miljø som utvilsomt er preget av meget sykdom og lidelse. Normalisering handler her om å legge til helsekomponenter i den enkeltes liv og i miljøet i form av felles musisering. Valgmulighetene for fritidsaktiviteter er så uendelig meget større for de fleste når man ikke er sykehuspasient. På sykehuset representer musikkaktivitetene noe man absolutt også kan si nei til. I forhold til den enkeltes behandling og pleie er det imidlertid mange ting man bare må gjøre eller være med på. Musikkterapeuten forstår dette som musikkterapi i et lokalsamfunn der musikkaktivitetene, som Stige skriver, er selve møtestedet for den enkelte og et sosialt fellesskap og mellom ulike grupper i lokalsamfunnet (Stige 2006:205-206).⁶ Et sykehus kan forstås som et lokalsamfunn på samme måte som en boligghend eller et fengsel er det. Vi vet imidlertid ikke nok om hva det betyr for den enkelte lege eller pasient (osv.) å møte ”den andre” i nye, kanskje uventede, men også flyktige og kortvarige rolleskift.

Individuell musikkterapi

I forhold til den enkelte pasient vil ikke et miljøperspektiv være tilstrekkelig. Ikke minst er musikkterapeutene nå midt i en utvikling der musikalske intervensjoner (både av aktiv og reseptiv art) anvendes for å påvirke spesifikke symptomer og fysiologiske parametere og/eller for å fremme både helse- og sykdomsrelatert livskvalitet (QoL) eller for å skape meningsfulle erfaringer for den enkelte. Det er kanskje ikke overraskende at musikkterapirepertoaret på dette området, i første rekke, har vært rettet mot hvordan musikklytting eller -aktiviteter kan *reduere* spesifikke uønskede symptomer som smerte eller angst. Det har også vært arbeidet meget med å bruke musikk for å gjøre nødvendige prosedyrer mindre traumatiske og der musikkterapeuten arbeider med metoder for å bistå pasienten før, under og/eller etter en prosedyre (O’Callaghan, Sexton, Wheeler 2007). Mange leger og sykepleiere har utviklet stor kompetanse på dette feltet; i mange tilfeller preges disse formene for potensielt symptomreducerende musikkanvendelse av tverrfaglighet, både i praksis og i forskningssammenhenger (Austin 2010; Nilsson et. al. 2009). Også på det psykososiale området har det vært problemene som har vært utgangspunkt for musikkterapi eller vurdert i forskningssammenheng gjennom å studere musikkens påvirkning av en avhengig variabel som (f.eks.) stemningsleie. Litteraturen har primært fokusert

⁶ Jf. den engelske betegnelsen ”Community Music Therapy”. Se f. eks. Bruscia (1998) og Ansdell (2002).

enkelpasienten. Situasjonen til pårørende eller betydningen av sykehusmiljøet har blitt viet mindre oppmerksomhet, ei heller har det vært fokusert meget på gruppeaktiviteter med de unge pasientene.⁷

Når musikkterapeuten arbeider med å fremme eller hemme spesifikke fysiologiske og/eller psykologiske elementer hos enkeltpasienter, foregår dette gjerne i tett samarbeid med leger, sykepleiere eller fysioterapeuter. Dette har flere likhetstrekk med planlagte musikkterapiforløp som, i andre sammenhenger, også ofte dreier seg om regelmessige sesjoner over flere måneders tidsrom. Konteksten er gjerne mer oversiktlig enn ved de fleste formene for miljørettet arbeid, men på barneavdelingen handler det sjelden om behandlingsforløp over særlig lang tid. Ja, enkelte ganger kan det dreie seg om én eneste intervensjon. Ved mange av slike musikkterapeutiske intervensjoner er det mulig å måle mulige effekter og å sammenlikne disse med effekter av andre behandlingsformer.

I det følgende presenteres fire eksempler på intervensjoner i forhold til spesifikke, individuelle problemstillinger:

Arbeid med å fremme respirasjon: ”Tanja” (2 år) sitter i vognen når musikkterapeuten møter henne sammen med moren. På grunn av manglende romplass må de være i korridoren – kanskje ikke ideelt skjermet i forhold til de planlagte musikalske aktivitetene. Tanja får et godt grep om blå skivetromme. Trommer litt med fingre og bruker hele trommen mot hodet eller mot musikkterapeutens hånd på andre siden. Gode smil etter hvert. Tanja spiller også minimaraccas og ser med store øyne på stjernedryss. Under hele sekvensen har Tanja ”omkring 100” i oksygenmetning, og dette er noe som moren påpeker er meget bra (95-100 % regnes som normalt). Tanja er svært ofte avhengig av ekstra oksygentilførsel.

Det finnes en rekke tilstander hos barn på en barneavdeling der musikklytting eller musisering brukes for å fremme dypere, kraftigere eller langsommere respirasjon som igjen kan påvirke symptomer som smerte, angst eller utmattelse. Det litt uvanlige i dette eksemplet er nok at det foregår i en sykehuskorridor. Her dreier det seg om musikalske samhandlinger og ikke om lytting til ferdiginnspilt musikk som hovedtyngden av forskning relatert til de nevnte psykofysiologiske parametrene anvender. Vi vet i dag ganske meget om musikklyttings potensielt positive virkninger på disse områdene, også for barn og unge på postoperativ/intensivavdelinger (Nilsson et al., op. cit.; Austin op.cit.).⁸

7 Om man, for eksempel, bruker søkeordene ”music” og/eller ”music therapy” sammen med ”environment” eller ”milieu” (brukt i abstrakt) i databasen Academic Search Premier (17.11. 2010), er resultatet 47 artikler. De fleste av disse refererer til psykiatrisk virksomhet, demensbehandling eller neonatalenheter. Barneavdelinger er ellers ikke representert. Om man bytter ut miljø med smerte (”pain”), fremkommer 6 relevante artikler.

8 For en nærmere utdyping av ulike musikkrelaterte medisinske virkninger, se f. eks.

Arbeid med å redusere smerte: Etter avtale kommer musikkterapeuten inn på rommet til en 14 år gammel jente den andre dagen etter en skolioseoperasjon: et inngrep der skjevhet i ryggraden rettes ut. Målet er å hjelpe henne med smertene som skolioseopererte alltid har den første uken etter operasjonen. På spørsmål forteller ”Alice” at hun har vondt nederst i ryggen. Smerten kommer støtvis i rask rytme. Den føles ikke skarp, men bred. Når hun skal beskrive smerten gjennom å bruke et smerteskjema (VAS), der 0 (null) står for ingen smerte og ti står for den verst tenkelige smerte, setter hun fire på smertenivå når hun ligger stille og syv ved bevegelse. Alice bes om å finne et instrument som kan uttrykke smerten på nivå fire. Gjennom improvisasjon skal Alice og musikkterapeuten prøve å spille musikk som uttrykker smertenivå fire og gradvis forandre musikken til å nærme seg null og ingen smerte. Alice velger metallofon og spiller forsiktige støt, musikkterapeuten støtter henne rytmisk på gitar. Alice synes tydeligvis det er vanskelig å komme videre. Ble lyden og klangen riktig for å uttrykke denne smerten? Etter hvert begynner Alice å spille en A. Jo, det blir den mest riktige tonen! Samspillet avsluttes og musikkterapeuten tar initiativ til en samtale der de i fellesskap leter etter musikalske uttrykk. Nå finner pasienten uttrykk for sterkere smerte: lysere toner, raskere puls. Musikkterapeuten intensiverer ”kompet”, stopper igjen og bemerker at de nå jobber med å ta grep om smerten. Etterpå leter de etter uttrykk for velbehag. Alice velger en tromme (håndtromme fordi den er lettest å manøvrere), og snart finner hun selv frem til ulike lyder: stryker, banker, skraper og lager en struktur i dette med rolig puls. Denne gang blir hun akkompagnert av gitar, men nå med helt andre akkorder. I tillegg legger musikkterapeuten til stemmen sin som en vokalise på toppen av lydbildet. På spørsmål svarer Alice at pulsen ikke er like høy lengre, hun blir litt sliten av å spille og sier at det kjennes at hun har ligget i samme stilling litt for lenge. Nå vil hun prøve å få litt avspenning gjennom musikken. Musikkterapeuten veileder – med verbale instruksjoner og rolig gitarspill – til å spenne av i kroppen: fokuserer først på tærne, så legg, lår, rumpe, mage, skuldre, armer, ansikt, nakke, rygg. Alice spenner de ulike muskelgruppene for så å slappe helt av. Hun sender pusten ned i lungene og ”kjenner” madrassen under seg. Ryggen får ligge rolig. Den unge, tålmodige pasienten klarer tilsynelatende å fylle lungene ganske godt. Hun samarbeider uanstrengt hele tiden og virker godt fokusert. Musikkterapeuten ber om tallindikasjon på smerten mens hun fremdeles er i stemningen – Alice svarer hun sier ”tre” . . . ”eller to” . . . kommer det så. Musikkterapeuten ber henne komme ”tilbake” og avslutter seansen.

Dette er eksempel på en intervensjon basert på ”entrainment” (synkronisering av kroppslige fysiologiske rytmer og eksterne rytmiske stimuli) – en behandlingsmetode som, ikke minst i forhold til smertelindring hos barn, er i ferd med å bli veldokumentert

(Bradt 2010).⁹ Interessen for relasjoner mellom musikk, kropp og bevissthet deler musikkterapeutene på Rikshospitalet med enkelte av sykehusets psykologer. Man har et felles ønske om å utvikle mer kunnskap om mulige ulike effekter av musikk og verbal induksjon og endret bevissthetstilstand, for eksempel relatert til hypnoterapi. Sentrale spørsmål kan være: Hva er den enkleste forsvarlige teknikken? Hva virker raskest? Hvor dypt ned i endret bevissthetstilstand kan de ulike teknikkene bevirke? Musikkterapeutenes erfaringer med GIM-teknikker og avspenning/fantasering til levende musikk synes også å kunne være verdifulle for andre faggrupper.¹⁰

Arbeid med å forenkle en prosedyre: ”Preben” er 1 år og har innlagt CVK (sentralt venekateter). I dag må han skifte ”vindu” – en liten prosedyre hvor plasteret over slangen må byttes ut. Preben protesterer høylytt, og sykepleier huker musikkterapeuten i gangen for å se om hun kan bidra til å avhjelpe situasjonen. Preben ligger og skriker i sengen med kroppen spent i en bue. Mor står ved siden av og stryker ham varsomt. Musikkterapeuten går tett inntil sengen og spiller på barnelyre og synger forsiktig. Den lille gutten blir raskt nysgjerrig på lyren, tar etter den, slutter å skrike. Musikkterapeuten slutter å spille og synger en kjent, rolig barnesang mens Preben klimprer på noen av strengene og sykepleier skifter plasteret. Nå viser musikkterapeuten frem kastanjefrosken, som snakker til Preben. Han babler tilbake og sjekker om mor også ser den. Frosken får ham til å gå fra konsentrert interesse rundt lyren, til smil og mer direkte kommuniserende verbale lyder via frosken. Prosedyren er ferdig, tilsynelatende ble den allikevel en ganske god opplevelse for både barnet – og de som sto rundt.

Her ser man en musikalsk intervensjon som kan forstås som både avledning (fra noe ubehagelig og mindre lystbetont) og som tilkobling (til noe som oppleves som ”morsommere” og mer lystbetont). De fleste musikkterapeuter ved barneavdelinger har sine egne metoder og ”triks”. Det kan være nødvendig med ett visst repertoar: det som hjelper for én kan være helt uten interesse for en annen. Det finnes i dag god dokumentasjon om effekter av musikkterapi ved en rekke prosedyrer relatert til barn på sykehus. En del av denne forskningen er basert på randomiserte, kontrollerte studier (RCTs) (Nguyen, Nilsson, Hellström & Bengtson 2010). Ubehagelige og/eller angstfylte prosedyrer er ikke kun et problem for pasienten, men kan være en belastning for både tilstedeværende foreldre og de(n) som har ansvaret for å gjennomføre det hele (Aasgaard 1999b).

9 En god musikkpsykologisk redegjørelse for fenomenet entrainment finnes i Bonde (2009:66-67).

10 GIM er en forkortelse for Guided Imagery and Music (Bonny metoden) – en musikkterapeutisk metode som innebærer kombinasjon lytting til spesielt utvalgt klassisk musikk og indre forestillingsbilder.

Arbeid med psykososiale målsettinger: ”Elise” (13år) har ofte og i lange perioder vært innlagt på sykehuset de siste to årene på grunn av store komplikasjoner underveis i leukemibehandlingen. Familien rundt henne er slitne og redde, og det oppstår stadig konflikter med personalet. Elise snakker ikke så gjerne om følelser. Hun er for det meste ”snill pike”, men har også perioder hvor hun er sur, mutt og frekk mot sykepleierne som kommer inn. Musikkterapitimene synes å være blitt Elises fristed. Musikkterapeuten får nesten alltid innpass hos henne, også i vanskelige perioder. Hun har etter hvert laget mange sanger med egen tekst, noen om sykehussituasjonen og noen om helt andre ting. Hun viser stor musikalitet og fleksibilitet i samspillet. En periode fokuseres det på sangteknikk, pust, ulike stemmekvaliteter og på tekstformidling. Dette blir en indirekte vei til bedre å forstå Elises selvuttrykk. Hun gjør seg også fysiske sangerfaringer og arbeider med ulike emosjonelle uttrykk via sangtekster.

Dette er et eksempel på en ung pasient som gjennom hele innleggelsesperioden får fremtre som skapende og som får tilgang til hjelp til kreative selvuttrykk. Hun blir også sett av andre som et musiserende menneske, og selv om sykdommen ellers får atskillig mer oppmerksomhet, blir musikkengasjementet og -ferdighetene en tydelig del av hennes identitet. Gjennom stemmebruksarbeidet og ulike tekster får hun erfare, utforske og uttrykke ulike stemninger og vanskelige tema innenfor en trygg ramme og relasjon.

I arbeid med barn er det ofte mer indirekte bearbeiding og utforskning av emosjoner, roller og relasjoner enn i arbeid med voksne. De musikalske, terapeutiske møtene har gjerne preg av lek, og gjennom rolleleker får barnet ulike erfaringer med både seg selv og andre. Et for ensidig fokus på selve sykdommen snevrer inn livsrommet til det syke barnet: Pasientrollen kan ta for stor plass i barnets kontinuerlige identitetsutvikling. Når pasienten, gjennom lek eller andre aktiviteter, kan være i andre roller, blir dette en påminnelse også for alle rundt om de friske sidene ved personen. Vi mener å ha erfart at dette fremmer både en fysisk og psykisk vitalisering av det syke barnet. Også familien rundt pasienten kan positivt ”smittes”: Søsken og foreldre som i lang tid har hatt hovedfokus på omsorg i løpet av sykdomsperioden, kan potensielt revitaliseres av et møte med andre sider i seg selv!

Musikkterapi med grupper

Noen ganger arbeider musikkterapeuten med ulike konstellasjoner av ”band” bestående av, hovedsakelig, unge pasienter. Her er det ofte om å gjøre å få til mest mulig på kort tid: På grunn av den ofte varierende dagsformen og uforutsette utskrivninger eller forflytninger, er det vanskelig å planlegge møtetider og eventuelle opptredener.

Imidlertid er det tilsynelatende få ting som kan få selvtilliten til å strutte for ni-ti åringer som når de har lært seg et par grep på gitaren, noen grunntoner på elbassen eller en (slags) rockerytme på trommene og får til å spille sammen i noen øyeblikk!

Arbeidsoppgavene til musikkterapeutene ved barneklivikken blir stadig utvidet. Ett aktuelt eksempel på dette er et samarbeid med ernæringsfysiologer og lege i forhold til en gruppe unge pasienter som alle har en sjelden metabolsk lidelse. Hvordan kan musikkterapeuten bidra til å forberede barna til å overta en del av ansvaret for å kontrollere sykdommen?

Syv pasienter i niårsalderen sitter i ring sammen med musikkterapeuten. De har en sykdom de må bære med seg hele livet, og har årlige samlinger på Rikshospitalet for å få mer kunnskap, utvikle et nettverk av andre unge med samme lidelse og lære å gradvis styre jevnlig tester på egen hånd. Aktuelle tema for samlingene kan være ”medisiner” eller ”blodprøver”. I år skal barna i gruppen begynne å ta blodprøver på seg selv. Mange er spente. Sammen med musikkterapeuten lager de en trommesirkel og kommer frem til en repeterende rytme, mens de lærer en sang om sola som skinner på den grønne enga. Hvordan kjennes det i kroppen? Det er enighet om at det er fint i den enga. Hva om de gleder seg veldig til noe – hvordan skal det da spilles? Det blir en forsiktig vibrerende tromming som utvikler seg gjennom en crescendo. Hvordan er det i kroppen nå? ”Jeg får nesten ikke puste”, sier Per. Flere nikker. Hva om de går tilbake til enga? Får de puste da? Ja, det får de. Neste oppgave er å lydsette det å grue seg til noe. Kjenner spenningen i kroppen komme tilbake, men de har muligheten til å gå tilbake til enga igjen. Nå blir dette koblet til blodprøvene. Barna vet jo at om de ikke får puste, så blir det mer vondt! Et av barna får være blodprøven – en skarpere lyd som skiller seg ut fra de andre. De andre ”ligger i enga” og skal se om de skvetter til, eller om det går greit når blodprøven kommer.

Gjennom dette arbeidet kan barna få kroppslige erfaringer med spenning og avspenning. Samtidig kan de få en gryende bevissthet om selvregulering. Ved å knytte de kroppslige erfaringene til visualiserte bilder (som den nevnte ”enga”), kan den gode følelsen i kroppen bli lettere å hente frem igjen – den er blitt mer konkret.

Profesjonelle identiteter

En musikkterapeut som begynner på en barneavdeling må forholde seg til de gitte rammevilkårene, men har ofte en viss frihet til å utforme sin profesjonelle rolle og prioritere hvordan musikkterapiressursen skal benyttes. Man går ikke bare inn i fastsatte fagroller, men har også ansvaret for å ta og utvikle nye roller. I denne artikkelen har vi forsøkt

å vise musikkterapeuter som har valgt å ”bære mange hatter” (mer eller mindre) på samme tid og som må veksle raskt mellom spesifikke og avgrensede terapeutiske oppgaver og ulike former for miljørettet arbeid der Gjøgleren eller Musikeren er mer synlig (eller hørbar) enn Terapeuten. En fordel med en slik fleksibilitet, er at man kan både arbeide individuelt og kunne forberede og støtte den enkelte pasienten til å stå frem på de åpne, sosiale arenaene på sykehuset. Men det er også mulige ulemper forbundet med dette: Når man så ofte må fordele arbeidsinnsatsen stykkevis og delt, her og der, kan det bli vanskelig å konsentrere seg om å arbeide i dybden i forhold til den enkelte pasienten.

Ved mange sykehusbarneklinner rundt om i verden er musikkterapeutisk praksis ensbetydende med arbeid med enkeltpasienter; enkelte steder er heller ikke pårørende velkomne annet enn ved visittider. Det finnes også musikkterapeuter som vil ha seg frabedt å opptre i miljøet med aktiviteter som kan observeres av ”hvem-somhelst”. Noen musikkterapeuter sier også at de raskt ville miste sin profesjonelle status om de stadig var synlige som spilloppmaker og underholder i miljøet (Aasgaard 2005:154). Men sannsynligvis vil det være en ørkesløs og nytteløs oppgave å forsøke å skjelve skarpt mellom, og prøve å markedsføre grensen mellom ”musikk blott til lyst” og ”musikkterapi” i sykehuskonteksten. Har ikke alle former for musikklytting og musikkaktiviteter et terapeutisk (eller helsefremmende) potensial?

Når man forholder seg musikalsk til mange ulike mennesker på de åpne arenaene på sykehuset, blir ens musikalske ferdigheter stadig satt på prøve. Man skal improvisere (både musikalsk og ellers) og kunne komponere, arrangere, akkompagnere og transponere. Det er selvsagt også en fordel å beherske flere genre og instrumenter rimelig bra, å være en habil noteleser, kunne virkeliggjøre ideer raskt og være musikkteknologisk oppdatert. En slik praksis vil kontinuerlig utvikle ens musikalske repertoar, samtidig som man alltid vil konfronteres med sine begrensninger. I mange land finnes det organisasjoner (som Musique et santé eller Live Music Now) som formidler profesjonelle musikere og orkestre til helseinstitusjoner. Det er sannsynlig at slike tilbud også vil fremmes på norske sykehus i den nærmeste fremtid. Dette opplever vi ikke som konkurrerende med musikkterapeutisk virksomhet, men heller som et potensielt verdifullt supplement. Enkelte steder er det også musikkterapeuten som administrerer slike gjestespill. Her er det mulighet for ikke bare samarbeid, men samspill.

Behovet for en forskningsbasert praksis

Om musikkterapeuten skal fremstå med en annen agenda enn entertaineren eller den konserterende musikeren, blir det viktig også å synliggjøre musikkterapien som forskningsbasert disiplin i skjæringspunktet mellom humaniora og naturvitenskap. Det at musikkterapeuten er mye ute i miljøet, gir, som vi har sett, mange muligheter i det terapeutiske arbeidet, og bør i seg selv ikke være problematisk. Det er blitt stadig viktigere å ta initiativ til objektiv evaluering av de ulike arbeidsoppgavene, og norsk musikkterapeutisk praksis ved barneavdelinger lider av et stort forskningsunderskudd. Mens mange musikkterapeutiske intervensjoner i medisinsk/symptomrelatert sammenheng bør evalueres gjennom effektstudier, vil miljøstudier ofte også fremtvinge bruk av ulike, også kvalitative, forskningsmetoder. Når man utvider fokus fra rimelig avgrensede intervensjoner med enkeltpasienter til å studere betydningen av musikkterapeutisk virksomhet i mer komplekse miljøer med mange aktører og uforutsette elementer, blir det enda vanskeligere å isolere ”musikken” som en enkeltvariabel i mangfoldet av uavhengige variabler. Musikkterapeuter er stadig en liten og relativt svak profesjonsgruppe på et universitetssykehus, noe som nødvendiggjør tverrfaglige tilnærminger i forskningsarbeidet.

Oppsummering: Helse på mange nivåer

I denne artikkelen har vi forsøkt å vise hvordan musikkterapien kan være av betydning på mange nivåer på én gang. ”Musikken” kan både få den enkelte til å glemme eller fokusere bort fra smerter og angstfylte situasjoner samtidig som den fremmer kommunikasjon, samhandling og positive identiteter. Det er i tillegg få bivirkninger knyttet til denne ”medisinen”. For veldig mange mennesker er musikkaktiviteter knyttet til det gode liv, enten ”deres musikk” primært handler om å lytte eller konsumere musikk eller om å synges eller spille instrumenter. Med tanke på det at musikk hører inn i manges normalsfære, blir det avgjørende at barn kan ha en alvorlig sykdom samtidig som de beholder eller utvikler aspekter av helse i livene sine. Praksiseksempelene i denne artikkelen forteller om syke barn som fremfører sosiale roller som viser deres ressurser og mestringsevne. Det å musisere og å kunne glede seg over musikk, kan være ett viktig helseelement; og slik kan musikkterapeuten arbeide *salutogenetisk* (med å utvikle helse) selv i miljøer der hvor *patogenese* (det som skaper sykdom) og det å behandle sykdom må vektlegges sterkt.

I klinikken erfares og forstås musikkterapeutens virksomhet stadig fra ulike vinkler. Noen ganger kan kanskje det vi gjør være terapi, sosialt arbeide, underholdning og kunst – på én gang. Dette kan også være en av grunnene til at flere barneavdelinger ønsker at deler av musikkterapeutens praksis skal knyttes, ikke kun til direkte pasientarbeid, men til selve institusjonsmiljøet: En musisk tilstedeværelse som synliggjør barneklivikkens egen ønskede identitet som helseforetak og som fungerer som en humanistisk markør i en ellers høyteknologisk, effektorientert og spesialisert sykehushverdag.

Litteratur

- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine - From Out of The Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Andersen, B. M. (2008). En uforsvarlig utvikling. *Aftenposten*, 11.11.2008, s.16.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices: A World Forum for Music Therapy* (2)2. Hentet 14.4.2011 <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/83/65>. Hentet 14.04.11
- Ansdell, G. & Pavlicevic, M. (red.) (2004). *Community Music Therapy - International Initiatives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Armstrong, D. (2002) *New History of Identity: A Sociology of Medical Knowledge*. Gordonsville, VA: Palgrave Macmillan.
- Austin, D. (2010). The Psychophysiological Effects of Music Therapy in Intensive Care Units. *Paediatric Nursing* 22(3), s.14-20.
- Bjørnstad, T. & Bergan, T. (2007). *Sykehusboka*. Oslo: Aschehoug.
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikkpsykologi*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Bradt, J. (2010). The Effects of Music Entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients. *Music and Medicine* 2, s.150-157.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Second Edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Burke, P. J. & Reitzes, D.C. (1981). The Link between Identity and Role Performance. *Social Psychology Quarterly* 44(2), s.83-92.
- Edwards, J. (2000). *Developing a platform for research in music therapy with hospitalised children*, PhD-avhandling. Faculty of Medicine: University of Queensland.

- Fosen, A. (1998). Langtidsvirkninger av kroniske kriser hos foreldrene til kreftsyke barn. *Våre barn, 1*, s.4-5.
- Froehlich, M. A. R. (1996). *Music Therapy with Hospitalized Children*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Garden City, NY: Doubleday, Anchor Books.
- Griessmeier, B. & Bossinger, W. (1994). *Musiktherapie mit Krebskranken Kindern*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Johnsen, K. (2010) Alt på en dag. Oslo universitetssykehus. *Magasin. nr.2, s.4-6*
- Karolinska Universitetssjukhuset (2010). *Musikterapeutisk verksamhet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus*. <http://www.karolinska.se/astridlindgrensbarnsjukhus/barn-och-ungdom/aktiviteter/lekterapi/musikterapi/> Hentet 15.06.10.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Loewy, J. (1997). *Music Therapy and Pediatric Pain*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Møller, I.S. (2009). Sykt barn kan gi ruin. *Dagsavisen 08.10. 2009*. <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article444427.ece>. Hentet 15.11.10.
- Nguyen, T.N., Nilsson, S., Hellström, A-L. & Bengtson, A. (2010). Music Therapy to Reduce Pain and Anxiety in Children With Cancer Undergoing Lumbar Puncture: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Pediatric Oncology Nursing 27, s.146-155*.
- Nilsson, S., Kokinsky, E., Nilsson, U., Sidenvall, B. & Enskär, K.(2009). School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress, and anxiety. *Pediatric Anesthesia 19, s.1184-1190*.
- Nygaard, R. (2004). *Kreft hos barn. Momenter til nasjonal kreftplan* www.helsedirektoratet.no/vp/.../archive/.../kreftbarn_no_5218a.doc Hentet 15.06.10.
- Nøkkeltall – regjeringen.no (2010). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta--ny/nokkeltall.html?id=528647> Hentet 19.11.10.
- O'Callaghan, C., Sexton, M. & Wheeler, G. (2007). Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for paediatric radiotherapy patients. *Australasian Radiology 51, s.59-162*.
- Oncolox. (2010). *Akutt leukemi – prognose*. <http://www.oncolox.no/Barn/Diagnoser/Akutt%20leukemi/Bakgrunn/Prognose.aspx> (hentet 14.07.10).
- Rady Children's Hospital San Diego: *Healing Environment (2010)*. <http://www.rchsd.org/aboutus/healingenvironment/index.htm> Hentet 16.11.10
- Rapport nr. 15 (2006). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Reinfjell, T., Diseth & T.H., Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 44, s.724-734.
- Rikshospitalet HF - *Musikkterapeuter* (2008).
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/barn/sykehuset/underside?p_doc_id=67674&p_dim_id=43495 Hentet 20.06.10.
- Simonsen, S. et al. (2007). Overlevelse etter hjertetransplantasjon i Norge. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 127, s.865-8.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. Doktorgradsavhandling, Institutt for musikk og teater, Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub.
- Stige, B. (2006). Musikk og helse i lokalsamfunnet. I T. Aasgaard (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Whitehead, C. (2003). *Children in hospital*. Grimsby: Ashridge Press.
- Aasgaard, T. (1998). Musikk-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! *Nordic Journal of Music Therapy* 7, s.168-171.
- Aasgaard, T. (1999a). Music Therapy as Milieu in the Hospice and Paediatric Oncology Ward. I D. Aldridge (red.) *Music Therapy in Palliative Care*. New Voices. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (1999b). "Så kom en dame som var mistenk'li blid" – en sang fra barneavdelingen, dens historie og mulige betydninger. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 1(1), s.19-31.
- Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer - Process and Meaning*. Doktorgradsavhandling, Institut for Musikterapi, Aalborg Universitet.
(Også tilgjengelig på:
www.mtphd.aau.dk/digitalAssets/6/6502_trygve_aasgaard_thesis_150909.pdf)
- Aasgaard, T. (2004). A Pied Piper among white coats and infusion pumps. I G. Ansdell & M. Pavlicevic (red.) *Community Music Therapy - International Initiatives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard (red.) *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.