



Musik som omvårdnad på demensboende

FoU Rapport 2014

Katarina Lindblad

Eva Götell

Ann-Sofie Paulander

Maria Nyborg

Ingrid Hammarlund

Michaela Prochazka (red)

Förord

Rapporten ges ut som en av FoU Senioriums rapporter och kommer att spridas inom hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting samt till nordöstra Stockholms sex kommuner. Projektet har finansierats av Kulturrådet inom ramen för satsningen Kultur för äldre.

Projektet har pågått under perioden 2012 till 2014. Under projektiden startades ett nätverk för medarbetare från olika äldreboenden där de kunde dela med sig av sina erfarenheter av musikanvändning i omvårdnad av personer med demenssjukdom. I samband med nätverksträffarna hölls även seminarier med syfte att sprida kunskap om musikanvändning i demensvården.

Rapporten är upplagd som en antologi, där olika perspektiv ger skilda infallsvinklar på projektet och dess resultat. Under projektet har processen med att utveckla modellen skett parallellt med att utvärderingen gjorts.

Musikterapeuten, fil. mag. Katarina Lindblad har dokumenterat hela processen. Docent Eva Götell har studerat omvårdnaden samt hur verbal- och känslomässig kommunikation mellan personer med demens och deras vårdare påverkas av musikgruppstunder ledda av omvårdnadspersonal. Ann-Sofie Paulander, musikterapeut fil.dr. har utforskat om musik och sång i grupp väcker engagemang hos personer som har diagnosticerats med varierande former av demens.

För att öka kvaliteten och för att resonera om hur de framtagna kunskaperna lever vidare och utvecklas har manuskriptet granskats av medarbetare på FoU.

Vår förhoppning är att denna rapport kan utgöra en del av det underlag som behövs för att finna nya gemensamma angreppssätt för att förbättra vård och omsorg för personer med demens eller kognitiv svikt samt att musikaliska aktiviteter kan vara ett dagligt inslag på våra äldreboenden.

Stockholm 2014-11-19

Michaela Prochazka, PhD
projektsamordnare, FoU Seniorium

Katarina von Greiff, PhD
tf chef, FoU Seniorium

Projektorganisation

Styrgrupp

IngBritt Rydeman, leg. dsk, PhD, FoU Seniorium chef 2012-apr 2014

Katarina von Greiff, socionom, familjeterapeut, PhD, tf chef, FoU Seniorium juni 2014 -

Michaela Prochazka, leg onk. ssk, MPH, PhD, projektsamordnare, FoU Seniorium

Katarina Lindblad, musikterapeut fil. mag, FoU Seniorium

Projektgrupp

Michaela Prochazka, leg onk. ssk, MPH, PhD, projektsamordnare, FoU Seniorium

Katarina Lindblad, socionom, musikterapeut fil. mag, projektledare, FoU Seniorium

Eva Götell, leg sjuksköterska, docent i vårdvetenskap

Ann-Sofie Paulander, musikterapeut, PhD, Musikhögskolan Ingesund, Karlstad Universitet

Ingrid Hammarlund, handledare i musikterapi, Kungl. Musikhögskolan

Maria Nyborg, äldrepedagog, projektledare FoU Seniorium sep 2013-apr 2014

Innehåll

Musik som omvårdnad på demensboende	5
Inledning	5
Syfte och frågeställningar	6
Bakgrund	6
Demens - en folksjukdom	6
Definitioner och begrepp	6
Människan i centrum.....	7
Demens ur ett socialt perspektiv	8
Kultur och hälsa	9
Musik och hälsa	9
Musik och demens	10
Musik i demensvården	12
Utvecklingen av en musikmodell	13
Resultatet i sammandrag	13
Inledning	14
Teori och metod	14
Projektgrupp och arbetsfördelning.....	14
Musikmodellen växer fram.....	14
Beskrivning av de tre vård- och omsorgsboendena	15
De boende	15
Personalen	16
Musikanvändning före projektstart	16
De första erfarenheterna.....	18
Utbildningen utvecklas	19
Kartläggningen – en nyckel till livsberättelsen.....	20
Musikstunden i grupp utvecklas	20
Mångkulturellt perspektiv	21
Personalen prövar sig fram	22
Presentation av musikmodellen	23
Utbildningens innehåll	24
Kartläggningens innehåll	25

Musikstundens innehåll	25
Fallbeskrivningar och vinjetter	27
Musik kan förändra sinnesstämningar	27
Musik kan förbättra det sociala klimatet i gruppen.....	28
Musik kan skapa stunder av ordlös gemenskap	29
Musik kan vitalisera	30
Musik kan lugna.....	30
Musik kan oroa	32
Musik hjälper inte alltid	33
Musik kan påverka även när man inte tror det.....	34
Vad säger omvårdnadspersonalen?	35
Urval	35
Analys	35
Validitet och reliabilitet	36
Resultat	36
Boende I.....	37
Tidigare erfarenheter.....	37
Förankring och delaktighet	37
Lyhördhet.....	37
Egen säkerhet skapar tillit.....	38
Reaktioner hos de äldre.....	38
Förväntningar – ny kunskap.....	39
Motstånd - motivation.....	39
Boende II.....	40
Erfarenheter av musik före projektet	40
Förväntningar och farhågor.....	40
Ny kunskap och lyhördhet för musiken	41
Musikens påverkan – de boende	41
Musikens påverkan - personalen.....	42
Hinder och möjliggörare	42
Boende III	43
Tidigare erfarenheter.....	43
Förväntningar	44

Musikens påverkan – de äldre.....	44
Musikens påverkan - personalen.....	45
Sammanfattning	46
Personalen reflekterar med hjälp av videofilm.....	48
Med lyhördhet för vad som är möjligt	48
Ögonblick av meningsskapande samvaro	49
Varför ska omvårdnadspersonal veta något om musik?	50
Diskussion	51
Att göra eller att vara – det är frågan	51
Kultur i vården – en kulturkrock?	52
Förutsättningar för förändringsarbete i demensvården	52
Kompetensutveckling av vårdpersonal	53
Omvårdnadspersonalen som musikledare?.....	54
Lugn och ro på avdelningen – ett ideal?	54
Behövs musikterapeuten?	55
Hålla liv i metoden.....	56
Projektets upplägg.....	56
Till sist – varför just musik?	56
Referenser.....	58
Bilaga 1	63
Bilaga 2	64
Bilaga 3	65
Musikgruppstunder för äldre med demens ledda av omvårdnadspersonal	66
Bakgrund	66
Syfte.....	69
Metod.....	69
Resultat	70
Kategori: Personer med demens och deras uttrycksmöjligheter i sin miljö.....	70
Kategori: De äldre och personalen i gemensam kommunikation och interaktion	72
Diskussion	76
Resultatdiskussion angående standardvården	77
Resultatdiskussion angående personalledda musikgruppstunder.	78
Slutsats	81

Referenser	82
Musik och engagemang hos personer med demens	86
Inledning	86
Några inledande ord	86
Problemformulering, syfte och hypotes	87
Engagemang	87
Metod	88
Studiens design	89
Urval	89
Analys	90
Etiska hänsyn	91
Social validering	91
Resultat	92
Musiklyssning – Ovisst engagemang	92
Sång ”live” väcker engagemang	93
Inspelad sång väcker visst engagemang	94
Deltagarnas individuella engagemang varierar	96
Tillfälle tre – En höjdpunkt	97
Slutsats	98
Diskussion	98
Musiklyssning – Lugn och ro, eller endast tomhet och intighet?	98
Engagerad personal synes kunna skapa balans	98
Musikalisk kompetens verkar ge trygghet	99
Musikstunden – en komplex aktivitet	99
Metod samt validitet och reliabilitet	100
Slutord	101
Referenser	102

Musik som omvårdnad på demensboende

Katarina Lindblad

Mina första erfarenheter av musik i demensvården fick jag som projektanställd musikterapeut på ett äldreboende. Under arbetets gång gjorde jag upprepade erfarenheter av hur människor blommade upp och kom till sin rätt med all sin livserfarenhet och personlighet i mötet med musik.

Under 2 ½ års tid har jag nu fått möjlighet att fördjupa och bredda min kunskap om demens utifrån ett musikterapeutiskt perspektiv. Jag har fått ta del av de boendes rörande, fantastiska, ibland smärtsamma och ofta imponerande livsberättelser. Jag har också fått möjlighet att lära känna omvårdnadspersonal, se hur de jobbar och få inblick i hur de tänker. Vardagshjältar som med värdighet och värme tagit sig an sitt svåra arbete.

Projektet *Musik som omvårdnad på demensboende* har inneburit en lärorik och spännande resa, med både med- och motgångar. Det är många som har bidragit till att vi nu har nått målet och kan presentera ett slutresultat. Ett särskilt tack till:

- Statens Kulturråd, som bidragit med de ekonomiska förutsättningarna.
- Personal, boende och anhöriga på de tre boenden där projektet bedrivits, som med ärlighet, öppenhet och stor kunskap släppte in oss i sin vardag. Att vi fick den möjligheten var en nödvändig grundförutsättning för att kunna utarbeta modellen.
- IngBritt Rydeman, tidigare verksamhetschef på FoU Seniorium som anställde mig och gav mig möjligheten att få arbeta med det här projektet.
- Ingrid Hammarlund, lektor i musikterapi, som navigerat genom projektet med klokskap och erfarenhet, hela tiden med kompassnålen inriktad på målet.

Inledning

Intresset för sambandet mellan kultur och hälsa har ökat stort de senaste åren inom både forskning och klinisk verksamhet. År 2007 bildades den tvärpolitiska riksdagsgruppen Föreningen Kultur och Hälsa. Under åren 2010-2013 satsade regeringen sammanlagt 70 miljoner kr på projekt kring Kultur för äldre. Ett av de projekt som beviljades medel var *Musik som omvårdnad på demensboende* på FoU Seniorium.

Sedan 2009 har FoU Seniorium, i samverkan med Kungl. Musikhögskolan KMH, drivit flera projekt kring hur musik kan användas som psykosocial vårdåtgärd i äldreboenden, bl a en fortbildningskurs i musikanvändning för vård- och omsorgspersonal i äldreboenden (Hammarlund, 2012).

Arbetsmodeller för hur omvårdnadspersonal i demensvården kan arbeta med musik under handledning av en musikterapeut finns i väl fungerande och utvärderade verksamheter i bland annat Norge, Danmark och Nederländerna (Ridder, 2005; Myskja, 2011; Ridder, 2012; Vink,

2013). Dessa modeller bygger på att en musikterapeut dels utövar musikterapi enskilt och i grupp, dels utbildar och handleder vårdpersonal, ett arbetssätt som motsvarar hur en arbetsterapeut eller sjukgymnast arbetar med att både behandla patienter och instruera vårdpersonal om handgrepp och delmoment som de kan utföra.

Syfte och frågeställningar

Projektet syftar till att utveckla, pröva och vetenskapligt utvärdera en modell för hur omvårdnadspersonal kan använda musik som psykosocial vårdåtgärd integrerat i sitt dagliga arbete för att öka de boendes välbefinnande. Modellen ska bygga på musikterapeutisk forskning och beprövad erfarenhet.

Frågeställningarna för projektet är:

- Hur påverkas personer med demenssjukdom av musik i omvårdnaden?
- Hur upplever vårdpersonal att arbeta med musik som omvårdnad?

Bakgrund

Demens - en folksjukdom

Demens är Sveriges fjärde största folksjukdom och en av samhällets största hälsoutmaningar i vår tid. Det totala antalet demenssjuka i Sverige beräknas till närmare 160 000 personer, en siffra som kommer att stiga i takt med att den äldre befolkningen ökar i antal. Cirka 1 % av alla 65-åringar och över hälften av alla 90-åringar beräknas vara drabbade av en demenssjukdom (SBU, 2006).

Demens är ett samlingsnamn för ett 100-tal olika neurodegenerativa sjukdomar med det gemensamt att minnet och tankeförmågan försämras. Det finns en neurologisk och en psykosocial sida av sjukdomen (Kitwood, 1997). Förmågor som att uttrycka sig, ta initiativ och orientera sig i tid och rum försämras successivt som ett resultat av skadorna i hjärnan. Symptom som oro, aggressivitet, nedstämdhet och beteendeförändringar är däremot att betrakta som psykosociala i första hand. Dessa uppstår i samspel med omgivningen. De kan förebyggas och lindras genom ett lyhört och medmänskligt bemötande som ger utrymme för känslor och emotioner (a a).

Socialstyrelsens riktlinjer för vård av personer med demenssjukdom föreskriver en personcentrerad omvårdnad av god kvalitet, som tar hänsyn till individens sociala och känslomässiga behov i lika hög grad som de fysiska (Socialstyrelsen, 2010). Tydliga krav finns på att minska användningen av psykofarmaka och i stället inrikta vård och omsorg på att underlätta vardagen och ge så god livskvalitet som möjligt genom ett personcentrerat bemötande och en god psykosocial miljö. I riktlinjerna rekommenderas musik som redskap för tre olika syften; att ge personer med demens en möjlighet att delta och därigenom motverka passivitet, ge dem upplevelser av skönhet och tröst, och bidra till en lugnande miljö.

Definitioner och begrepp

Begreppet ”kultur” kan betyda konstarter som musik, teater och målarkonst, men också normer, värderingar och grupperingar som kommer till uttryck på olika sätt;

”trädgårdskultur”, ”kvinnokultur” eller ”folk från andra kulturer” (Stige, 2002). Kärnan i kulturbegreppet kan definieras med den enkla formuleringen: kultur är identitet (Johannisson, 2008). I det här kapitlet används begreppet ”kultur” i första hand i betydelsen ”konst”, men förekommer också i samband med att omvårdnadspersonal kommer från andra kulturer.

Begreppet ”hälsa” används ofta i betydelsen ”vara fysiskt frisk”, men rymmer mycket mer än så. Hälsan speglar människors aktuella och totala livssituation (Dahlberg & Segersten, 2010). Upplevd hälsa hänger ofta ihop med en upplevelse av mening och sammanhang, KASAM (Doctare, 2008). ”Hälsa” och ”sjukdom” är inte varandras motsatser, utan rör sig inom helt olika områden. Man kan vara fysiskt sjuk och ändå känna försoning med sitt liv och uppleva en känsla av mening, vilket kan innebära en upplevelse av att ha hälsa (Aldridge, 2000). Begrepp som vitalitet, mening, energi, tillhörighet och förmåga till handling kan knytas till hälsobegreppet (Ruud, 2002).

Nära knutet till begreppet ”hälsa” är begreppet ”välbefinnande”, som är vanligt förekommande just i fråga om demensvård. Det finns ingen entydig förståelse eller definition av begreppet. Välbefinnande kan kännas igen genom tecken på att personen med demens engagerar sig i sin omvärld och upplever positiva känslor, medan ”illabefinnande” (engelskans ”illbeing”) är motsatsen, när han eller hon drar sig tillbaks eller slutar engagera sig i världen runt omkring, och upplever negativa känslor (Wheeler & Johnson, 2010; Bradford Dementia Group, 2008). När en person med demens får hjälp att bevara känslan av sin egen personlighet förebyggs och lindras symptomen och välbefinnandet ökar (Kitwood, 1997). Att personen blir bemött med respekt, erkänsla och förtroende och att relationen med vårdgivaren präglas av social interaktion och kommunikation är avgörande för välbefinnandet (Ericsson, 2011). Till skillnad från ”livskvalitet” som är en självupplevd kvalitet, så går välbefinnande att iaktta (Kitwood, 1997).

Vilket begrepp som bäst fångar det sätt att använda musik som beskrivs i den här rapporten, har i projektet varit föremål för diskussioner och funderingar. ”Musikterapi” används när en utbildad musikterapeut utövar skraddarsydda musikaliska interventioner med en klient eller patient. ”Musikaktivitet” befanns styra tanken alltför mycket till ett sätt att ”aktivera”, som inte gav utrymme för att använda musik också för att lugna, trösta eller kommunicera. ”Musikanvändning” låter konstruerat och språkligt otympligt. Till projektets titel valdes det språkligt något inkorrekt ”musik som omvårdnad”. Eftersom Socialstyrelsens riktlinjer (2010) använder begreppet ”psykosociala åtgärder” när det gäller bl a musik, kommer huvudsakligen begreppet ”musik som psykosocial vårdåtgärd” att användas även i den här rapporten. För att lyfta fram att syftet med interventionerna är terapeutiskt förekommer också begreppen ”terapeutiskt verktyg/redskap”.

Människan i centrum

I mitten av 90-talet myntade den engelske psykologen Tom Kitwood begreppet ”personcentrerad omvårdnad”. Redan i förordet till sin bok *Dementia Reconsidered. The person comes first* (1997), skriver Kitwood att de symptom som ofta förknippas med demens, som oro och aggressivitet, kanske snarare är resultat av omgivningens oförmåga att förstå än orsakade av de faktiska, neurologiska skadorna i hjärnan. Han rekommenderar att alla som kommer i kontakt med personer med demens tar sig ur de vanliga mönstren av ”Over-busyness, hypercognitivism and extreme talkativity into a way of being in which emotion and

feeling are given a much larger place (Kitwood, 1997, s 5, Lindblads kursivering)". Med andra ord bör det gängse sätt som de flesta människor relaterar till varandra, med ord och aktivitet, kanske hellre bytas ut mot *ett sätt att vara*, präglad av kvaliteter som lyhördhet, intoning, lyssnande, tålmod och en genuin vilja att förstå varandra. Dessa kvaliteter omnämns både i omvårdnadslitteratur (Eide & Eide, 2009; Skog, 2012), och i musikterapeutisk litteratur. Musik lyfts fram som ett möjligt medium för att uppnå den här typen av kontakt och kommunikation.

Kitwood myntade även begreppet "personhood" som kan översättas med "personlighet", dvs upplevelsen av vem man är (a a). Denna självupplevelse skapas genom det värde man ges av andra i en social relation. Det förutsätter erkännande, respekt och tillit. I Figur 1 visas de viktigaste psykologiska behoven hos en person med demens, enligt Kitwood. Som synes är "sysselsättning" bara ett av fem kronblad i Kitwoods "behovsblomma".



Figur 1. De viktigaste psykologiska behoven hos personer med demens. Fritt efter Tom Kitwood (1997).

Demens ur ett socialt perspektiv

Människan är social till sin natur. Samarbete, ömsesidighet och att få vara delaktig är viktiga aspekter på hälsa (Rolvjord, 2010). Det är genom att uttrycka oss som vi blir till, i existentiell mening (Aldridge, 2000). Personer som drabbats av en demenssjukdom hamnar ofta i social och psykologisk isolering, samtidigt som det inom personen fortfarande finns ett "själv" som behöver uttryckas och kommuniceras.

I Socialstyrelsens riktlinjer (2010) under rubriken *Personer med demenssjukdom har kvar sin identitet*, fastslås bland annat att:

... Även under sena stadier av demenssjukdomen kan personer visa att de har en uppfattning av sig själva, att de har en identitet /.../ Personer med demenssjukdom skapar också en upplevelse av sig själv genom interaktion med andra människor./.../ Personer med demenssjukdom kan behöva hjälp att upprätthålla sin självkänsla genom att påminnas om sin historia och bemötas som en värdefull kommunikationspartner (Socialstyrelsen 2010, s 71-72).

För att motverka upplevelsen av isolering och identitetsförlust är det angeläget att erbjuda personer med demens möjligheter till samvaro. Vårdpersonal behöver ikläda sig rollen som *kommunikationsansvarig*. Som sådan ansvarar personalen för att bygga upp och underhålla en

trygg relation med personen med demens, erbjuda personen en möjlighet att få uttrycka sig, och att bli hörd och bekräftad i sitt uttryck (Nyborg, 1998).

Kultur och hälsa

Kunskapsområdena ”kultur” och ”hälsa” har sina rötter i olika förståelsemodeller, där kulturen rör sig inom en humanistisk förståelsemodell, medan hälsa ofta kopplas till en naturvetenskaplig, biomedicinsk förståelsemodell (Doctare, 2008). Kultur har en andlig dimension och handlar bland annat om människans kreativitet. Naturvetenskapen har sina rötter i upplysningstidens ideal om objektivitet och tanken på människan som en intellektuell och förnuftig varelse. Känslor betraktas traditionellt sett som irrationella, och andliga och själsliga aspekter ses som ovetenskapliga (Doctare, 2007). Det finns därmed en inbyggd förståelsemotsättning mellan dessa två områden.

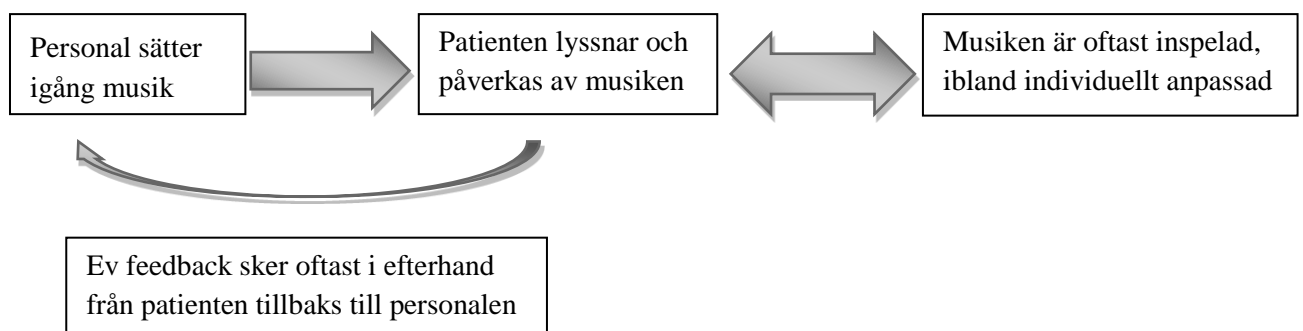
Samtidigt har en rad experimentbaserade studier visat att kulturaktiviteter, oavsett om det är trädgårdsskötsel, konsthantverk eller körsång, har hälsofrämjande effekter på både fysisk, emotionell och social nivå. Resultaten visar att den viktigaste framgångsfaktorn är att personen själv har fått välja den kulturella aktiviteten (Theorell, 2008; 2009).

Musik och hälsa

I alla tider och kulturer har människor använt musik i helande och hälsofrämjande syfte. Genom århundradena märks två olika synsätt på musik och hälsa; dels som påverkan, där den sjuke eller nedstämda får ökat välbefinnande genom musiklyssning; dels som social aktivitet, där människor uppnår hälsofrämjande effekter genom att delta aktivt i ett gemensamt musicerande (MacDonald m fl, 2012). Genom att lyssna på musik eller själva uttrycka sig musikaliskt kan människor stärka sina resurser. Musik kan kommunicera upplevelser av helhet och mening, även där verbala uttrycksformer är begränsade (Ruud, 2002).

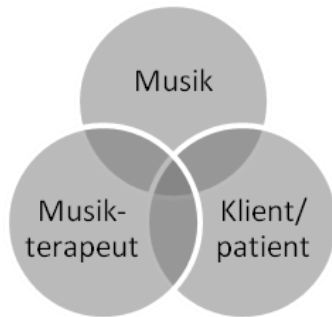
Ur ett fysiologiskt perspektiv har forskning visat att musik påverkar hjärnans utveckling på ett positivt sätt (Amunts m fl, 1997; Bengtsson m fl, 2005). Musik har också effekt på fysiska funktioner som puls, hjärtrytm, andning, blodtryck, kroppstemperatur och hormonbalans (Aldridge, 1996; Theorell, 2009; Bergström-Isacsson m fl, 2014). Även upplevd smärta kan lindras (Nilsson, 2003; Bojner Horwitz m fl, 2006).

I vårdsammanhang används musik både av musikterapeuter och av annan personal, som sjuksköterskor eller arbetsterapeuter (Trondalen & Bonde, 2012). Formen för musik i vården är ofta stimulus-respons-orienterad (figur 2).



Figur 2. Musikmedicinsk modell, fritt efter Trondalen & Bonde, 2012.

I musikterapi arbetar man med musik i en terapeutisk relation och med ett uttalat terapeutiskt syfte (Bradt & Dileo, 2011). En professionellt utövande musikterapeut har dubbel kompetens som musiker och terapeut, med ingående kunskap om musikens påverkan på människan, och kunskap om fysiska och psykiska sjukdomstillstånd och funktionshinder (Petersson, 2009). Musikterapeuten och klienten/patienten kommunicerar med hjälp av musik, som sätts in i ett sammanhang och väljs i stunden för att spegla, bekräfta eller uttrycka något som just då är viktigt för klienten.



Figur 3. Musikterapeutisk modell

Syftet med musikterapi kan vara medicinskt, pedagogiskt eller psykoterapeutiskt, och antingen behandlande eller förebyggande och hälsofrämjande (Ruud, 2008). Metoderna anpassas till situation och syfte och kan vara expressiva, där terapeut och klient spelar och sjunger tillsammans, eller receptiva, vilket innebär musiklyssning. Musikterapeuter samarbetar ofta med vårdpersonal och andra yrkesgrupper och kan då fungera som handledare (Ridder, 2005; Myskja, 2011).

Musik och demens

Det finns en mångfald forskningsstudier som visar att musik har positiv effekt på personer med demens (Ridder, 2003; Chatterton m fl, 2010; Wall & Duffy, 2010; McDermott m fl, 2012; Livingston m fl, 2014, bl a). Det som beskrivs är allt från underhållning av inhyrda musiker, musiklyssning på cd i grupp eller enskilt och allsång ledd av vårdpersonal, till aktivt deltagande i musikterapi enskilt eller i grupp. De effekter som märks i dessa studier är minskad oro, aggressivitet, vandrande, rastlöshet och irritabilitet, och ökad närvaro, förmåga att kommunicera och ett mer adekvat socialt beteende. Musik påverkar gynnsamt inom framför allt tre områden:

- Minne och språkanvändning
- Nedstämdhet och depression
- Aggressivitet och oro (Ridder, 2005).

Ridder (2005) har gjort en litteraturgenomgång av vad som är skrivet om olika sätt att använda musik med personer med demens. Hon hittade allsång (grupp), dans (grupp), bakgrundsmusik (grupp och enskilt), musik och rörelse (grupp), musikterapi (grupp och enskilt), musiklyssning (enskilt), musikreminiscens/minnesträning genom musik (grupp och enskilt), musikstimulering - bollspel med musik, frågesport (grupp och enskilt), vårdarsång (enskilt), att skriva egna sånger (grupp) och spela på instrument till förinspelad musik (grupp). Skillnad görs mellan aktiviteter för trivsel och förströelse och aktiviteter med terapeutiskt syfte. De som leder aktiviteterna är både musikterapeuter och annan personal.

Personligt vald bakgrundsmusik och levande sång tycks ge bättre resultat än om musiken är inspelad eller allmänt vald. Både musiklyssning och deltagande i sång kan förbättra sinnesstämning, orientering, episodiskt minne och uppmärksamhet hos personer med demens, och öka vårdgivarnas välmående (Särkämö m fl, 2013). När det gäller att lugna, engagera och skapa kontakt lämpar sig levande sång särskilt väl (Götell, 2003; Ridder, 2003; Chatterton m fl, 2010; Engström & Hammar, 2012; Kvamme, 2013).

Omvårdnadssituationer kan underlättas med inspelad bakgrundsmusik eller, ännu bättre, att vårdpersonal sjunger för och med den boende (Brown m fl, 2001; Götell, 2003; Hammar m fl, 2010). Situationer som kan vara omvitnat besvärliga förvandlas till en stund av trivsam samvaro. Även gångträning kan underlättas. På svenska kallas metoden ”vårdarsång” och används på många håll med goda resultat.

Några studier där resultatet som helhet var övervägande positivt tar även upp exempel på att musik *ökade* oron hos vissa personer (Cooke, 2010; Myskja, 2011; Raglio m fl, 2012). I de fallen har musiken antingen varit vald utan hänsyn till de boendes personliga preferenser (ospecificerad barockmusik), eller varit allmänt riktad underhållning av inhyrda musiker utan relation till de boende, eller så har musiken valts av personalen utifrån personalens smak helt utan hänsyn tagen till vilken musik den äldre föredrog. Vid oro kan det också spela roll när musiken sätts in, precis när oron börjar eller när den är som värst. Bäst resultat ger de musikaliska interventioner som sätts in tidigt, vid första tecken på oro (Myskja, 2011, s 168).

En lång rad stimuli som erbjuds personer med demens kan ge effekt, som dockor, hundar, dagstidning med stor text, mjuka bollar, pussel, möjligheten att få arrangera blommor eller vika handdukar – eller att få lyssna på eller engagera sig i en musikalisk aktivitet av något slag (Cohen-Mansfield m fl, 2012; 2013). Där olika psykosociala metoder jämförs står sig musik väl och betecknas, jämte handmassage och fysisk aktivitet, som evidensbaserad (Kverno m fl, 2009, Hulme m fl, 2010, Skingley & Vella-Burrows, 2010). Det konstateras dock att för att nya arbetssätt med psykosociala vårdåtgärder ska fortleva behövs en hållbar plan (Boersma et al, 2014).

Forskarnätverket Cochrane har tittat på studier kring musik och demens vid två tillfällen (Vink m fl 2004; 2011) och konstaterat att tendenserna är övervägande positiva, men att studierna varit för små eller av för låg vetenskaplig kvalitet för att kunna ge några statistiskt säkerställda resultat. Frågetecknen handlar framför allt om att det inte går att säkerställa att det är just musiken som påverkat de äldre.

För att förstå hur musik kan påverka personer med demens kan begreppet ”arousal” komma till användning. Arousal kan närmast översättas med ”uppmärksamhet” eller ”vakenhetsgrad”. Det är den grundläggande kraften bakom alla kroppsliga och mentala aktiviteter (Bergström-Isacsson, 2014). Vid hög arousal, eller ”hyper-arousal” sker bland annat att hjärtat slår snabbare, pulsen ökar och andningen blir mer ytlig (Becker, 2010). En person som är ”hyper-aroused” är på sin vakt, beredd till flykt eller kamp och mycket känslig för ljud och intryck (Ridder, 2005). Hypo-arousal kännetecknas av en känsla av att vara utmattad eller resignerad. När ”arousal” är i balans är personen lugn, uppmärksam och närvarande i nuet, med förmåga att koncentrera sig på något utanför sig själv. Personer med demens kan ha svårt att själva reglera sin ”arousal”-nivå och pendlar lätt mellan de olika ytterlighetstillstånden. Musik kan användas för att uppnå en balans i ”arousal”-nivån (a a).

Musik i demensvården

Inom demensvård används musik på olika sätt, allt ifrån underhållning av inhyrda musiker till musikstunder med allsång, sittgymnastik till musik, dans och liknande. Dessa musikaktiviteter kan ledas av vårdpersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, äldrepedagog eller annan aktivitetsansvarig, ibland även av musikterapeuter (Ridder, 2005; Trondalen & Bonde, 2012).

Syftet med att använda musik i demensvården kan vara att öka trivsel och välbefinnande, skapa lugn och trygghet, stimulera minnet, förbättra fysiska och kognitiva funktioner och underlätta kommunikationen. Musik kan erbjuda den äldre en möjlighet att få använda sina resurser, förmågor och färdigheter, och känna sig som en kapabel människa (Kvamme, 2008; Myskja, 2011; Vink, 2013).

Modeller för hur omvårdnadspersonal kan väva in musik i sitt dagliga arbete har utvecklats på många håll (Myskja, 2011; Ridder, 2012; Vink, 2013). Utvärderingar har visat att detta ökat välbefinnandet hos både personalen och de boende. Lugnare patienter ger lugnare, gladare personal vilket i sin tur påverkar kontakten mellan personal och patient på ett positivt sätt (Wall & Duffy, 2010). Och när personal sjunger för patienten blir personalen själv lugnare och gladare, vilket gör hela situationen mer positiv (Hammar, 2011).

I Sundbybergs stad utanför Stockholm arbetar en musikterapeut i äldrevården sedan 2006 med den dubbla funktionen att dels själv utöva musikterapi, dels utbilda och handleda omvårdnadspersonal. Projektet är permanentat men inte utvärderat (Sundbybergs stad, 2014). I Solna kommun har projektet ”Det stora i det lilla – vårdarsångsprojekt Skoga Äldrecentrum” bedrivits av en musikterapeut på liknande sätt (Hugoson, 2014). I Umeå pågår en förstudie inom projektet ”Kultur för Seniorer” med liknande syfte (Bergström-Isacsson, 2014). På många håll används också den tidigare omnämnda metoden ”vårdarsång”, där vårdpersonal sjunger för och med de boende i omvårdnadssituationer eller vid gångträning.

Utvecklingen av en musikmodell

Katarina Lindblad

Resultatet i sammandrag

Projektet *Musik som omvårdnad på demensboende* har syftat till att utveckla, pröva och vetenskapligt utvärdera en modell för hur omvårdnadspersonal kan använda musik integrerat i sitt dagliga arbete för att öka de boendes välbefinnande. Forskningsfrågorna har varit:

- Hur påverkas personer med demenssjukdom av musik i omvårdnaden?
- Hur upplever vårdpersonal att arbeta med musik som omvårdnad?

I den här rapporten presenteras några av de erfarenheter och slutsatser som dragits i projektet. En arbetsmodell för hur musik kan integreras i omvårdnaden på demensboende har utvecklats.

När det gäller hur musik påverkar personer med demens, har projektet i huvudsak bekräftat det som redan visats i befintlig forskning, nämligen att musik å ena sidan kan bidra till välbefinnandet hos personer med demens på en rad olika sätt, men att den å andra sidan också kan ha en oroande effekt om den inte anpassas till person och situation.

När det gäller hur vårdpersonalen har upplevt att arbeta med projektet är svaret mer mångfacetterat. För en del har själva idén om att föra in musik som redskap i vården tett sig mycket främmande. Några har provat och blivit överraskade av hur musik kan underlätta i olika typer av situationer. Andra har fått en djupare förståelse för, och blivit mer medvetna om, värdet i att använda musik i arbetet. Det har ökat deras motivation att fortsätta använda musik. Andra har upplevt att arbetet med musik stärkt deras trygghet och sammanhållning som personalgrupp. Och åter andra har arbetat på ungefär som tidigare utan att riktigt ta till sig möjligheten att pröva musik som redskap i omvårdnaden. De flesta tyckte att kartläggningarna var värdefulla. De tyckte också att projektet pågick för kort tid.

Projektet har visat att det är fullt möjligt att utbilda och handleda ordinarie omvårdnadspersonal utan särskilda musikaliska förkunskaper till att använda musik på ett medvetet sätt som psykosocial vårdåtgärd. Det har också framgått att utbildning är en nödvändig grundförutsättning både för att förmedla kunskap, förståelse och konkreta metoder.

Så vad är nytt i musikmodellen? I ett svenskt perspektiv är det nytt att arbetet är förankrat i det senaste inom befintlig forskning om musik och demens. Synen på musik som en vårdåtgärd, ett terapeutiskt redskap, snarare än som en aktivitet har visat sig helt ny för de flesta i personalen. Det är också nytt att en musikterapeut både finns på avdelningen som en del i vårdteamet, och utbildar och handleder vårdpersonalen. Det möjliggör för musikterapeuten att lära känna de boende och göra terapeutiska bedömningar av deras behov och resurser. Utifrån dessa bedömningar och kartläggningen av de boendes musikaliska preferenser formas sedan de musikaliska rekommendationerna, och även utbildningen och handledningen av personalen. Musikmodellen blir därmed personcentrerad.

Inledning

Följande kapitel inleds med en processbeskrivning av hur arbetsmodellen för ”musik som omvårdnad på demensboende” har vuxit fram. Därefter presenteras själva modellen med de tre delmomenten: information och utbildning; musikterapeuten är på avdelningen; uppföljning/musikombud. Utbildningen, kartläggningen och musikstund i grupp beskrivs. Därefter följer en redogörelse för hur arbetet med musik har påverkat och tagits emot av de boende genom några exempelsituationer och vinjetter. Och till sist kommer personalens röster till tals genom refererat från intervjuerna, och från diskussioner i samband med att de fick se videoinspelningar av de musikstunder då de själva medverkade.

Teori och metod

Till grund för kapitlet ligger musikterapeutens löpande loggboksanteckningar, enkäter som personalen fyllt i om ljudmiljön på avdelningen och om sitt eget förhållande till musik privat och i arbetet, daganteckningar förda av personal på ett av boendena, intervjuer med omvårdnadspersonalen både enskilt och i grupp och videoinspelningar från musikstunder i grupp.

Data är bearbetat med en kvalitativ analys utifrån hermeneutiskt perspektiv (Ödman, 2004; Kenny m fl, 2005; Alvesson & Sköldberg, 2008; Kjørup, 2009). Inom hermeneutik framhålls dialogen mellan forskaren och materialet som det viktigaste inslaget (Ödman, 2004). Tanken är att förståelsen breddas och fördjupas genom en dynamisk interaktiv process (Kenny m fl, 2005). I det här fallet har en rörelse skett från datamaterial till referenslitteratur och tillbaka till datamaterialet, från del till helhet i en ”hermeneutisk cirkel”.

Alla personnamn i kapitlet är fingerade.

Projektgrupp och arbetsfördelning

Projektet har varit upplagt som ett kombinerat utvecklings- och forskningsprojekt. Etiskt tillstånd beviljades i mars 2013; nr 2013/5:5.

Forskningsfrågor och den vetenskapliga utvärderingen har planerats och skötts av forskningsansvariga, som båda är disputerade sjuksköterskor. De har även gjort flertalet intervjuer. Några intervjuer gjordes av en äldredagog, som ingick i projektet en kortare period. Det praktiska utvecklingsarbetet har skötts av musikterapeuten, som fått musikterapeutisk handledning mellan 1 ggn/v och 1 ggn/mån. Handledaren har även medverkat vid utbildning av omvårdnadspersonalen.

Musikmodellen växer fram

Projektet är genomfört i samarbete med tre vård- och omsorgsboenden för personer med demens, en termin per boende. Musikmodellen har utvecklats i en process mellan omvårdnadspersonal, boende, musikterapeut, handledare och forskningsansvariga. Arbetet har förändrats kontinuerligt utifrån gjorda erfarenheter.

Projektet har ägt rum på en avdelning (i ett fall ett våningsplan bestående av två avdelningar) på respektive boende. Musikterapeuten har varit på avdelningen två dagar i veckan under 4-5

månader och utbildat och handlett personalen, deltagit i de dagliga rutinerna, gjort bedömningar av de boendes behov och resurser, kartlagt deras musikaliska preferenser tillsammans med personalen, lett gemensamma musikstunder i grupp, gjort individuella musikaliska interventioner och arbetat fram rekommendationer för hur man kan använda musik med var och en av de boende.

Beskrivning av de tre vård- och omsorgsboendena

Tre vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom har medverkat i projektet. Urvalet skedde utifrån att de skulle ligga i tre olika kommuner inom FoU Senioriums upptagningsområde. Boende I valdes utifrån att där fanns omvårdnadspersonal som hade deltagit i FoU Senioriums fortbildningskurs i musikanvändning för vård- och omsorgspersonal i äldrevården. När projektet kom till boendet hade den personalen slutat. Boende II fick förfrågan om att delta och tackade ja. Boende III anmälde intresse och blev utvalda genom lottning. Ledningen på samtliga boenden har tackat ja till att medverka i projektet och sagt sig villiga att frigöra tid för omvårdnadspersonalen att kunna delta.

De boenden som deltagit i projektet har varit både privat och kommunalt drivna och bestått av flera avdelningar. Två av boendena ligger i lokaler byggda speciellt med tanke på demens. De våningsplan där projektet kom att bedrivas består av två avdelningar med gemensamt kök och gemensam balkong. Det tredje boendet ligger i en lite äldre byggnad av villakaraktär.

Behoven såg olika ut på de tre boendena. På ett ställe var arbetssituationen tung, flera av de boende hade stora hjälpbehov både fysiskt och psykiskt. Omvårdnadspersonalen var därför öppen för att ta till sig nya arbetsmetoder som kunde underlätta deras arbete och göra det möjligt för dem att bättre kunna hjälpa de boende. Två av boendena var relativt nyöppnade. På ett ställe fanns en utarbetad struktur för aktiviteter och på det tredje hade man flera andra projekt igång parallellt.

De boende

Två studiegrupper har ingått i projektet. Den ena studiegruppen har omfattat sammanlagt 30 personer med demenssjukdom, varav NN procent var män och YY procent var kvinnor. Medelåldern för män var 81 år och för kvinnor 85 år. Tabell 1 visar köns- och diagnosfördelning på två av boendena. Två personer hade förutom demens även Parkinsons sjukdom. Information om specifik demensdiagnos saknas från ett boende. Några led av oro och nedstämdhet, några hade ofta perioder då de ville ”hem”, ett par uttryckte att de inte ville leva längre, några kunde bli verbalt eller fysiskt utagerande.

På varje avdelning bodde mellan sju och tio personer varav de flesta med medelsvår eller svår grad av demens. Under projekttiden avled en person. Sex personer var rullstolsburna, 19 rörde sig med svårighet, med hjälp av rullator och fem rörde sig i stort sett obehindrat. Många behövde hjälp i samband med toalettbesök och liknande. Drygt hälften hade kvar sin förmåga att tala och kommunicera, om än inte alltid helt logiskt och tidsadekvat. Några hade afasi och några hade slutat tala. Fyra personer hade kraftiga hörselnedsättningar.

Alla deltagare har lämnat ett skriftligt samtycke till att vara med i projektet.

Tabell 1. Beskrivning av personer på två boenden.

	Diagnos				Totalt
	Alzheimers sjukdom	Lewy Body demens	Vaskulär demens	Ospecificerad demens	
Man	2	-	1	2	5
Kvinna	5	1	3	4	13
Totalt	7	1	4	6	18

Personalen

Den omvårdnadspersonal som har ingått i projektet har varit den ordinarie anställda dagpersonalen som för tillfället arbetat på respektive avdelning. Sju vårdbiträden och 16 undersköterskor deltog i projektet, könsfördelningen var 8 procent män och 92 procent kvinnor. Yrkeserfarenhet av arbete inom demensvården varierade mellan sex månader och 20 år, två tredjedelar arbetade deltid.

Utöver omvårdnadspersonal fanns utbildade ”Silviasystrar” på två boenden, en med övergripande ansvar och en som var närmare knuten till avdelningen. På ett boende fanns en omvårdnadsperson, s k ”löpare”, som arbetade på flera avdelningar och kunde förstärka där det för tillfället behövdes. Två boenden hade aktivitetsansvariga, och ett boende hade dessutom en extra aktivitetsperson som ordnade promenader, bowling och andra fysiska aktiviteter. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare hade ansvar för större områden och besökte avdelningen mer sällan.

Personaltätheten var ungefär densamma på samtliga avdelningar, med en fördelning på tre personal på dagen, två på eftermiddagen och en på natten (nattpersonalen ingick inte i projektet, utom att en person på ett av boendena deltog i utbildningen). På två boenden var det en i personalgruppen som hade övergripande ansvar för planering av det dagliga arbetet, på det tredje boendet var enhetsledaren fristående från den ordinarie personalgruppen på avdelningen.

Tabell 2 Beskrivning av personalen på respektive äldreboende.

	Kön (antal)		Medelålder (åldersintervall)	Erfarenhet från arbetet, medel (intervall)		Utbildning (antal)	
	Man	Kvinna		Äldreomsorg	Demensvård	Undersköterska	Vårdare
Boende 1	1	9	41 (23-57) år	12 (1-29) år	8 (1-20) år	7	3
Boende 2	0	6	43 (31-55) år	8 (1-10) år	3 (6 mån-8år)	3	3
Boende 3	1	6	42 (23-55) år	10 (6 mån-27) år	6 (6 mån-15) år	6	1
Totalt	2	23	42 år	10 år	6 år	16	7

Musikanvändning före projektstart

På alla tre boendena användes musik i viss utsträckning redan före projektets början. Ett ställe använde bakgrundsmusik på cd i gemensamma lokaler, ett annat sa sig använda

bakgrundsmusik men hade vid projektets början ingen fungerande cd-spelare. Under projekttiden skänkte en anhörig en cd-spelare till avdelningen. Det tredje stället hade ingen cd-spelare på avdelningen före projektets början, men skaffade en under projekttiden.

På två av boendena erbjöds regelbunden musikunderhållning i stora, gemensamma lokaler för hela boendet. På ett av boendena anordnade omvårdnadspersonalen på en angränsande avdelning dans för alla varannan vecka, då personalen spelade cd-skivor och dansade med de boende. Sittgymnastik till musik förekom på två ställen under ledning av aktivitetsansvarig respektive sjukgymnast. Andakter med psalmsång hölls för hela huset på alla tre ställena, ungefär en gång i månaden, med präst eller diakon och kyrkomusiker från församlingen.

Dessa aktiviteter besöktes i varierande grad av dem som bodde på demensavdelningarna. Musikunderhållningen på ett av ställena var mycket välbesökt, alla utom en person på avdelningen brukade vilja vara med på detta. Dansen på en grannavdelning besöktes av 2-3 stycken av de boende, och andakterna av några få. Sittgymnastiken var det knappt hälften av de boende som deltog i. Personalen på de tre boendena hade lite olika inställning till aktiviteter och var i olika grad aktiva när det gällde att erbjuda de boende möjlighet att delta. Hur många som deltog och i vad berodde i stor utsträckning på vilken personal som arbetade och deras eget intresse för aktiviteten i fråga. Ett genomgående intryck var att mycket av de aktiviteter som erbjöds på boendena i praktiken inte kom dem som bodde på demensavdelningarna tillgodo.

När det gällde musik vid enskild omvårdnad fanns det enstaka erfarenhet av att sjunga i samband med omvårdnadssituationer. Några hade också prövat att spela musik på cd på de boendes rum. Vanligast var musik på cd i dagrum och liknande allmänna utrymmen.

Personalens eget musikintresse varierade. Flera tyckte mycket om musik och tyckte att musik var ett viktigt inslag i deras eget liv. Någon sjöng i kör och någon hade spelat gitarr som liten. Någon sade sig inte tycka om musik och någon var uttalat ljudkänslig. Flera tyckte att de inte kunde sjunga. Ingen i personalen hade någon musikutbildning. Ingen spelade något instrument.

Valet av vilken musik som spelades på avdelningarna styrdes av de cd-skivor som fanns till hands, oftast gåvor från anhöriga eller kvarlämnade skivor efter någon tidigare boende. Exempel på urvalet var svensktoppsmusik, gamla schlagers, lättare klassisk musik, panflöjt, visor, Johnny Cash, Vikingarna, Taube/visor, Allsång på Skansen, operapårlor med Pavarotti och andra kända sångare, julmusik och liknande. Både omvårdnadspersonalens egen smak och vad de kände till om de boendes favoritmusik påverkade valet av vad som spelades.

Tv fanns i vardagsrummen på alla avdelningarna. På en avdelning stod den på större delen av dagen, utom vid måltider då personalen stängde av den. På ett annat boende stängde omvårdnadspersonalen ofta av tv:n då de ansåg att en slentrianmässigt påslagen tv inte var förenlig med god demensvård. På någon av avdelningarna stod tv:n på men med låg volym. På alla tre boendena var det nästan uteslutande TV 4 som visades när tv:n stod på, ibland "Fråga doktorn" eller någon gammal långfilm.

På alla tre ställena var ljud från köket ett påtagligt inslag i ljudmiljön; diskmaskin som brummade och pep, slammer med matvagn och handdisk, elvispsurr i samband med bull- och sockerkaksbak och liknande.

På ett ställe hade personalen gjort i ordning ett sånghäfte som togs fram vid kräftskivor och andra gemensamma fester. På ett annat ställe fanns en sångbok i vardagsrummet, som personalen ibland tog fram och sjöng ur. På det tredje stället skedde gemensam sång endast vid de stora musiksamlingar som ordnades en gång i veckan.

Sammanfattningsvis fanns en hel del musik på avdelningarna redan innan projektet började. Musik användes framför allt för trivsel och social samvaro. Musikutbudet på avdelningarna var i hög grad beroende av eget, personligt intresse hos omvårdnadspersonalen. Det fanns ingen medveten struktur för att använda musik som psykosocial vårdåtgärd.

De första erfarenheterna

Enligt protokoll från planeringsmöten var Boende I väl förberett och inställt på att ta emot projektet. Musikterapeuten började därför på boendet redan två veckor efter att hon kommit in i projektet. Arbetet präglades inledningsvis av ett utforskande och sökande arbetssätt, med fokus på att lära känna personalen, de boende och verksamheten, och få en överblick över behov, hinder och möjligheter.

Musikterapeuten började med att fokusera på de boende för att utforska deras behov och hur musik skulle kunna vara till hjälp. Det innebar att hon tog del av de befintliga levnadsbeskrivningarna, pratade med var och en av de boende och frågade om deras erfarenheter av musik och vad de tyckte om för slags musik. För att ta reda på vad de tyckte om prövade hon också att sjunga för dem och spela musik på cd. Ett brev skickades till anhöriga med frågan om deras närståendes musikaliska bakgrund och preferenser.

Kontakten med personalen skedde inledningsvis mest genom informella samtal i köket, vid matbordet eller i samband med kaffedrickning. Samtalen kretsade kring personalens erfarenheter av och attityder till musik, och musikterapeuten delgav förslag och tankar kring hur musik kan användas i omvårdnaden. Vid ett tillfälle deltog musikterapeuten vid ett avdelningsmöte och fick då möjlighet både att ta del av rapporter om de boende, och berätta om syftet med projektet.

Efter en vecka kom önskemål från enhetschefen om att musikterapeuten skulle börja med musikstunder i grupp för de boende. Ur enhetschefens och avdelningens perspektiv var syftet främst att erbjuda de boende en stunds gemenskap kring musik. För musikterapeuten var det en möjlighet att ta reda på mer om de boendes behov och kompetenser, och hur de svarade an på musik. Det fanns även en grundtanke i projektet att omvårdnadspersonalen genom att delta i musikstunderna i grupp skulle få praktisk utbildning i olika sätt att använda musik.

Musikstunder i grupp planerades därför med ett blandat innehåll av metoder som skulle vara möjliga för omvårdnadspersonalen att själva kunna utföra. De första musikaktiviteterna genomfördes av musikterapeuten utan att omvårdnadspersonalen deltog. Efter ungefär fyra veckor visade det sig att delar av personalgruppen inte hade en aning om vad projektet gick ut på, än mindre att de själva förväntades delta. Det framkom kritik och missnöje med hur projektet sköttes, där brister i information, oklart syfte och otydlig struktur var några av synpunkterna.

Utbildningen utvecklas

För att i någon mån reparera de brister som påtalats planerades en utbildning om 2 x 1 tim med innehållet: egen relation till musik, metod och teori. Till grund för utbildningens utformande låg dels litteratur och artiklar (Ridder, 2004; 2005; Myskja, 2005; 2006; 2011; Hammarlund, 2008; Rio, 2009), dels handböcker med tillhörande dvd, utarbetade för omvårdnadspersonal i liknande projekt (Vink, 2009; Laursen & Bertelsen, 2011), dels muntliga erfarenheter från musikerapeuter som utfört liknande utbildningar tidigare.

Utbildningen annonserades på en gemensam anslagstavla och muntligt via enhetsledaren som skulle lägga upp ett schema på två utbildningstillfällen för var och en. Sammanlagt hölls fem lektioner på 60 min, med olika deltagare varje gång. Tre personer av 15 gick båda tillfällena.

Eftersom det i praktiken bara blev ett lektionstillfälle för de flesta av personalen, fick momenten kortas ner och komprimeras. De moment som i någon mån ändå berördes i första terminens utbildning var:

1. Musikens påverkan – hur olika slags musik väcker varierande sinnesstämning.
2. Musiken som bärare av vår livshistoria, vars och ens egen relation till musik.
3. Metodgenomgång av olika möjliga aktiviteter; allsångsstund, dans, rörelse till musik, gemensam musiklyssning. Individ – grupp. Struktur – spontant.
4. Kort översikt över forskningsläget kring musik och demens.
5. Kort lyssningsövning i form av guidad meditation till klassisk musik.
6. Handledande dialog kring vad som behövs just på den aktuella avdelningen; vad är svårt, vilka situationer är utmanande, vid vilka situationer tycker personalen att de behöver andra hjälpmedel?
7. Frågor och önskemål - diskussion.

Det som fick strykas ner till ett minimum vid denna enda lektion var praktiska övningar av konkreta metoder.

Inför arbetet på Boende II bestämdes att utbildningen skulle inleda perioden och genomföras innan musikerapeuten började på avdelningen. Tre lektioner à 1 ½ tim planerades in. Då all personal inte hade möjlighet att delta vid dessa tillfällen ordnades ett extra tillfälle för två medarbetare och ett fjärde, sammanfattande tillfälle för hela gruppen. Senare under terminen ordnades även två extra lektioner då personalen fick se delar av de videofilmer som projektgruppen tagit vid musikstunder i grupp på avdelningen. De fick då möjlighet att se och reflektera kring sitt eget agerande under en musikstund, och att även i lugn och ro bättre kunna iakttä hur de boende tog emot musikstunden (se vidare s 48-50).

På Boende III prövades att dubblera utbildningstillfällena för att ge all personal möjlighet att gå, och samtidigt anpassa utbildningen till verksamheten på avdelningen. Det ledde ändå inte till att alla kunde gå alla tre gångerna. Däremot blev grupperna mycket små, två-tre personer, vilket försvårade gruppdynamiken.

Sammanfattningsvis har erfarenheterna i projektet visat på svårigheten att nå ut med information, liksom att rent praktiskt samla personalen för information och utbildning. Det väcker intressanta frågor om förutsättningarna för förändringsarbete på den här typen av arbetsplats, där arbetet hela tiden måste fortgå samtidigt som personalen kan behöva stanna upp och samla sig för att reflektera och utvecklas.

Kartläggningen – en nyckel till livsberättelsen

Tillgänglig forskning visar att den personligt valda musiken ger bättre resultat än allmänt vald musik (Myskja, 2005; Cooke, 2010; Gerdner, 2010; Raglio m fl, 2012). I ett norskt forskningsprojekt reagerade en av de boende när en musiker som ingick i projektet slog sig ner för att spela för henne.

Du kan inte bara komma här och spela musik och tro att det ska fungera! Först måste du lära känna mig (Myskja, 2011, s 78, Lindblads översättning).

En självklar utgångspunkt för modellen har därför varit att göra en kartläggning av de boendes personliga musikaliska preferenser. Syftet med kartläggningen är dels att få fram fakta kring den boendes intresse av och förhållande till musik, dels att få en alternativ ingång till den enskildes livsberättelse.

På alla projektets vård- och omsorgsboenden fanns levnadsbeskrivningar om de boende, med bland annat information om deras förhållande till musik. Genom dem kände personalen till en del om de boendes musiksmak och erfarenhet av musik. De visste vilka som tyckte om musik, som hade sjungit i kör eller gått mycket på konsert. I flera fall gav kartläggningen information som personalen inte känt till sedan tidigare. En kvinnas vuxna barn sa till exempel ”nej mamma har aldrig sjungit, vi sjöng aldrig hemma”. Under projekttiden visade det sig att just den kvinnan hade stor glädje av musik, sjöng med, gungade i takt och blev påtagligt upplivad av musik. Om en annan kvinna berättade både hennes man och personalen att ”hon tycker inte om musik”. Och det visade sig att även den kvinnan hade glädje av personligt anpassade musikaliska interventioner. Det framkom också att hon hade tagit pianolektioner som barn, men att hennes syster varit ”den duktiga” i familjen, vilket gjorde att kvinnan upplevde musik med blandade känslor, där även känslan av mindervärde och att inte duga fanns med. För personalen innebar det viktigt information och en fördjupad förståelse för kvinnan.

På Boende I gjorde musikterapeuten kartläggningen, utifrån information från anhöriga, befintliga levnadsbeskrivningar och egna iakttagelser. För att omvårdnadspersonalen skulle kunna göra kartläggningarna utarbetades ett material med frågeformulär och cd med exempel från olika genrer (bilaga 2 och 3), byggt på framför allt Myskjas material i *Metodebok* (Myskja, 2005). På Boende II och III gjordes de flesta av kartläggningarna av kontaktperson och musikterapeut tillsammans. Resultatet av kartläggningen har sedan fogats som bilaga till de boendes levnadsbeskrivning och genomförandeplan.

Musikstunden i grupp utvecklas

En given förutsättning för projektet var att musikterapeuten skulle ordna strukturerade musikstunder i grupp utifrån tre syften; ökat välbefinnande för de boende, som utredningsverktyg för musikterapeuten och som pedagogiskt tillfälle för personalen. Grupperna skulle vara öppna för alla och läggas upp för att engagera så många som möjligt.

De boende skulle genom musikstunden erbjudas en möjlighet till en upplevelse av glädje, närvaro, egen kompetens och gemenskap; en möjlighet att få uttrycka sig genom sång, instrument och rörelser, och en möjlighet att få en fördjupad kontakt med sig själva och varandra. Musikterapeuten fick också genom musikstunden en möjlighet att lära känna de boende och få syn på deras kompetenser och resurser ur ett musikterapeutiskt perspektiv.

Under första terminen prövades öppna musikstunder i grupp vid olika tider, på olika platser och med olika innehåll för att se vad som var möjligt och gynnsamt för de boende och verksamheten. Musikstunder prövades på för- och eftermiddagarna, i ett speciellt iordningställt musikrum, i vardagsrummet, runt matbordet och i tv-soffan. Som innehåll prövades dans till dragspelsmusik på cd, allsång, aktiv musiklyssning med vars och ens favoritmusik och lugn, klassisk musik i bakgrunden till kaffet.

På Boende II låg fokus på att engagera personalen. En musikstund utvecklades med en tydlig struktur och moment som skulle vara möjliga för personalen att utföra själva. Musik på cd användes som stöd. Allsång varvades med spel på instrument, dans och rörelse till musik på cd. Då många av de boende var rullstolsburna lades stor vikt vid fysiskt aktiva moment. Ett sånghäfte gjordes iordning, främst som stöd för personalen. Personalen fick även en övnings-cd med några av de vanligaste sångerna, så att de kunde ta med hem och öva. Musikstunden förlades till kl 13 och ägde rum i det kombinerade mat- och vardagsrummet, med stolar och rullstolar i en cirkel mitt på golvet.

På Boende III fanns sedan tidigare en viss upparbetad vana att sitta och sjunga tillsammans. Det fanns utsedda ”trivselvärdar” på avdelningen med särskilt ansvar för att ordna regelbundna ”trivselstunder”. Dessa brukade ske i soffhörnan. Därför förlades även musikstunderna till soffhörnan. På detta ställe ville personalen ha musikstunden kl 11. Innehållet blev mer stillasittande delvis på grund av det begränsade utrymme som soffbordet skapade. Flera av de boende var duktiga amatörsångare och tyckte om att sjunga. Allsång med spel på instrument till sångerna blev därför de dominerande inslagen. Flera av de boende ville och kunde läsa, varför sånghäftet blev ett betydelsefullt redskap.

Musikstunderna i grupp fick med andra ord olika karaktär och innehåll på de tre boendena allt efter de boendes intresse, behov och förmåga och efter vad som var möjligt med hänsyn till den fysiska miljön. I en av grupperna hade flera av de boende problem med dålig hörsel, varför behovet att få höra musiken nära örat var större hos dem än på de andra ställena. Det gjorde att det var mest framgångsrikt när musikterapeuten eller någon annan i personalen kom nära dem och riktade sig till dem en och en.

På alla tre ställena tog det lite tid innan omvårdnadspersonalen började engagera sig och delta i musikstunderna. Arbetet på en demensavdelning är fyllt av praktiska göromål som måste skötas, de boende som inte deltar i musiken kan behöva tillsyn, varor ska plockas upp, måltider ska förberedas. Att frigöra tid för en musikstund kan te sig oöverstigligt (Oxford research, 2013). Projektet har visat att det är möjligt.

Mångkulturellt perspektiv

I projektet har några i omvårdnadspersonalen varit utrikes födda, med varierande kunskaper i svenska språket och om svensk kultur. Hos några av dessa personer fanns en tvekan inför att kunna klara av att medverka i projektet med hänvisning till att man inte kan de svenska

sångerna. Samtidigt har många av dem visat sig ha ett mycket starkt förhållande till musik i sina egna liv, då de lyssnar på musik, sjunger, i vissa fall dansar och spelar trumma och i flera fall säger sig ”inte kunna leva utan musik”. Ett viktigt fokus för projektet har därför varit att tillvarata den utrikes födda personalens kompetens och utforska hur de kan använda musik i arbetet. Musikaliska element som rytm och melodi kan i sig underlätta kommunikationen, utan att det behöver vara någon speciell sång. En vaggvisa har samma karaktär varifrån i världen den än kommer. Personalen har därför uppmuntrats att sjunga sånger från sina egna kulturer, och även att nynna lugnande eller tralla rytmiskt, beroende på vad de ville uppnå. För en del av dem innebar detta en öppning till ett nytt sätt att använda sina egna resurser i arbetet. Några av dem hade redan som vana att nynna och tralla, men hade då inte vetat att de faktiskt utövade en potentiellt viktig vårdåtgärd i och med detta, utan hade mest gjort det för att underhålla sig själva och situationen.

Vid gemensamma musikstunder i grupp har några inslag prövats med musik från andra länder. En i personalen lärde ut en sång från sitt eget land, en enkel rytmisk sång med upprepad melodi, som det passade att klappa takten till och där det var lätt att komma in och börja sjunga med i melodin. De boende var med ”på noterna”, klappade och sjöng och började prata om resor man gjort och platser man besökt. Däremot fungerade det mindre bra när en i personalen spelade trumma i en komplex rytm som var svår att ”gunga i takt” till, och därför skapade viss förvirring och oro.

Personalen prövar sig fram

Omvårdnadspersonalen tog till sig kunskapen och idéerna om att använda musik i omvårdnaden i olika grad och på olika sätt. Några formulerade att de hade fått en ny förståelse för hur musik påverkar, vilket gjort att de kunde se värdet i sådant som de redan gjorde. Andra började sjunga mer med de boende vid enskild omvårdnad, förflyttningar, eller bara vid sociala stunder i vardagsrumsoffan. En gjorde till rutin att sätta på lugn klassisk musik på cd efter lunchen varje dag, då hon märkt att det skapat en lugn och vilsam atmosfär. En prövade att visa en film från YouTube med lugna bilder och klassisk musik på tv:n i stället för ordinarie tv-utbud. En tog med musik hemifrån för att berika skivsamlingen; Lasse Berghagen, Cornelis Vreeswijk och annat som hon märkte tilltalade de boende.

En undersköterska fick veta genom kartläggningen att en bräcklig liten kvinna, som hade svårt att gå, tyckte om barnsånger. Hon prövade därför att sjunga en barnsång när hon hjälpte kvinnan att gå till matbordet, och tyckte sig uppleva att kvinnan gick lite stadigare. En helg prövade personalen att måla till musik tillsammans med de boende, vilket hade blivit mycket uppskattat.

I de uppföljningar som gjordes några månader efter att projektet avslutades framkom rapporter om att omvårdnadspersonal börjat sjunga mer med och för de boende i individuella situationer. De strukturerade musikstunderna i grupp har varit det moment som omvårdnadspersonalen haft störst tvekan inför att själva driva vidare. Ändå tog alla tre ställen till sig idén om att införa någon typ av gruppaktivitet på avdelningen. På ett ställe började man med sittgymnastik till musik, ledd av en anhörig. Ett ställe har fortsatt med gemensamma allsångsstunder som leds av ordinarie omvårdnadspersonal. På det tredje stället har personalen skapat en ”miljöstund” en eftermiddag i veckan, då de gör något gemensamt med de boende, som högläsning, gymnastik med mjuk boll eller att lyssna på musik. Det tyder på att även

ordinarie omvårdnadspersonal utan speciella musikaliska förkunskaper kan leda musikaktiviteter i grupp, givet att de får rätt utbildning, handledning och tid för att bli trygga med situationen.

Vid uppföljningen visade det sig också att om ingen sätts att rent konkret förvalta musiken och ansvara för cd-skivor, instrument och liknande, så förstörs de, förskingras, försvinner. Kunskapen försvinner också successivt om det inte finns en struktur för att introducera nya medarbetare i kunskapen om musik. Musikmodellen är med andra ord inte en gång för alla given, utan måste följas upp och underhållas.

Presentation av musikmodellen

I musikmodellen utbildas omvårdnadspersonal för att få en större medvetenhet om och lyhördhet för hur musik kan påverka, och tränas i några olika metoder för hur de kan använda musik på olika sätt som psykosocial vårdåtgärd i den dagliga omvårdnaden.

Modellen är flexibel och utarbetas individuellt på varje boende av en musikterapeut i samarbete med personalen utifrån de äldres behov och boendets resurser och förutsättningar. De musikaliska interventionerna utformas personcentrerat utifrån de äldres individuella musikaliska preferenser och behov, och kan ske både i grupp och individuellt.

Behandlingsmålen kan formuleras som:

- Fysiska mål; stimulera kropp och andning och därmed förbättra motorik, hjärt- och hjärnfunktioner, hormonbalans m.m.
- Psykologiska mål; att bevara den boendes livshistoria och känsla av identitet genom att via musik bekräfta denne i sin person och självupplevelse; motverka symptom som oro och nedstämdhet och förbättra välbefinnandet hos den boende; ge den boende en kanal för att uttrycka sina behov.
- Sociala mål; att stimulera interaktion, kommunikation och samarbete; att motverka känslan av ensamhet och isolering som ofta följer med demenssjukdom; att påverka stämningen på avdelningen och skapa en god social miljö; att erbjuda de boende en möjlighet att få uttrycka sin person och bli tydliga för varandra.
- Kognitiva mål; att stimulera minne och tal, väcka minnen, väcka associationsbanor och därmed öppna nya möjligheter till meningsfulla samtal.

Musikmodellen består av tre perioder:

1. Information och utbildning

God förankring hos samtliga inblandade har visat sig vara en helt avgörande framgångsfaktor. Därför ges information om syftet med musik som psykosocial vårdåtgärd både till chefer och andra ledningspersoner, till anhöriga och direkt till omvårdnadspersonalen, individuellt och/eller vid stormöten. Angränsande yrkesgrupper som aktivitetsansvarig, sjukgymnast och arbetsterapeut identifieras för att söka samarbetsformer. Omvårdnadspersonalen får därefter en inledande utbildning

som leds av en musikterapeut. Tidsåtgång: Informationsmöten ca 3 tim + minst 3 x 1 ½ tim utbildning.

2. Musikterapeuten är på avdelningen

Under en period finns musikterapeuten på avdelningen för att hjälpa personalen med att ta fram användbara musikaliska interventioner för var och en av de boende.

Musikterapeuten gör bedömningar av de boendes behov och resurser. Individuella kartläggningar av de boendes musikaliska preferenser genomförs av musikterapeuten tillsammans med omvårdnadspersonal, helst kontaktpersonen. Resultatet noteras på en checklista och därefter i genomförandeplanen. En gemensam, öppen musikstund hålls regelbundet med de boende, utformad utifrån de boendes musikpreferenser och behov. Musikstunden hålls på den egna avdelningen och är interaktiv. Omvårdnadspersonalen medverkar i musikstunden. Tidsåtgång: Minst 6 tim/veckan i ca 10-12 veckor.

3. Uppföljning – musikombud

För att musikmodellen ska hållas vid liv på avdelningen bör musikombud utses som får extra ansvar och extra arbetstid för att hålla liv i musikverksamheten.

Musikterapeut eller annan person med musikalisk och psykosocial kompetens bör anlitas som handledare för regelbundna uppföljningar och fortsatt kompetensutveckling.

Utbildningens innehåll

I sitt färdiga skick kom utbildningen att bestå av tre lektioner, medverkan i musikstunder i grupp ledda av musikterapeuten och medverkan i löpande samtal och uppföljningar. Målet med utbildningen är dels att ge en ökad medvetenhet och lyhördhet för hur olika slags musik påverkar i olika situationer, dels att lära ut några olika sätt att använda musik som psykosocial vårdåtgärd i det dagliga arbetet.

Utbildningen består av stegen: eget personligt förhållande till musik; genomgång av metoder som sång, dans, rörelse till musik och bakgrundsmusik, musik i både individuella vårdssituationer och grupp och teoretisk förankring utifrån vad forskningen säger om hur musik påverkar hjärnan och hela människan. Utbildningstillfällena är interaktiva och bygger på deltagarnas erfarenheter och frågor.

Genom att bli medveten om musikens roll för deras egen livshistoria får deltagarna en ökad förståelse för att musik kan vara en viktig bärare av identitet och livshistoria även för personer med demens. Det ger också en ökad förståelse för att den musik man tycker om varierar från person till person och från tillfälle till tillfälle - alla åldringar tycker inte nödvändigtvis om Edvard Persson bara för att de passerat 80.

Utbildningen innehåller praktiska övningar i sång, dans och rörelse till musik. Ett första steg mot att kunna använda sång som redskap i arbetet är att vänja sig vid att höra sin egen röst. Några röstövningar ingår därför. Deltagarna har även tränats i några svenska sånger, med målet att de ska lära sig åtminstone två; en i raskt, taktfast tempo, *Vi gå över daggstänkta berg* och en vaggvisa, *Sov du lilla videung*.

Lektionerna innehåller också lyssningsövningar med exempel på olika sorters musik för att öva upp en lyhördhet för musikens element och hur olika sorters musik påverkar på olika sätt.

En mångkulturell aspekt har förts in. Genom att uppöva en lyhördhet för musikaliska byggstenar som puls, rytm, tempo, nyanser och dynamik kan personal från andra länder använda ett musikaliskt arbetssätt även utan att kunna specifika svenska sånger.

Kartläggningens innehåll

Kartläggningen sker genom att ta del av de boendes befintliga levnadsbeskrivning, inhämta information från anhöriga och fråga den boende själv. Även personer med demenssjukdom kan ofta svara utmärkt klart på frågor kring vad de tycker om för musik (Myskja, 2005). Det kan leda till ett samtal om personens liv, som blir en meningsfull stund med ett egenvärde i sig.

Dessutom görs iakttagelser genom att spela olika slags musik på cd och/eller sjunga för och med den boende, och även iaktta hur personen reagerar vid gemensamma musikstunder i grupp eller när bakgrundsmusik spelas i allmänna utrymmen. Frågeformulär och spellista med förslag på musik från olika genrer finns utarbetade (bilaga 2 och 3). Både positiva och negativa reaktioner noteras, som leenden, ögonkontakt, en fot eller hand som markerar takten, att munnen börjar forma texten, personen kanske sjunger, eller tvärtom vänder bort huvudet eller visar andra tecken på ökad oro.

Musikstundens innehåll

Syftet med musikstund i grupp är att skapa en gemenskap och trivsel mellan de boende och personal. Var och en ska känna sig sedd och bekräftad genom att få ”sin” musik framförd i någon form. Genom att deltagarna ges möjlighet att uttrycka sig utifrån sin förmåga, antingen genom att sjunga med, läsa sångtexter, spela något instrument, dansa eller på det sätt som de förmår, stärks deras kompetenser och självförtroende.

Musikstunden sker på en fast tid och har en tydlig struktur så att de boende kan känna igen situationen från vecka till vecka. Det skapar en känsla av trygghet och sammanhang (Ridder, 2005). Musikstunden varar ungefär 30-50 min beroende på hur mycket gruppen orkar med. Personal medverkar vid musikstunden och hjälper till med att fånga upp de boendes behov under gång; de gör rörelseövningar tillsammans med de boende, sjunger med, visar tillrätta i sånghäften, hjälper till att dela ut och spela på instrument, bjuder upp till dans, eller bara finns där och delar den gemensamma upplevelsen, kanske genom att ta någons hand eller lägga armen om någons axlar.

Både sånger med text, och textlös, instrumental musik kan användas för att variera stimulans av kognitiva förmågor med kognitivt vilsamma avsnitt som i stället väcker estetisk och emotionell respons utan ord. Både levande sång och inspelad musik på cd kan användas. Det bör finnas en variation i dynamik, tempo och affekt/känsloläge, i formen som helhet. Det är viktigt att hela stunden präglas av en lyhördhet och öppenhet för de boendes reaktioner, att kommentarer fångas upp och samtal ges utrymme. Barnsånger kan vara uppskattade men bör presenteras på ett sätt som inte upplevs som ”barnsligt”. Att bemöta personer med demens som barn kan vara att beröva dem deras sista rest av värdighet (Ridder, 2005).

I tabell 3 visas en schematisk översikt över olika moment som en musikstund kan innehålla. Det är inte meningen att alla moment ska ingå, utan är att betrakta som en meny att välja ur.

Tabell 3. Musikstund i grupp

Moment	Exempel på musik	Metod	Syfte	Kommentar
Klassisk musik på cd	Erik Satie: <i>Gymnopedie nr 1</i> Telemann: <i>Ur Uvertyr i C-dur, "Antikrundan"</i> .	Bakgrundsmusik medan alla samlas.	Skapa lugn och koncentration.	Momentet kan uteslutas, beror på gruppen.
Inledande sång	<i>Fru Musica, Ju mer vi är tillsammans, Vi äro musikanter, Räck mig din hand.</i>	Samma varje gång.	Struktur skapar trygghet och igenkänning, blir som en signal att "nu börjar vi".	Bra om sången har ett "piggt" tempo och en text som öppnar för gemenskap och musik.
Individuellt välkomnande till var och en	Skönt vitaliserande musik t ex Jan Johansson: <i>Visa från Utanmyra</i> eller Mancini: <i>Moon river</i> Alternativt: Välkomstsång med vars och ens namn.	De boende rör armarna fritt till musiken. Personalen går runt och gör spegelövning med var och en, tar ögonkontakt och följer den boende.	Syresättning och vitalisering genom andning och kropps rörelser, utrymme för individuella uttryck. Kontakt-möte-bekräftelse.	Viktigt att följa de boende och inte styra deras rörelser. Efterhand kan momentet övergå i uppvärmning av axlar, händer, fötter, fingrar...
Uppvärmande sånger	Sånger i medeltempo, t ex <i>Den första gång jag såg dig, En sjöman älskar havets våg, En gång jag seglar i hamn.</i>	Lyssna in. Fånga upp kommentarer och var öppen för dialog och samtal som uppstår. Sjung nära dem som inte hör eller som är mentalt frånvarande.	Stimulera minnet och minnena. Skapa känsla av gemenskap i gruppen. Texterna kan väcka associationer och ge upphov till samtal.	Sångurvalet bygger på kartläggningarna. Barnvisor kan fungera, men var försiktig med att bli för "barnslig".
Högre tempo	Sånger med puls och tempo, t ex <i>Vi gå över dagstänkta berg, I sommarens soliga dagar, Fritjof Anderssons paradmarsch.</i> Musik på cd: <i>Bohus bataljon</i> el likn vital musik, gärna marsch.	Här finns möjlighet att trampa, klappa och röra sig till musiken. Spela på trumma, äggmaraccas och andra enkla rytminstrument. Knyt gärna an till säsong, väder o likn i sångerna.	Vitalisera, aktivera kroppen. Möjlighet till att uttrycka sig genom instrumenten. Känslan "jag gör något och det låter" är stärkande för jagupplevelsen.	Personalen deltar genom att visa snarare än att ge muntliga instruktioner. Finns en stor trumma kan personalen gå runt och erbjuda var och en att spela på den.
Dans	Musik på cd utifrån de boendes önskemål, t ex Calle Jularbo eller Glenn Miller	Deltagarna dansar med varandra personal-boende. Även sittdans.	Kontakt, kropps rörelse, sensuell upplevelse.	Även de som tittar på får stimulans genom att se. Håll stadigt om midjan när du dansar!
Eventuellt ytterligare sånger	<i>Fjäriln vingad, Vem kan segla, Ut i vår hage, I natt jag drömde.</i>	Låt gärna de boende få välja. Ta gärna om en sång flera gånger.	Kognitiv stimulans. Utrymme för personligt valda sånger.	Var inte rädd för sånger som väcker känslor av vemod eller sorgsenhet.
Aktiv musik-lyssning	Musik på cd t ex Debussy <i>En båt på vattnet</i> , Grieg <i>Morgonstämning</i> , Delius <i>Aquarelle</i> .	Sittdans med vackra, lätta sjalar. Bolla med ballonger.	Öppna möjlighet till emotionell, estetisk, sensorisk/taktil skönhetsupplevelse.	Låt deltagarna använda sjalarna som de vill, "dansa" med dem, kasta, hålla, smeka.
Avslutande sång	<i>Nu går sista visan, Här är gudagott att vara.</i>	Gå runt och tacka var och en, med kropps kontakt och ögonkontakt.	Ett tydligt avslut bidrar till upplevelse av struktur och skapar trygghet.	Var lyhörd för den stämning som skapats. Låt avslutet få ta tid.
Efterklang	Musik på cd med lugn instrumental musik; filmmusik, äldre jazz eller klassisk musik.	Samla lugnt in instrument, sånghäften m.m.	Skapa en mjuk övergång till nästa moment, lunch, fika eller liknande.	Musiken bör vara instrumental, då sång och text kan bli överstimulerande.

Var musikstunden ska äga rum får bedömas utifrån deltagarnas behov och boendets möjligheter. En fördel med ett särskilt rum var att musikstunderna inte stör dem som inte vill vara med. En fördel med musik i allrummet var att det var lättare att engagera omvårdnadspersonalen. Myskja (2011) rekommenderar att musiken tas ur musikrummet och in i de levande sammanhang som dagen består av.

Fördelen med att samla gruppen i en ring är att det blir en markering av att det händer något annat än det vanliga, själva förflyttningen innebär en signal att ”nu kommer något nytt att hända”. Efter en tid lär sig de flesta att känna igen den här signalen och får då hjälp att minnas att de varit med om en liknande situation tidigare. En struktur upprättas. Ritualens och strukturens betydelse för att ge personer med demens trygghet betonas av Ridder (2005). Nackdelen är att det kan upplevas som ett bökigt moment att forma själva ringen.

Huruvida sånghäften ska användas eller inte är en bedömningsfråga från fall till fall. De kan vara en hjälp men kan också bli bökiga att hantera för deltagarna. För en del kan det även bli en påminnelse om förlusten av förmågan att läsa, och därmed bidra till sänkt självkänsla och en negativ upplevelse.

Vid musikstunderna har rytminstrument och andra tillbehör använts; äggmaraccas, ramtrummor, tamburin och sidensjalar. De är inte alls nödvändiga. En allsångsstund går utmärkt att genomföra utan några extra attribut. Samtidigt kan äggmaraccas och trummor erbjuda en möjlighet att uttrycka sig och få vara aktiv också för den som kanske inte kan eller vill sjunga. Att bolla med ballonger kan vara uppmärksamhetsskapande, lustfyllt och engagerande. Och att dansa med sjalar kan vara ett estetiskt och taktilt tilltalande inslag i musikstunden.

Fallbeskrivningar och vinjetter

Katarina Lindblad

I följande avsnitt redogörs för några av de resultat musikprojektet haft på de boende, både som individer och i grupp. Avsnittet ger samtidigt olika exempel på hur musikmodellen kan ta sig uttryck, och hur musik kan användas på många olika sätt och i många olika syften för att öka välbefinnandet för personer med demens.

Musik kan förändra sinnesstämningar

Lisa sitter i soffan. Tv:n är på. Lisa är ofta orolig och ångestfylld, vilket kan ta sig uttryck i att hon blir arg och verbalt utagerande. Just nu sitter hon still, mera nedstämd än arg. Musikterapeuten frågar om hon får sätta på lite musik istället för tv:n. ”Ja, tack”. Första sången är Birger Sjöberg: ’Den första gång jag såg dig’ med Mikael Samuelsson. ”Åh den här är vacker”, säger Lisa, kopplar av i kroppen och lyssnar. Under skivans gång säger hon, ”å vad vackert”, ”det är väldigt fina sånger”, ”nästan så man börjar gråta” och liknande. ”Vem är det som sjunger?” frågar hon vid ett tillfälle. Hon känner igen namnet på sångaren.

Vid psalmen 'Blott en dag' får hon en tår i ögat. En personal sätter sig bredvid och lägger armen om henne. "Blir du sorgsen?", "Nja, rörd", svarar hon.

Den här händelsen illustrerar hur musik kan stärka upplevelsen av identitet och skapa en stund av skönhetsupplevelse, igenkänning, stillhet, kanske till och med frid. Lisa blir här bekräftad i vem hon är via musiken. Hon får visa sin kompetens genom att hon vet vem som sjunger och känner igen sångerna. Samtalet som uppstår i samband med musiklyssningen rör sig inom ett område där Lisa är trygg och mår bra. Upptäckten att Lisa njuter av att lyssna på musik innebär ny kunskap för personalen.

När Lisas anhöriga tillfrågas om hennes musikpreferenser berättar de att en av hennes favoriter är Lill Lindfors. En cd med Lill Lindfors ordnas därför, hon får den som personlig gåva och blir mycket glad. Cd:n används sedan både i det gemensamma vardagsrummet och i Lisas eget rum. Det som fungerar bäst är att spela musik för Lisa när hon är i någorlunda balans, för att bevara balansen och förlänga perioden av god stämning. Det är ofta mer effektivt att sätta in musiken vid första tecken på oro än när oron är som värst (Myskja, 2011). Men ibland går det även att vända en orolig period. Vid ett tillfälle när Lisa vandrar argt och oroligt i korridoren och undrar var hon är och varför, sätter musikterapeuten på cd:n med Lill Lindfors på cd-spelaren i vardagsrummet. Lisa stannar upp mer eller mindre mitt i ett steg, säger "å den här är så fin", och sätter sig i soffan.

Musik kan förbättra det sociala klimatet i gruppen

Musik har potential att skapa en känsla av tillhörighet och sammanhang, och lockar gärna till deltagande och samarbete (Stige & Aarø, 2012). Det bekräftades på en avdelning där det fanns spänningar mellan några av de äldre. Stefan, som hade afasi, var frustrerad över att han inte längre kunde uttrycka sig verbalt och tog ut det på kvinnorna på avdelningen. Han kunde göra fysiska utfall mot dem, ropa till eller "hötta" med käppen. En del av kvinnorna var rädda för honom, andra reagerade med avståndstagande och sa att de inte tyckte om honom. Gräl och konflikter uppstod emellanåt. Stefan löste detta genom att dra sig undan från gruppen.

När musikterapeuten kom till avdelningen och började kartläggningsfasen blev hon informerad om det här som ett problem för både boende och personal. En målsättning blev därför att pröva om det var möjligt att genom musik göra något för att förbättra det sociala klimatet på avdelningen.

Vid den individuella kartläggningen hade framkommit att Stefan varit dansant i unga dagar. Han gillade storbandsjazz à la Count Basie, Ella Fitzgerald och liknande. Allsång med kända visor och schlagers var däremot inte repertoar som lockade Stefan. Det krävdes därför en del lock och pock för att få med Stefan till musikstunden. Musikterapeuten fick hämta honom, truga lite och sitta nära honom under musikstunderna. Den inledande spegelövningen, där personal och musikterapeut går runt och speglar var och en av de boendes rörelser i musiken, visade sig passa Stefan. Han fick röra på kroppen och fick närkontakt med någon ur personalen. Eftersom hans inte sjöng med i sångerna, kanske hämmad av sin afasi, blev han i stället erbjuden att uttrycka sig genom att spela med i sångerna på en trumma. Det visade sig vara en framgångsrik väg. Stefan deltog i varje sång med trumman. Och mellan sångerna återkom han ofta till den välkända rytmen som motsvaras av den gamla reklam-slogan, "hälsan för halsen – Bronzol". Varje gång Stefan slog första delen av rytmen, och musikterapeuten

eller någon annan fyllde i de sista två slagen, motsvarande "Bronzol", utlöste det skratt och munterhet. Vid ett tillfälle uppstod en rytmisk-musikalisk dialog mellan Stefan och en av de kvinnor i gruppen som var rädd för honom. De skrattade tillsammans. Såg varandra i ögonen.

Mot slutet av terminen satt en av omvårdnadspersonalen bredvid Stefan vid musikstunden, och visade honom sånghäftet. Med hjälp av aktiv uppmuntran sjöng Stefan med i texten. Han såg påtagligt nöjd ut under och efter denna stund. Kanske var det en god upplevelse för honom att återigen kunna uttrycka sig i klara, rediga meningar, med hjälp av sångtexten.

Under projekttiden började Stefan finna sig tillrätta allt mer på avdelningen. Hans utfall mot kvinnorna minskade betydligt. Huruvida det finns något samband mellan detta och att han deltog i de gemensamma musikstunderna går naturligtvis inte att säga med säkerhet, men att en förändring skedde är ett faktum.

Musik kan skapa stunder av ordlös gemenskap

Bettan ligger mest ensam på sin säng, utom för att komma upp och äta. Hon pratar sällan och fräser ofta ifrån gentemot personalen. Mest vill hon bara vara ifred. Hon är den enda på avdelningen som inte deltar i de gemensamma musikstunderna. Vid kartläggningen av hennes musikaliska preferenser kom det fram att Bettan tycker mycket om att lyssna på musik. Hon nämnde särskilt Beethoven. Detta förvånade personalen som inte känt till den sidan av Bettan. Hennes man kunde bekräfta att Bettan tycker om musik, och kompletterade bilden med andra exempel inom jazz- och underhållningsmusik. Efter förslag från musikterapeuten köpte han en cd-spelare till sin hustru och tog dit några cd-skivor.

En dag bärs eftermiddagskaffe in som vanligt till Bettan, och hon bjuds att komma upp och sätta sig tillsammans med kontaktpersonen och musikterapeuten vid matbordet inne på hennes rum. Kontaktpersonen försöker inleda ett samtal, men får bara korthuggna och lite fräsiga svar. Musikterapeuten frågar därför om de ska lyssna på musik. Ja, säger Bettan. En cd sätts på med Beethovens 'Romans' för violin F-dur. Då går kontaktpersonen. Musikterapeuten hämtar tillbaks henne. De sätter sig ner vid bordet där Bettan sitter och lyssnar. Hon har slappnat av i ansiktet. Ler lite. "Tycker du om den?" frågar kontaktpersonen. "Ja" säger Bettan. Sen sägs inte så mycket. De tre kvinnorna sitter tysta och lyssnar. Det finns en god och avspänd stämning av gemenskap i rummet. Efter ca 20 minuter vill Bettan gå och lägga sig igen.

Det här är ett exempel på hur musik kan användas som ett alternativ till ett verbalt samtal, för att skapa en stunds kontakt och gemenskap. Kontaktpersonen och Bettan satt tillsammans och lyssnade. Delade en skönhetsupplevelse en stund. Växlade några ord om musiken. Satt tysta. Den här kaffestunden varade längre tid än den normalt brukar. Bettans sängläge bröts för något annat. Kontaktpersonen fick en ny inblick i vem Bettan är och vad hon tycker om.

En intressant aspekt av den här händelsen är att kontaktpersonen gick när musiken började. Hennes bedömning var att hon då kunde "passa på" att göra något annat, viktigare. Musikterapeuten hämtade tillbaks henne och förklarade det potentiella värdet i att dela denna stund tillsammans. Efteråt var kontaktpersonen glad och inspirerad av att ha fått se Bettan så engagerad och nöjd. Ändå upprepades sedan inte händelsen. Några veckor senare frågade musikterapeuten kontaktpersonen om hon ordnat någon mer stund av gemensam musiklyssning med Bettan. Det hade hon inte.

Det är här viktigt att framhålla att kontaktpersonen ur sitt perspektiv gjorde helt rätt. Hon är en duktig och inkännande person som bara följde sina arbetsinstruktioner. Ingenting i det hon har lärt sig i sin vårdutbildning har förberett henne för att förstå värdet i att bara sitta still och lyssna på musik tillsammans med en boende. Här finns utvecklingsmöjligheter som förmodligen i första hand går att åtgärda på utbildningsnivå.

Musik kan vitalisera

På ett ställe förde omvårdnadspersonalen musikdagbok. Personalen var ombedd att skriva ner både om de själva gjorde någon musikaktivitet eller annan musikalisk intervention, och även allt som de noterade i form av reaktioner hos de boende som skulle kunna tänkas ha samband med musiken. Anteckningarna fördes sporadiskt och i varierande utsträckning, beroende på vem som arbetade, men ger ändå en glimt av hur personalen uppfattade effekterna av musiken.

Redan på eftermiddagen efter den första gemensamma musikstunden noterades en positiv höjning av energinivån hos de boende. De flesta av de boende blev påtagligt vitaliserade. Efteråt sa en i omvårdnadspersonalen ”jag såg ju miner som jag aldrig sett förut hos flera av de boende”. I musikdagboken skrev hon:

Hög energi, ingen neg. reaktion såvitt jag kunde se. Sjukgymnasten: ’roligt att se hur alla är med och blir så glada’. Knut skrattade högt flera gånger.

Knut var en av de yngre personerna på avdelningen. Han var rullstolsburen och hade helt slutat tala. Han hade tyckt mycket om musik i sitt liv. Han hade några cd-skivor på boendet och fick under projekttiden även en cd-spelare på sitt rum. Vid allmänna musikstunder på boendet brukade Knut ofta visa känslomässiga reaktioner, han kunde le men också ofta se rörd ut och ibland börja gråta.

Vid musikstunderna i grupp följde Knut musikterapeuten intensivt med blicken. När han erbjöds att spela på en trumma hade han inledningsvis lite svårt att hålla i klubban, men när han fick till slagen såg han lycklig ut och utstötte vid flera tillfällen både skratt och andra ljud. Detta kan tolkas som att Knut fick hjälp med att ge sin inre värld ett uttryck, vilket ökar välbefinnandet (Aldridge, 2000). Personalen blev mycket tagen av detta och berättade att de aldrig hört Knuts röst.

Musik kan lugna

I personalens musikdagbok har de även noterat hur eftermiddagarna förflutit under de dagar då man haft gemensam musikstund. En kväll är sju av tio lugna, en ”som vanligt”, en ”lite orolig” och en ”ingenting”, en annan kväll är sex av åtta lugna, en ”som vanligt” och en ”ingenting”. Tre anteckningar av totalt tolv innehåller rapporter om att en eller flera av de boende är oroliga på eftermiddagen och kvällen. I övriga fall noteras att alla eller nästan alla är lugna på kvällen efter en dag med gemensam musikstund. Självklart går det inte att dra några säkra slutsatser av ett så litet och ofullkomligt material. Man kan bara konstatera att personalens intryck var att det var lugnare på kvällen efter en musikstund än vad det kunde vara ”vanliga” kvällar.

Att personer med demens kan reagera med aggressivitet är en erkänd utmaning i demensvården. Det är ett lidande för personen själv och en arbetsmiljöfaktor för

omvårdnadspersonalen. Forskning har visat att musik kan underlätta vid enskild omvårdnad (Brown m fl, 2001). I projektet har detta bekräftats:

Camilla är rörelsehindrad och behöver hjälp med alla förflyttningar. Att hjälpa Camilla med morgontoaletten har varit en av personalens stora dagliga utmaningar. Camilla kunde då bitas, rivas, slåss och spjärna emot i kroppen. Kartläggningen har visat att Camilla tycker mycket om musik. Hon har därför fått en egen cd med sin favoritmusik på. Anhöriga har köpt en cd-spelare till henne. Personalen prövar att spela Camillas cd för henne vid morgontoaletten och märker, till sin stora förvåning, att hela skötseln går mycket lättare. Camilla sjunger med, småskattar, eller fäller någon kommentar om texten i den sång som just spelas. Samtidigt pågår tvätt och påklädning. Camilla är mjuk och följsam i kroppen.

Personalen fick här en tydlig erfarenhet av att musik förändrade en besvärlig situation till en trivsamt stund. En rekommendation om att använda bakgrundsmusik vid enskild omvårdnad skrevs därför in i genomförandeplanen för Camilla. En del av personalen tog till sig rekommendationen och upplevde den som ett värdefullt redskap. Någon säger i intervjuerna att "det funkar varje gång". För andra verkar det ha varit en mer främmande tanke:

Det är morgon. Musikterapeuten går förbi Camillas rum och ser att hon inte är uppe ännu. Hon frågar en personal om hur Camilla mår. "Hon är på dåligt humör idag". "Jaha", säger musikterapeuten, "har du provat att spela musik för henne?", "Nej, det går inte idag, för hon är inte glad". "Ja, men just därför - har du provat?", "Nej". Musikterapeuten går då in till Camilla, går fram till sängen, tar henne i hand och säger "god morgon". Camilla svarar "god morgon". Musikterapeuten frågar om Camilla vill höra lite musik? Ja, det vill hon gärna. Musikterapeuten sätter på Camillas cd. Efter några takter sjunger Camilla med i sången, och skrattar lite åt texten. När personalen sedan kommer för att göra morgonrutinerna med Camilla är hon glad och samarbetet går lätt.

Det som sker här är viktigt att försöka förstå. Undersköterskan är en duktig och empatisk vårdgivare som gör det hon blivit utbildad till. Att därutöver använda musik som hjälpmedel i vården är en tanke som inte tycks "få fäste" i hennes yrkesmässiga tänkande. Det tycks, som Myskja skriver (2011), inte finnas några "filer öppna" för tanken på musik som terapeutiskt verktyg.

Flera studier har visat att levande sång, när någon sjunger för en orolig boende, fungerar ännu bättre än bakgrundsmusik (Brown m fl, 2000; Ridder, 2003; Chatterton m fl, 2010; Kvamme, 2013). Chatterton lyfter fram att det kan vara vem som helst som sjunger, en musikterapeut, någon i vårdpersonalen eller en anhörig. I det här fallet var det musikterapeuten som sjöng:

Anders ligger i sin säng och ropar högt. Han har Lewy-kroppsdemens, med hallucinationer som ett av symptomen. Nu är han orolig och ser syner. Musikterapeuten går in till honom och sätter sig vid sängkanten. Hon presenterar sig och frågar om hon får sjunga lite för honom. Han svarar ingenting utan fortsätter ropa. Musikterapeuten börjar då sjunga en enkel improviserad melodi på tre toner, ganska starkt för att matcha Anders känslomässiga uttryck. Efter en stund sänker hon volymen, sjunger svagare och långsammare. Anders lugnar ner sig. Drar djupa andetag, suckar, släpper det krampaktiga taget om musikterapeutens arm, och slappnar av. Efter en stund ler han och säger något om "musik". En timme senare, när hans hustru kommer på besök, är han fortfarande lugn.

Musikterapeuten använde denna teknik flera gånger med Anders, och alla gånger utom en nåddes samma resultat, han slappnade av och blev varaktigt lugn. Åtgärden tog ca 10-15 minuter. Ändå var det svårt att inspirera omvårdnadspersonalen att pröva samma sak. Några tyckte att de inte kunde sjunga. Några sa att de inte hade tid att sitta så där länge hos en och samma boende. Tekniken att matcha Anders rop med att sjunga starkt bedömdes också som svår. Mot slutet av terminen var det ändå en i personalen som försökte, fast då i en omvårdnadssituation:

Några veckor senare är Anders orolig i samband med duschning. Den undersköterska som hjälper honom tar mod till sig, och inspirerad av projektet börjar hon sjunga för honom. "En psalm, bara, jag tog vad jag kom på", berättar hon efteråt. Till hennes stora förvåning lugnar han ner sig, och är sedan stadigvarande lugn efteråt.

Musik kan oroa

En del människor är mer känsliga för ljud och musik än andra. Ett led i demenssjukdomen kan vara en ökad känslighet för ljud och sinnesintryck. På en av projektets avdelningar blev detta en viktig fråga. Där fanns flera boende och även någon i omvårdnadspersonalen som var ljudkänsliga. Personalen berättade om tidigare erfarenheter av "kaos" på avdelningen när en boende, som var musikanter, hade spelat högt och länge och ville att alla skulle lyssna. Även underhållning med inhyrda musiker, och till och med musik på cd i vardagsrummet, kunde leda till att de boende blev uppjagade och att oron kunde växa till ohanterliga proportioner på avdelningen. De upplevde även tillfällena under projektet då musik hade en oroande effekt på några av de boende. En del boende som inte deltog i musikstunderna stördes av ljuden från musikrummet. Ett exempel på en sådan situation är följande händelse:

Efter lunch vill Linda dansa. Hon är annars ofta passiv och sitter mest och sover, men blev pigg av en gemensam sångstund under förmiddagen. En i personalen hakar på och samlar några intresserade till en spontan dansstund i musikrummet. Sammanlagt blir det åtta stycken som dansar gammeldans i 20-25 min. Någon dansar sittande i sin rullstol men de flesta är uppe på golvet. När alla är trötta avrundas stunden med en gemensam sång. Stunden har skapat en glädje och energi, som den medverkande personalen ser och kommenterar.

Efteråt händer flera saker. Linda, som nu är ytterst pigg, står och berättar redigt och tidsadekvat om sin barndom för musikterapeuten. Samtidigt har en av de kvinnor som inte var med och dansade, blivit orolig. Någon i personalen säger med hög och upprörd röst: "Titta här, det är så här det blir (av musiken), nu är de alldeles uppjagade igen - det blir för mycket!"

Här var det i efterhand svårt att reda ut exakt vad som hände. Linda tycktes av allt att döma blomma upp, medan en annan kvinna, som inte varit med på dansstunden, blivit upprörd. Berodde det på musiken? Hade hon störts av ljuden från musikrummet? Eller var det något helt annat som påverkat henne? Personalens tolkning av händelsen var att det var musiken som oroade kvinnan.

På de övriga två boendena förekom det att musik ökade oron vid ett par tillfällen. Första gången som personalen skulle pröva att leda en musikstund själva blev det ostrukturerat och otryggt, vilket oroade en kvinna som normalt älskade musik. Detta blev en nyttig påminnelse om behovet av trygghet och struktur vid musikstunder (Ridder, 2005). En gång provades

gemensam musikstund både före och efter lunch, med lite olika innehåll. Framåt eftermiddagen var det då en kvinna som tyckte att det blev för mycket ljud och blev irriterad. Händelsen illustrerar behovet av tystnad. Musik ska inte stå och skvala oavbrutet. De boende behöver stunder av mental vila från intryck (Laursen & Bertelsen, 2011).

Forskningsläget kring musik och oro är dels att det finns god evidens för att musik kan användas just för att motverka oro (Ridder, 2005), dels att det har större effekt att sätta in musiken innan oron har börjat växa (Myskja, 2011), dels att det kan finnas situationer när musiken i sig skapar oro (Raglio m fl, 2012), men att det då framför allt rör sig om allmänt vald musik som inte är anpassad till person och situation.

Musik hjälper inte alltid

Anna har svår ångest, som bland annat tar sig i uttryck att hon får panik när hon lämnas ensam. När klassisk musik spelas från cd-spelaren i dagrummet kan hon lyssna, gunga med i takten och fälla någon kommentar om att ”de spelar fin musik här idag”. Vid gemensamma sångstunder inleder hon alltid med att berätta att hon inte kan sjunga. I hennes familj var det männen som kunde sjunga medan kvinnorna inte hade någon sångröst. Sen kan hon ändå röra läpparna till texten, gunga med och se ut att uppskatta både inspelad musik och levande sång. Hon är alltså inte oberörd inför musiken. Däremot lyckas det inte att lugna och hjälpa Anna med musik. När hon har gått och lagt sig på kvällarna, ropar hon ofta och är orolig. Personalen har försökt sätta på musik på cd hos Anna, men utan synbar effekt. En av de intervjuade uppfattade det till och med som att hon skrek mer då. Detta kan tolkas som att musik inte fungerar för Anna. Det kan också vara ett tecken på att musik trots allt inte är någon magisk ”quick-fix”, som fungerar omedelbart eller inte alls. I en studie gav individuell musikterapi med en musikterapeut i sex veckor mätbara resultat just på människor med oro och ångest (Ridder m fl, 2013). Ibland behövs det tid.

Lars har lyssnat mycket på klassisk musik i sitt liv. Han har gått på konserter och opera, och har använt musik som avkoppling och självterapi. På boendet uppskattar Lars när klassisk musik spelas i vardagsrummet, eller när man sjunger tillsammans. Då är han lugn och tillfreds och tycks trivas med tillvaron. Annars är Lars ofta orolig och vill ”hem”. Under projektet prövades att hjälpa Lars att komma till ro genom att spela hans egen klassiska musik på cd på hans rum, medan han vilade. Så länge musikterapeuten satt bredvid och lyssnade tillsammans med Lars, antingen bara i tysthet, eller i lågmält samtal då Lars berättade om sitt liv, så länge var han lugn och nöjd. Men när musikterapeuten lämnade honom att lyssna vidare på egen hand, kom han ofta ganska snart ut igen.

Anna och Lars är exempel på att musik inte alltid kan ”göra jobbet” på egen hand. Studier visar att effekten förhöjs om det finns någon att dela den musikaliska upplevelsen med (Ridder, 2012). Det tycks även gälla generellt för psykosociala åtgärder att de har bäst effekt om de utförs i social kontakt tillsammans med en annan levande människa (Cohen-Mansfield m fl, 2012). För omvårdnadspersonalen innebar det dock ett dilemma att Anna och Lars bara blev lugna när personalen satt med dem. De menade att de inte har den tiden, och efterfrågade i första hand musikaliska åtgärder som kunde fungera utan att de själva satt med.

Musik kan påverka även när man inte tror det

Projektet har inneburit ideliga påminnelser om att de boende hör och uppfattar mer än man kanske tror.

En dag uppstår spontant en stunds musiklyssning runt matbordet strax före lunch. Musikterapeuten spelar musik som är personligt utvald utifrån de personer som närvarar. Det blir 'Pråmdragarnas sång vid Volga', Luciano Pavarotti, Frank Sinatra och balettmusik. Koncentrationen är hög och deltagarna tycks genuint intresserade av att ta del av varandras musik. Alla utom Linda, som är ledsen och gråter. Hon sitter och pratar med en personal om svåra upplevelser, och vill gå hem. Mitt i ett musikstycke säger hon plötsligt högt och tydligt, riktat till alla närvarande: "Ja någon Beethoven-fan är man ju inte precis". Musikstycket som spelas är Beethovens 'Für Elise'.

Under musikstunden vänder Lindas sinnesstämning och hon slutar gråta. Huruvida hon blir påverkad av musiken eller inte går inte att veta. Kanske hade hon slutat gråta även utan musik. Klart är i alla fall att hon tar in musiken utan att det märks att hon lyssnar. Hon är fullt medveten om inte bara att det spelas musik, utan även vilken musik som spelas. Hon vet vem tonsättaren är och hon förmedlar ett viktigt budskap om sig själv när hon berättar att det inte är musik i hennes smak. Det här är samma kvinna som större delen av dagarna sitter för sig själv med hängande huvud och slumrar. Genom musiken får hon kontakt med, och möjlighet att förmedla, något om sin egen person. Hon visar därmed upp en rad kompetenser som hon vanligen inte har möjlighet att ge uttryck för.

Vad säger omvårdnadspersonalen?

Maria Nyborg & Katarina Lindblad

I följande avsnitt ges ett referat av de intervjuer som gjorts med omvårdnadspersonalen på respektive boende. Intervjuerna är presenterade i kronologisk ordning, för att på så sätt illustrera den utvecklingsprocess som projektet genomgått från ställe till ställe.

Projektet varade 4-5 månader på respektive boende. På Boende II och III genomfördes intervjuerna före projekttidens början och efter projekttidens slut. På Boende I genomfördes de inledande intervjuerna först sex veckor efter att projektet inleddes. Svaren från de ”inledande” intervjuerna på Boende I är därför präglade av att projektet redan pågick på avdelningen.

På Boende I genomfördes fyra gruppintervjuer, två i mitten av perioden och två efter projektets slut. På Boende II och III gjordes två gruppintervjuer, en före och en efter projekttiden. På Boende II och III gjordes även två individuella intervjuer efter projekttidens slut.

Intervjuerna spelades in digitalt och varade 30-60 min/intervju. Intervjuerna har därefter skrivits ut ordagrant. Både utskrifterna och själva ljudinspelningarna ligger till grund för analysen. Maria Nyborg har analyserat och skrivit referaten av intervjuerna från Boende I och III. Intervjuerna från Boende II analyserades i ett första steg av tidigare verksamhetschef på FoU Seniorium, IngBritt Rydeman, och har färdigställts av Katarina Lindblad. Sammanfattningen har skrivits av Maria Nyborg och Katarina Lindblad.

Urval

De intervjuade var ordinarie omvårdnadspersonal från de avdelningar där projektet bedrivits. Ambitionen var att så många som möjligt av dem som deltagit i projektet skulle medverka vid intervjuerna. Av schematekniska skäl visade det sig vara svårare än beräknat. Vid gruppintervjuerna närvarade mellan tre och sex personer. De som medverkade var i första hand de som vid intervjutillfället var i tjänst på avdelningen, vilket inte alltid var de som varit mest aktiva i projektet. I ett par fall kom några personer in från ledighet för att medverka. På Boende I dubblerades både den inledande och den avslutande intervjun för att få med så många som möjligt av personalen. Till de avslutande individuella intervjuerna valdes de som utsetts till att vara musikombud/särskilt ansvariga för musikverksamhetens fortlevnad på avdelningen.

Analys

Intervjuanalyserna är inspirerade av kvalitativ metod, med fokus på innehåll och mening (Kvale & Brinkman, 2009). Varje inspelad intervju har lyssnats igenom i sin helhet ett flertal gånger för att få en förståelse för dess innehåll. Intervjuutskrifterna har sedan använts som stöd för att identifiera och urskilja olika meningsbärande enheter i intervjuerna. Dessa identifierade enheter har sedan grupperats i olika teman. Under hela analysprocessen har en rörelse skett mellan analysstegen helhet (intervjuerna) och delar (textenheter) för att vara så

trogen intervjupersonernas beskrivningar som möjligt. I redovisningen ges citat för att belysa teman i resultatet.

Validitet och reliabilitet

Validitet handlar om riktigheten och styrkan i ett resultat – undersöker metoden det den avser att undersöka? Får vi genom intervjuerna ökad kunskap om personalens erfarenheter av musikprojektet? Reliabilitet beskrivs som forskningsresultatets tillförlitlighet.

Intervjuerna har brister både ljudtekniskt och innehållsligt. I några av intervjuerna är språksvårigheterna betydande. En del av det som sägs är därför svårt att uppfatta. Kvalitetskriterier som intervjuarens kunnighet inom ämnesområdet och omfattningen av uppföljande och fördjupande följdfrågor för att klargöra meningen i intervjusvaren (Kvale & Brinkman, 2009), är i långa stycken inte uppfyllda. Reliabiliteten i intervjusvaren får därför anses vara låg.

Representativiteten varierar. Vid en av de avslutande intervjuerna var det endast tre personer som deltog, vilket är knappt hälften av den ordinarie personal som medverkat i projektet. En av dem var endast med vid ett gemensamt utbildningstillfälle och två musikstunder i grupp, varför hennes erfarenheter från själva projektet var begränsade. I några av intervjuerna är en person dominerande i samtalet, medan några av deltagarna sitter helt tysta. Det går därför inte att dra några generella slutsatser om vad ”personalen” som kollektiv tycker eller säger. Validiteten blir i det avseendet låg.

Trots dessa brister har materialet ändå visat sig innehålla intressant information och viktig kunskap om hur de intervjuade har upplevt att arbeta med musik i den här formen. Svaren ses därför som ett värdefullt bidrag till ökad förståelse och kunskapsutveckling.

Resultat

Det övergripande syftet med den inledande intervjun var att fånga personalens erfarenheter av musik sedan tidigare, både privat och i demensvården, och deras inställning till det kommande musikprojektet. Exempel på frågor som togs upp är:

- Lyssnar ni på musik privat?
- Använder ni musik i jobbet?
- Vad har ni för förväntningar på projektet?

Syftet med den avslutande intervjun var att fånga deltagarnas upplevelse av musikprojektet och av att arbeta med musik som verktyg i omvårdnaden, möjligheter och hinder. Intervjuerna kretsade kring frågor som:

- Hur har det varit att delta i projektet?
- Vad tyckte ni om utbildningen?
- Vad var svårt? Hinder och möjligheter.
- Hur reagerade de äldre?
- Vad har ni lärt er? Viktigaste lärdomen.

Ett stort utrymme lämnades till intervjupersonerna att mer utförligt kunna berätta och reflektera under samtalet.

Boende I

I redovisningarna från Boende I är svaren tematiskt sammanställda och speglar personalens inställning till musik byggd på en blandning av tidigare erfarenheter och på erfarenheter från projektet. De intervjuade kommer från två olika avdelningar varför svaren bitvis kan te sig motsägelsefulla.

Tidigare erfarenheter

Förekomsten av musik i omvårdnadsarbetet var i hög utsträckning beroende av personalens individuella engagemang och intresse för musik. Personalen berättade att innan projektet startade fanns musiken tillgänglig för de äldre på en av avdelningarna bland annat på följande sätt:

- personalen spelade cd-skivor i dagrummet
- musik med dans på en av boendets avdelningar
- spontan dans till cd eller spontan sångstund efter maten
- allsång på avdelningen med sånghäfte vid kräftskivor och liknande
- en tidigare boende som själv spelade piano och gitarr
- personalen hjälpte boende att spela cd-skivor inne i personens lägenhet
- personalen sjöng/nynnade i omvårdnadssituationer

På den andra avdelningen upplevde personalen att de boende var mycket ljudkänsliga och att det därför oftast inte fungerade med musik.

Förankring och delaktighet

Personalen upplevde i början av projektet att informationen, gällande projektets syfte och på vilket sätt det skulle genomföras, varit otillräcklig. Man förstod inte vilken roll musikterapeuten skulle ha i arbetet på avdelningen, tillsammans med boende och personal. Man uppfattade att musikaktiviteterna som musikterapeuten genomförde ofta ledde till att de äldre blev oroliga, och personalen upplevde att de fick ta hand om boendes olika reaktioner efter avslutad aktivitet. Personalen ansåg att musikterapeuten skulle ta större hänsyn till deras kunskap om de äldre. Man efterlyste en högre grad av delaktighet i planeringen av musikaktiviteterna, och en tydligare struktur i genomförandet.

Vi har inte vetat vad hon (musikterapeuten) gör här. Helt plötsligt kommer det en kvinna som ska spela musik. Det har inte varit så strukturerat. Det har varit hattigt.

Lyhördhet

Personalen ansåg att det var viktigt att vara lyhörd för i vilken sinnesstämning den äldre personen befann sig, innan musikaktivitet startades. Bedömning av sinnesstämning gjordes företrädesvis utifrån ansiktsuttryck och beteende, vilket benämndes ”att läsa av läget”. Det bästa utgångsläget sades vara när personen var lugn. Då kunde man se att musiken fick den äldre att skina upp, och att det framkallade en lust och vilja att delta. Motsatsen gällde om musikaktivitet inleddes tillsammans med en person uppfylld av oro. Då blev oron ofta ännu större. Enligt personalen var de äldre mycket ljudkänsliga.

Om det är någon som inte mår bra, så är det ju inte läge att sätta på musik och dansa. De äldre säger själva 'Slå av det där!'. Man ser på ansiktsuttrycket. Någon kanske håller för öronen. De blir oroliga, skriker, går runt och plockar. Vi har många som är känsliga för ljud. Det har blivit stökigt med musik.

Personalen såg fördelar med att ha musikaktiviteter i ett avskilt rum, då det ökade möjligheterna att individanpassa innehållet. Den äldre kunde på det sättet också mer aktivt välja om man ville delta eller inte.

Ett lugnt beteende hos den äldre kunde tolkas olika av personal och anhöriga. Personalen såg det främst som ett uttryck för välbefinnande, medan anhöriga och andra personer "utifrån" kunde se stillasittandet som en följd av understimulering.

Om dom äldre bara sitter och har det lugnt och skönt, så kan anhöriga och andra som inte tillhör vår grupp säga 'Här händer ingenting. Dom sitter ju bara, vad tråkigt dom har det!'. Så åker tv:n på och sedan börjar allting snurra runt.

Egen säkerhet skapar tillit

Personalen upplevde inledningsvis en osäkerhet att använda musik i omvårdnadsarbetet. Man kunde inte genomföra musikaktiviteter på samma musikaliska sätt som musikterapeuten gjorde. Det uppfattades vara ouppnåeligt. Flertalet personal påtalade att de inte kunde sjunga eller spela något instrument, vilket påverkade viljan och motivationen att initiera musikaktivitet. Att känna en egen säkerhet framhölls ha stor betydelse för att kunna entusiasmera de äldre, och för att skapa tillit i situationen. Personal med eget musikintresse ansågs bäst lämpad att leda och driva arbetet framåt.

Att man skulle känna sig mer säker, självsäker. Man är ju olika musikalisk. För den boendes skull blir det osäkert om jag inte själv tycker om att hålla på med det. Det ska vara någon som brinner för musiken, som kan förvalta det här.

Samtidigt berättade personalen att de kunde sjunga/nynna för att underlätta kommunikationen med den äldre. Några av dem gjorde det redan innan projektet. Ibland kom initiativet från den äldre personen, och personal stämde in i sången. Musik och sång kunde ha en avledande och lugnande funktion i omvårdnaden som innebar fysisk intimitet och närhet. Situationer som vanligtvis utlöste oro och motstånd hos den äldre.

När man ska vända någon i sängen, när man är väldigt, väldigt nära....det blir i stunden, just då, så att dom känner sig trygga. Att dom på något vis känner att man vet vad man gör. Det måste vara lugnt i det man gör, så inger det trygghet.

Reaktioner hos de äldre

Personalen berättade att musik kunde framkalla både positiva och negativa reaktioner hos de äldre. På vilket sätt den äldre reagerade var många gånger oförutsägbart. Musik som vid ett tillfälle frambringade lust och glädje, kunde vid ett annat utlösa oro. Man lade stor vikt vid att vara lyhörd och utifrån varje enskild situation försöka bedöma personens mottaglighet för musik. Individens självbestämmande betonades, och det var inte ovanligt att de äldre avböjde deltagande i olika aktiviteter.

Allting pushar på att vi ska göra olika aktiviteter, men får dom (äldre) själva välja så vill dom sällan göra någonting.

Musikaktivitet i grupp skapade många gånger oro. Om en person blev orolig så blev snart flertalet oroliga. Samtidigt blev personalen många gånger förvånad över hur väl de äldre stämde in i allsången och kom ihåg texterna. Vid oro kunde det verka lugnande om en personal följde den äldre hem till sin lägenhet för att där lyssna på "sin egen" musik på en cd-spelare. I dagrummet var det inte ovanligt att musik från cd-spelaren "konkurrerade" med tv-tittande.

På helgerna kan vi sätta på musik. Det går en stund, men sedan stängs den av snabbt. Det klarar dom av själva. Dom vill ju ha tv:n på. Dom kan ju även sitta och samtala med varandra om vad det är dom ser.

Förväntningar – ny kunskap

Under projektets gång väcktes en nyfikenhet hos en del av personalen, och önskemål om att få lära sig mer om hur man kan använda musik i bemötande och förhållningssätt. Man ville lära mer på vilket sätt musiken kunde underlätta i kommunikationen, särskilt avseende situationer där personal upplevde kommunikations-problem och svårigheter att tolka den äldres beteende. Personalen uttryckte behov av en mer individuellt inriktad handledning, som gav stöd och vägledning att utveckla engagemang hos enskilda personer.

I slutintervjuerna framkommer att personalen upplevde att projektet hade påverkat deras sätt att tänka kring musik. En av de intervjuade, som tidigare inte tyckt om musik, hade upptäckt att det fanns viss musik som tilltalade den här personen. Det hade förändrat personens inställning till musik. Andra hade gjort nya erfarenheter av musikens påverkan på den äldres välbefinnande. Personalen berättade hur man prövade sig fram och valde musik utifrån de äldres preferenser, för att till exempel lindra vid oro och ångest.

Om man sjunger tillsammans med en boende, så går det mycket lättare att utföra sysslor. Då förstår man att man kan använda musiken för att locka fram motivation, lugn eller någonting. Det handlar om utbildning för att kunna förstå.

Om någon är ledsen kan det funka, så sjunger jag för boende och håller handen. Det har jag gjort, och det funkar ju!

Motstånd - motivation

Personalen upplevde svårigheter att införa musikaktiviteter i det dagliga omvårdnadsarbetet på grund av tidsbrist. Sång och musik fick utrymme först när andra dagliga sysslor och rutiner var utförda. Personalen återkom flera gånger till "Vi har inte tid". Det handlade även om den tid man såg sig behöva för att till exempel förbereda sång- och musikstunder. Projektets inledning hade påverkat personalens motivation och vilja att delta. Inledningen beskrevs som "trög" och "det blev motstånd".

Samtidigt berättade personalen att allteftersom projektet pågick utvecklades en ökad förståelse "hur vi påverkas av musik". Motståndet kunde delvis ersättas av ett intresse att använda och pröva musik i olika omvårdnadssituationer. Musikaktiviteter utformades med större "fingertoppskänsla".

Olika musik tar fram olika saker i dom (äldre). Vad vill man att de ska bli - piggare, eller gladare, lyckligare? Man spelar ju inte Metallica för någon som ska sova.

Sammantaget tyckte många att projektet pågått för kort tid, att det gått bort för mycket tid i början innan de förstod vad det hela handlade om, och att de hade behövt mer utbildning, mer information och mer anpassad kunskap, som gav konkreta tips individuellt för de olika boende.

De synpunkter som personalen på Boende I gav uttryck för fick stor betydelse för det fortsatta arbetet och kom i praktiken att på ett avgörande sätt påverka hur modellen utformades. Utbildningen lades i början av de följande projektperioderna. Praktiska övningar i sång, dans och metod gavs större utrymme. Och musikterapeutens fokus under tiden på avdelningen lades på att handleda och utbilda personalen i första hand, och inte primärt på att själv utföra musikterapi med de boende.

Boende II

Inför arbetet på Boende II hade det börjat utvecklas en struktur för hur projektet skulle presenteras och introduceras. Modellen började ta form. Omvårdnadspersonalen hade en tung arbetssituation med stora hjälpbehov i boendegruppen. Det fanns därför ett genuint behov av nya metoder som skulle kunna underlätta arbetet.

Erfarenheter av musik före projektet

Före projektets början såg personalen musik i första hand som något man blir glad och uppiggad av. Det gällde både de boende och dem själva, som i sina privata liv lyssnar mycket på musik; när de diskar, städar, går på promenad, eller behöver koppla av från jobbet.

Music is life, jag kan inte leva utan musik.

Med musik glömmar man alla problem, om man har ont, eller det är något med hälsan – det glömmar man, jag lovar!

När det gällde att använda musik som redskap i omvårdnadsarbetet hade det skett mer slumpvis. Några hade erfarenhet av att ha nynnat för de boende, vilket hade gjort både personalen och den boende gladare. Men musik hade inte använts på något systematiskt sätt.

Vi har aldrig kommit på tanken att använda det som ett instrument i omvårdnaden. Som en aktivitet, som underhållande element har vi ju haft musik men aldrig som ett redskap, ett verktyg.

De intervjuade använde musik för att stimulera minnet, bekräfta den boendes identitet och skapa välbefinnande. De erbjöd musik i första hand till dem ”som tycker om musik”, snarare än till dem som kunna vara hjälpta och må bra av musik som terapeutiskt verktyg.

Förväntningar och farhågor

Förväntningar på projektet handlade om att se ifall musik kan användas för att lugna de boende, göra dem glada och ge dem bättre livskvalitet. En av de intervjuade såg möjligheten att ge de boende en chans att få uttrycka sig och därmed stärka självförtroendet. En

förhoppning var också att genom musik kunna skapa bättre kontakt med de boende. Farhågorna var att inte känna sig trygg, inte kunna sjunga och inte kunna svenska sånger.

De intervjuade efterlyste mer kunskap för att känna sig trygga i hur de kan använda musik. De ville få hjälp med att komma igång, och få konkret vägledning. En ville lära sig sjunga. Slutligen hoppades de att projektet skulle bli bestående och inte dö ut efter projektiden.

Ny kunskap och lyhördhet för musiken

De intervjuade tyckte att projektet gett mycket ny kunskap och nya insikter.

Jag blev förvånad över hur mycket man kan göra med musiken. Musik är inget främmande men vi har inte använt musiken på det sättet – det kom fram mycket som vi inte visste.

De blev mer lyhörda för vilken musik som fungerar när, och hur musik påverkar. Genom kartläggningen fick de fördjupad kunskap om de boende både vad gäller deras musikaliska preferenser och livsberättelsen som helhet.

Kartläggningen av musikpreferenserna var värdefull, att det var så många som hade haft musiken så närvarande i sitt liv. Alla visste att Inga älskade musik, men det var många som vi inte ens trodde hörde musiken som tyckte om när vi dansade med dem och så. Så det var lärorikt, att vi fick hjälp med att kartlägga just vilken sorts musik de gillar att lyssna, och vad man ska använda i olika situationer.

Bilden av de boende utvidgades och omvärderades, och nya sidor upptäcktes. Dessa fakta bidrog till bättre förståelse för de boendes beteende och reaktioner och gav ny kunskap om hur personalen kunde använda personligt vald musik.

En av de intervjuade beskrev att bakgrundsmusik, som bara står och låter utan att någon personal närvarar, inte fungerar. Några vill lyssna och några hör inte musiken så de sitter och pratar. Då stör de varandra. Samtidigt beskrev en annan av de intervjuade hur hon hade börjat använda bakgrundsmusik nästan varje dag, både på förmiddagarna ”för att det inte ska bli så tomt” och lugn musik på eftermiddagen:

Efter några minuter alla bara hupp - sover, söta, som små barn, man bara går in och säger: 'väck dem inte', (viskar) - musiken på i bakgrunden, det är jättevackert, det blir jättelugnt.

Två individer ur personalgruppen drog alltså olika slutsatser när det gäller bakgrundsmusik i gemensamma lokaler.

Musikens påverkan – de boende

Musikstunderna upplevdes som värdefulla tillfällen att få se praktiska exempel på hur musik kan användas på olika sätt. Personalen såg kompetenser hos de boende som de inte sett tidigare. Flera hade blivit engagerade och kunde delta med att sjunga, klappa, gunga med i takt, dansa, spela på instrument och visa förmåga att koncentrera sig vilket förvånade personalen. Många kunde texter utantill. Möjligheten för de boende att få uttrycka sig genom musik uppskattades av personalen, som såg det som ett sätt att stärka deras självförtroende.

Personalen såg också emotionella reaktioner hos de äldre som skratt, gråt, ljud, leende i mungipan, salighet, förtjusning och ledsenhet.

Det här att de kunde åstadkomma någonting i musiken själv är jätteviktigt, för det är inte mycket man kan själv. Det kan bli jättebra för självkänslan eller självförtroendet.

Musikens påverkan - personalen

I den avslutande intervjun beskrev de intervjuade att de hade börjat använda musik ”varje dag nästan”, både som bakgrundsmusik och även vid enskild omvårdnad. Det var stor skillnad mot hur de använde musik innan projektet startade. Några av dem hade börjat sjunga mer, nynna och tralla på ett sätt som de inte gjort tidigare. En hade fått ökat självförtroende:

Ja, och det spelar ingen roll om man vet, man bara hoppar in och gör ... det är intresse som gäller, att våga, bara våga komma in...

Den intervjuade hade blivit mer frimodig och hade börjat sjunga mer med och för de boende i omvårdnaden. Hon såg att det viktigaste var att våga. Hos flera i personalen hade en utveckling skett från att tidigare ha sjungit mest med den kvinna som alla visste att hon tycker om att sjunga, till att nu använda musik som redskap i vården av de boende.

Tidspress var en stor daglig stressfaktor för personalen på det här boendet. Musik bidrog till minskad stress och en bättre arbetsmiljö på några olika sätt. Ett exempel var den kvinna som tidigare varit mycket svår att hjälpa med morgontoaletten, där personalen nu spelade musik på cd medan de hjälpte kvinnan. De berättade att ”... det funkar varje gång”. De upptäckte också att förflyttningar kunde gå smidigare och snabbare med musik:

Vi har en dam som inte går så bra, men hon tycker mycket om att dansa. Ibland måste vi göra saker fortare, då brukar vi härma den där sången: Vi gå över daggstänkta berg... så går hon fortare (skratt).

De intervjuade tyckte att de lärt sig mycket av projektet som helhet. Det som uppskattades var blandningen av skriftlig information, teori och praktik. De tre utbildningstillfällena i sig satte inga djupare spår. Mest tyckte de att de lärt sig av de konkreta exemplen, dels i form av utbildningsfilmer, dels i form av att se musikterapeutens arbete i praktiken.

Hinder och möjliggörare

Under intervjuerna beskrevs svårigheterna att få tid över för att ordna en gemensam musikstund i grupp. Förmiddagarna gick åt till att hjälpa de boende med morgonskötseln, efter lunch behövde många hjälp att gå på toaletten eller lägga sig och vila. Personalens raster behövde planeras in. De intervjuade formulerade att det blev stressigt. En diskussion uppstod om när en gemensam musikstund i grupp lämpligast kan placeras under dagen:

- *Det finns ingen tid som passar. Man kan inte börja kl 3 till 4.*
- *Varför skulle man inte kunna ha musik mellan 3 och 4?*
- *Det är några som går och vilar.*
- *Ja men de behöver väl inte gå alla dagar...*
- *... de behöver kanske inte vila på de dagarna... som...*
- *Jag tror inte nån boende kan köra den här aktiviteten varje dag...*

Här resonerade sig de intervjuade fram till ett nytt sätt att se på frågan om tidsbrist. Musikaktiviteten ska ändå inte ske varje dag. Ett hinder förvandlades till en möjlighet genom resonemanget.

Den egna musikaliska oförmågan sågs som ett hinder av en del, medan andra menade att det handlar om att våga. Även hinder av rent praktisk natur togs upp. När musikprojektet började fanns det bara en cd-spelare på hela avdelningen. Som ett resultat av projektet köpte några anhöriga in cd-spelare till sina närståendes rum. Att det finns cd-spelare och cd-skivor med blandad musik är nödvändiga, praktiska förutsättningar.

Inför framtiden uttryckte de intervjuade en blandning av tillförsikt och oro. De uttryckte entusiasm inför att fortsätta själva med musik i olika former, hitta sitt eget sätt och våga prova. Arbetsledaren planerade att skriva in musikstunder i veckoplaneringen, men uttryckte samtidigt viss oro för att det hela skulle "rinna ut i sanden" under sommaren. Hon hade gärna sett att musiken blivit mer förankrad:

Ni var ju här ett tag men ni skulle gärna kunnat få vara här lika länge till.

Sammanfattningsvis gav de intervjuade på Boende II en bild av att de såg fördelar med att använda musik i omvårdnadsarbetet, både i individuell omvårdnad och som gruppaktivitet för att öka social samvaro och trivsel. Några av dem hade blivit mer frimodiga i att sjunga, nynna och använda instrument, och såg möjligheter hur de själva kan använda musik på ett sätt som fungerade för dem. Hinder var stress, att inte hinna få till någon gemensam musikstund i grupp rent praktiskt och schematekniskt, och även hinder i form av att inte kunna sjunga eller kunna svenska sånger.

Boende III

Inför arbetet på Boende III hade modellen fått en tydligare struktur. Boendet hade höga ambitioner när det gällde att erbjuda många olika typer av aktiviteter och psykosociala åtgärder. Personalen var inskolad i ett sätt att tänka på sitt arbete som inkluderade att de skulle hålla i olika typer av program och aktiviteter. Ledningen var mycket positiv till att införa musik i omvårdnaden och stöttade att personalen skulle få kompetensutveckling.

Tidigare erfarenheter

En personal berättade att musik i omvårdnadsarbetet förekom sporadiskt då medarbetare med eget musikintresse fanns i verksamheten. Genom att sjunga för och med de äldre hade de kunnat minska graden av aggressivitet och oro i individuella omvårdnadssituationer, och även ökat trivsel och välbefinnande i gemensamma aktiviteter. När den musikintresserade personalen slutade arbeta i verksamheten upphörde musikaktiviteterna. Att vara lite musikalisk antogs vara en viktig förutsättning för att kunna integrera musiken i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Hade man kunnat sjunga så hade jag nog gjort det varje dag. Men det är ju tyvärr så att jag inte håller melodin. En boende kan säga att det är fel ton. Texterna kan jag ju, men då tappar man ju lusten till slut.

Personalen berättade om tillfällena där man såg att musik kunde lugna, distrahera och avleda den äldre personen med stark oro eller ångest. Situationer som initialt var svåra att hantera

kunde med musikens hjälp bli hanterbara. Att sjunga vid personlig omvårdnad, morgon och kväll, underlättade och omvårdnaden kunde gå smidigare.

Jag brukar sjunga med en boende på morgonen när jag ska ge henne ögondroppar. Då blir det en liten trudelutt! Det är bara en trevlig grej som jag har infört liksom.

Personalen hade prövat att spela klassisk musik på cd-spelare under de gemensamma måltiderna på avdelningen. Syftet var att skapa ökad trivsel och gemenskap, men många av de äldre hade reagerat med oro. Det hade gett upphov till att reflektera kring de äldres individuella musiksmak och kunna anpassa musiken därefter.

Vid måltider kan det vara störande. En del tycker det kan vara jättetrevligt med klassisk musik i bakgrunden. Det är nog jätteindividuellt det där. Många kan bli störda av att höra musik just när man äter. Dom kan resa sig och gå därifrån.

Förväntningar

Personalen uttryckte förväntningar att musikerapeuten skulle bana väg att i högre utsträckning "få in musiken i världen". Tidsbrist sades begränsa personalen att använda musik i omvårdnadsarbetet, och man uttryckte en osäkerhet hur mycket engagemang och delaktighet projektet skulle kräva.

Vi var väl lite frågande egentligen hur mycket vi skulle engagera oss i det här. Vad förväntar ni er av oss? Det var lite oklart faktiskt hur det skulle gå till.

Vid gemensamma sångstunder, som man hade erfarenhet av att anordna, såg man glädje och engagemang hos de äldre. Man önskade samtidigt stöd och vägledning att identifiera de äldres musikpreferenser, och få fler delaktiga i musikaktiviteterna.

Att få kunskap om hur vi ska locka fram det. Det är lite svårt att aktivera, att få med dom. För vi har ju hemskt många som är intresserade, när vi väl hinner sitta ner och sjunga. Vi har lite sånghäften, och det blir väldigt fina stunder.

Musikens påverkan – de äldre

Under den andra gruppintervjun (efter sex månader) berättade personalen att antalet äldre personer som deltog i musikaktiviteterna hade blivit fler. Personer som till en början inte hade visat något större intresse för musiken hade stegvis blivit engagerade. Det hade vid ett flertal tillfällen överraskat både personal och anhöriga. Sång- och musikstunder lockade även boende och personal från andra avdelningar att delta. Personalen såg att musiken framkallade känslor hos de äldre, både glädje och sorg. På vilket sätt den äldre reagerade var många gånger oförutsägbart. Personalen beskrev hur man prövade sig fram, och reaktionerna fick påverka musikvalet. Kartläggning av varje enskild persons musikpreferenser upplevdes vara användbart i personalens strävan att locka fram engagemang och delaktighet hos de äldre.

Kartläggningen har varit jättebra, för ingen är ju den andre lik. De har ju verkligen olika musiksmak. Rätt musik till rätt person. Det är en gåva att ha! Musiken väcker så mycket hos de boende. Både minnen och glädje, och sorg också naturligtvis.

Personalen använde musik och sång i olika omvårdnadssituationer och upplevde att det kunde främja samspel, kommunikation och minska oro hos den äldre. Att sjunga med den äldre vid förflyttning, till exempel att gå med rollator, kunde förbättra personens funktionsförmåga.

Framförallt på morgonen, när vi ska hjälpa dem att komma upp, eller om vi ska gå från rummet till matsalen, så kan vi sjunga. Nu vet vi ju vilken musik den boende föredrar, och då blir det automatiskt att vi sätter på den skivan, och då går allting mycket lättare.

Under musikstunderna kombinerades sången med kroppsövelser och de äldre hade möjlighet att spela på olika rytminstrument. Personalen berättade att engagemanget hos de äldre ökade, och kroppsövelserna främjade fysisk kontakt mellan personal och boende. Aktiviteterna gav också möjlighet till fördjupad gemenskap mellan de boende.

Det är ju lite integritet man måste hålla i början. Nu har det ju släppts och man kan gå fram och krama och ställa till med en dans! Vi har lärt känna varandra under resans gång, så man vågar beröra mycket mer med kroppen, än vad vi vågade innan. Man ser att gruppen (äldre) har sammanfogats, och att de har blivit trygga ihop.

Personalen beskrev hur sång- och musikstunderna successivt fick större utrymme i arbetet på avdelningen. Musiklyssning ersatte stundtals tv-tittandet, och musiken valdes med omsorg utifrån de äldres preferenser. De lärde sig att känna igen sångerna och många kunde sjunga med i textaderna. Musikstunderna genomfördes på ett regelbundet sätt, med till exempel en inlednings- och avslutningssång. Personalen såg att det underlättade för de äldre ”att vara med och veta vad som händer”.

Musikens påverkan - personalen

I början av projektet uttryckte personalen en osäkerhet att sjunga, spela instrument och leda musikaktivitet. Efter sex månader berättade flertalet att de vågade sjunga, dansa och spela instrument i högre utsträckning. Projektet hade bidragit till en fördjupad gemenskap i arbetsgruppen, där man stöttade och uppmuntrade varandra i olika musikaktiviteter.

Jag har blivit mycket modigare och har börjat sjunga mycket mer sedan det här musikprojektet kommit igång. Sedan hur falskt det låter, det bryr jag mig inte om just nu.

Det är ju det att jag inte kan sjunga, men jag älskar musik och sång. Det blir ju så trevliga stunder! Tillsammans har vi fixat det, så det är ju bara att stötta sig mot någon som sjunger lite bättre. Vi har ju växt som grupp.

Musikterapeutens medverkan i arbetet på avdelningen hjälpte personalen utveckla nya sätt att använda musik i omvårdnadsarbetet. Både för att lindra oro, och för att skapa engagemang och ökad delaktighet bland de äldre. Kortare reflektionsstunder bidrog till att personalen blev mer medveten om hur omvårdnadsarbetet kunde bli mer individanpassat.

Hon (musikterapeuten) har mest varit delaktig i vården och studerat oss, tycker jag. Sedan har vi pratat lite efteråt om man kanske ska pröva lite olika saker, beroende på vilken boende vi engagerar oss i. Hon har varit ett stort stöd i det här.

Vi har ju hela tiden samtalat med henne (musikterapeuten), och hon har brutit mycket oro med rätt musik, och tagit in dem (boende) på rummet och erbjudit samtal ihop med musik.

Som en del av projektet fick personalen utbildning i musikanvändningens teori och praktik. De tillfällen när personalen, tillsammans med musikterapeuten, praktiskt övade sång och dans upplevdes särskilt värdefulla, då det bidrog till en ökad säkerhet och tilltro till den egna förmågan att leda musikaktiviteter. Utbildningens teoretiska delar tillmättes inte samma betydelse.

När vi lärde oss dansa. Det tyckte jag var fantastiskt! Jag tror det gav oss mera trygghet gentemot varandra. Det stärker jättemycket faktiskt, att man vågar.

Jag är ju inte så musikalisk så att jag kan musikteori, om det är det du menar? För det har jag inte tagit till mig så mycket.

En personal berättade att utbildningen främst bidragit till ett nytt sätt att tänka kring musikanvändningen på avdelningen. Det innebar att med större precision anpassa sig till person och situation, och göra ett mer medvetet musikval.

Att man tänker på hur man spelar musik på dagarna. Att man kanske inte dundrar på jätteenergisk musik klockan tio på morgonen, utan man kanske tar och väntar med det till efter lunch. Det blir lite mer tanke över valen. Det är något som jag har förankrat.

Sammanfattning

En överblick över samtliga intervjuer ger intryck både av en tydlig process, och av tre ställen som i många avseenden är olika. Många av de kritiska synpunkter som framkom från Boende I härstammar från att det var just första stället. Till Boende II var projektgruppen bättre förberedd, mer insatt och noggrannare med att skapa en fungerande dialog med både ledning och omvårdnadspersonal. Till Boende III förbättrades sedan information och förberedelser ytterligare, utifrån de lärdomar som dragits.

I intervjumaterialet är *personalens motivation* att arbeta med musik i omvårdnadsarbetet central. Motivationen påverkades bland annat av projektets förankring på respektive boende. Att boendets ledning var väl införstådd med projektets syfte och arbetsgång hade stor betydelse. Men det räckte inte att ledningen var intresserad, informationen behövde också överföras till omvårdnadspersonalen. På Boende I formulerade de intervjuade att man upplevde bristande delaktighet, vilket påverkade motivationen.

Motivationen påverkades även av personalens individuella musikerfarenheter. Flertalet av de intervjuade såg det som att egen musikalitet var nödvändig för att man på ett trovärdigt och framgångsrikt sätt skulle kunna använda musik i omvårdnadsarbetet. Man tänkte att musiken behövde ha *en förankring i varje medarbetare*, vilket ökade möjligheten att skapa tillit och trygghet i relationen till den äldre.

I intervjuerna finns *en pendlning mellan motivation och motstånd*. Krafter som arbetade både för och emot i förändringsarbetet. Tidsbrist och att olika former av musikaktivitet uppfattades som ytterligare arbetsuppgifter, framfördes som avgörande hinder på alla tre ställena. Flera av

de intervjuade beskrev en känsla av otillräcklighet i en redan pressad arbetssituation. Bristande egen musikalisk förmåga var andra upplevda hinder.

Alltmedan projektet pågick på respektive boende gjorde personalen nya erfarenheter av hur musik kunde användas i det dagliga omvårdnadsarbetet. Man prövade sig fram, med stöd av musikterapeuten. Musiken öppnade alternativa kommunikationsvägar, företrädesvis i omvårdnadssituationer som personalen upplevde besvärliga. Vid de avslutande intervjuerna kunde omvårdnadspersonalen beskriva hur musik förekommer mer integrerat i det dagliga omvårdnadsarbetet, och att valet av olika musikaktiviteter skedde på ett mer medvetet sätt.

Personal på Boende III upplevde att projektet hade lett till *ökad samhörighet och trygghet i arbetsgruppen*. Inledningsvis hade flertalet personal känt en osäkerhet att sjunga och leda en musikaktivitet i grupp. Att praktiskt öva sång och dans, tillsammans med musikterapeuten, hade bidragit till att personalens mod och säkerhet ökade. Flertalet upplevde att det även ledde till en ökad närhet mellan personal och boende. Musikstunder med inslag av dans gav till exempel möjlighet till fysisk kontakt, på ett sätt som tidigare inte förekommit. Personalen beskrev på olika sätt hur musikaktiviteter kunde främja kommunikationen med de äldre.

Kartläggningen av de äldres musikpreferenser verkar ha bidragit till att *personalens förmåga att arbeta personcentrerat* ökade. Att utforska den äldre personens musikaliska preferenser hade gett en ökad insikt i personens levnadsberättelse, vilket flertal personal upplevde vara en stor tillgång för att kunna utforma aktiviteterna utifrån de äldres behov och önskemål.

Personalen gav flera uttryck för att ha fått en *ökad lyhördhet* för både ljudmiljön i allmänhet och olika sorters musik i synnerhet, och hur dessa påverkar de boende. De hade börjat lägga märke till vilken musik som passar när, och till vem, på ett annat sätt än tidigare. Det ökade deras kompetens att arbeta personcentrerat.

I musikutbildningen ingick både teori och praktik. På Boende II och III upplevde personalen de praktiska övningarna som mest värdefulla. De teoretiska delarna av utbildningen fick inget större genomslag. På Boende I fick personalen i stort sett ingen praktisk metodutbildning. Ändå var de positiva till den utbildning de fick, då den gav förklaring till vad projektet gick ut på. Flera kommenterade att de hade velat ha mer utbildning, framför allt i metod. Det tyder på att det fanns en nyfikenhet och vilja att lära sig mer om musikanvändning.

De intervjuade uttryckte en oro när det gällde att hålla liv i musikaktiviteterna efter projektets slut. Många ansåg att det bland medarbetarna behövdes en person som tog en ledande roll i det fortsatta arbetet med musik i omvårdnadens vardag.

Intervjuerna som gjordes i slutet av projektet visar att personalens tankar rörande musik i omvårdnadsarbetet hade utmanats och bidragit till ökad musikaktivitet. Samarbetet mellan musikterapeuten och personalen var viktigt och påverkade integreringen av musiken i vardagen. Förankringen av projektet på respektive boende liksom personalens delaktighet framstår som centrala framgångsfaktorer. Att personalen upplevde motivation kan ses som själva motorn i processen, och kan utgöra grunden i ett fortsatt hållbart utvecklingsarbete med musik som psykosocial vårdåtgärd.

Personalen reflekterar med hjälp av videofilm

Ingrid Hammarlund

Videofilmning används inom olika verksamhetsområden som pedagogiskt verktyg för observation och analys. I äldreomsorg och demensvård har video visat sig vara ett användbart utbildningsredskap för att kunna lyfta fram personalens kommunikativa kompetens, att öka deras möjligheter att upptäcka de äldres individuella resurser och förmågor och att använda sig av dessa i stödjande kommunikation (Ridder, 2005).

Videodokumentationen har i detta musikprojekt i första hand genomförts i forskningssyfte. Men för att också möjliggöra för den medverkande omvårdnadspersonalen att kunna återkoppla till och reflektera över musikstunderna sammanställdes ett urval av avsnitt från videofilmerna för detta ändamål. Filmerna från boende II innehöll både helbilder och närbilder från musikstunderna vilket gjorde det möjligt att välja ut kortare avsnitt (6 min vardera) för att fokusera på varierade skeenden under musiken. På boende III valdes att titta på en hel film från den personalledda musikstunden (37 min) för att också kunna fokusera på processen över tid under musikstunden.

Syftet och tillvägagångssättet med videovisningarna var att, med förståelse och respekt för de medverkandes reaktioner över att se sig själva och de boende på film, uppmuntra till berättande och utforskande av det man gemensamt kan iaktta och observera. Vad lägger ni märke till? Vilka upplevelser av musikens betydelse för boende och personal går att urskilja och värdesätta? Hur kan dessa erfarenheter i så fall införlivas i omvårdnadsarbetet på ett meningsfullt sätt? Vad är möjligt och önskvärt att utveckla?

Med lyhördhet för vad som är möjligt

Inför filmvisningen på boende II förberedde musikterapeuten och handledaren tillsammans ett material från samtliga fem inspelade filmer. Fyra avsnitt sammanställdes med avsikt att kunna utforska stunder av ömsesidig kommunikation mellan boende och personal och där musikaliska aktiviteter, som personalen själva skulle kunna genomföra, fanns med.

Genom citat ur minnesanteckningarna från filmvisningen kommer personalen här till tals.

Ex 1: Vardaglig situation i dagrum efter måltid med bakgrundsmusik från cd-spelare.

Oj, vilket slammer och oljud från köket i bakgrunden. Det överröstar ju musiken från cd-spelaren. Det måste vi ändra på!

Egentligen borde ju någon av oss sitta med dem en stund efter maten och lyssna på musiken tillsammans med dem. Vi borde kanske också fundera på om vi ska låta dem gå till sina rum och vila en stund efter maten.

Ex 2: Avsnitt ur musikstund där aktivitet med trumma görs till inspelad musik i marschtakt, Bohus bataljon.

Roligt att göra, de flesta av de boende kan vara aktiva, men minst två personal måste nog vara med. Det blev roligare och roligare, verkade som dom blev mer

och mer aktiva, som om dom kom ihåg vad dom skulle göra. Några slog en kort stund, andra kunde inte sluta...

Medryckande, inte svårt att göra men man behöver öva sig så det blir rätt takt så att de boende inte blir förvirrade...

Ex 3: Rörelser och spegelövningar till inspelad musik, Visa från Utanmyra.

Fin musik som verkar passa många av våra boende bra.

Lätt att göra lagom svåra rörelser till. Det blev en bra övning som man nog kan göra tillsammans lite då och då, kanske på morgonen för att få igång kroppen.

Lätt för vissa att direkt hänga på och imitera rörelserna när man visar före, andra behöver hjälp... det gäller att inte ha för bråttom när man visar, försöka följa musiken. Det måste man nog öva sig på...

Ex 4: Sång och klapppramsa genomförd av en utrikes född personal.

Det var överraskande att flera av dem lyssnade så uppmärksamt, tittade intresserat på den som sjöng.

Klapppramsan blev ju jättebra, har aldrig tänkt på att man kan göra den med de boende här.

Man kanske kan hitta fler sådana rytmiska saker att göra spontant... det blev ju mycket skratt i rummet!

Ögonblick av meningsskapande samvaro

Filmvisningen av hela den personalledda musikstunden (37 min) på boende III genomfördes med två olika personalgrupper och antog mer formen av ett öppet samtal om vad som ägde rum under musikstunden och vilken ny kunskap som arbetet med musik kan tillföra omvårdnaden.

Vid början av filmvisningen kommenterade den medverkande personalen självkritiskt men också lite lekfullt, sitt eget agerande. Så småningom upptäckte de mer och mer hur de spontant berördes känslomässigt av vad de såg hos de boende och delade dessa känslor med varandra. De fokuserade sina iakttagelser på de boendes individuella musikaliska medverkan och försökte följa de olika individernas agerande över tid under musikstunden. De uttryckte önskemål om att kunna följa de boende mer genom närbildstagningar för att kunna observera och förstå hur musiken påverkade dem och deras medverkan.

Avslutningsvis reflekterade de över uppläggningsen av musikstunden, vad som fungerade bra och vilka sånger de fortsättningsvis ville använda och vilka de kunde plocka bort. Deras gemensamma bedömning var att rörelseaktiviteten till inspelad musik fungerade fint som uppmärksamhetsfångande inledning, likaså att det inspelade avslutande musikstycket upplevdes som en avrundande, lugnande avslutning.

Sammanlagt sjöngs sexton sånger under musikstunden. De bestämde sig för att fortsättningsvis utesluta en sång som var svår för alla att sjunga både vad gäller tonomfång

och taktart. De tyckte sig också på filmen kunna se att instrumentanvändningen bättre skulle kunna struktureras och anpassas till respektive sångers karaktär, att trummor och äggmaraccas inte riktigt passar till alla sånger. Ibland kan man helt enkelt klappa takten med händerna eller fokusera mer på berättelsen i sångens text och melodi.

Personalen observerade hur samspel mellan de boende ofta uppstod spontant i pauserna, som en slags musikalisk ”lek” med turtagning på samma trumma eller som kommunikation genom växelsång med imitation.

Sammanfattningsvis kan sägas att personalen i sina iakttagelser och reflektioner under videoobservationerna uppmärksamt fokuserade på musiken och hur musicerandet på varierade sätt påverkade kommunikationen och stämningen i stunden, hur samspel som uppstår genom direkt påverkan av musikens puls, rörelse, dynamik och form kan locka till ömsesidigt uttryck, delaktighet och samförstånd. Man intresserade sig för vad som faktiskt fungerade och stärkte kommunikationen, reflekterade personligt över vad de såg och hur de själva skulle kunna öva på sånger och variera sättet att sjunga för att kunna göra musikanvändning så meningsfull som möjligt för de boende.

Videofilm kan ge möjlighet att urskilja ögonblick av meningsskapande samvaro genom musik, stärka medvetenheten om vad som kan vara betydelsefullt i kommunikationen. En förutsättning för detta är att man också skapar tid och utrymme för goda reflekterande samtal kring filmerna så att varje enskild personals observationer och tankar ges ett värde.

Varför ska omvårdnadspersonal veta något om musik?

Att musik kan främja välbefinnandet för personer med demens framhålls ofta i kurslitteratur för omvårdnadsutbildningar. Där står att läsa att forskning har visat att musik kan främja psykiskt välbefinnande och fysisk hälsa, lindra oro och ångslan och har därför en given plats i vård och omsorg (Arvidsson, 2012) Man belyser hur musik i vardagliga omsorgssituationer kan användas som ett motiverande och kommunikationsstärkande verktyg, ett naturligt sätt att vidga och fördjupa kommunikationen mellan människor och samtidigt vara ett kognitivt och emotionellt stöd. Musik, rörelse och dans kan inbjuda till kroppslig aktivering på ett lättsamt och lustfyllt sätt (Kangas Fyhr, 2009). Skog (2012) skriver att musik kan användas med olika kompetensgrund, vårdarsång och musikterapi. Musikterapeuter har kunskap om och förståelse för de processer musik kan utveckla och främja. Personligt bemötande, integritet och delaktighet framhålls som betydelsefullt.

Det finns alltså forskningsbaserade pedagogiska motiveringar för utbildning om musik i äldreomsorg och demensvård. Omvårdnadspersonal har ofta med intuitiv känslighet utvecklat sin kommunikativa förmåga i dialogen med de boende. Att systematiskt undersöka hur musik är en omvårdnadsresurs som kan främja välbefinnandet hos både boende och personal är den grundläggande tanken bakom föreliggande musikprojekt. Resultatet visar på behovet av och möjligheterna till samverkan mellan kunskapsområdena omvårdnad och musikterapi beträffande utbildning, praktisk tillämpning och forskning. Ett tvärdisciplinärt perspektiv kan främja gemensam praktisk metodutveckling för musik i omvårdnadskontext och varierade forskningsansatser bidra till teoriförankring och begreppsutveckling med specifik relevans för äldreomsorg och demensvård.

Diskussion

Katarina Lindblad

I följande avsnitt kommer några av projektets resultat att problematiseras och diskuteras. Projektet har lett fram till en del svar, men även nya frågor, kring hur musik kan användas som verktyg i demensvården. Frågorna får lämnas vidare för andra att söka svaren på.

Att göra eller att vara – det är frågan

I projektet har begreppet ”musikaktivitet” varit föremål för långa diskussioner. En stor del av responsen från Boende I handlade om att man upplevde musik som oroande och överaktiverande. Det fanns också en trötthet på att ”allting pushar på att vi ska göra olika aktiviteter” och en uppfattning att de boende helst bara ville ha lugn och ro. Projektgruppen började därför se begreppet ”musikaktivitet” som missvisande eftersom syftet inte alls enbart var att aktivera, utan att även lugna, trösta, ge skönhetsupplevelser, stärka de boendes resurser, identitet, självförtroende och mycket annat.

Å ena sidan konstaterar de nationella riktlinjerna att fysiska eller socialt och mentalt stimulerande aktiviteter motverkar symptom och förstärker det friska hos personer med demens (Socialstyrelsen, 2010). Det finns därför en strävan efter att erbjuda personer med demens aktiviteter av olika slag för att motverka symptom som initiativlöshet, isolering och passivitet.

Å andra sidan framkommer i utvärderingen av regeringens Kultur för äldre-satsning (Oxford Research, 2013) att projekten drivits av en allmän tanke om att ”aktiviteter är bra för målgruppen”. Utvärderarna saknar en problematisering av begreppet ”aktivering”. De menar att rutiner som innebär att omvårdnadspersonal per automatik ”kör ut” de boende till erbjudna aktiviteter oavsett innehållet i aktiviteten, kan vara både kränkande och påfrestande.

Å tredje sidan menar Töres Theorell (2008) att vårdgivare kanske inte alltid ska ge sig innan den äldre faktiskt provat aktiviteten och vet vad det handlar om. Han beskriver projekt där de äldre sa nej spontant till att delta i en aktivitet trots att de själva valt den. När de motiverats och trugats lite deltog de. Sedan kunde stora positiva förändringar mätas både på fysisk, hormonell och subjektivt upplevd nivå. Exempel på detta har även noterats i projektet, se t ex fallbeskrivningen av Stefan s 28-29.

För att ge ett perspektiv på de till synes motstridiga budskapen när det gäller vad som är bra för personer med demens, kan det vara en god idé att återigen plocka fram den engelske psykologen Tom Kitwoods grundtankar kring begreppet ”personcentrerad omvårdnad” (Kitwood, 1997). Där förordas ett sätt att vara, lyssna in och bemöta personer med demens med lyhördhet, snarare än att fokusera alltför mycket på att ”aktivera”. Genom att omgivningen drar ner på sitt eget tempo och lyssnar in och försöker förstå de boendes uttryck kan symptom lindras och reduceras. För att kunna åstadkomma det behöver omvårdnadspersonalen stöd, utbildning, tid och bekräftelse.

Kultur i vården – en kulturkrock?

”Musikterapeut” tycks vara ett okänt yrke för många i vården, vilket har avspeglat sig bland annat i det faktum att både personal och ledning återkommande har presenterat musikterapeuten som ”vår musikpedagog”. Själva tanken på att använda musik som terapeutiskt verktyg i vården har visat sig vara främmande för många i omvårdnadspersonalen. Många av dem har haft svårt att föreställa sig att musik verkligen går att använda på det sättet, att det fungerar helt enkelt.

Myskja (2011) fann i sitt avhandlingsarbete att hans idéer och metoder ofta uppfattades som okonventionella. En del blev entusiastiska, men andra förblev likgiltiga eller till och med negativa till tanken på musik som terapeutiskt stöd i vården. ”Musik?! Terapi?!” var reaktionen hos en läkare, som fnös och ilsket stegade därifrån (Myskja, 2011, s 72). Sjuksköterskorna var ofta mer öppna men i stället överhopade med arbete och tyngda av tanken på att behöva ta till sig ännu en terapeutisk metod. En del undersköterskor tyckte det lät flummigt och hade inställningen ”låt oss göra som vi alltid har gjort”. Myskjas erfarenhet var att han blev tvungen att vara både entusiastisk och övertygande, både påläst och jordnära, för att få med sig personalen att våga pröva att använda musik i vården. Ibland upplevde han det som att det inte ”fanns några filer öppna i vårdpersonalens hjärnor för att psykosociala strategier skulle kunna vara effektiva” (a a s 72, Lindblads översättning).

Kanske är det möjligt att förstå något av det här i ljuset av de olika kunskapsområdena musikterapi respektive omvårdnad. Musikterapi hör till det kulturella kunskapsområdet och vilar i första hand på humanistisk grund, medan hälsa främst hör till det naturvetenskapliga, biomedicinska kunskapsområdet (Doctare, 2008). I kulturlivet bejakas känslor, kreativitet, själslighet och andliga aspekter av livet. Inom biomedicinsk tradition betraktas dessa som irrationella och ovetenskapliga (Doctare, 2007). Kultur kanske på många sätt verkligen är en ”främmande fågel” i vårdvärlden.

Samtidigt kan man hitta likheter i de begrepp som används i både musikterapeutisk litteratur och omvårdnadslitteratur. I musikterapi arbetar man med psykologiska begrepp som spegling, intoning, intersubjektivitet, estetiska upplevelser och gestaltning (Ridder, 2005; Myskja, 2011). En del av dessa finns även i utbildningslitteratur för omvårdnadsyrken, t ex Eide & Eide (2009), som skriver om både intoning, turtagning, dialogperspektiv och musik som ett sätt att skapa relation och ”vara-med-den-andre”. Här presenteras ett relationellt perspektiv. Den mer instrumentella aktivitetstanken är långt borta. Utifrån litteraturen kan det med andra ord konstateras att det finns en hel del synsätt som förenar de två kunskapsområdena musikterapi och omvårdnad. För framtida verksamheter som strävar efter att förena musikterapi och omvårdnad, är det förmodligen gynnsamt att vara medvetenhet om både likheter och skillnader mellan de olika områdena.

Förutsättningar för förändringsarbete i demensvården

Ett av de hinder som personalen uppgav som skäl för att inte använda musik i omvårdnadsarbetet handlade om tidsbrist och en pressad, stressig arbetssituation. Inställningen att det är svårt att få tid för extra aktiviteter är vanligt förekommande bland vårdpersonal (Oxford Research, 2013). I intervjuerna förekommer ett par resonemang där personalen har upptäckt att musik faktiskt bidrar till att spara tid, att personlig omvårdnad kan gå snabbare och smidigare, och att förflyttningar kan ske snabbare med hjälp av musik. Det är

även vad Brown m fl (2001) visar, där det går fortare att hjälpa en orolig dam med morgontoalett då personalen sjunger för henne. Det pekar på att musikanvändning i omvårdnaden inte enbart behöver ses som tidskrävande, utan även kan göra att vissa moment går snabbare och därmed ge en tidsvinst.

Hur mycket tid personalen får till sitt förfogande för olika arbetsuppgifter styrs ytterst av verksamhetschefer och andra ledningspersoner. Stöd och engagemang från ledningen blir därmed viktiga faktorer för att projektet ska förankras i personalgruppen. Det konstateras även i utvärderingen av regeringens satsning Kultur för äldre (Oxford Research, 2013), där engagemang på chefs- och ledningsnivå betecknas som den främsta framgångsfaktorn för att kulturaktiviteterna ska få fäste i vårdarbetet.

Erfarenheter från projektet har visat att engagemang på chefs- och ledningsnivå är en viktig framgångsfaktor. Men det har också visat sig att en entusiastisk ledning inte räcker. Många gånger har planering och annan information stannat i ledningsgruppen och sedan inte nått ut till omvårdnadspersonalen. Det har varit förvånansvärt svårt att samla personalen för lektioner, information, intervjuer och liknande. På två av ställena saknades struktur för gemensamma möten med all personal. Det väcker frågor och tankar kring förutsättningarna för förändringsarbete på den här typen av arbetsplats, som är så starkt schemabunden och aldrig ”tar paus”. Hur fungerade information och kommunikation mellan ledning, aktivitetsansvarig, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal? Hur når man all personal? Frågorna faller utanför den här rapporten men är värda att ställas och fundera kring.

Kompetensutveckling av vårdpersonal

I de avslutande intervjuerna fick personalen frågan vad de tyckte om utbildningen. Frågeställaren avsåg de tre lektionerna på 1 ½ tim. Personalens svar var intressanta. Frågorna följdes av lång tystnad och därefter trevande motfrågor i stil med ”menar du när vi fick lära oss dansa...?”, eller ”njae utbildningen vet jag inte, jag har lärt mig mycket av projektet som helhet”. Personalen verkade i efterhand inte riktigt vara medvetna om att de *fått* en utbildning. De tycktes inte ha upplevt sittningarna med musikterapeuten som utbildningstillfällen, utan upplevde hela projektiden som en lång rad utbildningstillfällen och diskussioner både på avdelningen och vid mer samlade, inbokade möten. Detta kan ses som ett mycket intressant sidoresultat, värt att fundera över. Har det med utbildningstradition att göra? Hade det gjort någon skillnad om lektionerna fått en tydlig benämning av ”utbildning”? Om deltagarna hade fått diplom? Hade det upplevts mer som en utbildning om de fått byta lokal till ett ställe utanför boendet? Återigen nya frågor som inte får sitt svar inom ramen för det här projektet.

Myskja (2005) lyfter fram vikten av att omvårdnadspersonalen erbjuds kunskap, och kunskap specifikt om hur musik fungerar och påverkar människan. Sådan kunskap kan beredas i form av fortbildning och kompetensutveckling. Den borde också kunna vävas in i vårdutbildningar.

Andra framgångsfaktorer som visat sig vara betydelsefulla är att det skapas ett tryggt och förtroendefullt samarbete mellan omvårdnadspersonal och musikterapeut, att personalen får tid avsatt för att stanna upp, reflektera, pröva och diskutera olika erfarenheter, och att hela personalen involveras så att en trygghet kan etableras inom personalgruppen för att pröva dessa nya metoder. I en av personalgrupperna, den sista, utvecklades en sådan trygghet. Att sjunga inför varandra blev då inte lika pinsamt som de tyckte i början. Man vågade mer.

Myskja (2011) beskriver hur det tog många år innan han hade personalens förtroende, trots att han med sin läkartitel innehade en naturlig auktoritet. Musikprojektet pågick under 4-5 månader på respektive boende. I samtliga utvärderingsintervjuer nämner personalen att de upplevde att projektet pågick för kort tid.

Omvårdnadspersonalen som musikledare?

I utvärderingen av satsningen Kultur för äldre konstateras att de flesta av projekten haft som mål att personalen skulle delta i aktiviteterna, för att engagera de äldre och för att själva lära sig metoderna och i sin tur kunna genomföra dem efter projektets slut (Oxford Research, 2013). En sådan målsättning fanns även i projektledningen för det här aktuella projektet. Det har under projektets gång varit en öppen fråga huruvida det är en rimlig målsättning.

Omvårdnadspersonalen i projektet var utbildade undersköterskor, vårdbiträden eller omvårdnadsassistenter. De hade ett mycket tungt jobb, med känslomässigt krävande arbetsuppgifter och ofta både psykiskt och fysiskt utmanande situationer under en dag. För många av dem var varken svenska språket eller svensk kultur och sångtradition några självklarheter. Ingen av dem hade någon musikalisk utbildning och de flesta var inte musikaliskt utövande i sina privatliv (några sjöng i kör). Ingenting i deras utbildning har förberett dem för att kunna leda en gruppaktivitet med musik.

En musikterapeut är oftast utbildad med dubbel kompetens som musiker och terapeut. Hon är van att stå framför en grupp och leda, förebilda och inspirera, van att uppmärksamma var och en i en grupp och balansera inslagen under en gruppstund mellan aktivitet och vila. Att förvänta sig att omvårdnadspersonal efter 4-5 månaders handledning ska kunna utföra musikterapeutens arbete är orättvist mot båda yrkesgrupperna. Det framkom också under de avslutande intervjuerna att några i personalen snarast kände sig hämmade av att se musikterapeuten i arbete; ”vi kan ändå inte göra som hon”. Några påpekade att det är stor skillnad mellan att nynna för någon vid enskild omvårdnad och att leda en strukturerad musikstund i grupp.

Projektet har visat att det är fullt möjligt för ordinarie omvårdnadspersonal, även utan någon speciell musikbakgrund, att hitta sätt att använda musik som psykosocial vårdåtgärd; sång vid enskild omvårdnad, medvetet användande av musik på cd enskilt och i allmänna utrymmen, och kanske även allsångstund eller dans. På ett av projektets boenden fortsatte personalen själva med allsångstunder efter projekttidens slut. Däremot ter det sig mindre självklart att begära att de ska leda en strukturerad, målinriktad musikstund i grupp.

Lugn och ro på avdelningen – ett ideal?

Det mest förvånande resultatet från Boende I var att personalen hade så starka erfarenheter av att musik skapade oro. Det gällde både erfarenheter sedan tidigare och upplevelser de fick under projekttiden. Det strider mot befintlig forskning som samstämmigt vittnar om motsatsen, nämligen hur personal, ofta förvånat, upptäcker att musik fungerar just för att lugna vid oro (t ex Ragneskog, 2001; Ridder, 2003, 2005; Myskja, 2011).

Personalen på Boende I gav uttryck för en strävan efter att det skulle vara lugnt på avdelningen. Att det var lugnt verkade allmänt uppfattas som liktydigt med att de boende hade det bra. Det är en inställning som kan vara värd att fundera kring. Är det verkligen ett

självändamål att det är lugnt på ett demensboende? Vad innebär det att de boende är ”lugna”? Vad ryms i detta lugn? Är de harmoniska, tillfreds? Eller sitter de tysta, sysslösa, i ett slags tomhet? Enligt Tom Kitwoods välbefinnande-modell är engagemang i omvärlden ett tecken på välbefinnande. Lugn kan ofta vara liktydigt med brist på engagemang (Kitwood, 1997). Och enligt Ridder (2005) kan en person som sjunker in i sig själv och sitter halvblundande utan att ge uttryck för vare sig egna behov eller uppmärksamhet på omvärlden, betecknas som ”hypo-aroused”, dvs ur balans och med en inre upplevelse av utmattning och resignation. Ridder konstaterar att för personal och anhöriga kan detta vara ett behagligt tillstånd, men för personen själv är det ett tillstånd av tomhet och intighet.

Behövs musikterapeuten?

Samhällets kostnader för demensvård ökar lavinartat. Under de senaste åren har kostnaderna ökat med 63 miljarder kronor. Detta trots att kostnaderna per demenssjuk person har minskat (Svenskt Demenscentrum, 2014). Det är därför helt naturligt att det finns en tvekan inför att utveckla nya vårdmodeller om dessa medför ytterligare kostnader. Frågan inställer sig naturligt om det verkligen behövs en musikterapeut? Skulle det inte räcka med att verksamhetschefer slog fast att forskning visat att musik ökar välbefinnandet hos personer med demens, och mot bakgrund av det förde in musik som arbetsmoment i personalens tjänstebeskrivningar? Om alla verksamhetschefer i landet gjorde detta skulle vi omedelbart få en demensvård av högre kvalitet. Direkt. Utan kostnad. Det är evidensbaserat i många studier.

Ändå är det inte riktigt så enkelt. Projektet har visat att det finns en lång rad trösklar och utmaningar längs vägen. Omvårdnadspersonal är inte anställd för sina sångliga förmågor. Många anser sig inte kunna sjunga. Personal med utländsk bakgrund kan inte svenska sånger. Traditionell vårdkultur är inriktad på fysisk omvårdnad och praktiskt görande av servicekaraktär. Att sjunga är för många oförenligt med deras bild av vad omvårdnadsarbetet omfattar. Att leda en grupp är en specifik kompetens i sig som inte ligger i undersköterskors eller vårdbiträdens utbildning.

Projektets slutsats är att en musikterapeut kan vara till nytta i ett uppbyggnadsskede, för att utbilda och handleda omvårdnadspersonalen och hjälpa till med kartläggningar av de boendes behov och personliga musikaliska preferenser.

I musikmodellen ingår att musikterapeuten finns på avdelningen och rör sig fritt både före och efter musikstunden. Det ger utrymme för reflektion och fördjupad kunskap och förståelse. I en norsk forskningsstudie var två musikterapeuter anlitade på vardera 6 tim/v på två olika demensboenden (Myskja, 2011). Den ena valde att ha två olika musikterapi grupper i ett avskilt musikterapi rum om 3 tim vardera. Den andra la alla sina timmar på en och samma dag, och höll musikstunden i vardagsrummet. I de efterföljande intervjuerna betonade omvårdnadspersonalen på det andra stället att de upplevt ett fruktbart, ömsesidigt lärande och samarbete mellan personalen och musikterapeuten. Möjligheten att få utbyta erfarenheter beskrevs som värdefull och kunskapsutvecklande. Inga sådana synpunkter framkom i intervjuerna från det första stället, där musikterapeuten stannat kortare stund och arbetat i ett avskilt rum.

Genom att vara på avdelningen före och efter musikstunden kan musikterapeuten med andra ord bygga upp en kontakt och ett förtroende både med de boende och med

omvårdnadspersonalen. Det ökar förutsättningarna för att musikstunden ska bli en meningsfull psykosocial vårdåtgärd och inte enbart en ”aktivitet”. Musikterapeuten kan också hålla löpande diskussioner med personalen, få information inför musikstunden om viktiga händelser på avdelningen, och ge utrymme för reflektioner och iakttagelser efteråt.

Hålla liv i metoden

I en litteraturgenomgång av psykosociala åtgärder i demensvården konstateras att det ofta saknas en hållbar plan för hur ett nytt arbetssätt ska vidmakthållas för att fortleva en längre tid i vården (Boersma et al, 2014). Artikelförfattarna konstaterar att vårdpersonal behöver kontinuerlig fortbildning, och rekommenderar den så kallade RE-AIM-metoden, förkortning av engelskans Adoption, Implementation, Maintenance. Med ”adoption” menas de olika strategier som kan användas för att förbereda och hjälpa personalen att verkligen kunna ta till sig det nya arbetssättet. I nästan alla studier som ingår i artikeln erbjöds någon typ av träning. I de flesta fall gavs kursen på olika tider och dagar för att säkerställa att all personal hade möjlighet att gå kursen. Att träna på arbetstid, se film och göra rollspel var effektiva metoder att förankra det nya arbetssättet, liksom att få handledning i att omsätta nya kunskaper i praktisk handling. Kriterier som personal själva uppgav som viktiga för att fortsätta med ett nytt arbetssätt var stöd från ledningen, entusiastiska medarbetare, tid för att lära sig och att det ger effekt på omvårdnads kvaliteten. Slutligen krävs att det finns en plan för långsiktigt upprätthållande av arbetssättet, för att det ska fortleva.

Även i Oxford Researchs utvärdering av Kultur för äldre-projekten (2013) lyfts behovet av hållbara strukturer fram som en avgörande framgångsfaktor. I projektet *Musik som omvårdnad på demensboende* saknas en sådan plan. Ett nätverk bildades, där omvårdnadspersonal kunde träffas en gång i halvåret och utbyta erfarenheter och fylla på med ny kunskap och inspiration. Det är i dagsläget oklart vem som ska ansvara för detta nätverk.

Projektets upplägg

Det finns anledning till både självvransakan och självkritik när det gäller projektgruppens arbete med projektet. När musikterapeuten anställdes fanns inte längre projektets idégivare kvar i projektet. Mycket av den kunskap som funnits, planering som gjorts, möten som hållits och överenskommelser som fattats, kunde därför inte följas upp. Förberedelse, förankring, information och genomförande gentemot personalen på första boendet, blev därför bristfälliga.

Projektets upplägg var att musikterapeuten skulle vara en termin i taget på respektive boende. Resultaten tyder på att det var för kort tid för att kunna uppnå målet att utveckla, pröva och utvärdera en musikmodell. Det som hanns med var att utveckla och i viss mån pröva modellen. Nu återstår arbetet för andra aktörer att ta vid, pröva och utvärdera hur musikmodellen kan fungera i praktiken.

Till sist – varför just musik?

I projektet har många goda erfarenheter gjorts av hur musik kunnat ge de boende mer välbefinnande genom att förändra sinnesstämning, förbättra det sociala klimatet på avdelningen, lugna, vitalisera och stärka gemenskapen inom personalgruppen. Projektet har också visat att omvårdnadspersonal kan hitta sätt att använda musik som redskap i omvårdnaden och psykosocial vårdåtgärd om de får utbildning, tid och stöd.

En fråga som då kan inställa sig är om det verkligen är musiken som gör allt detta?

Det är en högaktuell fråga inom forskning. Ett svar är att: nej, det måste inte vara just musik. Det finns många andra exempel på psykosociala åtgärder som också fungerar väl, allt från hundar, dockor, massage, högläsning och trädgårdsskötsel till att titta på fotboll. Cohen-Mansfield (2012) har visat att en lång rad olika aktiviteter kan vara välgörande. Kanske att det viktigaste är den kontakt och samvaro som uppstår mellan personal och boende inom ramen för ”aktiviteten”.

Samtidigt finns det gott om forskning, varav en del refererats i den här rapporten, som visar att musik påverkar människor på ett alldeles speciellt sätt, objektivt, fysiologiskt mätbart och neuropsykologiskt observerbart. Musik påverkar hjärnan. Musik påverkar känslolivet. Musik kan stimulera upplevelsen av att vara vid liv som människa.

*Dagen då inga melodier vi hör
Den dagen då allt blir tyst och visorna dör
Då varje sång
som liv och värme ger
ej finns inom oss mer
Hur undgå den dagen?*

*Jo, lev och älska!
Kring kärleken är tillvaron rik
Så älska!
Kring den som älskar uppstår musik*

*Vad finns väl kvar
att leva livet för
dagen
den dagen visorna dör?*

Povel Ramel

Referenser

- Aldridge, D (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine*. London: Jessica Kingsley publ.
- Aldridge, D (2000). *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley publ.
- Alvesson, M & Sköldböck, K (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Amunts, K; Schlaug, G; Jäncke, L; Steinmetz, H; Schleicher, A; Dabringhaus, A & Zilles, K (1997). Motor cortex and hand motor skills: structural compliance in the brain. *Human Brain Mapping* 5, 206-215.
- Arvidsson, G (2012). *Vård och omsorgsarbete*. Stockholm: Liber.
- Becker, J (2010). Exploring the habitus of listening. Anthropological perspectives. I: P. N. Juslin, & J. A. Sloboda. *Handbook of Music and Emotion. Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Bengtsson, S; Nagy, Z; Forsman, L; Forsberg, H; Skare, S & Ullén, (2005). Extensive piano practicing has regionally specific effects on white matter development. *Nature Neuroscience* 8, 1148-1150.
- Bergström-Isacsson, M (2014). *På gång inom MusiCare*, hämtat 141020 www.musicare.se
- Bergström-Isacsson, M; Lagerkvist, B; Holck, U & Gold, C (2014). Neurophysiological responses to music and vibroacoustic stimuli in Rett syndrome. *Research in Developmental Disabilities* 35 1281–1291.
- Boersma, P; van Weert, J; Lakerveld, J & Dröes, R M (2014). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics*.
- Bojner Horwitz, E; Kowalski, J; Theorell, T & Anderberg, U (2006). *Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales*. *The Arts in Psychotherapy* 2006; 33: 11-25.
- Bradford Dementia Group (2008). The Bradford Well-Being Profile. *West Yorkshire: University of Bradford*. Hämtad 130828 på <http://www.bradford.ac.uk/acad/health/dementia>
- Bradt, Joke & Dileo, Cheryl (2011): Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Review, The Cochrane Collaboration*. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brown, S; Götell, E & Ekman, S (2001). 'Music-therapeutic caregiving': the necessity of active music-making in clinical care. *The Arts in Psychotherapy* 28, 125-135.
- Chatterton, W, Baker, F & Morgan, K (2010). Singer or the Singing: Who Sings Individually to Persons With Dementia and What Are the Effects? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Dec 4, 2010.
- Cohen-Mansfield, J, Marx, M & Freedman, L (2012). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia? *J Psychiatr Res*. 2012 Mars, nr 46 (3), 402-406.

- Cohen-Mansfield, J (2013). Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Current Treatment Options in Neurology* 15:765-785.
- Cooke, M; Moyle, W; Shum, D; Harrison, S & Murfield, J (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*, Vol. 14, No. 8, November 2010, 905–916.
- Dahlberg, K & Segesten, K (2010). *Hälsa & vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Doctare, C (2007). *Vägen till hälsa. Det bästa av väst och det största av öst*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Doctare, C (2008). *Nämndes ordet kultur handlade det om bakterier, aldrig om människor och värdegrund*. Bjursell, G & Vahlne Westerhäll, L: *Kulturen och hälsan. Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*. S 61-74. Stockholm: Santéus förlag.
- Eide, H & Eide, T (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, G & Hammar, L M (2012). Humming as a Potential Tool for Facilitating Feeding Situations Between Persons With Dementia and Their Caregiver. A Single Case Study. *Music and Medicine* augusti 2012.
- Ericsson, I (2011). *Välbefinnande och demens. Aspekter på välbefinnande hos äldre personer med måttlig till svår demenssjukdom*. Doktorsavhandling. Hälsohögskolan, högskolan i Jönköping.
- Gerdner, L (2010). Evidence-based guideline. Individualized Music for Elders with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 36, No. 6.
- Götell, E (2003). *Singing, background music and music events in the communication between persons with dementia and their caregivers*. Doktorsavhandling. Karolinska institutet.
- Hammar, L M; Emami, A; Götell, E & Engström, G (2010). Reactions of persons with dementia to caregiver singing in morning care situations. *The open nurse journal*, 4, 35-41.
- Hammar, L M (2011). *Caregivers' singing facilitates mutual encounter*. Doktorsavhandling. Karolinska institutet.
- Hammarlund, I (2008). Livets rytm och den mänskliga musiken. *Äldreomsorg nr 2, Temanummer: Ett rikt och meningsfullt liv*.
- Hugoson, P (2014). *Det stora i det lilla. Slutrapport vårdarsångsprojekt Skoga Äldrecentrum*. Omvårdnadsförvaltningen, Solna stad ht-2013/vt-2014.
- Hulme, C; Wright, J; Crocker, T; Oluboyede, Y & House, A (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 756-763.
- Johannisson, K (2008). *Kultur och hälsa* i Bjursell, G & Vahlne Westerhäll, L: *Kulturen och hälsan*, s 17-37. Stockholm: Santéus förlag.
- Kangas Fyhr, A (2009). *Social omsorg*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Kenny, C, Jahn-Langenberg, M, & Loewy, J (2005). *Hermeneutic inquiry* i Wheeler, B. L: *Music Therapy Research*. Second edition. S 335-351. Gilsum: Barcelona Publ.

- Kitwood, T (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Berkshire: Open University press.
- Kjørup, S (2009). *Människovetenskaperna. Problem och traditioner i humanioras vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammarlund, I (2012). *Musikaktiviteter inom äldreomsorg och omsorg*. Rapport FoU Seniorium.
- Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvamme, T S (2013). *Glimt av glede. Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst*. Doktorsavhandling. Oslo: Norges Musikhøgskole.
- Kverno, K; Black, B; Nolan, M & Rabins, P (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 21, 825-843.
- Laursen, L & Bertelsen, M (2011). *Musik i øjeblikket – en håndbog om musik i aeldreplejen*. Frederiksberg: Unitas Forlag.
- Livingston, G; Kelly, L; Lewis-Holmes, E; Baio, G; Morris, S; Patel, N; Omar, R; Katona, C & Cooper, C (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment* vol 18 nr 39, juni 2014.
- MacDonald, R; Kreutz, G & Mitchell, L (2012). *Music, Health & Wellbeing*. Oxford: Oxford University Press.
- Malloch, S & Trevarthen, C (2008). *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.
- McDermott, O; Crellin, N; Ridder, H M & Orrell, M (2012). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Online: Wileyonlinelibrary.com DOI: 10.1002/gps.3895.
- Myskja, A (2005). *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens Bymisjon.
- Myskja, A (2006). *Den siste song – sang och musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Myskja A (2011). *Musikk i eldreomsorgen – hvordan får vi det til? Omsorg nr 2*.
- Myskja, A (2012). *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*. Doktorsavhandling. Griegakademiet, Bergen.
- Nilsson, U (2003). *The effect of music and music in combination with therapeutic suggestions on postoperative recovery*. Linköping University Medical Dissertation No 809.
- Nyborg, M (1998). *Tidig psykisk utveckling och omvårdnad av gravt dementa*. Psykisk hälsa 1998.
- Oxford Research (2013). *Utvärdering av de verksamheter som har fått stöd inom Kulturrådets uppdrag Kultur för äldre*. Stockholm: Oxford Research AB.
- Petersson, G (2009). *Musikterapi. Internationell forskning och praktisk tillämpning i Västra Götaland*. Högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap.

- Petersson, G (2009). *Musikterapi. Internationell forskning och praktisk tillämpning i Västra Götaland*. Högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap.
- Raglio, A; Bellelli, G; Mazzola, P; Bellandi, D; Giovagnoli, AR; Farina, E; Stramba-Badiale, M; Gentile, S; Gianelli, MV, Ubezio, MC; Zanetti, O & Trabucchi, M (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas* <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.05.016>.
- Ragneskog, H (2001). *Music and other strategies in the care of agitated individuals with dementia. A nursing perspective*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet.
- Rio, R (2009). *Connecting through Music with People with Dementia. A Guide for Caregivers*. London: Jessica Kingsley publ.
- Ridder, H M (2003). *Singing dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Doktorsavhandling. Aalborgs universitet.
- Ridder, H M (2004). *Sang i demensplejen*. Gerontologi og samfund 20, 2: 28-30.
- Ridder, H M (2005). *Musik og demens – musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Aalborg: Formidlingscenter Nord.
- Ridder, H M (2012). Forskning i musikterapi – personer med demens. *Dansk Musikterapi* 2012, 9 (1).
- Ridder, H M; Stige, B; Qvale, L & Gold, C (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2013.790926. Online.
- Rolvstjød, R (2010). *Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum: Barcelona Publ.
- Ruud, E (2002). *Varma ögonblick. Om musik, hälsa och livskvalitet*. Göteborg: Bo Ejeby Förlag.
- Ruud, E (2008). *Hvorfor musikk som terapi?* i Bjursell, G., och Vahlne Westerhäll, L., (red). *Kulturen och hälsan*, s 75-102. Stockholm: Santérus förlag.
- SBU (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. www.sbu.se
- Skingley, A & Vella-Burrows, T (2010). Therapeutic effects of music and singing for older people. *Nursing Standard* 24, 35-41.
- Skog, M (2012). *Vård och omsorg vid demens*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.
- Stige, B (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum: Barcelona publ.
- Stige, B & Aarø, L (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. London: Routledge.
- Sundbybergs Stad (2014). *Musikterapi*. Hämtat 20141012 på www.sundbyberg.se

- Sung, H & Chang, A (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia; a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 14 (9); 1133-1140.
- Svenskt Demenscentrum (2014). *Samhällets kostnader för demens ökar kraftigt*. Hämtat 140613 på www.demenscentrum.se.
- Särkämö, T; Tervaniemi, M; Laitinen, S; Numminen, A; Kurki, M; Johnson, J & Rantanen, P (2013). Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study. *The Gerontologist Advance Access*, September 5.
- Theorell, T (2008). *Kultur och folkhälsa* i Bjursell, G & Vahlne Westerhäll, L: *Kulturen och hälsan. Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*. S 119-138. Stockholm: Santérus förlag.
- Theorell, T (2009). *Noter om musik och hälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Theorell, T & Kreutz, G (2012). *Epidemiological Studies of the Relationship Between Musical Experiences and Public Health* i 424-435. Oxford: Oxford University Press.
- Trondalen, G & Bonde, L-O (2012). *Music Therapy: Models and Interventions* i MacDonald, R; Kreutz, G & Mitchell, L (Eds.): *Music, Health, & Wellbeing* s xxx Oxford: Oxford University Press.
- Vink, A (2000). *A Survey of Music Therapy Practice with Elderly People in the Netherlands* i Aldridge, D: *Music Therapy in Dementia Care*, s 119-138. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Vink, A (2009). *De Metronoom. Muziek en beweging voor mensen met dementie*, dvd. Menzis.
- Vink, A; Birks, J; Bruinsma, M & Scholten, R (2004). *Music therapy for people with dementia* (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vink, Annemiek; Bruinsma Manon & Scholten, Rob (2011). *Music therapy for people with dementia* (updated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vink, A (2013). *Music Therapy for Demetia. The effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. Doktorsavhandling. Groningen: Dieuwer de Lange.
- Wall, M & Duffy, A (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108-113. – Online
- Wheeler, N. & Johnson, E (2010). *Dementia care 3: evaluating the effects of wellbeing reviews on residents and staff*. Nursing Times
- Ödman, P-J (2004). *Hermeneutik och forskningspraktik* i Gustavsson, B: *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskaperna*, s 71-93. Lund: Studentlitteratur.



Bilaga 1 Kartläggning av musikanvändning på boendet

1. Gemensamma rum; vardagsrum, matrum, korridorer och liknande

Hur mycket används, i snitt

-Radio?

-TV?

-Cd-spelare el likn?

Exempel:.....
.....
.....

2. De boendes egna rum

Hur mycket används, i snitt

-Radio?

-TV?

-Cd-spelare el likn?

Exempel:.....
.....
.....

3. Vad tror du att valet av ljudbärare, och mängden musik som spelas, beror på?

.....
.....
.....

4. Har ni spontana sång- och musikstunder på avdelningen? I så fall vad och hur ofta?

.....
.....
.....

5. Har ni regelbundet inplanerade musikstunder på avdelningen? I så fall vad och hur ofta?

.....
.....
.....



Bilaga 2 Kartläggning av musikpreferenser

Boende:

Kontaktperson:

Information från levnadsbeskrivning och/eller anhöriga:

.....
.....

Allmänna iakttagelser vid musikstunder eller när musik spelas i bakgrunden:

.....
.....

Direkta frågor:

1. Tycker du om sång och musik?.....
2. Tycker du om att sjunga? Har du sjungit i kör, för dina barn när de var små, vid högtider eller andra sammanhang?.....
3. Spelar du, eller har spelat, något instrument?.....
4. Tycker du om att dansa?.....
5. Vad tycker du om för slags musik? Någon särskild artist som du uppskattar?

Pröva:

Spela från exempel-cd:n och lägg märke till reaktionen. Skriv ner både positiva, negativa och neutrala reaktioner. Lägg märke till ansiktsuttryck, kroppsrörelser och andra tecken på engagemang.

Barnvisor

Schlager/pop

Jazz

Visor.....

Gammeldans.....

Kör.....

Opera/operett.....

Klassisk.....

Andligt/psalmer.....

Bilaga 3

Exempel på spellista för kartläggning

Ibland är det sången eller melodin som fångar, andra gånger är det artisten. Det kan därför vara av betydelse vilken inspelning som används. Listan nedan är därför endast förslag.

Barnvisor

1. Edwin Ericson: Vi gå över daggstänkta berg/Titti Sjöblom
2. Alice Tegnér: Blåsippor/Tommy Körberg
3. Alice Tegnér: Sov du lilla videung/Titti Sjöblom

Schlager/pop/jazz

4. Povel Ramel: Ta av dig skorna
5. The Beatles: Yesterday
6. Louis Armstrong/Ella Fitzgerald: Cheek to cheek
7. Zarah Leander: Vill ni se en stjärna

Visor

8. Birger Sjöberg: Den första gång jag såg dig/Mikael Samuelson
9. Dan Andersson: Omkring tiggarn från Luossa/Thorstein Bergman
10. Folkvisa: En sjöman älskar havets våg/Harry Brandelius

Gammeldans

11. Calle Jularbo: Drömmen om Elin

Kör

12. Folkvisa: Uti vår hage

Opera/klassiskt/operett

13. Verdi: La donna è mobile/Luciano Pavarotti
14. Beethoven: Für Elise
15. Grieg: Morgonstämning
16. Lincke: Berliner Luft

Andligt

17. Lina Sandell (text): Blott en dag
18. Frazier/Karlsson: Han är min sång och min glädje

Extra

19. ABBA: Dancing Queen

Musikgruppstunder för äldre med demens ledda av omvårdnadspersonal

Eva Götell

Bakgrund

För närvarande lever ungefär 36 miljoner människor i världen med demens, av dessa bor cirka 7 miljoner i Europa. Globalt förväntas det att 68 miljoner människor kommer att ha en demenssjukdom år 2030 (Prince m.fl., 2013). I Sverige lever för närvarande ca 160 000 personer med demens och år 2030 är förväntningen att det kommer att bo ungefär 215 000 demenssjuka personer i Sverige (SBU, 2006). Demenssjukdomarna leder till att de insjuknade får nedsatt kognitiv förmåga och försämrat minne. De får språkstörningar och koncentrationssvårigheter, tilltagande oförmåga att genomföra ändamålsenliga rörelser och oförmåga att orientera sig i sin omgivning. Det finns för närvarande ingen bot mot demenssjukdomarna. Det finns dock vissa symtomlindrande läkemedel mot Alzheimers sjukdom, dessa läkemedel kan förbättra de kognitiva förmågorna något under en kortare tid (Läkemedelsverket, 2006). Demenssjukdomarna försämrar fortskridande en drabbad person, och när hen sjuknat in, blir anhöriga oftast de personer som stöder och vårdar i det initiala skedet. De anhöriga behöver själva omfattande stöd i sitt vårdande, eftersom det har visat sig att vårda en demenssjuk närstående är påfrestande, och demenssjukdomarna har benämnts de anhörigas sjukdomar. Allt eftersom den demenssjuka blir sämre, behöver hen många gånger vård dygnet runt av personal med tvärprofessionell kompetens (Socialstyrelsen, 2010 a).

Personer med demens utvecklar i de flesta fall så kallade beteendemässiga och psykologiska symtom hos personer med demens (BPSD) (Savva, 2009). Exempel på dessa symtom kan vara att den demenssjuka sover oroligt, uttrycker oro, blir plockig, går omkring planlöst, uppvisar opassande sexuellt beteende, upprepar handlingar ideligen, uttrycker vanföreställningar, skriker och ropar samt beter sig aggressivt mot personer som är i dess närhet (Svenskt Demenscentrum, 2008). Det är olämpligt att i första hand behandla personer med demens som har BPSD med antipsykotiska läkemedel, då dessa har förödande biverkningar på centrala nervsystemet, och dessa kan leda till att den demenssjuka dör i förtid (Ballard m.fl., 2006). Enligt Läkemedelsverket (2008) finns det starkt vetenskapligt stöd för, att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av så kallad icke-farmakologisk art. Åtgärderna bör vara en god miljö och ett gott personligt bemötande. I den nationella värdegrunden för äldreomsorgen förespråkas, att den äldre skall ges ett värdigt liv och känna välbefinnande (Socialstyrelsen, 2011). Vidare har Socialstyrelsen (2010 b) i sina rekommendationer angående omvårdnad förordat, att man med ett tvärprofessionellt förhållningssätt skall inrikta sig mot den demenssjuka och de närståendes behov, ge en personcentrerad omvårdnad beaktande den demenssjuka personens livsmönster, värderingar och preferenser, så att vården blir värdig, och att personerna med demens kan uppleva välbefinnande. I sin senaste utvärdering av demensvård skriver bland annat Socialstyrelsen (2014), att vårdgivare skall fortsätta att utveckla metoder, kunskap och arbetssätt som leder

till personcentrerad omvårdnad. Ty sedan Socialstyrelsens rekommendationer i demensvård år 2010, så har det internationellt publicerats många studier med psykosociala eller icke-farmakologiska interventioner som första behandling av BPSD hos personer med demens. Resultaten visade på en positiv påverkan, där demenssjukas uttryck för BPSD minskade. Som exempel kan anges Cohen-Mansfield, m. fl. (2012) som visade att olika slags psykosociala interventioner kan hjälpa personer med grav demens att reagera med välbefinnande. Några av interventionerna var: att låta de demenssjuka personerna få träffa små barn, prata förtroligt med en person, interagera med en person och samtidigt med en docka, ett robotdjur, en levande hund, högläsning av en person, få hjälp att lägga pussel tillsammans med en person, lyssna på musik. Dessutom var det positivt att titta på en video där en person talade till åskådaren, och där presentatören bjöd in åskådaren till att sjunga med. Vidare betonade Cohen-Mansfield (2013), att för att införa de psykosociala och icke-farmakologiska metoderna, så är det av vital betydelse, att ledningen stödjer omvårdnadspersonalen, och att all personal utvecklar kunnighet i att kommunicera med personer med demens.

I Sverige har man på Svenskt Demenscentrum (2014) och Vårdalinstitutet (2014) samlat svensk erfarenhet och expertis, som presenterar olika psykosociala eller icke-farmakologiska metoder och arbetsätt, som anhörgivårdare och personal kan använda sig av. Det kan exempelvis vara: att läsa högt för en person med demens, låta den demenssjuka krama och klappa ett djur när djurets ägare är med, låta en bildterapeut arbeta med konst och bild tillsammans med den demenssjuka, låta musiker, musikterapeuter och personal sjunga, lyssna på musik och dansa tillsammans med de demenssjuka.

Musikterapeuten Sten Bunne (1986) arbetade fram en metod där musikstunder användes i äldreomsorg. Metoden innebar att äldre, musikterapeut och assisterande omvårdnadspersonal deltog. Musikstunderna innehöll sånger och musik som förmodades ge minnesträning, kommunikationstillfällen, identitet, tids- och rumsuppfattning, sinnesstimulering och stimulera till kroppsrörelser. En utvärdering av metoden genomfördes där äldre med demens eller misstänkt demens och omvårdnadspersonal deltog i sång- och musikgruppstunder. Resultatet visade att de äldre kunde sjunga, spela på instrument, röra sig i musikens takt och skämta. När de sjöng sånger som de äldre kunde, sade de, att minnet kom tillbaka, något som de upplevde som behagligt. Personalen upplevde att de fick en förbättrad relation med de äldre och att de var lättare att vårda några timmar upp till resten av den dag som musikstunden skedde (Götell m.fl., 2000). Omvårdnadspersonalens sång- och musikstunder inom vård- och omsorgsboende för äldre med demens visade att personalen erfor att deras och de äldres gemensamma relation och kommunikation förbättrades (Lykkeslett m.fl., 2014; Vestlin, 2014).

Inom omvårdnadsforskning har den amerikanska sjuksköterskan Linda Gertner (2010) funnit att individualiserat musiklyssnande för äldre med demens kunde leda till att de reagerade med minskad agitation under musiklyssandet och under cirka 60 minuter efter musiklyssandet. Gertners metod användes i Sverige av Ragneskog m. fl. (1996 a) i samband med middagsätande i demensvård. Resultatet blev att när de äldre med demens åt och samtidigt lyssnade till musik så ledde det till att de åt mer, blev mindre irriterade, mindre ängsliga, och mindre nedstämda. Jämfört med middagsätande utan musik, blev de mindre rastlösa, och kunde sitta kvar vid matbordet under en längre tid (Ragneskog m.fl., 1996 b).

Omvårdnadssituationer när omvårdnadspersonal och personer med demens är i nära fysisk kontakt, har av personalen beskrivits som problematiska, beroende på att det kan vara

situationer som personer med demens kan reagera på med BPSD och fysiskt våldsamt beteende (Isaksson m.fl., 2011). Situationer i nära fysisk kontakt, morgontoaletsituationer (kroppshygiene, påklädning, tandborstning etc.) har undersökts där musiklyssnande och sång var del av kommunikationen. Resultaten visade att både personalen och personerna med grav demens påverkades på ett positivt sätt, under såväl musiklyssnande som under sång. Den tydligaste påverkan blev emellertid när personalen sjöng för eller tillsammans med en person med grav demens, så kallad vårdarsång (Götell, 2007). Aggressiva och skrikande beteenden från demenssjuka personer upphörde samtidigt som personalen och de demenssjuka kunde kommunicera förbättrat verbalt med varandra (Götell, m.fl., 2002; Hammar, m.fl., 2011b), de uttryckte gemensamt i högre grad positiva känslor och sinnestämningar (Götell, m.fl., 2009; Hammar, m.fl., 2011a) och de kommunicerade gemensamt med förbättrad kroppshållning, rörelser och sinnesmedvetenhet (Götell, m.fl., 2003).

När omvårdnadspersonal skall hjälpa en äldre med demens att förflytta sig, kan det vara en problematisk situation. Personalen beskrev att under tiden som de hjälpte äldre med demens att förflytta sig, så kämpade de tillsammans. Personalen beskrev att de ibland riskerade att skada sin egen kropp för att skydda den demenssjuka från att göra sig illa. Personalen var uppmärksam på hur omgivningen var utformad i samband med förflyttningen, och de bedömde även den äldres hjälpbehov. Samtidigt ansträngde sig personalen med att skapa en positiv relation och kommunikation, så att den demenssjuka förstod vad som pågick (Thunborg, m.fl., 2012). Vid en intervention där personalen sjöng för eller tillsammans med de demenssjuka och vardaglig förflyttning skedde, så upplevde personalen att det blev en tydlig positiv skillnad jämfört med förflyttning utan sång: personalen kände sig mera kompetenta i att utföra förflyttningen, samtidigt som det verkade som de demenssjuka förstod vad som pågick, de visade mer av sin sanna personlighet, de förflyttade sig smidigare och med större säkerhet, och de reagerade med gott humör och ibland med att sjunga med (Götell, m.fl., 2012).

Inom musikterapiforskning och demens har aktuella utvärderingar gett till resultat, att de flesta interventionerna med musikterapi har genomförts där personer med demens deltar i grupper tillsammans med en musikterapeut. Relationen mellan musikterapeuten och personerna med demens var av vital betydelse, och det blev en kortvarig positiv påverkan på de demenssjuka, där deras uttryck av BPSD minskade (Raglio, m.fl., 2012). I en annan utvärdering drog författarna slutsatsen att musikterapi fungerar genom förbättrade mänskliga processer såsom de sinnliga, den intellektuella, de känslomässiga, de beteendemässiga, de andliga och de sociala. Musikterapi bör dessutom med fördel integreras i tvärprofessionellt samarbete (Guentin, m.fl., 2013). Vidare verkade det som att gemensam sång mellan musikterapeut och en person med demens kunde vara en lämplig intervention (McDermott m.fl., 2013). Läkaren och musikterapeuten Audun Myskja (2011) fann att musikterapi och terapeutiska situationer innehållande sång, dans eller musik tillsammans med personer med demens, ledde till att deras rörelser och välbefinnande förbättrades, samtidigt minskade deras agiterade reaktioner. Därtill har forskare inom musikterapi föreslagit att musikterapeuter kan utbilda omvårdnadspersonal i att använda musik i omvårdnad (Ridder m.fl., 2013). Detta arbete är ett exempel på när en musikterapeut utbildade omvårdnadspersonal till att genomföra musikgruppstunder ledda av dem själva.

Syfte

Syftet är att beskriva standardvård i demensvård och musikgruppstunder för personer med demens ledda av omvårdnadspersonal.

Metod

I denna datainsamling medverkade sexton personer boende på två vård- och omsorgsboenden, tolv kvinnor och fyra män mellan 78-90 år. Sju av dem hade Alzheimers sjukdom, tre hade kognitiv svikt, två hade vaskulär demens, två hade en ospecifik demens, en hade Lewy body demens och en hade stroke och Parkinsons sjukdom.

Sex omvårdnadspersonal, alla kvinnor, medverkade i musikstunderna. De fick utbildning på tjänstgöringstid av en musikterapeut i teori och metod vid tre tillfällen om 90 minuter. Utbildningen innehöll personalens personliga förhållande till musik och praktiska övningar i sång, dans, rörelser till musik. De undervisades i att använda bakgrundsmusik under individuella omvårdnadssituationer och under aktiviteter i gemensamma utrymmen. De övade sig också i att lyssna till olika sorters musik och övade att sjunga. Målet med sångövningarna var att de skulle komma igång med att sjunga och att lära sig minst två svenska sånger. Personalen gavs dessutom möjlighet att delta i 20-24 musikterapeutledda musikstunder med de äldre som varade ungefär 40 minuter vid varje tillfälle. Under hela utbildningstiden ordnade musikterapeuten diskussionsstunder om musikanvändande i det dagliga vårdarbetet, där hon och personalen deltog.

Datainsamlingen i denna studie bestod av fyra videofilmade gruppstunder, där man kunde höra vilka ljud och samtal som förekom. Dessa filmades av två projektmedarbetare. De första filmerna bestod av vardaglig standardvård, som filmades under 50 minuter. De filmerna är denna studies baslinje. Sedan inspelades två filmer som bestod av interventionen: musikgruppstunder för äldre med demens ledda av omvårdnadspersonal. I den ena musikstunden deltog musikterapeuten som stöd och hon interagerade med både de äldre och personalen under den musikstunden. Filmningstiden för musikgruppstunderna var 72 minuter. Sammanlagd filmningstid för standardvård och musikstunder var 122 minuter. Filmning av vardagliga situationer inom omsorg och omvårdnad anses vara en lämplig metod när forskarna vill undersöka interaktioner mellan deltagare (Latvala, m.fl., 2000; Wang m.fl., 2013). I detta arbete användes kvalitativ innehållsanalys som analysmetod, inspirerad av Elo, m.fl. (2007). Som ett första steg så tittade jag på filmerna flera gånger. Sedan skrev jag ned filmerna till en text. Jag tittade då på kortare och längre delar av filmerna, spolade filmerna fram och tillbaka och stannade vid vissa bilder. Den skrivna texten fokuserade jag på personalens och de äldres verbala kommunikation, ickeverbala kommunikation såsom ansiktsuttryck, gester och kroppsörelser, samt en tolkning av uttryckta känslor och sinnestillstånd (Ekkekakis, 2013; Juslin, m.fl., 2001). Jag antecknade också vilket musikstycket som de äldre och personalen lyssnade på, vilka sånger som de sjöng och vilka musikterapeutiska tekniker som de använde. Under nedskrivandet av den slutliga texten tittade jag på filmerna kontinuerligt. Den nedskrivna texten komprimerade jag till grupper, som jag kondenserade till subkategorier. Med dessa som grund formulerade jag kategorier. I resultatet har känslor och sinnestillstånd kursiverats.

Resultat

Resultatet presenteras där standardvård beskrivs först, därefter beskrivs interventionerna vårdarledda sång- och musikgruppstunder.

Resultatet under ”standardvård” formulerades med en kategori: Personer med demens och deras uttrycksmöjligheter i sin miljö. Under kategorin formulerades fyra subkategorier: Gemensamt vardagsrum för aktiviteter, Samtal mellan de äldre, De äldres negativa och positiva känsloreaktioner, Personalens kommunikation, interaktion och känsloreaktioner.

Kategori: Personer med demens och deras uttrycksmöjligheter i sin miljö

Subkategori: Gemensamt vardagsrum för aktiviteter

På boendena fanns allaktivitetsrum, där de äldre kunde vistas och umgås. Rummen var möblerade med moderna möbler, med en TV-apparat samt med krukväxter i fönstren eller på ett krukväxtbord. På det ena boendet hade möbler och gardinvåder enfärgade tyger, där blå och vita färger var mest framträdande, på det andra boendet var möbler och gardinkappa i stormönstrade flerfärgade tyger. I anslutning till sällskapsrummen fanns stora balkonger. Vid det ena boendet var vädret vackert och varmt vid filmningstillfället. På det boendets balkong befann sig fyra män, två var rullstolsburna och två kunde gå självständigt. De vistades där tillsammans med personal.

På ett av boendena satt äldre rullstolsburna kvinnor eller äldre kvinnor med nedsatt egen förflyttningsförmåga runt ett bord och samtalade. I rummet satt dessutom en rullstolsburen kvinna längst med ena väggen, en bit ifrån bordet.

De äldre som själva kunde gå och röra sig självständigt, förflyttade sig på balkongen och i rummet på eget initiativ. Två kvinnor satt på en soffa och samtalade. En av dem reste sig självständigt vid ett flertal tillfällen för att ordna med TV-apparaten. Den andra kvinnan som gick med rullator, lämnade självständigt rummet och återkom senare. De som var rullstolsburna eller inkapabla att självständigt förflytta sig, fick hjälp att förflytta sig av en personal, när de gav uttryck för att de ville bli förflyttade.

Personalen ordande så att de äldre kunde lyssna på inspelad musik. På det ena boendet lyssnade de till Evert Taube sjungande egna sånger ackompanjerad av en orkester. På det andra boendet lyssnade de på orkestral ”lugnade musik”.

På båda boendena arbetade flera av personalen med diskning, matvaruuppackning och bakning.

Subkategori: Samtal mellan de äldre

På det ena boendet sade en kvinna, att hon behövde resa sig och gå upp och ta hand om barnen: ”Nu måste jag gå och titta till barnen däruppe” De andra kvinnorna reagerade då med att fråga om det fanns barn i våningsplanet ovanpå. Det verkade vara svårt för henne att redogöra för vad hon menade, och hon fortsatte att sedan av och till under den observerade stunden att berätta att hon behövde se efter barnen. En kvinna sade till en person utanför bilden: ”Du ser dum ut”.

Två kvinnor som satt i en soffa samtalade om händelser tidigare i livet, kaffet som de serverats, och huruvida de kläder som de hade på sig var de rätta. Den ena kvinnan bar en axelremsväska/handväska hängd runt sin vänstra axel. Samma kvinna sade att hon blev så trött på att höra allt surr, så hon fick ont i huvudet: ”Det är tur att man inte har ont i huvudet, då skulle man inte kunna vara här”. Vid flera tillfällen sade hon, att hon väntade på att hennes barn skulle komma och hämta henne. Hon menade att hon nästa dag skulle gå till jobbet. Hon klandrade också sig själv för att vara en dålig människa. Hon reste sig upp ur soffan och lämnade rummet ett par gånger, med axelväskan lagd över vänster axel. Hon återkom till soffan och satte sig ner i den, bärande sin axelväska över axeln.

En annan kvinna sade i sina samtal med en personal, att vissa människor inte var snälla.

En av de äldre männen som satt på balkongen, reste sig upp, vinkade ivrigt och började samtala med en kvinnlig personal som befann sig på marken nedanför balkongen. De samtalade om att hon snart skulle komma upp till boendet.

På båda boendena hände det att några äldre slumrade till en stund. Det hände också att några äldre sade att de ville åka hem. En kvinna sade ”Jag vill åka hem” En annan kvinna sade: ”Jag skall ju hem, jag skall jobba imorgon”. En man sade: ”Jag tänkte åka hem. Det känns så”.

När bakgrundsmusik tonade ut i rummet kunde musiken uppmärksammas av de boende. Under stunden med instrumental inspelad musik sade en äldre kvinna: ”Vad vackert dom spelar...Nu spelar dom mindre vackert må jag säga”, samtidigt som hon rörde sina händer i takt med musiken. En annan kvinna, satt med slutna ögon samtidigt som hon nynnade med i melodin Yesterday. När Evert Taube sjöng vaggade de två kvinnorna som hörde musiken i takt med den, samtidigt som de sade att de inte kände igen musiken.

Subkategori: De äldres negativa och positiva känsloreaktioner

Under samtalen när de talade om sina barn som saknade tillsyn, eller barn som skulle komma och hämta sin mamma, eller när en kvinna klandrade sin klädsel verkade de ge uttryck för *oro och ångest*. *Oro och medkänsla* verkade uttryckas av de äldre när de förstod att barn saknade tillsyn. *Oro och rastlöshet* verkade också uttryckas i samband med att de äldre satt, reste sig, gick omkring i sällskapsrummet. *Irritation och saknad* verkade uttryckas av en kvinna när hon sade att hennes barn inte kom och hämtade henne, hon föreföll uttrycka *skam och skuld*, kanske *ångest*, när hon sade att hon var en dålig människa. En äldre kvinna verkade ge uttryck för *ogillande* när hon sade till en person: ”Du ser dum ut”. En äldre kvinna verkade också uttrycka *ångest* och *rädsla* när hon sade att människor inte var snälla. Det kan också tolkas som att flera äldre kände *nostalgi*, *hemlängtan* kanske *vantrivsel* när de sade att de längtade hem, ville åka hem, hade packat sin väska för att åka hem.

De äldre kunde även reagera med *välbefinnande*, när de samtalade med personalen. En kvinna verkade uttrycka *uppskattning och välbefinnande* när hon sade till en personal som serverade henne kaffe: ”Tack snälla, det var jättesnällt”, samtidigt som hon *log varmt* mot personalen. Musiklyssandet verkade kunna väcka *välbefinnande* när en kvinna sade att ett musikstycke lät vackert. Det verkade också som att männen kunde *njuta av att sitta i solskenet* på balkongen, de kunde vända sina ansikten mot solen med *ett leende på läpparna*. En äldre man verkade uttrycka *glädje* när han ivrigt och glatt vinkade till en personal. En kvinna verkade

uttrycka *glädje* när hon *hastigt skrattade till* och *vinkade glatt* till någon utanför kamerans räckvidd.

Subkategori: Personalens kommunikation, känsloreaktioner och interaktion med de äldre

På ett av boendena bestod personalens interaktion med de äldre av att genomföra de sista sysslorna efter lunchätande: plocka undan utensilier, torka av bord. Samtidigt förekom sparsam verbal kommunikation från en personal. Med *vänlig röst* talade hon om vad hon gjorde. Hon satte också på lugnande musik som klingade ut från en musikmaskin.

Personalen hjälpte rullstolsburna äldre att förflytta sig i rummet. Under tiden som en personal berättade vad hon gjorde, *såg hon vänlig ut*, hon verkade ibland använda stor fysisk kraft, när hon hjälpte en stel och relativt orörlig äldre person, att resa sig upp från en stol och gå med hjälp av ett gåbord till en annan stol.

På det andra boendet befann sig en personal bland de äldre. Hon småpratade, hjälpte de äldre att *orientera sig* i vad som hände, när en äldre visade oro, *klargjorde personalen vad som pågick och talade lugnade*: ”Man skall var snäll och trevlig mot alla”. Personalen initierade också samtal om den klingande musiken: ”Hör du vem som sjunger? Evert Taube”. Hon satt nära en äldre på soffan, så att hon och en äldre kunde ha *ansikte mot ansikte kommunikation*. Personalen korrigerade också ljudnivån till en tystare nivå, antagligen för att förbättra hennes och de äldres möjlighet att samtala ostört. Hon stängde också av TVn som stod på, utan att någon tittade på den. Detta antagligen för att *minska splittrande synintryck* som eventuellt kunde minska de äldres oro. Under samvaron med *vänligt småprat* mellan personal och de äldre på ballkongen, så hjälpte en personal en av de äldre herrarna att dricka kaffe. I slutet av den observerade stunden kom en annan personal in i allaktivitetsrummet. Hon föreslog med *glad och ivrig stämning* för en äldre kvinna, att de skulle ta en gemensam utomhuspromenad i det vackra vädret. Den äldre kvinnan svarade att hon gärna ville det.

Under interventionerna ”musikgruppstunder för äldre med demens ledda av omvårdnadspersonal” formulerades en kategori: De äldre och personalen i gemensam kommunikation och interaktion. Det formulerades fem subkategorier: De äldre intar sina platser, Gemensamma kroppsövelser, Allsång med personal och äldre, Instrumentspelande och rytmiska rörelser under sång, Gemensamma samtal och övervägande positiva känslouttryck.

Kategori: De äldre och personalen i gemensam kommunikation och interaktion

Subkategori: De äldre intar sina platser

Musikstunderna ägde rum i allaktivitetsrummet, som var tillräckligt stort för att rymma många sittplatser. För att få en lämplig sådan, behövde de äldre i regel hjälp med att förflytta sig, då de flesta av dem behövde gångstöd eller var rullstolsburna. De assisterades av personalen eller musikterapeuten under samtal om vad som pågick. Ett exempel på ett sådant samtal mellan musikterapeuten och en äldre kvinna var:

Musikterapeuten: ”Om du kommer och sätter dig i en fåtölj Gun”. Gun: ”Ja”.

Musikterapeuten: ”Så kommer du lite närmre när vi skall dansa”. Gun: ”Ja”.

Personalen ansträngde sig stundtals med stor kroppslig kraft, när de hjälpte de äldre att förflytta sig. Personalen sköt då stolar som de äldre satt på längst med golvet. Personalen kunde böja sig fram mot en äldre, ta tag i dennas arm, och hjälpa den äldre att resa sig upp. Vid ett tillfälle verkade det vara en lätt uppgift för en personal, när hon och en äldre kvinna tillsammans förflyttade sig över golvet med gemensamma dansande steg, hållande varandra i händerna samtidigt som en äldre kvinna och en personal sjöng a capella ”Dans på Svinsta Skär”. Den hjälpande personalen utbrast då med glad röst: ”Du behöver ingen rullator Ester”.

Slutligen formades sittplatserna så att de äldre och personalen satt i en ring, och de kunde se varandras ansikten. Under den ena musikstunden satt de äldre självmant kvar på sina platser. Under den musikstunden kom en äldre kvinna gående med sin rullator till rummet, och hon bereddes plats i gruppen.

Under den andra musikstunden hände det, att en personal ansträngde sig att hitta en lämpligare plats för en äldre rullstolsburen kvinna, som gav uttryck för att hon ville sitta på en annan plats än den hon först accepterade. Under densamma musikstunden lämnade två äldre kvinnor rummet. Den ena, som var rullstolsburen, därför att hon blev hämtad av en personal som ej deltog i musikstunden. Den andra, som gick med en rullator, ville lämna rummet och behövde assistans av en av personalen, som deltog under musikstunden.

Subkategori: Gemensamma kroppsörelser

I början av musikstunderna klingade inspelad instrumental musik ut i rummet: Visa från Utanmyra. Under tonernas klang initierade personalen rörelser och visade hur dessa skulle utföras för de äldre. Detta blev särskilt tydligt på det ena boendet. Då befann sig tre personal i ringen och de visade rörelserna i takt med musiken. De gjorde stora rörelser med armarna, de sträckte sina händer upp i luften, och de skakade på sina händer och fingrar. De lyfte på ena foten och benet och rörde det med cirklande rörelser. De flesta äldre kunde genast sittande på sin stol eller i sin rullstol genomföra rörelser på liknade sätt som personalen. När en äldre reagerade med att inte röra på sina lemmar, uppmärksammade en personal det. Hon gick då fram till den äldre, tog tag i hans händer och visade försiktigt tillsammans med den äldre hur rörelserna skulle utföras. Den äldre kunde sedan för en kortare stund röra sina armar självständigt på likande sätt, som personalen hade visat. Personalen tog närkontakt med flera äldre. De sträckte fram sina händer mot en äldre som fattade tag i en personals händer, och tillsammans utförde de med stora rörelser hand- och armdans. En sådan dans kunde sluta med, på personalens initiativ, att hon och den äldre gav varandra en stor varm kram.

Ett par äldre utförde egna rörelser såsom klappade med händerna i takt med musiken eller de slog takten med händerna på sina lår. Det hände också att en äldre kvinna ordnade med och rättade till sin klädsel och en annan kvinna slumrade till.

Subkategori: Allsång med personal och äldre

Vid den ena boendet genomfördes sjungandet a capella, det vill säga, de sjöng tillsammans med varandras röster som stöd. Innan sjungandet startade, gick personalen runt i ringen och delade ut sånghäften, som innehöll välkända sånger, som de äldre och personalen sedan sjöng tillsammans. Innan sången startade, så hjälpte oftast personalen de äldre med att använda sånghäftena, de fick hjälp att bläddra fram till rätt sida och rätt text.

Under stunden med a capella-sång blev det vanligaste mönstret att personalen började sjunga melodin och texten, samtidigt som de satt i ringen nära någon av de äldre. Personalen var också uppmärksamma på om någon av de äldre behövde hjälp under sången. Det ledde till att en personal förflyttade sig till den hjälpbehövande. Exempel på hjälp var att finna rätt text i texthäftet, eller att en äldre tappade något på golvet som personalen plockade upp.

Under sjungandet hände det att ett par äldre visade på att de kunde en specifik sång. När de sjöng "En sjöman älskar havets våg" så sjöng en äldre man och kvinna duett med varandra. Kommunikationen dem emellan var:

Bertil sjunger: "Farväl". Anna sjunger: "Farväl". Bertil sjunger: "Farväl". Anna sjunger "Farväl" Bertil och Anna sjunger unisont: "Förtjusande mö. Vi komma väl snart igen". När de sjungit färdigt sången, säger en personal: "Åh, vad fint"!

Det hände också att en äldre man föreslog sånger, vars texter han fann i texthäftet. Vid ett tillfälle började han sjunga en ny text till en melodi som de nyss sjungit. Han initierade sedan med för honom passande ton och med rätt melodi sångerna Trollmor och Vide ung. Personalen som satt bredvid honom, sjöng följsamt duett med honom. Det verkade som att de hittade en lämplig takt att sjunga i tillsammans.

Under den andra stunden lyssnade deltagarna till inspelad musik med sång, som klingade ut ur en musikspelare som styrdes av musikterapeuten, samtidigt som hon instruerade och stöttade personalen. Den inspelade musiken gav personal och äldre såväl texten, takten och tonarten i samband med sjungandet. Även vid denna musikstund delade personalen ut sånghäften till de äldre. De flesta tog emot häftet och höll det i sina händer. En kvinna sade att hon inte ville ha häftet, och avstod från att ta emot det. Under detta sjungande klingade först musiken ut, personalen satte sig nära en äldre och hjälpte den äldre att hitta i texthäftet. I regel sjöng inte personalen med. De äldre sjöng sporadiskt med i vissa delar av några sånger. Undantaget var en äldre kvinna som i regel genast sjöng med i text och melodi i alla sånger. Hon hade också förmåga att sjunga i en andra stämma under de flesta sångerna. Hon kunde också initiera en sång med både text och melodi.

Under musikstunden hände det att en av de äldre kvinnorna vid flera tillfällen reagerade med att med stark, arg, och upprörd stämma berätta, att hon hade svårt att förstå vad som pågick. Hon slog vid flera tillfällen med sin ena hand mot en personal. Exempel på hennes kommunikation var när sången Vi gå över daggstänkta berg hördes, då sade hon: "Kom inte närma mig". Flera av personalen var involverade i att göra situationen begriplig för henne och lugna henne. Det var svårt att påverka kvinnan att reagera med avtagande förvirring och upprördhet.

Subkategori: Instrumentspelande och rytmiska rörelser under sång

Efter det inledande musikstycket, gavs möjligheter för de äldre och personal att röra sig i takt till musik och sång samtidigt som de spelade på instrument. Under musikstunden med a capella-sång fanns tre trummor med trumpinnar och flera äggmaracas tillgängliga. Personalen erbjöd trummorna till tre äldre personer och de tog emot en trumma och lade den i sitt knä. När de fått trumman så provade de ljudet, de trummade försiktigt några slag. Senare under sångerna så trummade de lyhört med i sångernas takt. En av personalen var också

uppmärksam på när en äldre efter ett tag sade, att han inte ville ha trumman i sitt knä. Han fick hjälp av personalen att lämna ifrån sig trumman.

Under musikstunden med stöd av inspelad musik användes trummorna med intentionen att låta de äldre trumma med en trumpinne slå på den i takt till marschen ”Bohus bataljon”. Under marschen började en personal att trumma spontant och i egen takt, samtidigt som hon skrattande befann bland de äldre. Så småningom hittade hon marschens takt, hon trummade på, gick fram till några av de äldre och sträckte fram trumman till dem. Någon av dem slog några slag på trumman med sin ena hand.

De äldre erbjöds också att rytmiskt röra maracas i takt med musik och sång. Instrumenten presenterades av personalen genom att de rytmiskt rörde på instrumenten och dess ljud klingade i rummet. Personalen visade därefter hur instrumentet skulle användas för varje enskild äldre. De äldre ackompanjerade sedan med maracasen den gemensamma sången eller den inspelade musiken. Men det hände också att när en personal gett en maracas till en kvinna, så kastade hon den med kraft i golvet.

Andra rörelser och ljud uppstod och hördes under a capella-sången var när personal och äldre gemensamt applåderade ivrigt efter att de samsjungit.

Färgglada sjalar i tunt tyg användes också. De kunde användas på olika sätt: att svänga med i takt till musik och sång, någon äldre använde sjalen till att drapera den runt sin bröstkorg och hals. En personal använde sjalen till att göra ett hårbånd som hon formade runt en äldre kvinnas hår.

Personalen hoppade också omkring i ringen samtidigt som de sjöng dansvisan Små grodorna, medan de äldre tittade på.

Subkategori: Gemensamma samtal och övervägande positiva känslouttryck

När personalen och de äldre var tillsammans så kom samtal igång. I regel initierade personalen samtalen. En stor del av dessa handlade om vilken sida som en sång stod på, och vad sången hette. Personalens röster lät *glada, uppmuntrande och varma* när de kommunicerade med de äldre. Personalen kunde berätta var sångtexten fanns, samtidigt som de tittade uppmärksamt på de äldre. Exempel på en sådan kommunikation var när en personal sade: ”Sidan nio, Erik, den kan du”.

Personalen kunde upprepa många gånger vad en sång hette. Under musikstunden med a capella-sång *sjöng personal och äldre med stor kraft*. De äldres röster lät *extra kraftfulla* när de sjöng vissa sånger, i detta fall: Mors lilla Olle; Uti vår hage; En sjöman älskar havets våg; Vem kan segla förutan vind och Här är guda gott att vara. Under sångerna sjöng en äldre kvinna texten noggrant och långsammare än de andra deltagarna, vilket gjorde att det tog längre tid för henne att sjunga ut hela texten. *Gruppen inväntade tills hon sjungit färdigt* innan de tillsammans fortsatte att sjunga nästa strof. En sång avslutades i regel med *nöjda skratt och applåder*.

Under hela musikstunden när a capella-sång ljöd, tilltalade personalen med *glada och energiska röster* de äldre med förnamn vid flera tillfällen. Det hördes många gånger *glada skratt*, från personalen och de äldre. Personalen uttryckte vid flera tillfällen *positiva utsagor*

till de äldre såsom: ”Bravo. Jättebra”. De äldre *log och skrattade* vid många tillfällen. De äldre och personalen kunde också mötas *leende ansikte mot ansikte* när de handdansade tillsammans under inspelad musik. När handdansen skedde, hände det att en äldre herre sade *vänligt* till en personal: ”Lilla vän, vad din händer är kalla”.

En personal lät *glad* och *energisk* när hon frågade en äldre om vilken ton som sången skulle börja med. Ett citat på detta var: Personalen: ”Är vi klara? Tar du ton, Bertil”? Bertil svarade *alert*: ”Nej, det kan jag inte, jag är glad ändå”.

En äldre kvinna *bejakade personalens förslag* till sång med: ”Ja, det kan vi göra”.

När de sjungit sången *Vem kan segla förutan vind*, *reflekterade* en man om textens innehåll: ”Jaha, vem kan segla förutan vind. Det är inte så dumt”.

A capella -sångstunden avslutades med att personalen gick runt bland de äldre och samlade ihop sånghäftena. Under stunden sjöngs sjutton sånger. Dessutom klingade två instrumentala melodier från en musikmaskin ut i rummet.

Under musikstunden med inspelad musik hördes stundtals personalens *glada skratt och uppmuntrande röster*. De *tittade ofta vänligt* på de äldre. En personal *kysste en äldre dam* på kinden och den äldre damen *smekte därefter personalen på hennes kind*. De flesta *äldre log, såg roade och glada ut*, när de tittade på personalen. Det hände också att någon av de äldre *somnade till en stund*. En äldre kvinna lät *upprörd och arg* under en stor del av musikstunden, hennes starka negativa känslor gick ej att påverka, trots att personalen ansträngde sig med att tala till henne med *lugna och medkännande stämmor*.

Under stunden klingade elva melodier: sju med sång, fyra med instrumental musik.

Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva standardvård i demensvård och musikgruppstunder för personer med demens ledda av omsorgspersonal.

Jag analyserade videoinspelade standardvårdsituationer och musikstunder. Analysmetoden var kvalitativ innehållsanalys och i den fokuserade jag på de äldres och personalens verbala och icke-verbala kommunikation och deras uttryckta känslor och sinnesstämningar. Under skrivandet av rapporten anordnades flera seminarier med projektets medarbetare där de gav konstruktiva synpunkter på text och innehåll i rapporten.

Jag skrev först en analys av standardvården där jag formulerade fyra subkategorier: Gemensamt vardagsrum för aktiviteter, Samtal mellan de äldre, De äldres negativa och positiva känsloreaktioner och Personalens kommunikation, känsloreaktioner och interaktion med de äldre. Sedan formulerade jag en kategori: Personer med demens och deras uttrycksmöjligheter i sin miljö.

I analysen av interventionerna musikgruppstunder för personer med demens ledd av omvårdnadspersonal formulerade jag fem subkategorier: De äldre intar sina platser, Gemensamma kroppsrörelser, Allsång med personal och äldre. Instrumentspelande och rytmiska rörelser under sång och Gemensamma samtal med övervägande positiva

känslouttryck. Jag formulerade därpå en kategori: De äldre och personalen i gemensam interaktion och kommunikation.

Resultatdiskussion angående standardvården

På boendena var allaktivitetsrummen inredda med möbler och annan inredning som de äldre kunde känna igen. De äldre bar sina egna kläder. En kvinna var angelägen om att bära sin handväska. Det kan tolkas som att vårdgivarna visade att de använde personcentrerad vård, vilket Socialstyrelsen (2010 b) har rekommenderat. De egna kläderna och att en kvinna bar på sin handväska kunde visa på att hon fick leva med sina värderingar och livsmönster (Buse m.fl., 2014).

De äldre med egen gångförmåga kunde förflytta sig på egen hand och gick omkring i de gemensamma rummen. De som behövde förflyttningshjälp fick hjälp av personal. Den personal som hjälpte till ansträngde sig ibland med stor fysisk och mental kraft. Att personal kunde behöva stor kroppslig kraft när de hjälpte äldre med demens att förflytta sig har beskrivits av annan omvårdnadspersonal, de ansåg dessutom att det var en gemensam ansträngning för både dem och de äldre vid förflyttning (Thunborg m.fl., 2012).

De äldre samtalade med varandra. Deras samtal berörde ibland hågkomster av tidigare erfarenheter i livet, såsom att ta hand om sina barn och ge sig i väg till arbetet. Att minnas och tala om sitt tidigare liv har i litteraturen beskrivits som reminiscens (Demsey, m.fl., 2014), och författarna ansåg att det är betydelsefullt för äldre med demens att få tala om sina livserfarenheter med en person som lyssnar.

Det förekom att de äldre sade att de längtade hem. Sådana tillstånd har beskrivits i tidigare studier (Zingmark m.fl., 1993; Graneheim, m.fl. 2006; Heggstad, m.fl., 2013). Forskarna menade att det var svårt att ordna boende för äldre med demens där de upplevde hemkänsla, även när vårdgivarna på bästa sätt hade utformat en personcentrerad vårdmiljö.

Det tolkades i denna studie som att de äldre med demens ofta uttryckte oro, men också irritation, ångest, rädsla saknad, ogillande, nostalgi under standardvården. Sådana känslor kan sammanfattas som negativa känslor, eller sinnestillstånd, vilka kan vara uttryck för BPSD (Svenskt Demenscentrum, 2008). Det tolkades att negativa känslor och sinnestillstånd dominerade hos de äldre under standardvården. Det tolkades också som att de uttryckte positiva känslor som medkänsla, uppskattning, välbefinnande: positiva känslor eller sinnestillstånd. Det kan visa på att äldre med demens har tillgång till att uppleva och visa ett brett register av känslor och sinnestillstånd (Lee m.fl., 2013).

Personalen kommunicerade med vänliga röster och ansiktsuttryck. De förklarade vad som pågick, hjälpte de äldre att orientera om vad som hände, minskade störningsmoment såsom för hög ljudvolym och ombytliga Tv-bilder. Den personal som fanns bland de äldre kunde fånga upp samtal som de äldre initierade. Sådant kommunikation har rekommenderats då den kan leda till att de demensdrabbade kommunicerar med större klarhet i sina tankar och resonemang (Normann m.fl., 1998). Personalens kommunikation kan också liknas med reminscensterapi (Woods, m.fl., 2005), ett terapeutiskt förhållningssätt där personalen eller familjevårdare kan hjälpa en äldre med demens att tala om sitt tidigare liv. Sådana samtal kan hjälpa de demenssjuka till förbättrade intellektuella förmågor och beteenden.

Sammanfattningsvis så verkade det som, att under standardvården så kunde de äldre umgås i boendenas allaktivitetsrum, de var personligt klädda, de kunde förflytta sig dit de ville eller få hjälp att förflytta sig, de samtalande om sitt tidigare liv, de verkade uttrycka övervägande negativa känslor och sinnestillstånd samt hemlängtan. Deras uttryck verkade spegla reaktioner av BPSD. I personalens samtal och interaktion med de äldre, kommunicerade personalen med lyssnande, vänlighet och medkännande. Få av personalen deltog i kommunikationen med de äldre, flera av personalen arbetade med nödvändiga bestyr, såsom diskning, matvaruhantering och bakning.

Resultatdiskussion angående personalleda musikgruppstunder.

Under de personalleda musikgruppstunderna uppstod en situation, där en personal och en äldre gick med lätt dansande steg, samtidigt som de under tiden kunde höra att två personer sjöng. Enligt personalen så verkade det underlätta förflyttningen. Liknande erfarenheter under sång har beskrivits av annan omvårdnadspersonal, de erfor att de äldre kunde förflytta sig mer självständigt, dessutom upplevde personalen att de blev mer kompetenta i att utföra förflyttningen (Götell, m.fl., 2012).

De flesta äldre satt kvar på sina stolar så länge som musikstunderna varade. Det är i motsats till standardvården, där det tolkades att de flesta äldre visade oro och rastlöshet när de reste sig och gick omkring. När musiklyssnade ingick under middagsätande för demenssjuka äldre, fann Ragneskog m.fl. (1996) att de äldre blev mindre rastlösa och satt kvar längre vid bordet. Det kan tolkas som att musiklyssnande kan ha en sådan påverkan på äldre med demens, och att i denna studie kunde musikstunderna ha en lugnad inverkan på de äldre, som ledde till att de blev sittande på sina platser under tiden som musikstunden varade.

Personalen visade för de äldre vilka rörelser som skulle utföras under musikstunderna och de äldre verkade förstå hur de skulle imitera rörelserna. De kunde också lyhört rytmiskt använda en maracas och trumma i takt under sjungande av sånger. Sådana beteenden kan tolkas som episoder av tillfällig klarhet (Normann, m.fl., 1998). De äldres rörelser under de personalleda musikstunderna kan också tolkas som att de äldre i sina rörelser visade att de kom ihåg och kunde utföra rörelserna. I en tidigare studie fann Götell, m.fl. (2003), att äldre med demens rörde sig förbättrat på ett intuitivt sätt i samband med vardaglig omvårdnad, när de tillsammans med personal lyssnade på musik och sjöng. Musikstunderna i denna studie verkade ha en reminiscensterapeutisk påverkan (Woods, m.fl., 2005), ett icke-verbalt sätt för de äldre att visa att de har tillgång till sina kroppsliga minnen, att de kognitivt uppmärksammat vad de skulle göra, att de ville och kunde utföra rörelserna.

Personalen och de äldre sjöng tillsammans under musikstunderna. I regel initierade personalen sjungandet och de äldre sjöng genast med. Det hände även att en äldre initierade en sång både med text och ton, och en person sjöng med i en andra stämma. I vissa sånger sjöng de äldre med extra kraftfull stämma, som kan tolkas som att dessa sånger var särskilt familjära. De äldre visade att de hade tillgång till sina kognitiva minnen, de kom ihåg och sjungandet verkade ha en reminiscensterapeutisk funktion där de tillsammans visade på tidigare aktiviteter och erfarenheter (Woods, m.fl., 2005). Det verkade som de äldres uppvisade ett förbättrade episodiska minnen under sång. Likande resultat fann Oostendorp m.fl.(2014) som föreslog att sjungande för äldre med demens eventuellt kan vara värdefullt i samband med deras rehabilitering.

Att underlätta för äldre med demens komma ihåg sånger och sjunga med kan väl ingå i reminiscensterapi för dem (Woods m.fl. 2005). De kan under sång få tillgång till sin tankeförmåga, sina minnen, sin röst, vilket kan upplevas som välgörande och hälsobringande (Götell, m.fl., 2000).

När personalen under musikstunderna befann sig bland de äldre så uppstod gemensam kommunikation och interaktion dem emellan. Personalens kommunikation verkade hjälpa de äldre att förstå och orientera sig. Tillsammans uttryckte de mestadels positiva känslor och verkade befinna sig i ett positivt sinnestillstånd. Under musikstunderna uppstod situationer där personalen och de äldre agerade i nära innerlig interaktion såsom kramande, pussande och smekande av kind. Både personalen och de äldre verkade livliga och kraftfullt alerta. Liknande resultat visade Götell, m.fl., (2009), att både musiklyssnade och sång under vardaglig omvårdnad kunde ge ökade positiva känslor och sinnestillstånd hos personal och äldre med demens. I denna studie verkade personalens och de äldres kommunikation vara förbättrad under sång- och musikstunderna (jämfört med standardvård). Resultatet kan diskuteras med Hammar m.fl. (2011c) som beskrev att personalen erfor att när de sjöng tillsammans med äldre med demens, så kunde personalen stärka sin kommunikation och gemenskap med de äldre, samtidigt som de äldre reagerade med att bli tydligare i sin kommunikation, de äldre visade mer klarhet och uttryckte glädje och lugn (Hammar, m.fl., 2010). Det verkade som att de flesta äldre med demens i denna studie reagerade med färre uttryck för BPSD. I utvärdering av musikterapeutledda musikstunder så bedömde Raglio, m.fl. (2012) liknande effekt: BPSD minskade. Också individuellt musiklyssnande för äldre med demens anordnade av personal och familjevårdare gjorde så att de äldres uttryck för BPSD minskade (Gertner, 2010).

De äldre kunde bli mer aktiva i sin kommunikation och interaktion med personalen under musikstunderna, jämfört med standardvården. Under musikstunderna förekom kramande, att en äldre på ett vänligt sätt sade att en personal hade kalla händer, att en äldre smekte en personal på kinden efter att hon kysst den äldre på kinden. I den nära gemensamma samvaron som uppstod under musikstunden, kunde de äldre vara både mottagare och aktiva givare i relationen mellan dem och personalen. Under musikstunder där omvårdnadspersonal och äldre med demens deltog, upplevde personalen att de och de äldres gemensamma kommunikation och relation förbättrades (Lykkeslet, 2014; Vestin, 2014). I denna studie kan det tolkas som att musikstunderna bidrog till att personalen och de äldre tillsammans på ett givande och tagande sätt kommunicerade och interagerade med varandra.

Under standardvården uppstod omvårdandsituationer där personalen riktade sin interaktion och kommunikation till de äldre för att hjälpa dem, såsom förflyttningshjälp. Under musikstunderna uppstod även sådana situationer. Vidare under musikstunderna behövde de äldre hjälp med att hantera och använda sånghäftena. De kan tolkas som att de äldre blev positivt påverkade, samtidigt behövde de ett nära stöd och hjälp av personalen för att till fullo kunna delta i denna studies musikstunder. Liknande resultat har beskrivits av Camici m.fl. (2013), när de genomförde sångstunder för äldre med demens och deras anhöriga. De anhörigas medverkan som hjälp och stöd till den demenssjuka var av vital betydelse.

Det kan tolkas som att de äldre levde i nuet under musikstunderna. Ingen av dem gav uttryck för att de längtade hem och ville åka hem till en annan plats än deras hem på boendet. Det kan vara så att de äldre upplevde hemmastaddhet under musikstunderna. Zingmark, m.fl. (1993),

fann att äldre personer med demens verkade reagera med normalt tillbakablickande under musikstunder. Under sång- och musikstunderna i denna studie, tolkades det vidare att de äldre och personalen var i nära fysisk och verbal kommunikation och interaktion. En nära inkluderande kommunikation med personalen kunde ge de äldre med demens en känsla av hemmastadhet (Zingmark, m.fl., 1993; Graneheim, m.fl., 2006).

De demenssjuka reagerade på många sätt under musikstunderna i denna studie: de verkade få förbättrad kognition, de kunde visa kroppsliga rörelser och instrumentspelande, de kom ihåg texter och melodier, samtidigt som de sjöng. De uppvisade ökade positiva känslor och positiva känslotillstånd. De kunde reflektera över en texts innebörd. De verkade uppskatta att vara nära personalen. McDermott, m.fl. (2014) ansåg att musik kan vara värdefullt för personer i alla stadier av demens, musiken kan sammanväva deras identitet och livshistoria och den kan förbättra den sociala miljön på vård- och omsorgsboende för demenssjuka. Dessutom ansåg Särkämö, m.fl. (2013) att regelbundna musikaktiviteter för personer med demens under en längre tid kunde bidra till en positiv påverkan på deras kognitiva, känslomässiga och sociala förmågor. De undersökta musikstunderna i denna studie kan, om de fortgår kontinuerligt, antagligen berika miljön för de äldre och personalen. Det är också möjligt att musikgruppstunder ledda av omvårdnadspersonal kunde leda till att de äldre upplevde välbehag och närvaro i nuet.

Alla äldre utom en kvinna verkade uppleva musikstunden på ett positivt sätt i denna studie. Hon reagerade med negativa känslor och sinnestillstånd såsom oro och aggressivitet. Hennes reaktioner kan även ha haft en negativ påverkan på de andra äldre. Hon observerades endast under en musikstund. Det kan vara så att den äldre kvinnan hade en orolig dag, att musikstunden var opassande för henne, hon kanske inte tyckte om musik just denna dag. Personalen bör därför uppmärksamma vilka äldre med demens som önskar delta vid varje musikstund.

Det hände även under en av musikstunderna att en äldre behövde hjälp av en personal med att lämna rummet. I planerandet av musikstunder bör man förutse att sådant kan hända.

Musikstunderna i denna studie förmedlades på två sätt: vid ett tillfälle dominerade a capella-sång, vid det andra genomsyrade hela stunden av inspelad musik som stöd i sång och rörelse. Det kan tolkas som att det kan vara en fördel att låta en personalledd musikstund med a capella-sång dominera, då den gav möjlighet till förbättrad verbal och ickeverbal kommunikation, där personal och äldre kunde sjunga unisont i den takt och tonart som de fann passande. Vid det andra tillfället genomsyrades musikstunden av inspelad musik och även den gav en positiv påverkan. Den kräver antagligen att personalen lär sig att hantera en musikspelare. Boendet måste också ha ett förråd med inspelad musik. Den inspelade musiken bör justeras till en lämplig ljudvolym, så att det samtidigt kan ges möjlighet till verbal kommunikation mellan personalen och de äldre.

I denna studie undervisade en musikterapeut i den strukturerade musikstundsmetoden för personalen. De hade utvecklat sitt kunnande och genomförde de personalledda musikstunderna. Det är betydelsefullt att lyfta fram att ledningen måste stödja personalen när demensvården inför olika slags psykosociala interventioner (Cohen-Mansfield, 2013). Dessutom för att interventioner skall bli framgångsrika så behövs en kontinuerlig och fortsatt inläring för personalen med flera pedagogiska perspektiv (Boersma, m.fl., 2014). I denna

studie genomfördes basutbildningen av en musikterapeut som lärde ut metoden. För att personalen skall kunna behålla och utveckla sitt kunnande i att använda musik och sång i vardaglig omvårdnad behöver de fortsatt stöd, utbildning och handledning.

Sammanfattningsvis blev resultatet att inför genomförandet av musikstunderna hade personalen fått viss utbildning. På boendena fanns lämpliga lokaler och de äldre behövde hjälp att inta sina platser. Personalen iordningställde texthäften med sånger som de och de äldre kunde sjunga tillsammans. Lämplig inspelad fanns tillhands. Personalen och de äldre kunde leva ut sin musikalitet, de kunde visa varandra närhet, de samtalade förbättrat och de kunde uttrycka förhöjda positiva stämningsslägen och känslor. Med personalens musikaliska guidning visade de äldre att de hade förmåga att sjunga, röra sig till musiken och spela på instrument. Under musiklyssnande och sång hjälpte personalen de äldre att reagera med förbättrad kognitiv förmåga, när de fick tillgång till tidigare minnen, när de visade lyhördhet för vad som pågick, när de kunde trumma i gemensam takt, och när de väntade in varandra för att sjunga unisont och röra sig tillsammans i musikens takt. Under musikstunderna kanske de äldre upplevde hemmastadhet, att de tillsammans med de andra äldre och omvårdnadspersonalen levde i en stund i närvaro och välbehag. Personalen bör också beakta att det kan finnas äldre som inte vill eller har förmåga att delta i musikgruppsunder.

Slutsats

Musikstunder kan om de integreras i den personcentrerade standardvården antagligen förbättra och berika den. De äldre och personalen kan under musikstunder ges förbättrade möjligheter att kommunicera och interagera med varandra. Personalen kan stödja de äldre att visa att de har förmågor som kan lockas fram under sång och musik, såsom sångminnen, kroppsliga rörelser, reflektioner om texter, positiva känslor och de kan vara i en förbättrad ömsesidig relation med personalen. De äldre kan eventuellt få hjälp att för en stund känna hemmastadhet samtidigt som de under tiden kan minska sina BPSD-reaktioner. Personalen behöver stöd av varandra för att genomföra musikstunderna och de behöver kontinuerlig utbildning i att använda musik och sång i omvårdnad.

Referenser

- Ballard, C., Waite, J., & Birks, J. (2006). Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Library*, DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2.
- Boersma, P., Van Weert, J., Lakerveld, J., & Dröes, R. (2014). The art of succesful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-Aim framework. *International Psychogeriatrics*, 1-17 doi:10.1017/S1041610214001409.
- Bunne, S. (1986). *Musik i åldringsvård - ett hjälpmedel i arbetet*. Hudiksvall: Musikverksta'n förlag.
- Buse, C., Twigg, J. (2014). Women with dementia and their handbags: Negotiating identity, privacy and "home" through material culture. *Journal of Aging Studies*, 30, 14-22.
- Camic, P., Williams, C., Meeten, & F. (2013). Does a "Singing Together Group" improve the quality of lif of people with a dementia and theri carers? A pilot evaluation study. *Dementia*, 12(2), 157-176.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacological treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Freedman, L., Murad, H., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2012). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia? *Journal of Psychiaric Research*, 46(3), 402-406.
- Demsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., O'Shea, E., Devane, D., m.fl. (2014). Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia*, 13(2), 176-192.
- Ekkekakis, P. (2013). *The measurement of affect, mood and emotion: a guide to health - behavioral research*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Gertner, L. (2010). Evidence-based Guideline. Individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7-15.
- Graneheim, U., & Jansson, L. (2006). The meaning of living with dementia and distrubing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1397-1403.
- Guentin, S., Charras, K., Berard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., m.fl. (2013). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer´s disease: A report of a French expert group. *Dementia*, 12, 619-634 .
- Götell, E. (2007). Vårdarsång kan för en kort stund hela personer med demens. *Äldre i fokus*, 4, s. 13.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S.-L. (2000). Caregiver-assisted music events in psychogeriatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 119-125.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S.-L. (2002). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 24(2), 95-216.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S.-L. (2003). Influence of caregiver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics*, 15(4), 411-430.

- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S.-L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 422–430.
- Götell, E., Thunborg, C., Söderlund, A., & von Heideken Wågert, P. (2012). Can caregiver singing improve person transfer situations in dementia care? *Music and Medicine*, 4, 237-244.
- Hammar, L., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). Reactions of persons with dementia to caregiver singing in morning care situations. *The Open Nursing Journal*, 4, 35-41.
- Hammar, L., Emami, A., Götell, E., & Engström, G. (2011a). The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 969-978.
- Hammar, L., Emami, E., Engström, G., & Götell, E. (2011c). Finding the key to communion – Caregivers' experience of "music therapeutic caregiving" in dementia care: A qualitative analysis. *Dementia*, 10, 98-111.
- Heggestad, A., Nortvedt, P., & Slettebø. (2013). "Like a prison without bars": Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*, 20: 881-892.
- Isaksson, U., Grameheim, U., Åström, S., & Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health*, 15(5), 573-579.
- Juslin, P., & J, S. (2001). Psychological perspectives on music and emotions. i *Music and emotions* (ss. 71-104). Oxford : Oxford University Press.
- Latvala, E., Vuokila-Oikonen, P., & Jahonen, S. (2000). Videotaped recording as a method of participant observation on psychiatric nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1252-1257.
- Lee, K., Algase, D., & McConnell, E. (2013). Daytime observed emotional expressions for people with dementia. *Nursing Research*, 62(4), 218-225.
- Lykkeslet, E., Gjengedal, E., Skrondal, T., Storjord, M. (2014). Sensory stimulation - A way of creating mutual relations in dementia care. *Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8;9:23888, doi: 10.3402/qhw.v9.23888.
- Läkemedelsverket. (2006). *Läkemedelsbehandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom*. www.läkemedelsverket.se: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)*. <http://www.lakemedelsverket.se> 5:2008.
- McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H., & Orrell M. (2013). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 781-94.
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 1-11 DOI: 10.1080/13607863.2013.875124.
- Myskja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes - an approach to dementia care*. Bergen, Norge: Grieg Academy, University of Bergen Thesis.
- Normann, H., Asplund, K., & Norberg, A. (1998). Episodes of lucidity in people with severe dementia as narrated by formal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1295-1300.

- Oostendorp, J., & Mondel, S. (2014). Singing can enhance episodic memory functioning in elderly people with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(05), 992-3.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 63-75.
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A., Farina, E., m.fl. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), 305-10.
- Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., & Kihlgren, M. (1996 a). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 11-17.
- Ragneskog, H., Kihlgren, M., Karlsson, I., & Norberg, A. (1996 b). Dinner music for demented patients. Analysis of video-recorded observations. *Clinical Nursing Research*, 6(3), 262-277.
- Ridder, H. M., Stig, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.
- Savva, G., Zaccai, J., Matthews, J., Davidson, J., McKeith, I., m.fl. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 212-219.
- SBU. (2006). *Demenssjukdomar*. Stockholm: SBU.
- Socialstyrelsen. (2010 a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>
Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2010 b). *Personcentrerad omvårdnad*. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>
Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationell värdegrund för äldreomsorgen – lokala värdighetsgarantier*. <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/nationell-vardegrund/Sidor/Nationell-vardegrund-varldighetsgarantier.aspx>: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering- vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenskt Demenscentrum. (2008). *Beteendemässiga symtom*. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Beteendemassiga/>: Svenskt Demenscentrum.
- Svenskt Demenscentrum. (2014). *Metoder och arbetssätt*. <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/>: Svenskt demenscentrum.
- Särkämö, T., Tevaniemi, M., Laitinen, L., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J., m.fl. (2013). Cognitive, emotional and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54(4), 634-650.
- Thunborg, C., von Heideken Wågert, P. S., & Götell, E. (2012). Reciprocal struggling in person transfer tasks – Caregivers' experiences in dementia care. *Advances in Physiotherapy*, 14, 175-182.

- Wang, T.-L., Bella Lien, Y.-H., & Kuo, Y.-M. (2013). The power of using video data. *Quality & Quantity*, 47(5), 2933- 2941.
- Vestin, L. (2014). *Värdigt åldrande, välbefinnande och meningsfull vardag på Gellingegården*. Östersund: FOU JÄMT.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2), CD001120.
- Vårdalinstitutet. (2014). *Att leva med demens* . <http://www.vardalinstitutet.se/sv/leva-med-demens>: Vårdalsinsttutet.
- Zingmark, K., Norberg, A., & Sandman, P.-O. (1993). Experience of at-homeness and homesickness in patients with Alzheimer´s disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 8, 10-16.

Musik och engagemang hos personer med demens

Ann-Sofie Paulander

Inledning

I det här kapitlet presenteras en delstudie genomförd inom forskningsprojektet *Musik som omvårdnad på demensboende* inom FoU-Seniorium, Lidingö stad (Seniorium, 2012) i samarbete med Kungl. Musikhögskolan i Stockholm (Kungl. Musikhögskolan u.å.). I denna delstudie utforskas på vilka sätt musik i olika former väcker engagemang hos personer med demens. Efter några inledande ord ges en bakgrund, därefter följer en kort beskrivning av studiens metod följt av studiens resultat. Kapitlet avslutas med en diskussion.

Några inledande ord

Efter att ha arbetat som musikerapeut under många år inom olika områden och som lektor på högskola/universitet inom ämnena musik och hälsa, musikerapi, musikpedagogik m.m. har de äldres väl och ve alltmer kommit att bli en angelägenhet för mig. Det som främst kommit att stå i fokus, är välbefinnande hos de medelålders och äldre som drabbats av demens. Demens är ju en sjukdom som ännu inte kan botas, varför symptomatiska behandlingsinsatser främst utgörs av farmakologiska interventioner (Mangialasche et al., 2010). Dessa interventioner kompletteras idag allt oftare med terapiformer såsom just musikerapi, dansterapi m.m. i syfte att bidra till de äldres hälsa och välbefinnande. I musikerapi ges de äldre t ex. möjlighet att delta i varierade musikaliska aktiviteter såsom att lyssna till musik, sjunga, spela etc. Detta är verksamheter som leds av utbildade musikerapeuter vilka arbetar med de äldre i grupp eller individuellt, ofta i samarbete med personal, en eller ett par gånger i veckan.

Musikens positiva verkan vid olika former av demens finns redovisat i både kvalitativt och kvantitativt inriktade studier (Bannan et al., 2008; Brotons & Koger, 2000; Brown et al., 2001; Bruer et al., 2007; Chatterton et al., 2010; Chu et al., 2013; Cook et al., 2010; Davidson & Fedele, 2011; Garland et al., 2007; Gerdner, 2005; Guétin et al., 2009; Götell et al., 2003; Hall et al., 2009; Holmes et al., 2006; Kumar et al., 1999; O'Connor et al., 2009a; O'Connor et al., 2009b; Raglio et al., 2008; Remington, 2002; Ridder et al., 2013; Sherratt et al., 2004; Skingley & Vella-Burrows, 2010; Sung et al., 2010; Sung et al., 2011a; Sung et al., 2011b; Suzuki et al., 2004; Suzuki et al., 2007; Svandottir & Snaedal, 2006; Takahashi & Matsuhita, 2006; Thomson et al., 2005; Van de Winckel et al., 2004; Vink, 2013; Wheeler & Johnson, 2010; Ziv et al., 2007). Denna positiva verkan synes frambringas trots att deltagande i sång och musik är ganska komplexa aktiviteter. I dessa aktiviteter gäller det att i nuet uppfatta och till viss del följa och förstå, såväl text som musikens byggstenar; puls, tempo, rytm, dynamik, melodik m.m. Vid sång och spel gäller dessutom att kunna använda dessa byggstenar som redskap för samspel med andra. Om en person med demens klarar av att delta i en så pass komplex aktivitet, är det då ett tecken på att personen i fråga är ”med”, dvs. att hon eller han är ”vaken” och engagerad i det som sker? Eller är det så att sång och musik alltid väcker ett

visst engagemang hos personer med demens? Eller sker det endast vid vissa tillfällen? Detta är frågor som ligger till grund för denna studie där musik och sång med personer med demens utforskas, i fokus står deras visade engagemang under några musikstunder.

Problemformulering, syfte och hypotes

Denna delstudie ligger inom ramen för forskningsprojektet *Musik som omvårdnad på demensboende* inom FoU-Seniorium, Lidingö stad (Seniorium, 2012) i samarbete med Kungl. Musikhögskolan i Stockholm (Kungl. Musikhögskolan u.å.). Forskningsprojektet som helhet syftar till att utarbeta och utvärdera en musikmodell för ökad hälsa och välbefinnande¹ hos personer med demens. Den här föreliggande studien utforskar på vilka sätt musik i olika former väcker det för välbefinnandet så viktiga engagemanget. När och hur väcks deltagarnas engagemang, och vad krävs för att det ska ske? Är det när deltagarna lyssnar till musik, när de sjunger eller musicerar tillsammans? Sker det när en musikerapeut leder aktiviteten, eller när personalen leder den? Syftet med studien är att utforska om musik och sång i grupp väcker engagemang hos personer som har diagnosticerats med varierade former av demens. Studiens frågeställningar lyder:

1. På vilka sätt väcker musiklyssning i grupp engagemang?
2. På vilka sätt väcker musik och sång i grupp engagemang?
3. Vilka skillnader i deltagarnas engagemang framträder under gruppaktiviteter ledda av en musikerapeut kontra vårdpersonal?

Min önskan och förhoppning är att detta arbete ska bidra till ökad kunskap inom området musik och demens, och att musikaliska aktiviteter därmed kan komma att utgöra ett dagligt inslag på alla våra äldreboenden.

Engagemang

Engagemang betraktas i den här studien som ett uttryck för hälsa och välbefinnande. Med det menas, att när en person är engagerad i något så intresserar sig denne för det som sker i hans eller hennes omgivning, vilket är något som i sin tur ger ökat välbefinnande. Engagemang kan visas på en rad olika sätt, här åsyftas just sådana uttryck som människor i allmänhet uppfattar som engagemang såsom leenden och skratt samt riktat ansikte och blick mot någon eller något. Enligt DeLeon, Iwata, Connors & Wallace (1999) möjliggör just engagemang ur ett livskvalitetsperspektiv en delaktighet som samtidigt visar omgivningen vilka preferenser individen har. Kitwood (1997) i sin tur menar att möjlighet till att engagera sig i specifika aktiviteter som musik, dans, samvaro med andra osv. utgör viktiga aspekter av äldre personers hälsa och välbefinnande. Kitwood (1997) menar vidare att det framför allt handlar om att ge de äldre möjligheter att förstå och känna delaktighet i det som sker samt skapa förutsättning för positiva upplevelser.

Något som kan väcka uppmärksamhet och engagemang är enligt Ochsner Ridder (2005) musik. Ochsner Ridder menar att musik både kan väcka uppmärksamhet på ett upplivande

¹ För definition av begreppen hälsa och välbefinnande hos personer med demens, se Lindblads inledningskapitel i denna rapport samt Wheeler & Johnson (2010).

sätt, samt bidra till känslan av att komma till ro (Ibid 2005 s. 163). Båda dessa varianter, dvs. att känna sig upplivad och att komma till ro, uppges vara tillstånd inom vilka olika nivåer av "arousal"² kan noteras. En person med demens kan enligt Ochsner Ridder, erfara både "hyper-arousal" och "hypo-arousal" eller, befinna sig i ett vilsamt tillstånd däremellan. En person som befinner sig i ett tillstånd av hyper-arousal, riktar sin uppmärksamhet mot ett enkelt problem eller en enkel fråga av något slag, utan att kunna uppmärksamma vad som i övrigt händer i omgivningen. Det kan handla om att personen ifråga uppfattar att saker och ting utgör signaler på fara, varför personen sätts i beredskap för kamp. En person som befinner sig i detta tillstånd styrs av instinkt och rutiner och är inte i stånd att komma till i ro. Hypo-arousal däremot kan närmast beskrivas som dess motsats eftersom en person som befinner sig i detta tillstånd, sjunker in i sig själv och kanske halvblundar utan att uppmärksamma något av det som sker runt omkring henne. För anhöriga och personal kan detta se ut som ett behagligt tillstånd, medan det för den demenssjuke kan röra sig om ett tillstånd av tomhet och intighet. De personer som synes röra sig mellan dessa två tillstånd behöver enligt Ochsner Ridder (2005), hjälp att hitta ett mellanläge av balans. I ett sådant mellanläge är den demenssjuke uppmärksam på små nyanser i sin omgivning, i stånd att förstå vad det är som sker här och nu samt låta sig dras med av ett stycke musik m.m. Förutsättning för att detta ska kunna ske är ro, reglering av arousal samt att ett "rum för kontakt" ges (Ibid, 2005 s. 164). Trygghet, igenkänning, struktur och anhöriga eller personal som har både förståelse och "fingertoppskänsla", kan skapa ett sådant rum och därmed hjälpa en person med demens att bli kvar i ett sådant mellanläge och därmed erfara lagom lugn. Den demenssjuke kan då få möjlighet att t ex. lyssna och ta in musik med en mer öppen uppmärksamhet.

I den här studien utforskas dock endast observerbart engagemang, dvs. det engagemang som deltagarna uttrycker i samspel med andra och sin omgivning. Fokus ligger alltså på huruvida deltagarna uppvisar det balanserade mellanläge som kan betraktas som hälsosamt, dvs. hur och när de riktar sin uppmärksamhet mot det som sker under några utvalda musik- och sångstunder. Hyper- eller hypoarousal utforskas således inte i detta fall.

Metod

Med inspiration av tillämpad beteendeanalys utforskas i denna studie på vilka sätt musik i olika former väcker engagemang hos personer med demens. Tillämpad beteende-analys är en specifik psykologisk inriktning som syftar till att hitta procedurer eller tillvägagångssätt som medför beteendeförändringar. Metoden söker utveckla och förbättra olika former av behandlingar och interventioner riktade till individer inom utbildning, rehabilitering, medicin m.m. I fokus står individens observerade beteenden, dvs. vad en person gör och vad som kan förändra dennes agerande och handling (Bailey & Burch, 2002; Hanser, 2005). Utifrån ett beteendeanalytiskt perspektiv kan just hjälpande och stödjande insatser identifieras som är av godo för den demenssjuke i mötet med anhöriga och vårdpersonal. Det kan t ex. röra sig om att utröna vad som bidrar till en ökning av de beteenden som kan ge förbättrat välbefinnande genom förändrad kommunikation och förståelse.

² Arousal: I snäv mening stimulans av det autonoma nervsystemet (ANS), vid hög arousal slår t ex hjärtat snabbare, pulsen ökar, andningen blir mer ytlig, hudtemperaturen faller och hjärnvågorna blir mer eller mindre reguljära (Becker, 2010 s. 137).

Forskning grundad på tillämpad beteendeanalys har visat att just miljömässiga faktorer påverkar de demenssjukas varierade symptoms frekvens och intensitet (Baker et al., 2006; leBlanc, 2010; Brenske et al., 2008; Buchanan & Fischer, 2000; Drossel & Fischer, 2006; Engelman et al., 2003; Feliciano et al., 2004; Heard & Watson, 1999; Henry & Horne, 2000; Kimberly et al., 1999; More et al., 2007). Inom området musik, musikterapi och demens har forskning utifrån ett beteendeanalytiskt perspektiv ännu inte vuxit sig så särdeles stark, framhållas bör därför här Gregory (2002) som publicerat en genomgång av beteendeinriktade studier inom området musikterapi i *Journal of Music Therapy (JMT)*.

Studiens design

I denna studie utforskas på vilka sätt musik i olika former väcker engagemang hos personer med demens. Det handlar om att försöka se huruvida musik och sång i grupp väcker engagemang hos personer som diagnostiserats med demens. Studien baseras på videodokumentationer då detta ger möjlighet att observera beteenden över tid. De videodokumenterade tillfällena är i detta fall fem till antalet och består av en vardaglig situation samt fyra musik- och sångstunder enligt följande:

1. En vardaglig situation i ett allrum efter lunch, musik spelas på stereo (ca 20 min.)
2. En musik- och sångstund i ett allrum efter lunch, *aktiviteten leds*
av en musikerterapeut. (ca 30 min)
3. Samma som punkt 2 ovan. (ca 30 min)
4. En musik- och sångstund i ett allrum efter lunch, *aktiviteten leds*
av en musikerterapeut och personal tillsammans. (ca 30 min)
5. En musik- och sångstund i ett allrum efter lunch, *aktiviteten leds*
av personal med en musikerterapeut närvarande. (ca 30 min)

Varje musik- och sångstund har videodokumenterats vid ungefär samma tidpunkt på dagen och utspelats på samma plats, dvs. efter lunch då de boende och personalen samlats i ett allrum. Den kursiverade texten ovan syftar till att tydliggöra att personalen är under utbildning under projektets gång, samt att visa att det finns en strävan efter progression i deras utbildning.

Urval

I studien medverkar sex personer med diagnostiserad demens samt deras vårdare. Dessa sex personer bor på ett särskilt boende specialiserat på demensvård. Totalt innehåller boendet ett fyrtiotal platser fördelat på fyra avdelningar. Här finns lägenheter, gemensamt allrum med altan och den omgivande miljön kan närmast beskrivas som varandes av villakaraktär. De sex medverkande är alla kvinnor och av dessa är en rullstolsbunden och fem går med rullator och/eller med hjälp av personal. Att just dessa sex kvinnor medverkar i studien beror på att de aktivt deltog under den första videodokumentationen och att de gett sitt medgivande till att delta. Nämnas bör att några av de övriga boende också medverkar under de här observerade

musikstunderna men att dessa valt att avstå från att delta i studien, detta innebär således att de inte finns representerade i studiens resultatanalyser.

Analys

Kriterierna för deltagarnas visade engagemang, utgörs här av observerbara uttryck som tolkas som adekvata i sitt sammanhang:

- Röstliga och sångliga uttryck som tal och sång
- Leenden och skratt
- Blick och ansikte riktad mot bestämt mål utanför personen ifråga
- Kroppsliga handlingar såsom lek, dans och spel på instrument

Deltagarnas mångfaldiga uttryck för engagemang urskiljs dock inte från varandra, utan varje uttryck oavsett art har observerats och markerats som ett individuellt engagemang längs en tidslinje. Längs samma linje har även stundernas musikaliska aktiviteter samt övriga händelser av betydelse nedtecknas, som t ex. när en deltagare träder in i eller ut ur rummet. Av intresse i detta fall, har inte varit hur och på vilket sätt deltagarna visar engagemang utan om och hur länge de gör det samt när.

Analyserna har genomförts av två forskare, båda har först genomfört sina analyser oberoende av varandra och därefter jämfört och kontrollerat sina resultat. Då smärre skillnader visat sig har inga ytterligare kontroller skett, och i de fall då större skillnader visat sig har forskarna kontrollerat var för sig om något misstag förelegat och korrigerat, vilket i detta fall skett vid några tillfällen. På så sätt, har också de kriterier som ligger till grund för observationer och analyser, diskuterats väl och flitigt.

Några av ovannämnda kriterier kan sägas vara relativt lätta att avläsa och andra till synes svåra. Detta har medfört att forskarnas observationer till viss del bygger på tolkningar. Om en person t ex. befunnit sig långt ifrån kameran, har det varit svårt att avgöra om personen ifråga uppvisat ett leende med ena mungipan. Då någon försvunnit ur bild, har forskaren byggt sin observation på det som går att höra samt på antaganden, dvs. vilket uttryck personen ifråga hade när hon försvann ur bild och vilket uttryck hon hade när hon åter kom i bild. Dessa antaganden har även grundats på de beteenden som personen ifråga uppvisat generellt under videodokumentationerna som helhet. Detta innebär att både smärre och större skillnader mellan de två forskarna förekommit, de smärre kan förklaras med att forskarna tolkat deltagarnas engagemang olika, medan de större kan förklaras med att deltagaren ifråga inte befunnit sig i bild, varför forskarna endast antagit att ett engagemang förekommit.

När ett uttryck identifierats, har forskarna markerat detta längs den ovan beskrivna tidslinjen, och för säkerhets skull har också tidtagning använts. Tidtagning har startats när ett uttryckt engagemang börjat och stoppats när det slutat, vilket då ska överensstämja med den redan nedtecknade tidsangivelsen längs tidslinjen. Bedömningen av ett uttrycks början och slut bygger på forskarnas observationer av ovannämnda kriterier, kännedom om respektive deltagares visade beteende under videodokumentationerna som helhet, samt en allmän kunskap om adekvata beteenden hos äldre personer med demens.

Varje deltagares engagemang har därefter satts i samband med de musikaliska aktiviteterna som även de markerats längs tidslinjen. Deltagarnas ”engagemangstid” har därefter avlästs i faktisk tid samt procentuellt, varefter alla deltagarnas engagemang över de fem musik- och sångstunderna sammanförts. Slutligen har alla deltagares sammanlagda engagemang över tid också avlästs och jämförts, dvs. de har satts i samband med de olika aktiviteterna över de fem olika tillfällena. Betonas bör dock att resultaten av denna tidtagning endast kan betraktas som tendenser, dels på grund av att observationerna till viss del bygger på tolkning och antaganden, och dels på att den ene observatörens filmer inte riktigt fungerade korrekt vid avläsning.

I resultatkapitlet presenteras analyserna av de fem observerade tillfällena. Alla fem tillfällen har analyserats men av tid- och utrymmesskäl presenteras i detta resultat endast tre av dem lite närmare, och det är tillfälle 1, 3 och 5. Att det blev just dessa tre beror på att tillfälle 1 är att betrakta som en vardagsstund med musiklyssning medan tillfälle 3 är musikterapeutens andra tillfälle och tillfälle 5 personalens andra tillfälle (tillfälle 2 leds för övrigt av musikterapeuten och tillfälle 4 av personalen och musikterapeuten tillsammans). Då personalen är under fortbildning synes det befogat att välja just dessa tre tillfällen för att ge både dem och läsaren en så rättvis bild som möjligt. Av samma skäl som ovan, exemplifieras de observerade tillfällenas innehåll endast med några korta små utdrag ur tidslinjen från tillfälle 1, 3 och 5 i resultatkapitlet, de tre finns dock i sin helhet som bilagor i slutet av dokumentet.

Etiska hänsyn

Då studien utgör en del inom forskningsprojektet *Musik som omvårdnad på demensboende* inom Seniorium, Lidingö stad, har den genomgått etisk prövning hos Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 2013.

Social validering

Validering inom tillämpad beteendeanalys handlar om en form av social validering som bygger på tre grundläggande frågor:

1. Kan målen för studien sägas vara en gemensam angelägenhet för deltagare och samhället i stort?
2. Kan de ”interventioner” som studien bygger på betraktas som acceptabla av både deltagarna och läsarna?
3. Är studiens syfte att vara till nytta?

De beteenden som utforskas samt de procedurer som används ska tydligt beskrivas, därefter ska de korreleras med subjektiva värderingar såväl som mätbara sådana av fler forskare än en. I detta fall har observationerna utförts av två forskare, en som är musikterapeut och lektor vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm och en projektsamordnare, sjuksköterka och epidemiolog som är anställd vid FoU Seniorium.

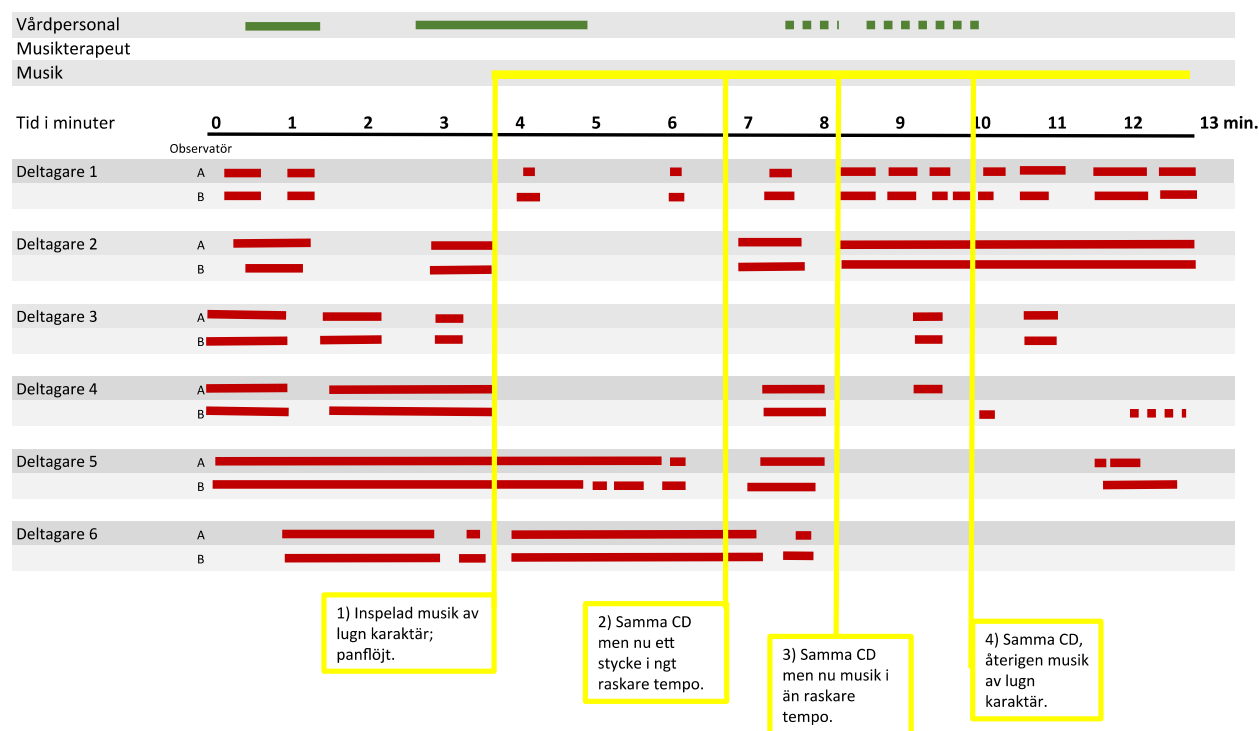
Resultat

I denna delstudie utforskas på vilka sätt musik i olika former väcker engagemang hos personer med demens. Nedan presenteras studiens resultat med hjälp av fem temata: *Musiklyssning – Ovisst engagemang; Sång "live" väcker engagemang; Inspelad sång väcker visst engagemang*; *Deltagarnas individuella engagemang varierar och Tillfälle tre – En höjdpunkt*. Kapitlet avslutas med att en slutsats dras av studiens resultat.

Musiklyssning – Ovisst engagemang

Alla de här studerade fem tillfällena utspelar sig i ett allrum/vardagsrum vid samma tidpunkt efter lunch. Vid det första tillfället lyssnar deltagarna endast till inspelad musik medan det under de resterande tillfällena förekommer en rad varierade musikaliska aktiviteter; under tillfälle två och tre ägnar sig deltagarna t ex. åt uppsjungning, a capella-sång (dvs. sång utan instrument), sång till gitarr samt rörelser till sång och inspelad musik och under tillfälle fyra och fem åt sång och rörelser samt sång till inspelad sång och musik från en stereo. Här följer ett kort exempelutdrag av vad som händer under de första 13 minuterna vid det första tillfället då deltagarna ägnar sig åt en stunds musiklyssning efter lunch:

Tillfälle 1



Figur 1. Ett utdrag ur det första tillfället: En vardaglig stund med musiklyssning efter lunch.

Vid detta första tillfälle sitter sex av de boende kvar efter lunch runt matbordet. Några av dem samtalar med varandra och några synes vila under det att vårdpersonalen plockar undan på och omkring matbordet samt utför sina sysslor i det intilliggande köket. En kvinna ur personalen tar bort det sista från bordet och sätter därefter på musik av lugn karaktär på en bärbar stereo. Det här tillfället utgör ett exempel på de vardagliga skeenden som utspelar sig efter lunch en helt vanlig dag på detta boende. Det framkommer att musik på stereon spelas relativt ofta vid denna tid efter lunch, dock inte alltid.

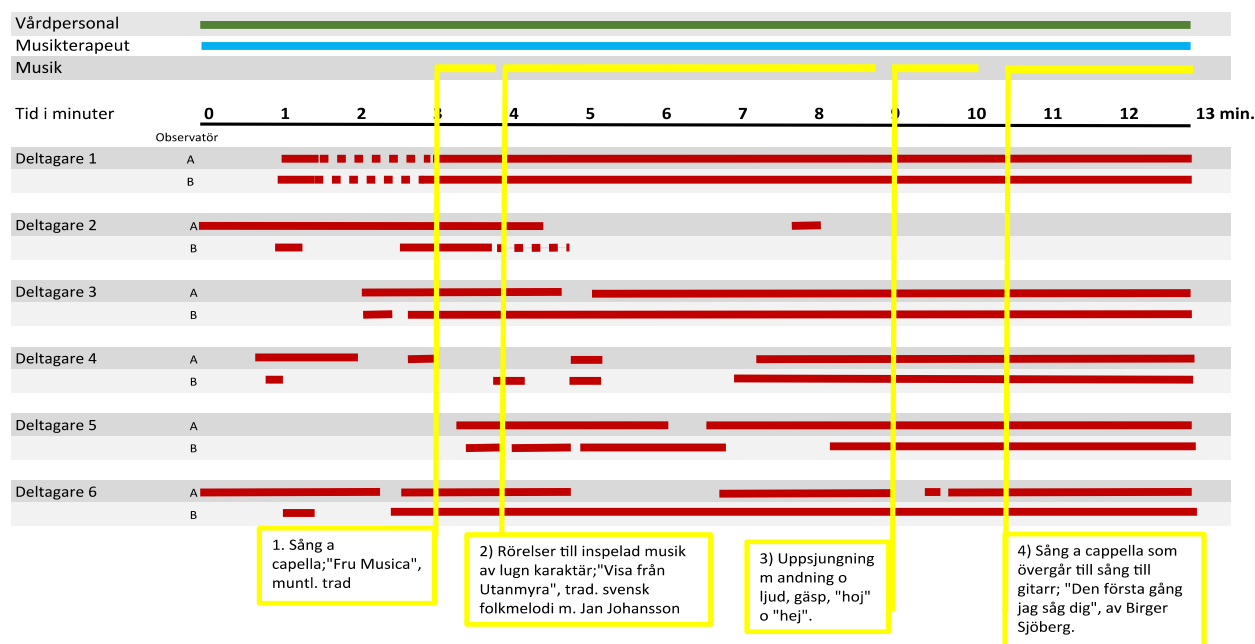
I figur 1 ovan kan vi följa skeendenas art; den översta gröna linjen representerar vårdpersonalen, närmast under den finns en tom rad som representerar den icke närvarande musikterapeuten och därefter visas en gul linje som representerar den musik som spelas. Längs den gula vågräta linjen har varje musikalisk händelse markerats med en gul lodrät linje följt av en förklarande "box" längst ned. Vi kan t ex. se att inspelad lugn musik sätts på strax före att 4 minuter passerat och att musiken i det stora hela varar så länge tillfället varar men med olika innehåll. Just vid denna stund pågick musiken i ca 13 minuter innan deltagarna allteftersom bröt upp på olika sätt. I fältet under den gula linjen visas pågående tid i minuter med hjälp av en svart linje med siffror. Deltagarnas pågående engagemang visas därefter med röda linjer; deltagare 1, deltagare 2 osv. Varje deltagares engagemang visas med dubbla röda linjer eftersom de båda observatörernas analyser här presenteras parallellt löpande med varandra. Som vi kan se, är de båda observatörerna relativt överens om när deltagarna uppvisar engagemang.

Om vi nu iakttar vad det är som sker mellan de två första gula lodräta linjerna, så kan vi se att lugn inspelad musik (panflöjt) inte ökar deltagare 1:s utåtriktade engagemang och faktiskt upphör hos deltagare 2, 3 och 4. Deltagare 5 och 6 synes däremot vara relativt opåverkade av musiken. Mellan den andra och tredje lodräta linjen antar musiken en något raskare karaktär med lite snabbare puls, och här kan vi se att alla deltagarna utom deltagare 3 blir mer engagerade. När så musiken antar ett än raskare tempo fortsätter deltagare 1 och 2 att vara relativt engagerade, medan deltagare 3, 4, 5, och 6 alltmer avstannar i sitt engagemang. Samtidigt synes visst engagemang höra samman med den personal som rör sig i rummet (den gröna linjen) eftersom personen ifråga konverserar med deltagarna under det att hon plockar undan. Det tydligaste tecknet på att något sker under detta tillfälle, är det som händer när den första musiken sätts på vid det första gula lodräta strecket dvs. ett tillbakadragande av engagemang hos fyra av de sex deltagarna. Ett annat tydligt tecken är att två av deltagarna svarar tvärtemot de andra fyra, dvs. att de blir mer engagerade när de övriga synes bli mindre engagerade.

Sång "live" väcker engagemang

Om vi nu tar en titt på de första tretton minuterna av tillfälle 3 som innehåller en musikstund ledd av musikterapeuten, så kan vi se att det som sker är av mer skiftande karaktär än i föregående exempel samt att deltagarnas mer observerbara engagemang synes vara större:

Tillfälle 3



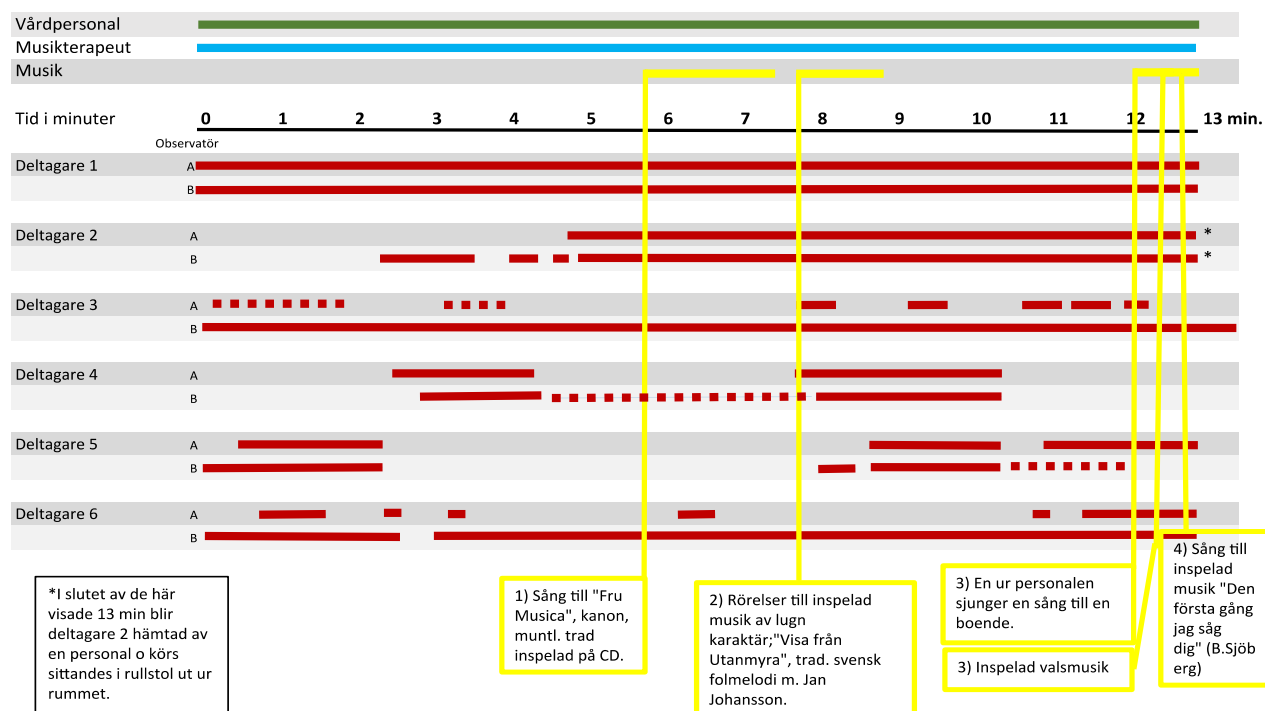
Figur 2. Ett utdrag ur det tredje tillfället: En musikstund efter lunch ledd av en musikterapeut.

Här ovan visas de första tretton minuterna av tillfälle 3 som leds av musikterapeuten (här representerad av den blå linjen näst högst upp) med personal närvarande (representerad av den gröna linjen högst upp). Stunden inleds med musikterapeutens sång a capella vilket är något som synes väcka eller hålla kvar ett redan väckt engagemang hos alla utom hos deltagare 4 som blir mindre engagerad (box 1). Under denna a capella-sång rör sig musikterapeuten runt omkring i rummet och verkar söka kontakt med deltagarna genom att rikta sin sång direkt till var och en samtidigt som hon rör vid dem fysiskt (t ex. genom att lägga handen på deltagarnas händer). När sången sedan övergår i rörelser till inspelad musik (vid den andra gula lodräta linjen) synes alla deltagarna bli alltmer engagerade utom deltagare 2 (box 2). Påpekas bör här, att både personal och musikterapeut rör sig runt omkring i rummet under detta moment och gör handrörelser av speglande karaktär tillsammans med deltagarna. Under den efterföljande uppsjungningen (den tredje gula lodräta linjen) samt ny sång a capella (den fjärde lodräta gula linjen), ser vi ett engagemang från alla deltagarna utom från nummer två (box 4). Vi kan notera att observatörerna här är relativt överens om deltagarnas engagemang men att smärre skillnader också finns.

Inspelad sång väcker visst engagemang

Nästa exempel utgörs av ett utdrag från det femte och sista tillfället. Vid detta tillfälle är det vårdpersonalen som leder stunden med stöd av musikterapeuten. Vi kan se precis som vid ovanstående tillfälle att både vårdpersonal (grön linje) och musikterapeut (blå linje) är närvarande:

Tillfälle 5



Figur 3. Ett utdrag ur det femte tillfället: En musikstund efter lunch ledd av vårdpersonal med stöd av musikterapeut.

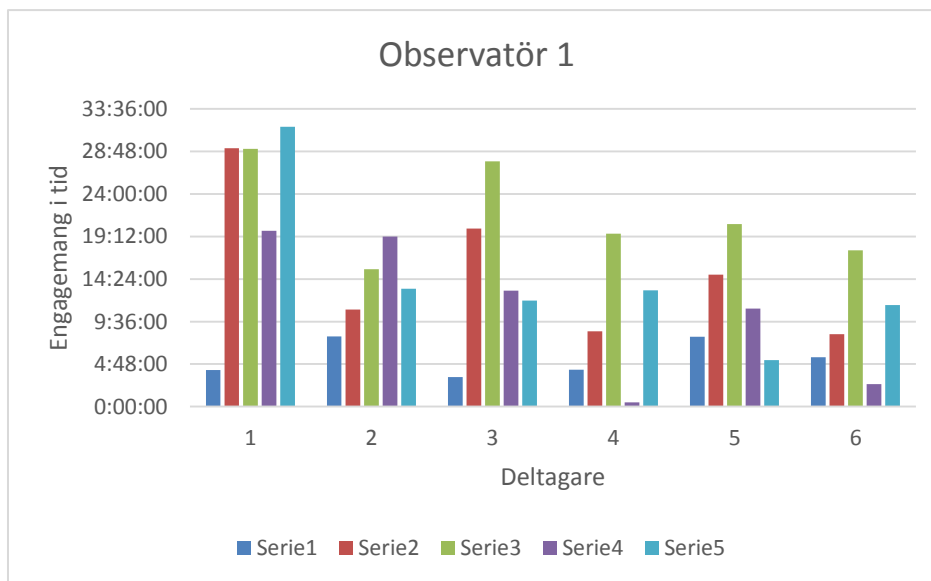
Under det här tillfället sjunger och rör sig deltagarna till inspelad sång istället för att sjunga tillsammans med musikterapeuten. Vi kan här se att sjunga till inspelad sång inte riktigt väcker samma observerbara engagemang som vid det föregående tillfället då musikterapeuten sjöng "live" så att säga. Förutom att deltagare 1 engagerar sig nästan hela tiden - precis som vid föregående tillfälle - synes deltagare 2 vara mer engagerad. Deltagare 4 synes däremot till en början tappa lite av sitt engagemang när sången börjar medan deltagare 5 endast engagerar sig i form av "spridda skurar". När det gäller deltagare 3 och 6, har de två observatörerna delade meningar, medan observatör ett håller sig en aning avvaktande i sin bedömning betraktas observatör två deltagare 3:s och 6:s engagemang som observerbart.

När så deltagarna tillsammans med vårdpersonal och musikterapeut börjar röra sig till musik (samma form av handrörelser av speglade karaktär som vid föregående tillfälle), ökar deras engagemang (box 2). När sång till inspelad musik återigen startar, är det två av deltagarnas engagemang, deltagare 3 och 4, som återigen minskar (box 4). Mot slutet av dessa 13 minuter kan vi också se att det är mycket som händer på en och samma gång; under det att en ur personalen hämtar en av deltagarna och kör ut henne ur rummet med rullstolen sjunger en annan ur personalen en sång till en boende samtidigt som valsmusik ljuder ur stereon.

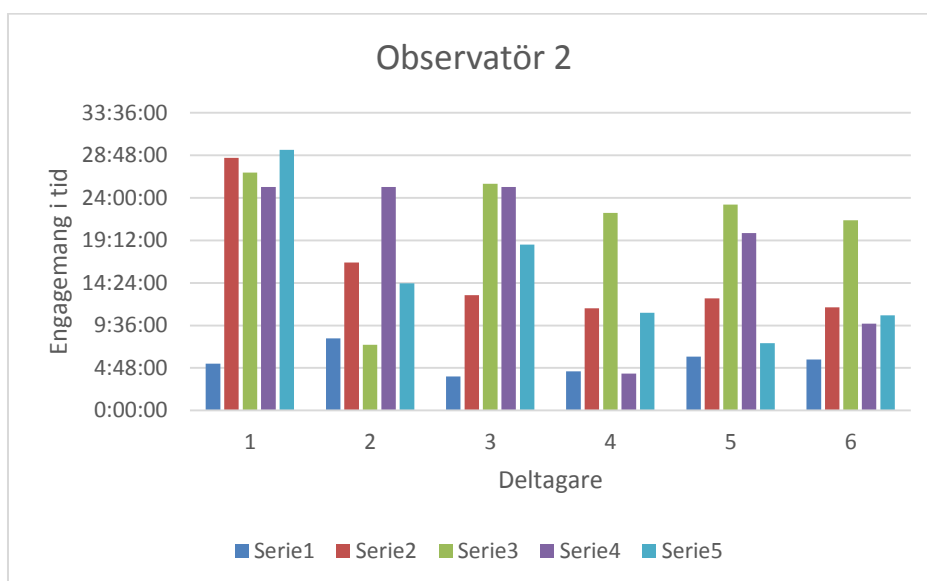
Tydligast vid detta tillfälle är dock att deltagare 1 och 2 håller sig relativt stabilt engagerade hela tiden, medan de andra synes vandra lite av och till i sitt engagemang oavsett om det förekommer musik eller inte. Jämför t ex. deras engagemang innan musiken startar med deras engagemang under det att någon musikalisk aktivitet pågår (se före och efter det första gula lodräta strecket), det är inte så stor skillnad.

Deltagarnas individuella engagemang varierar

När det gäller deltagarnas engagemang står det klart att det finns individuella variationer. De diagram som visas här nedan, bygger på de uppskattningar som observatörerna har gjort av dessa variationer. Inte heller här bör dessa betraktas som exakta utan snarare som tendenser. Deltagare 1 verkar t ex. engagera sig i musik oavsett vilken musik det handlar om och när den pågår, utom vid det första tillfället då gruppen lyssnar på lugn musik efter lunch på en stereo och hon inte uppvisar lika mycket observerbart engagemang som vid de övriga tillfällena. Jämför detta med t ex. deltagare 6 som generellt sett verkar mindre engagerad än de övriga deltagarna:



Figur 4. Deltagarnas engagemang i tid över de fem tillfällena (observatör 1).



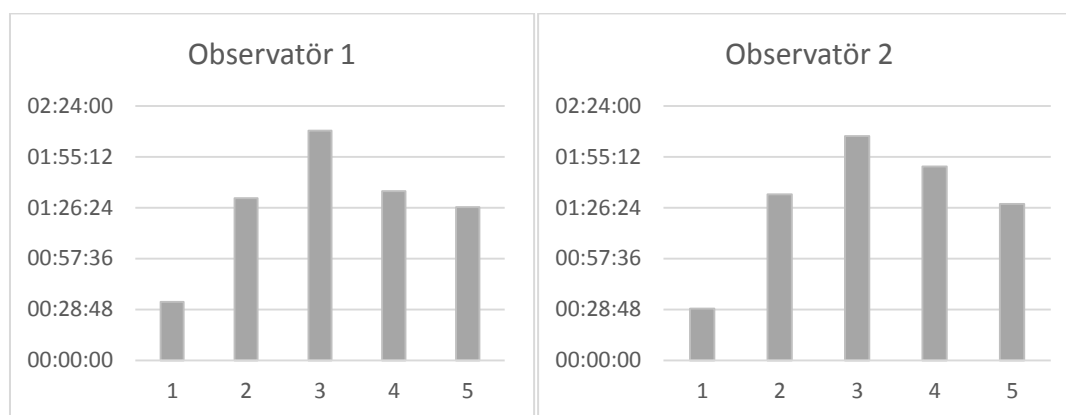
Figur 5. Deltagarnas engagemang i över de fem tillfällena (observatör 2).

I figur 4 presenteras observatör 1:s analys av deltagarnas engagemang i tid över de fem tillfällena, och i figur 5 presenteras observatör 2:s analys. Nummer 1 i diagrammen står för deltagare ett, nummer 2 står för deltagare två osv. Den första blå stapeln hos varje deltagare visar engagemanget vid det första tillfället, nästa stapel som är röd visar engagemanget under det andra osv. Det går här att se, att de båda observatörerna även här är relativt överens om sina uppskattningar, men att det också finns variationer:

Vi kan se att observatörerna uppfattat att deltagarna engagerar sig på individuellt sätt i de olika musikaliska aktiviteterna. Generellt sett så synes t ex. deltagare 1 vara mest engagerad medan deltagare 6 synes vara minst engagerad. Det går också att se en trend, och det är att engagemanget startar på en låg nivå för alla sex deltagarna under det första tillfället för att därefter stiga och därefter sjunka igen. Ett avsteg från detta kan noteras, det gäller deltagare ett som uppvisar ett högre engagemang under det femte tillfället (blå stapel) där de andras sjunker.

Tillfälle tre – En höjdpunkt

Om vi nu tar och tittar på de båda observatörernas uppskattning av deltagarnas sammanlagda engagemang över de fem tillfällena så ser sig detta på följande sätt:



Figur 6. Deltagarnas sammanlagda engagemang i tid under de fem tillfällena (observatör 1 och 2).

Här ser vi hur observatörerna uppskattat deltagarnas sammanlagda engagemang i tid över de fem tillfällena, och vi kan se att de är relativt överens. Tidsangivelserna bör alltså inte heller här betraktas som exakta utan endast som tendenser eftersom de bygger på ungefärliga uppskattningar av när ett visat engagemang startar och när det slutar. Båda är överens om att det första tillfället då deltagarna sitter tillsammans runt ett matbord efter lunch och lyssnar till musik, har väckt minst engagemang och att det tredje tillfället som leddes av musikterapeuten har väckt mest engagemang. Från det första tillfället går det här alltså att se en stegring av deltagarnas engagemang till en höjdpunkt under tillfälle tre, som därefter minskar. Den största skillnaden mellan de två observatörernas bedömningar står att finna i hur de har bedömt det fjärde tillfället, där observatör 2 uppskattat ett högre sammanlagt engagemang än observatör 1.

Slutsats

En slutsats som kan dras av denna studie är att musik och sång i grupp väcker observerbart engagemang hos personer med demens. Vi kan dock notera att deltagarnas observerbara engagemang främst väcks av musikterapeutens sång, och inte inspelad musik och sång. Musik och sång som spelas på stereo synes således inte väcka samma observerbara engagemang som ”live-sång”, trots att deltagarna uppmuntras till att både sjunga och röra sig till den inspelade musiken och sången.

Diskussion

Syftet med denna studie är att utforska om musik och sång i grupp väcker engagemang hos personer som har diagnosticerats med varierade former av demens. Studien ingår i ett forskningsprojekt inom FoU-Seniorium/Lidingö som syftar till att ta fram en musikmodell som ökar hälsa och välbefinnande hos personer med demens. I detta avsnitt diskuteras först studiens resultat, därefter följer en metoddiskussion samt några avslutande ord.

Musiklyssning – Lugn och ro, eller endast tomhet och intighet?

Engagemang utgör en viktig aspekt av äldre personers hälsa och välbefinnande, särskilt vid demens. Det handlar om att ge möjligheter till att förstå och känna delaktighet i det som sker samt att skapa förutsättningar för positiva upplevelser. Engagemang kan dock visas på många olika sätt. Ochsner Ridder menar t ex. att musik både kan väcka uppmärksamhet och bidra till att en person med demens kommer till ro (Ochsner Ridder 2005 s. 163). Under det första tillfället i den här studien kan vi notera ett minskat engagemang hos deltagarna då det spelas lugn musik på en stereo efter lunch. En viss ökad aktivitet uppstår då den inspelade musiken antar en lite livligare karaktär, dvs. ökar i tempo och dynamik, men minskar återigen när musikens tempo ökar än mer. Det tydligaste vid detta tillfälle, är dock att det sker ett tillbakadragande av engagemang hos fyra av sex deltagare så snart musiken sätts på. Frågan är här, om det verkligen rör sig om ett minskat engagemang eller om deltagarna befinner sig i ett läge av trivsamt lugn och ro? Eller, är det tvärtom, dvs. att de befinner sig i ett läge av tomhet och intighet? Dessa frågor lämnas här utan svar, eftersom slik kunskap står att söka på individuell nivå och inte på gruppnivå, dvs. fokus måste då läggas på en persons individuella små kropps- ansikts- och röstuttryck satta i ett sammanhang för att sådant ska kunna upptäckas. I denna studie har en grupp och dess aktiviteter stått i fokus, varför så pass små och finstiltta uttryck ej kunnat observeras. Dock tänker jag mig att deltagarna här emellanåt befinner sig i ett känsloläge av lugn och ro, istället för känslor av tomhet och intighet.

Engagerad personal synes kunna skapa balans

Den tredje musikstunden i den här studien leds av musikterapeuten med personalen närvarande. Musikstunden inleds med att musikterapeuten sjunger sång a capella (dvs. utan instrument) vilket synes väcka eller hålla kvar ett redan väckt engagemang hos alla deltagarna utom deltagare 4. Under denna a capella-sång, rör sig musikterapeuten runt omkring i rummet och verkar söka nära kontakt med alla deltagare genom att rikta sin sångliga uppmärksamhet direkt till var och en. När sången därefter övergår i rörelser till inspelad musik synes alla deltagarna engageras utom deltagare 2. Under detta moment rör sig både personal och

musikterapeut runt omkring i rummet och gör handrörelser av spegelkaraktär tillsammans med de boende. Under den efterföljande uppsjungningen samt ny sång a capella, ses ett tydligt engagemang från alla deltagarna utom nummer två. Här bör vi ställa oss frågan om det är personalens och musikterapeutens engagemang som i sin tur väcker engagemang? Alltså, om engagemang väcker engagemang? Eller är det så att de fem deltagarna under den här musikstunden får hjälp av personal och musikterapeut att komma in i det som Ochsner Ridder kallar ”mellanläge av balans”, dvs. ett läge där de kan lyssna till musik och ta in den med öppen uppmärksamhet? Ett läge där deltagarna blir uppmärksamma på små nyanser i omgivningen, i stånd att förstå vad det är som sker här och nu och därför låter sig dras med av ett stycke musik? Förutsättning för att detta ska ske är enligt Ochsner Ridder, att den demenssjuke får möjlighet att känna ro, att hon eller han får hjälp att reglera sin arousal-nivå samt att ”rum för kontakt” skapas. I ett sådant rum är trygghet, igenkänning och struktur av vikt och personalen bör också kunna visa förståelse och agera med ”fingertoppskänsla” (Ochsner Ridder 2005 s. 164). Här i denna studie kan vi endast gissa att så är fallet och vi får nöja oss med att det som sker engagerar deltagarna. Och kanske är det så, att personalen och musikterapeuten här under denna musikstund agerar med mer ”fingertoppskänsla” än vid de övriga tillfällena och att det är just detta som skapar balans.

Musikalisk kompetens verkar ge trygghet

Vid det femte och sista tillfället sjunger och rör sig deltagarna till inspelad musik och sång, så detta tillfälle kan kanske betraktas som ett mellanting mellan det första och tredje tillfället. Sång till inspelad musik väcker dock inte riktigt samma engagemang som sång till musikterapeutens sång, deltagarna tappar också sitt engagemang till och från när musik sätts på stereon trots att de förväntas sjunga och röra sig till musik. Kanske det inte är så förvånande, musikterapeuten är ju en välutbildad musiker medan personalen är utan musikalisk utbildning eller erfarenhet och dessutom befinner sig under fortbildning och utprovning av en modell. Själva införandet av modellen kan ju också till en början väckt en del intresse hos både personal och deltagare, för att därefter avta när ”nyhetens behag” så att säga, lagt sig. Men detta väcker ändå frågan om vad det är som musikterapeuten gör under det tredje tillfället och som personalen inte gör i samma utsträckning under tillfälle fem? Här skulle jag återigen vilja lyfta fram Ochsner Ridders betoning på vikten av trygghet, igenkänning och struktur eftersom det sista tillfället uppvisar en något mer otydlig musikalisk struktur med fler oväntade små inslag än den tredje. Under den här stunden går inte heller personalen i lika stor utsträckning och med samma lugn, in i nära musikaliskt samspel med deltagarna. För mig som observatör så synes deras engagemang istället riktas mot att försöka klara av stundens musikaliska innehåll, vilket medför att deras lyhördhet till viss del går förlorad och därmed också deltagarnas trygghet. Detta är dock väl förståeligt då de befinner sig under fortbildning, och kanske en längre periods fortbildning skulle kunna ge helt andra resultat. Men kanske är det på samma sätt som ovan med engagemanget, dvs. att trygghet föder trygghet?

Musikstunden – en komplex aktivitet

Vi kan notera att den deltagande gruppens engagemang ter sig olika över de fem tillfällena, men vi kan också se att det finns en hel del variationer deltagarna sinsemellan. Deltagare 1

synes vara mest engagerad medan deltagare 6 synes vara minst engagerad. Det går också att se en trend här, och det är att engagemanget startar på en låg nivå för alla sex deltagarna under det första tillfället för att därefter stiga och därefter sjunka igen. Ett avsteg från detta kan noteras, och det är att deltagare 1 uppvisar ett högre engagemang under det femte tillfället när de övrigas sjunker. Deltagare 1 verkar också engagera sig i musiken oavsett vilken musik det handlar om, medan deltagare 6 generellt sett är mindre engagerad. Variationerna kan ha med personernas olika diagnoser att göra, men de kan också bero på hörselnedsättning vilket är ganska vanligt förekommande hos äldre personer. Utöver detta tillkommer frågan om deras personliga preferenser och tidigare erfarenheter.

Eftersom personalen är under utbildning när denna studie genomförs, har de troligtvis svårt att klara av en sådan komplex situation som en musikstund. I denna deltar ju ett flertal personer med olika diagnoser och varierad nedsatt kommunikationsförmåga samtidigt som det är nytt för personalen att ta ansvar för och bruka musik. Om de på ett fritt, lyhört och inkännande sätt ska kunna klara av en sådan situation, måste de nog också ges möjlighet att känna sig trygga först med sin egen musik, vilket tar tid.

Metod samt validitet och reliabilitet

Studien visar att musik och sång i grupp skapar engagemang, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning. Studiens två observatörer är också överens trots att den ene är musikerapeut och den andre är epidemiolog. Att de uppfattat skeendenas art på ett relativt likartat sätt är intressant eftersom de båda troligtvis besitter olika kunskaper och erfarenheter inom området och därför torde grunda sina bedömningar på helt olika saker. Vid det sista tillfället föreligger det dock några skillnader, troligtvis beror dessa på att videoupptagningen under detta tillfälle inte fångade alla deltagarna vilket fick till följd att en större del av observationerna fick grundas på antaganden. Analyserna grundades således på ett större antal antaganden under detta tillfälle, än vid de föregående tillfällena. Att observatör 2 också generellt sett, ligger något högre i sin bedömning av tid än observatör 1, hör troligtvis samman med att dennes dator inte lyckades återge filmerna korrekt.

Som metod var tillämpad beteendeanalys ny för de båda forskarna vilket ställde krav på mer samarbete samt längre inkörningsperiod än beräknat. Tillämpad beteendeanalys kräver egentligen att alla som medverkar i forskningsprocessen görs medvetna om vad som krävs och att tid ges för träning av t ex. analysförfarande (Bailey & Burch 2002; Hanser 2005). Att använda en sådan metod är helt enkelt en läroprocess som måste få ta lite tid. Metoden följdes därför inte strikt, varför den nu endast uppges vara inspirerad av tillämpad beteendeanalys.

Studien torde dock kunna sägas uppfylla kraven på social validitet, dvs. att målen för studien är en gemensam angelägenhet för både deltagare och samhället i stort, att de ”interventioner” som studien bygger på kan betraktas som acceptabla av både deltagare och läsare samt att studiens syfte är att bidra till nytta. Studiens metodiska tillvägagångssätt och procedurer finns också tydligt beskrivna och analyserna uppvisar en korrelation mellan subjektiva värderingar såväl som mätbara sådana av fler forskare än en.

Slutord

Denna studie visar att musik och sång i grupp skapar engagemang, samtidigt som det visas att deltagarnas engagemang varierar mellan olika musikaliska aktiviteter, musikstilar, genrer m.m. Med en sådan variation är det svårt att dra alltför generaliserande slutsatser, så för att erhålla mer trovärdiga resultat bör ytterligare studier genomföras där musikaliskt samspel, musikaliska aktiviteter, musikstilar, genrer, sånger/låtar m.m. preciseras i större utsträckning än vad som skett här. En kommande studie bör i första hand inriktas på individerna i en grupp, eftersom utforskandet då kan fånga de mer finstilla uttryck som många äldre personer med demens använder sig av i sin kommunikation.

Mitt förslag är också att personal inom äldreboenden ges fortsatt möjlighet till fortbildning i det samspel av musikalisk art som sker i alla mellanmänniska relationer. I ett sådant arbete kan musikterapeutisk kompetens och erfarenhet komma väl till godo, fokus kan då också komma att ligga på de interpersonella skeenden mellan personal och boende på individnivå som deras samvaro och samförstånd bygger på.

Referenser

- Bailey, J. S., & Burch, M. R. (2002). *Research Methods in Applied Behavior Analysis*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Bannan, N., Bongard, S., Rohrmann, S., Hodapp, V., & Grebe, D. (2008). "Singing from the brain": reflections on the human capacity for music arising from a pilot study of group singing with Alzheimer's patients. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, J. R. Soc. Promot. Health*. **128**(2), 73-78.
- Becker, J. (2010). Exploring the habitus of listening. Anthropological perspectives. I: P. N. Juslin, & J. A. Sloboda. *Handbook of Music and Emotion. Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Brotons, M., & Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy* **37**(3), 183-195.
- Brown, S., Götell, E., & Ekman, S-L. (2001). `Music-therapeutic caregiving`: The necessity of active music-making in clinical care. *The Arts in Psychotherapy*, **28**, 125-135.
- Bruer, R. A., Spitznagel, E., & Cloninger, C. R. (2007). The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy* **44**(4): 308-328.
- Chatterton, W., Baker, F., & Morga, K. (2010). The singer or the singing: Who sings individually to persons with dementia and what are the effects? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* **25**(8), 641-649.
- Chu, H., Yang, C-Y., Lin, Y., Ou, K.L., Lee, T-Y., O'Brien, A. P., & Chou, K-R. (2013). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing*. 2: doi: 10.1177/1099800413485410.
- Cook, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., & Murfield, J. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychol.* **15**(5), 765-776.
- Davidson, J. W., & Fedele, J. (2011). Investigating group singing activity with people with dementia and their caregivers: problems and positive prospects. *Music Science* **15**(3) 402-422.
- DeLeon, I. G., Iwata, B. A., Conners, J., & Wallace, M. D. (1999). Examination of ambiguous stimulus preferences with duration based measures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **32**, 111-114.
- Garland, K., Beer, E., Eppingstall, B., & O'Connor, D. W. (2007). A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. **15**(6), 514-521.
- Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. *Journal. Gerontological Nursing*. **31**(6), 22-30.
- Gregory, D. (2002). Four decades of music therapy behavioral research designs: a content analysis of Journal of music therapy articles. I: *Journal of Music Therapy*. **39**(1): 56-71.

- Guétin, S., Portet, F., & Picot, M. C. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type of dementia: randomized, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* **28**(1) 36-46.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S. L., (2003). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies* **46**(4), 422-430.
- Hall, B., Lipton, R. B., & Sliwinski, M. (2009). Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. *Neurology*, **73**(5), 356-361.
- Hanser, S. B. (2005). Applied Behavior Analysis. I: Wheeler, B. (red). *Music Therapy Research* (2:a ed). Gilsum NH: Barcelona Publ.
- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodkinson, S., & Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics* **18**(4), 623-630.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*. UK: Open University Press.
- Kumar, A. M., Tims, F., Cruess, D. G., Mintzer, M. J., Ironson, G., & Loewenstein, D. (1999). Music Therapy Increases Serum Melatonin Levels in Patients with Alzheimer's Disease. *Alternative Therapies*, **5**, 49-57.
- LeBlanc, L. (2010). Integrating Behavioral Psychology Services Into Adult Day Programming for Individuals With Dementia. *Behavior Modification*. **34**(5): 443-458. doi: 10.1177/0145445510383528.
- Mangialasche, F., Solomon, A., Winblad, B., Mecocci, P., & Kivipelto, M. (2010). Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* **9**(7): 702-716.
- Ochsner Ridder, H. M. (2005). *Musik og demens – musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Aarhus: Forlaget Klim.
- O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2009a). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, **21**, 225-240.
- O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2009b). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, **21**, 241-251.
- Raglio, A., Bellelli, G., & Traficante, D. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Association Disorders*. **22**(2), 158-162.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*. **51**(5), 317-323.
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvaleb, L. G., & Gold, Ch. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*. doi.org/10.1080/13607863.2013.790926.
- Sherratt, K., Thornton A., & Hatton, C. (2004). Emotional and behavioral responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging and Mental Health*. **8**(3), 233-241.

- Skingley, A. & Vella-Burrows, T. (2010). Therapeutic effects of music and singing for older people. *Nursing Standard*, **24**(19), 35-41.
- Sung, H. C., Chang, A. M., & Lee, W. L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* **19**(7-8), 1056-1064.
- Sung, H. C., Lee, W. L., Chang, A. M., & Smith, G. D. (2011a). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term facilities. *Journal of Clinical Nursing* **20**(11-12), 1776-1783.
- Sung, H. C. Lee, W. L. Li, T. L. & Watson, R. A. (2011b). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.2761.
- Suzuki, M., Kanamori, M., Watanabe, M., Nagasawa, S., Kojima, E., Ooshiro, H., & Nakahara, D. (2004). Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with Dementia. *Nursing and Health Sciences*, **6**, 11-18.
- Suzuki, M., Kanamori, M., Nagasawa, S., Toikiko, I., & Takayuki, S. (2007). Music therapy-induced changes in behavioural evaluations, and saliva chromogranin A and immunoglobulin A concentrations in elderly patients with senile dementia. *Geriatrics and Gerontology International*, **7**, 61-71.
- Svandottir, H. B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, **18**(4), 613-621.
- Takahashi, T., & Matsuhita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. *Journal of Music Therapy*, **43**, 317-33.
- Thomson, R. G., Moulin, C. J., Hayre, S., & Jones, R. W. (2005). Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients. *Experimental Aging Research* **31**(1), 91-99.
- Van de Winckel, A., Feys, H., & De Weerd, W. (2004). Cognitive and behavioral effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* **18**(3), 253-260.
- Vink, A. (2013). *Music Therapy for Dementia. The effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. PhD-thesis. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Wheeler, N. L., & Johnson, E. (2010) Dementia care 3: evaluating the effects of wellbeing reviews on residents and staff. *Nursing Times*, **106**(26).
- Ziv, N. Granot, A. Hai, S., & Haimov I. (2007). The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy* **44**(4) 329-343.

Internet

Kungl. Musikhögskolan, KMH. u.å. Hämtad 2014-08-27 från <http://www.kmh.se>

Sen