

Magisteruppsats i musikpedagogik

Inriktning musikterapi

Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö

En litteraturstudie om musikterapi och intensivvård

Katarina Pernler

2009



Kungl. Musikhögskolan i Stockholm

Magisteruppsats i musikpedagogik

Inriktning musikterapi

Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö

En litteraturstudie om musikterapi och intensivvård

Katarina Pernler

2009

Handledare: Ann-Sofie Paulander Bäck

Institutionen för musik, pedagogik och samhälle
Kungl. Musikhögskolan i Stockholm

Abstrakt

Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö är en litteraturstudie inom ämnesområdet musikterapi och intensivvård. Syftet var att undersöka hur området har beskrivits i texter om musik respektive musikterapi och intensivvård. Urvalet av litteratur, arton texter, avgränsades med ett undantag till musik och musikterapi i vård av vuxna intensivvårdspatienter och omfattar perioden 1997- 2007. Författarna är sjuksköterskor eller musikterapeuter från olika länder och litteraturen en blandning av vetenskapliga artiklar, böcker och andra texter, både kvantitativt och kvalitativt orienterade. Hermeneutisk tolkningsanalys användes. Musikterapiens syfte, metod, funktion, utvärdering och resultat undersöktes liksom vilken kunskap som låg till grund för behandling och musikval. Slutligen undersöktes synen på ”mötet” i terapin. Resultatet visade att ett gemensamt drag i de studerade texterna var att musikterapi använts för att behandla patienter med kommunikationssvårigheter. Två huvudteman identifierades: "Att få kontakt genom sångimprovisation" samt "Att påverka genom musiklyssning". De båda yrkeskategorierna tenderade att skriva utifrån skilda vetenskapliga perspektiv. Skillnader i musiksyn baserad på skillnader i kunskap och kontext noterades också. Musikens funktion som bärare av det humana i en tekniktät miljö uttrycktes mer eller mindre uttalat i flertalet texter.

Music as a carrier of the humane in technologically intense environments is a literature review in the field of music therapy and intensive care. The aim of this thesis was to investigate how the field has been described in literature about music or music therapy and intensive care. The selection of literature, eighteen texts, was defined - with one exception - to include music and music therapy with adult patients in intensive care and cover the period 1997-2007. The authors are registered nurses or music therapists from different countries and the literature a mixture of scientific articles, books and other texts, both quantitative and qualitative inspired. Hermeneutic inquiry was used. The aim of the music therapy, method, function, evaluation and effect was investigated as well as which knowledge that constituted the basis of treatment and of music choice. Finally the role of “meeting” in therapy was investigated. The result indicated that a common feature in all the studied texts was that music therapy had been used to treat patients with communication difficulties. Two main themes were identified: “To get in contact through song improvisation” and “To influence through music listening”. The both categories of professionals tended to write from different scientific perspectives. There were also differences in understanding of music based on differences in knowledge and context. The function of music as a carrier of the humane in technologically intense environments was expressed more or less clear in the majority of the texts.

Innehållsförteckning

Abstrakt	1
Innehållsförteckning	2
1. Bakgrund	4
1.1 Inledning	4
1.2 Musikterapi	4
Introduktion	4
Musikterapins teoretiska fundament	5
Musikterapeutiska modeller och metoder	6
Utbildning	9
Författarens bakgrund	10
1.3 Intensivvård	10
Inledande beskrivning	10
Terminologi	11
Patienters upplevelse av intensivvård	14
Användning av musikinterventioner inom svensk intensivvård	16
1.4 Sammanfattning	17
1.5 Syfte och frågeställning	18
2. Teoretiskt perspektiv	19
2.1 Hermeneutik	19
Modern hermeneutik	19
Sammanfattning	21
3. Metod	22
3.1 Litteraturstudiens genomförande	22
3.2 Analys	22
3.3 Kvalitet och relevans	23
4. Litteraturstudien	24
4.1 Att få kontakt genom sångimprovisation	24
Kennelly & Edwards - Fokus på det friska	24
Gustorff - Erbjudande om kontakt	27
Baker & Tamplin - Mångfacetterat förhållningssätt	29
4.2 Att påverka genom musiklyssning	32

Baker - Möte med något välbekant	32
Chlan - Ett uns av kontroll genom musik.....	34
Övriga författare - Försök till bevis	37
4.3 Sammanfattning.....	41
5. Diskussion.....	44
5.1 Inledning.....	44
5.2 Metoddiskussion	44
5.3 Resultatdiskussion.....	45
Textunderlag.....	45
Musiksyn.....	46
Att integrera två vetenskapliga perspektiv	47
Kunskap	50
Musikterapi, Music Therapy och Music in Medicine	52
Sammanfattande reflektion - Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö.....	54
Fortsatt forskning.....	55
6. Referenser	58
6.1 Tryckta referenser	58
6.2 Elektroniska referenser	62
6.3 Muntliga referenser	63

1. Bakgrund

1.1 Inledning

Musik och musikterapi inom intensivvård är ett föga utforskat område. Det finns dock ett mindre antal studier och texter från olika delar av världen. I denna uppsats, som är en litteraturstudie, har några av dem valts ut för utforskande och diskussion.

Uppsatsens kapitel ett ger inledningsvis en bakgrund till områdena musikterapi respektive intensivvård och avslutas med en redogörelse av uppsatsens syfte och frågeställning. I kapitel två redogörs för uppsatsens vetenskapliga perspektiv – hermeneutik, i kapitel tre studiens metodiska upplägg och i kapitel fyra följer en presentation av litteraturstudiens resultat. Uppsatsen avslutas i kapitel fem med en diskussion.

1.2 Musikterapi

Den nedan följande presentationen av musikterapi inleds med en introduktion som på ett kortfattat sätt visar musikterapiens bakgrund och verksamhetsfält. Därefter följer en presentation av musikterapiens teoretiska fundament, samt de internationellt sett viktigaste musikterapeutiska modellerna och metoderna. En beskrivning av den svenska musikterapeututbildningen vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm följer och i samband med detta presenteras också psykodynamiskt grundad musikterapi. Avslutningsvis redogör författaren för sina egna erfarenheter av det studerade området.

Introduktion

Det verkar vara en välkänd erfarenhet för de flesta att musik kan beröra oss djupt och långvarigt. Detta är inget nytt i vår kultur utan tycks vara lika gammalt som berättelsen om musik. Både i Bibeln och i antikens etoslära hänvisas till musikens förmåga att påverka. Synen på musik och dess relation till människa och hälsa har bland annat påverkats av utvecklingen inom filosofi, religion och naturvetenskap. Det finns många exempel på hur musik under historiens gång använts i hälsofrämjande syfte (Ruud, 2001).

Den nutida musikterapi växte fram efter andra världskriget och den första musikterapeututbildningen startade 1944 på Michigan State University i USA. Idag finns ett trettioåttal musikterapiorganisationer i olika länder. 1985 bildades World Federation of Music Therapy (www.njmt.no). Det största internationella forumet är "Voices" som är en elektroniskt publicerad tidskrift (www.voices.no). Svenska föreningen för musikterapi, SFM, bildades 1973. Numera heter den FMS, Förbundet för musikterapi i Sverige, och samlar en stor del av de svenska musikterapeuterna (www.musikterapi.se).

Musikterapeuter verkar inom olika kliniska verksamhetsfält. I Sverige arbetar musikterapeuter bland annat inom psykiatri, neurologisk rehabilitering, onkologisk rehabilitering, geriatrik, pediatrik, specialpedagogik, habilitering, i privatpraktik med psykoterapeutiskt inriktad musikterapi samt i förebyggande arbete och i insatser för att öka kreativitet (Forss Wårja, 1999).

I en del länder är musikterapi en behandlingsform som är officiellt erkänd av politiska, kliniska och akademiska institutioner eller organisationer. Musikterapi betraktas som en disciplin vid sidan av andra paramedicinska yrken som sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och psykolog. I andra länder, exempelvis Sverige, har dock musikterapi ännu inte vunnit fullt erkännande som vetenskap och profession (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002).

Musikterapiens teoretiska fundament

Musikterapiens teoretiska grundval utgörs av musikpsykologi samt teorier om terapi. Följande avsnitt baseras på "A Comprehensive Guide to Music Therapy" (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002).

Musikpsykologi

Musikpsykologi är ett relativt nytt forskningsfält som befinner sig i skärningspunkten mellan musikvetenskap, psykologi, antropologi och neurologi. Viktiga ämnen inom detta område inkluderar:

- musikens funktion i mänsklighetens liv och historia
- musikens funktion i en persons liv och identitet
- auditiv perception och musikaliskt minne
- auditiv fantasiförmåga (auditory imagery)
- hjärnans processande av musikalisk stimulans
- ursprunget till musikalisk förmåga och utvecklandet av musikaliska färdigheter
- musikens och musikaliska preferensers mening i formandet av identitet
- psykologin kring musikaliska framträdanden och komposition

Några områden som är av speciellt intresse i musikterapeutiska sammanhang är psykoakustik och det auditiva systemet, neurologiska aspekter av musikerfarenhet, musikalisk begåvning och hemisfärisk dominans, tidiga responser på musik och ljud i barns utveckling samt emotionella effekter av musik.

Teorier om terapi

Musikterapi har på olika sätt influerats av utvecklingen inom olika terapiformer. Tre huvudsakliga terapeutiska skolor har med tiden utkristalliserats för behandling av mental ohälsa, känslomässiga störningar och psykologiska problem:

- Psykoanalytisk/psykoterapeutisk terapi: Denna terapimodell inkluderar en rad förhållningssätt vilka förlägger orsaken till emotionella störningar hos ”det omedvetna”. Därför ligger fokus för de terapeutiska interventionerna på att undersöka och förstå dolda eller ”omedvetna” drifter och känslor.
- Beteendeterapi: Detta förhållningssätt betraktar i allmänhet endast det uppenbara beteendet som signifikant, och terapeutiska förhållningssätt tenderar att fokusera på behandling och modifierande av beteende.
- Traditionell neuropsykiatri: Detta förhållningssätt betraktar fysiologiska eller kemiska störningar som den primära orsaken till känslomässig störning och som konsekvens därav används medicin eller primärt fysiologiska metoder som terapeutisk intervention.

Det är främst de förstnämnda terapeutiska skolorna som bidragit till formandet av det ursprungliga teoretiska fundamentet för utveckling av musikterapeutisk teori och praktik. I USA har det beteendeterapeutiska synsättet dominerat medan det psykoanalytiskt/psykoterapeutiskt inspirerade förhållningssättet dominerat i Europa. Två parametrar som tydligt skiljer de båda förhållningssätten åt är hur man betraktar relationen mellan klient och terapeut samt mål och förväntningar på terapin.

Musikterapeutiska modeller och metoder

Musikterapi kan användas i behandling av människor i alla åldrar, av olika orsaker och i olika syften. Den kan bedrivas individuellt eller i grupp. I *expressiv* musikterapi använder man musik för att uttrycka sig medan *receptiv* musikterapi baseras på musiklyssnande. Det finns även metoder som kombinerar expressiva och receptiva tekniker och musikterapi kan ibland även innehålla moment av lek, bild, rörelse eller annan skapande verksamhet. En ytterligare distinktion som kan göras är mellan musikterapeutiska modeller/metoder som använder musik *i* terapi respektive musik *som* terapi.

Det finns en mängd olika musikterapeutiska modeller och metoder spridda över världen. Nedan kommer fem av de internationellt mest kända och erkända musikterapeutiska modellerna att presenteras i korthet. Även tre viktiga musikterapeutiska metoder beskrivs kortfattat. Hela detta avsnitt baseras på "A Comprehensive Guide to Music Therapy" (Wigram et al, 2002) om inte annat anges.

Guided Imagery and Music - The Bonny Model (GIM)

GIM utvecklades under 1960-talet av violinisten Helen Bonny som verkade som musikterapeut vid Maryland Psychiatric Research Center i Baltimore, USA. GIM är en självständig psykoterapeutiskt inriktad behandlingsmetod där man arbetar med det inre förnimmandet i ett förändrat medvetandetillstånd. Modellen kombinerar samtal, avslappningsteknik och musiklyssning till utvald klassisk musik. Under det att musiken pågår berättar klienten om sina inre upplevelser. Musiken används aktivt och ses som det bränsle, den energi, som hjälper till att forma den inre världen. Terapeuten är närvarande i förloppet

genom att stödja och härbärgera klientens upplevelse. GIM är ett exempel på en receptiv musikterapimodell.

Analytically Oriented Music Therapy - The Priestley Model

Analytiskt orienterad musikterapi bygger ursprungligen på violinisten Mary Priestleys kombination av psykoanalys och musikterapi utvecklad i 1970-talets England. Senare har modellen kompletterats utifrån kunskaper om kommunikationsteori, utvecklingspsykologi och teorier om psykosociala orsakssammanhang och personlighetsutveckling. Priestleys modell kom att bli en motpol till den beteendeterapeutiska musikterapin (se nedan).

Inom analytiskt orienterad musikterapi skapar musikterapeut och klient musik tillsammans genom improvisation. Terapeuten ansvarar för att klienten ska känna sig trygg nog att uttrycka sig fritt i musiken och är samtidigt ansvarig för att stödja och ta hand om det emotionella material klienten uttrycker. Ibland kan terapeuten också spela komponerad eller improviserad musik för klienten i syfte att trösta och stödja. Den verbala delen av musikterapin är betydelsefull. En musikterapi-session inleds vanligtvis med ett samtal om vad som är viktigt här och nu och det ges utrymme för verbala reflektioner kring den musik som spelas. Analytiskt orienterad musikterapi använder både musik *i* terapin och musik *som* terapi.

Creative Music Therapy - The Nordoff-Robbins Model

Creative Music Therapy kallas också Nordoff-Robbins-metoden efter sina skapare Paul Nordoff, amerikansk kompositör och pianist, och Clive Robbins, specialpedagog, utbildad i England. Modellen bygger på mestadels tonal, gemensamt improviserad musik och är således expressiv. Vikt läggs vid att musiken ska vara fri från konventioner och att den ska bygga på musikaliska arketyper, exempelvis olika skalor. Terapeuten etablerar en musikalisk ram med tydlig rytm och puls. Ofta sjunger deltagarna om det som sker i rummet i syfte att fokusera på nuet och skapa en musikalisk kontext. Klientens alla musikaliska uttryck uppmuntras och reflekteras, matchas eller speglas i musikaliska svar. Musiken i sig ses som det centrala och används här *som* terapi. Musiken blir en sfär för upplevelser, ett medel för kommunikation samt en bas för aktivitet och metoden är helt icke-verbal.

Free Improvisation Therapy - The Alvin Model

Denna expressiva musikterapimodell utvecklades av den brittiska cellisten Juliette Alvin mellan 1950 och 1980. För sin tid var den revolutionerande eftersom den inte innehöll några restriktioner eller direktiv för hur eller vad som skulle spelas i musikterapi-rummet. Förhållningssättet är öppet och tillåter musik i alla tänkbara former. Exempelvis kan fri improvisation bestå av både tonal och atonal musik och inga regler eller anvisningar ges om inte klienten efterfrågar det. Relationen till terapeuten representeras till en början av terapeutens instrument. Man kan säga att den musikaliska relationen är en startpunkt för den fortsatta utvecklingen i terapin.

Behavioural Music Therapy

Behavioural Music Therapy (beteendeterapeutisk musikterapi) har framförallt utvecklats i USA och är en av de vanligast förekommande modellerna där. Musik används för betingad förstärkning eller som stimulans-signal för att öka eller modifiera eftersträvar beteenden och för att utsläcka oönskade beteenden. Musik kan användas som signal, som strukturerande element avseende tid och rörelse, som uppmärksamhetsfokus och som belöning. Behavioural Music Therapy används för att modifiera fysiologiska, motoriska, psykologiska, känslomässiga, kognitiva, perceptuella eller autonoma beteenden. Musiken används tillsammans med en plan för beteendemodifiering och den väljs utifrån sin förmåga att stödja önskad förändring. Med vissa patientgrupper används strukturerad musikaktivitet såsom sång, musik och rörelse, spel och dans för att främja icke-musikaliska mål som till exempel socialt engagemang, fysisk aktivitet och kommunikation.

Physiological Responses to Music

Det finns studier gjorda över hur musik påverkar oss fysiologiskt. De visar att musik kan påverka exempelvis hjärtfrekvens, blodtryck, andning, hudtemperatur, arousalnivå (se s. 12) samt hjärnvågor (elektroencefalografi). Stimulerande musik tenderar att frigöra kroppsenergi, framkallar kroppsligt agerande samt ökar hjärtfrekvens och blodtryck, medan lugnande eller avslappnande musik kan sänka hjärtfrekvens och blodtryck, minska arousalnivå och verka allmänt lugnande. En del forskare har försökt visa att specifika musikstycken skulle kunna påverka sambandet mellan hjärtfrekvens, blodtryck och oro men man har inte kunnat bekräfta detta på ett övertygande sätt. Individuell musiksmak är en faktor som påverkar vilken fysisk effekt musiken har. Den faktor i musiken som framförallt avgör om musik är stimulerande eller avslappnande är *förutsägbarheten*. Musik som är stabil och förutsägbar bidrar till avslappning medan musik byggd på variation, oförutsägbarhet och plötsliga, oväntade förändringar kommer att bidra till högre arousalnivå och stimulans.

En specifik fysiologisk behandlingsform är *vibroakustisk terapi* där musik spelas via högtalare in i en stol eller säng där patienten ligger. Patienten upplever direkt vibrationerna som skapas av musiken. Detta är en receptiv form av musikterapi som trots detta inte omfattar någon terapeutisk relation. Vibroakustisk terapi har huvudsakligen använts inom fem områden: Smärthantering, muskulära problem, andningsproblem, psykologiska problem samt allmänna fysiska besvär som till exempel stress.

Music in Medicine

"International Society of Music in Medicine" är en förening vars medlemmar framförallt är läkare men som också inkluderar sjuksköterskor, psykologer och musikterapeuter. Music in Medicine omfattar alla tillämpningar av musik och musikterapi som syftar till att förebygga, behandla och återhämta sig från sjukdom. Musik och musikterapi kan relatera till medicinsk behandling på olika sätt:

A) Som stöd för den medicinska behandlingen (t ex musiklyssning under dialys)

B) Som en likvärdig partner till medicinsk behandling (t ex sång i kombination med medicinering som behandling mot andningsproblem)

C) Som primär intervention vid ett medicinskt tillstånd (t ex musiklyssning för att minska smärta)

Music and Healing

Wigram et al (2002) konstaterar att människan har använt musik i syfte att hela (healing) allt sedan civilisationens gryning. Det finns ett direkt band från klassisk grekisk musikfilosofi till många nutida former av helande. Begreppet "healing" definieras inte explicit i texten av Wigram et al men mitt intryck är att det handlar om "att göra helt", det vill säga att läka brister eller skador hos människan på ett fysiskt, psykiskt och/eller andligt plan. Några exempel på Music and Healing är kropps- och röstarbete enligt Paul Newham (1993, 1998), olika typer av ritualer och shamanism (Cissoko, 1995; Kenny 1982; Moreno, 1988) samt lyssningsteknologi enligt Tomatis (2000, 2004). Den avgörande skillnaden mellan musikaliskt helande och musikterapi är, enligt Wigram et al (2002), ontologisk. Skillnaderna handlar om hur man förstår människan, musiken, den terapeutiska relationens potential samt musikupplevelsens helande potential. En likhet som kan finnas mellan musikterapi och musikaliskt helande är synen på musik *som* terapi.

Utbildning

Utbildningar till musikterapeut finns vid universitet och högskolor i hela världen. Vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm finns en musikterapeututbildning om 90 högskolepoäng som leder fram till magisterexamen. Den är en påbyggnadsutbildning som förutsätter att den sökande har en akademisk/musikalisk högskoleutbildning (www.kmh.se). Huvudmomenten innefattar musikalisk skicklighet, musikterapiteori, egenterapi samt handledd praktik. Grundsynen är psykodynamisk och fokus ligger på användning av musikupplevelse, musikaliskt skapande och samspel utifrån terapeutiska, hälsofrämjande, pedagogiska, sociala och andra ändamål (Hammarlund, 1999). Kortfattat baseras det psykodynamiska synsättet på

...två viktiga grundantaganden. För det första att omedvetna psykiska processer påverkar människans beteende och utgör en styrande kraft i hennes utveckling. För det andra att barndomens erfarenheter lever vidare i nuet och har betydelse för formandet av den vuxna personligheten (Havnesköld & Mothander, 2003, s.10).

Dessa grundantaganden gäller således också i psykodynamiskt grundad musikterapi. Denna form av musikterapi hämtar inspiration och metoder från de ovan beskrivna Analytically Oriented Music Therapy, Creative Music Therapy, Free Improvisation Therapy samt Guided Imagery and Music. Dessa musikterapeutiska skolor har alla en starkt internationell förankring och används inom de musikterapeututbildningar som finns i Europa idag (Wigram et al, 2002).

I Sverige finns även utbildning i metoderna "Funktionsinriktad musikterapi", (www.fmt-metoden.se) samt "Ronnie Gardiner Rhythm Music Method", (www.rgrm.se). Dessa metoder tas inte upp i denna uppsats.

Författarens bakgrund

Författaren till denna uppsats är musikterapeut och utbildad vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm. Hon har tidigare erfarenhet av musikterapi med barn samt musikterapi med strokedrabbade patienter. Hennes kandidatuppsats handlade om musik och identitet i samband med stroke (Pernler, 2001). Författaren har ingen egen erfarenhet av intensivvård vare sig som behandlare eller som patient. Detta kan ses som en brist, men innebär förhoppningsvis att författarens tänkande inte påverkas av känslor grundade i den ena eller andra erfarenheten.

1.3 Intensivvård

I följande avsnitt ges först en översiktlig beskrivning av intensivvård. Därefter följer rubriken "Terminologi" där de begrepp, behandlingsformer och sjukdomstillstånd som nämns i uppsatsen förklaras. Tre doktorsavhandlingar som undersökt och beskrivit hur patienter upplever intensivvård presenteras kortfattat. Slutligen berörs användandet av musikinterventioner inom svensk intensivvård.

Inledande beskrivning

På alla större sjukhus finns en intensivvårdsavdelning, IVA. Behandling på IVA kan vara aktuell vid livshotande sjukdomstillstånd, efter olika typer av trauma som våld eller olycka samt i samband med större operationer (Erichsen, 2008). På IVA arbetar specialutbildade läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. Man använder avancerad medicinsk-teknisk utrustning inklusive datorer för behandling och övervakning. Patienterna lämnas aldrig ensamma utan personal finns vid deras sida dygnet runt (www.sodersjukhuset.se).

På intensivvårdsavdelningar kan både enkelrum och flerbäddsrums (2-4 sängar) finnas. Flerbäddsrums är vanligast eftersom det går åt färre sköterskor för att sköta övervakningen jämfört med enkelrum. I flerbäddsrums åtskiljs sängplatserna av vikskärmar och/eller tygförhängen och det är vanligt med konstant skarpt ljus och höga ljudnivåer (Almerud & Petersson, 2004; Erichsen, 2008; Fowler-Byers & Smyth, 1997). Det förekommer att IVA-avdelningar har övernattningsmöjligheter för närstående men författarens intryck är att detta inte är vanligt (www.sodersjukhuset.se). Patienternas vistelsetid på IVA varierar från någon enstaka dag till veckor och ibland månader. Efter vistelse på IVA flyttas man till annan avdelning för fortsatt vård. En del IVA-vistelser slutar med att patienten avlider (Erichsen, 2008).

Att vara patient på en intensivvårdsavdelning innebär att vara ständigt övervakad, att genomgå frekventa medicinska kontroller och observationer samt att anpassa sig till en mängd omvårdnadsrutiner. Som patient på IVA behöver man hjälp med det mesta: personlig hygien, rensugning av luftvägar, att vända sig etc. (Granberg Axèll, 2001). En svårt sjuk patient har ofta nedsatt funktion i flera organ, därför kopplas kroppen till en samling slangar och tuber som är anslutna till medicinsk-teknisk utrustning (Almerud, 2007). Bland patienter med hjärnskador är medvetlöshet vanligt (Erichsen, 2008).

Vissa intensivvårdstekniker kräver att patienten hålls lätt sederad (sövd), vilket innebär risk för yttlig sömn och förvrängda minnesbilder. Patienter som överlever sjukdom och intensivvård bär ibland med sig minnen av mardrömmar, hallucinationer och paranoida vanföreställningar. Sådana minnen är förknippade med utveckling av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (Erichsen, 2008). Samuelson (2006) redovisar att 5 % av patienterna led av höggradig oro, 8 % av depression och 8 % av akut PTSD två månader efter utskrivning från IVA.

Terminologi

Nedan beskrivs och förklaras kortfattat några begrepp, behandlingsformer och sjukdomstillstånd som nämns i uppsatsen. Det ska inte uppfattas som någon heltäckande beskrivning av intensivvård, utan är enbart till för att underlätta för läsaren.

Traumatisk hjärnskada

Traumatisk hjärnskada uppstår vid penetration, slag eller stötar mot huvudet. Allt efter grad och längd av initial medvetandeförlust kan en traumatisk hjärnskada kategoriseras som minimal, lätt, moderat eller svår. De svåra skadorna innebär en medvetandeförlust som handlar om timmar eller flera dygn och karaktäriseras initialt på Glasgow Coma Scale 3-8 (bil 2). Traumatisk hjärnskada kan i allvarliga fall leda till att patienten hamnar i *koma* och senare, om patienten blir bättre, förvirringstillstånd (www.ugeskriftet.dk).

Koma

Koma, från grekiskans *koma* som betyder djup sömn, är en längre period av medvetlöshet där personen inte visar något som helst viljeinriktat beteende. I djup koma fungerar inte normala reflexer och smärtsamma stimuli ger inte respons. Medvetlösheten kan vara från minuter till år och beror på störningar i funktionen i cerebrala cortex (störd medvetenhet) och/eller funktionen i de strukturer som utgör retikulära aktiveringssystemet, RAS (störd arousal). Graden av medvetlöshet beror på hur allvarlig skadan är och var den är belägen. Vissa patienter svarar överhuvudtaget inte på stimuli, andra svarar på vissa stimuli, även om svaren kan vara inkonsistenta. Andning och andningsfrekvens kan vara ojämn och svag. Om smärta upplevs kan patienten bli rastlös och agiterad eller verka spänd och obekvämt (Baker & Tamplin, 2006).

Åsikterna går isär huruvida patienter i koma uppfattar något och hur de i så fall upplever omvärlden. En vanlig åsikt verkar vara att medvetslöshet är detsamma som att vara utan upplevelse beroende på skador i hjärnan samt avsaknad av respons (Se t ex Damasio, 2002, kap 8). Mycket få komapatienter tillfrisknar så pass att de kan berätta om sina erfarenheter, om de överhuvudtaget minns dem. Tosch (1988) visar emellertid att 8 av 15 patienter i en studie hade minnen från komaperioden. Patienter i koma som i någon mening är medvetna om sin omgivning upplever den på ett annorlunda sätt. Upplevelser blir hotande eller skrämmande när de inte kan placeras i en riktig kontext, eftersom intellektuella, analyserande och verklighetsrelaterade färdigheter är frånvarande eller skadade (Gustorff & Hannich, 2000).

Förvirringstillstånd

Förvirringstillstånd är ett stadium i tillfrisknande från hjärnskada som följer efter en komaperiod. Det karaktäriseras av dålig orienteringsförmåga, utagerande och oförmåga att lära och korrelerar med en period av spontan återhämtning i hjärnan. Människor i förvirringstillstånd löper risk att skada sig själva och andra. Eftersom de misstolkar omgivningen och inte har förmåga att behålla ny information i minnet kan de försöka rymma, avlägsna bandage och katetrar, vara aggressiva mot sig själva och andra samt göra motstånd mot medicinsk behandling och omvårdnad. Utagerandet kan också bestå i störd kommunikation, stört beteende samt stört kognitivt fungerande. Farmakologisk behandling med lugnande medel kan förlänga förvirringstillståndet. För att modifiera oönskade beteenden är det viktigt att vårdmiljön har en strukturerad rutin, engagerar patientens familj, är så hemlik som möjligt och förebygger okända situationer. Dessa åtgärder räcker dock inte alltid för att behärska symptomen (Baker, 2001a).

Arousal

Arousal är en generell term som används för att beskriva ett tillstånd av beredskap att handla. Arousal kontrolleras av retikulära aktiveringssystemet, RAS, som är det nätverk i hjärnstammen som reglerar vakenhetsgraden (Baker & Tamplin, 2006).

Hyperarousal

Vid detta tillstånd ligger arousalnivån över optimal nivå för orientering och deltagande i aktiviteter (Ibid.)

Hypoarousal

Här ligger arousalnivån under optimal nivå för orientering och fullt deltagande i aktivitet. (Ibid.)

Mekanisk ventilation (respiratorbehandling)

Mekanisk ventilation är en av de vanligaste behandlingsformerna som används på en intensivvårdsavdelning och är ofta den primära orsaken till inläggning (Chlan 2000, Erichsen

2008). Både *mekanisk ventilation* och *respiratorbehandling* är allmängiltiga begrepp. Mekanisk ventilation syftar på en fysiologisk process (som i och för sig kan genomföras utan respirator) medan ordet respirator syftar på själva maskinen. En respirator ansluts genom en slang (tub) som via munnen går ner i luftstrupen. Ett annat anslutningsalternativ är tracheotomi, vilket innebär att en tub kopplas direkt till luftstrupen genom ett hål i halsen. För att minska ångest och obehag hos respiratorbehandlade patienter ges vanligen lugnande (sederande) medel. Om en patient är sederad eller sövd är en gradfråga, samma läkemedel används. Hur man bedömer behovet av sedering kan variera mellan olika länder och också mellan olika sjukhus. Det handlar om en avvägning eftersom dessa medel har ett antal kända biverkningar. När patienten tillfrisknar behövs en avvänjningsprocess ur respiratorn till dess att patienten kan klara sig själv (Erichsen, 2008).

IVA-syndromet

Utvecklande av IVA-syndrom är en allvarlig komplikation som skadar patienten på olika sätt. Att skadas svårt eller att bli allvarligt sjuk innebär att en upplevelse av ett inre drama utvecklas och när man tas in på IVA ställs detta på sin spets. Att vakna upp efter respiratorbehandling i en främmande teknisk miljö kan hos en del patienter utlösa ett kaotiskt tillstånd med märkliga upplevelser av olika slag, så kallade överklighetsupplevelser. Patienten kan bli orolig och agiterad, försöka lämna sängen, dra i slangar och tuber och vara svår att nå. Detta kan leda till att patienten behöver sövas igen, vilket kan medföra komplikationer och förlänga tiden på IVA. IVA-syndromet kan kategoriseras som skrämmande och icke-skrämmande överklighetsupplevelser, störningar av rums- och tidsuppfattning och svårigheter att tala, tänka, minnas och förstå. Av alla intensivvårdspatienter utvecklar 20-60 % någon form av förvirringstillstånd (Granberg Axèll, 2001).

Posttraumatiskt stressyndrom

Människor som överlever allvarliga traumatiska händelser kan efter en tid utveckla *posttraumatiskt stressyndrom*, PTSD. Ju allvarligare eller utdragnare trauma desto större sannolikhet för att PTSD utvecklas. Med traumatisk händelse menas att patienten upplevt död eller dödshot eller allvarlig fysisk skada förenat med intensiv fruktan, rädsla eller hjälplöshet. Symptom på PTSD innefattar att

– *man återupplever händelsen* till exempel genom påträngande, plågsamma minnen, drömmar, fysiologiska reaktioner, flashbacks eller hallucinationer.

– *man försöker undvika traumarelaterade stimuli* som tankar, samtal, platser och människor. Man minns inte händelsen, känner sig isolerad, upplever begränsad förmåga att känna starka känslor mm.

– *man har symptom på hyperarousal*, exempelvis sömnstörningar, ilskeutbrott, irritabilitet, bristande koncentrationsförmåga, överdriven vaksamhet och/eller är mer lättskrämmd än vanligt.

Vissa tillfrisknar efter några månader; andra kan uppleva år av lidande och/eller inkapacitet vilket kan omöjliggöra arbete samt socialt och personligt fungerande (Morrison, 1995).

Patienters upplevelse av intensivvård

Hur är det att vara patient och genomgå intensivvårdsbehandling? Här beskrivs kort tre avhandlingar där författarna velat undersöka detta på olika sätt.

Bergbom-Engberg avslutade 1989 en retrospektiv intervjustudie med 304 patienter om deras upplevelser av att vårdas i respirator. Hon kunde konstatera att cirka 50 % av patienterna mindes respiratorbehandlingen. Medvetenhet om tiden i respirator ökade med behandlingens längd och de patienter som behandlades mer än sju dagar erfor i högre grad känslor och obehag som innehöll ängslan/rädsla, vånda/panik och mardrömmar. Färre traumapatienter med hjärnskador mindes behandlingen än opererade patienter och patienter med internmedicinska sjukdomar. Av de patienter som mindes situationen i respirator kunde 90 % i detalj beskriva sina minnen. De patienter som kom ihåg behandlingen (upp till fyra år efteråt) mindes den som huvudsakligen obehaglig och stressframkallande. Vanliga svårigheter och obehag som patienterna upplevde var:

- Ängest och/eller rädsla
- Kommunikationssvårigheter
- Obehag med slemmbildning och slemsugning
- Synkronisationssvårigheter
- Svårigheter att sova/vila

Respiratorsituationen tvingade patienterna att delvis ge upp integritet och oberoende. Samtidigt lämnades deras tankar, erfarenheter och känslor åt dem själva på grund av begränsade kommunikationsmöjligheter. Isolering på grund av kommunikationssvårigheter upplevdes som ett större problem än direkt luftvägsrelaterade behandlingsaktiviteter och visade sig vara huvudorsaken till allvarliga känslomässiga reaktioner som ångest/panik, ängslan/rädsla och osäkerhet. Bergbom-Engberg framhåller att även om en patient inte verkar alert och orienterad är informativ och stödjande kommunikation av stor vikt, likaså närvaro av släktingar och sjuksköterskor som patienten litar på (Bergbom-Engberg, 1989).

Granberg Axèll (2001) observerade 31 respiratorbehandlade patienter med en vårdtid över 36 timmar. Av dessa intervjuades 19 efteråt vid två olika tillfällen. Syftet var att få mer kunskap om vilka faktorer som påverkar utvecklingen av IVA-syndrom. Utifrån intervjuerna gjorde författaren följande sammanställning.

Skrämmande erfarenheter som väckte rädsla baserat på patienters beskrivningar och berättelser:

- Tillståndet av kaos vid uppvaknandet
- Att inte kunna tänka, tala eller minnas ordentligt

- Kroppsliga obehag såsom känsla av att flyta
- Oförutsedda händelser, aktiviteter och höga ljud
- "Okända" sjuksköterskor
- Inte kunna sova
- Obehagliga vårdåtgärder såsom borttagande av respiratorslang
- Frånvaro av släktingar och sköterskor som patienten litade på
- Dramatiska händelser där andra patienter var inblandade
- Utagerande, våldsamma och rastlösa patienter i samma rum
- Närvaro av "döden"
- Känslor av tomhet
- Smärta

Lugnande erfarenheter som hindrade eller lindrade rädsla:

- Närvaro av nära släktingar och/eller sjuksköterskor
- Omvårdande relationer (caring)
- Förbereddhet för förväntade obehagligheter och händelser
- Lugn och trygg omgivning
- Inga obehagliga och smärtsamma kroppsliga erfarenheter som har att göra med omvårdnad
- Behandlingar och erfarenheter som kan uthärdas
- Känna sig kapabel att kontrollera rädsla eller klara av att ta det lugnt och slappna av
- Overkliga erfarenheter uppfattas inte som skrämmande
- "God sömn"

Granberg Axells studie har ett bredare perspektiv än Bergbom-Engbergs. Hon fokuserar inte snävt på respiratorvården utan ser mer till patientens hela situation.

Ytterligare ett perspektiv ger Sofia Almerud som 2007 publicerade en intervjustudie med 9 intensivvårdspatienter. Syftet var att utveckla en kunskapsbas om vad det innebär att bli kritiskt sjuk eller skadad, och vårdad i en tekniktät miljö. Hon konstaterar att intensivvård i denna miljö får konsekvenser för patientens upplevelse av sig själv och sina behov samt för personalens bemötande av patienten. Att hamna på IVA innebär för många patienter en konfrontation med döden, en obegriplig omgivning, ett påtvingat beroende och en tvetydig (ambiguous) övervakning och osynlighet. Beträffande personalens bemötande av patienten så innebär vården närhet men inte ömsesidighet och datorer bidrar ibland till att skapa en falsk känsla av närhet. Vilket som är det största problemet för patient respektive personal sammanfaller inte alltid och ofta prioriteras teknologin.

En existentiell ensamhet uppstår när patienterna inte blir bekräftade i sitt lidande. Att vårdas i tekniktäta miljöer innebär en begränsning av och en bundenhet till apparatur, vilket ger en känsla av passivisering och instängdhet. Patienterna befinner sig, oreflekterat, i en tillvaro där teknologin tas för given och de fråntas kontrollen över sin kropp och sitt liv. Detta innebär ett frihetsberövande som också kränker integriteten. Den kritiskt sjuka människan kan inte själv påverka sin situation och autonomi blir beskuren. Patienterna ifrågasätter inte auktoriteterna

utan sätter sin tillit till vården och lägger sitt liv i vårdarnas händer. Detta skapar, å ena sidan trygghet, å andra sidan känslan av att vara utlämnad. Vårdaren upplevs agera utifrån organen och deras funktion, som teknologins förlängda arm. Patienterna ser sig härmed som objekt som ska övervakas. Genom att övervaka och avläsa såväl patient som apparatur, upplevs vårdarna ha god kontroll över den biologiska kroppen. Patienterna är iakttagna och övervakade, men känner sig marginaliserade som människor när teknologins starka stämma tystar den sjuka människan. (Almerud, 2007, s. 61)

I Almeruds text uttrycks följande problem/lidanden hos patienten:

- Livshot
- Skrämmande, svårförståelig miljö
- Existentiell ensamhet
- Passivisering, instängdhet
- Kontrollförlust
- Integritetskränkning
- Beskuren autonomi, utlämnad
- Man blir objekt
- Marginaliserad som människa

Detta skulle kunna motsvaras av följande *behov*:

- Personlig närhet, trygghet
- Lugn och trygg miljö och förklaring av miljön
- Benämning och bekräftande av den aktuella livssituationen
- Kontroll, initiativ, kommunikation
- Personligt bemötande med värdighet och respekt, integritet
- Bekräftelse och stöd av identitet
- Tydlighet och förklaringar i omvårdnad och behandling

Användning av musikinterventioner inom svensk intensivvård

Användandet av musik och musikinterventioner verkar vara en marginell förekomst inom svensk intensivvård. Det finns, såvitt författaren kunnat utröna, endast två mindre svenska studier gjorda i ämnet. Dessa är en uppsats på kandidatnivå; "Musikterapi - en omvårdnadsåtgärd. En studie med sederade ventilatorbehandlade intensivvårdspatienter" av Fredriksson (2003) och "Musikterapi - ett icke farmakologiskt behandlingskomplement för respiratorbehandlade intensivvårdspatienter" av Almerud & Petersson (2004).

Beträffande musikinterventioner och angränsande medicinska specialiteter bör magisteruppsatsen "Patienters upplevelser av designad ljud- och musikmiljö" (Fredriksson, 2006) nämnas samt avhandlingen "The effect of music and music in combination with therapeutic suggestions on postoperative recovery" (Nilsson, 2003). Samtliga hittills nämnda forskare är sjuksköterskor.

Ett fåtal musikterapeuter arbetar idag på svenska sjukhus men författaren har ännu inte funnit någon som arbetar inom intensivvård för vuxna. Musikterapeut Anne Olofsson har genomfört en hermeneutisk litteraturstudie i ämnet musik och musikterapi i cancervård för vuxna (Olofsson, 2006). Andra områden där musikterapeuter är verksamma är bland annat inom barnmedicin och neurologisk rehabilitering.

1.4 Sammanfattning

Att musik kan påverka och beröra oss är en allmänmänsklig erfarenhet som på olika sätt tagits tillvara under historiens gång. Den moderna musikterapi växte fram efter andra världskriget och musikterapi är numera ett internationellt etablerat begrepp. De teoretiska fundamenten för musikterapi utgörs av musikpsykologi respektive teorier om terapi. Musikterapi kan därmed beskrivas och utövas utifrån olika teoretisk grund, i olika syfte och med olika metoder. Man skiljer på expressiva metoder som innebär att man uttrycker sig med musik och receptiva metoder som innebär att man lyssnar på musik. Över hela världen finns utbildningar till musikterapeut på universitet och högskolor. Författaren till denna uppsats är utbildad i musikterapi på psykodynamisk grund.

Intensivvårdens främsta syfte är att rädda liv vid kritisk sjukdom eller olycka. Modern intensivvård präglas av en högteknologisk vårdmiljö där en del patienter rapporterar om isolering på grund av kommunikationssvårigheter, oro till följd av en svårförståelig omgivning, existentiell ångest och ensamhet, svårigheter att sova/vila, integritets- och kontrollförlust samt känsla av marginalisering. Patienter i koma löper risk att bli isolerade, patienter i förvirringstillstånd löper risk att skada sig själva och anses svåra att ha att göra med, patienter i respirator lider ibland av kommunikationssvårigheter som kan leda till, och förstärka känslor av, isolering, rädsla, existentiell ångest och marginalisering. En relativt vanlig allvarlig komplikation är IVA-syndromet som kännetecknas av oro, agitation, överklighetsupplevelser och störningar i rums- och tidsuppfattning. Starka känslomässiga reaktioner som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och oro förekommer ibland i efterförloppet till att ha blivit intensivvårdad. Musik och musikinterventioner är ännu en marginell företeelse inom svensk intensivvård.

1.5 Syfte och frågeställning

I samtal med personal som arbetar på IVA uppfattade jag att det fanns ett intresse av att veta mer om musik och musikterapi i samband med intensivvård. Detta ledde till att jag började inventera aktuell musikterapilitteratur samt litteratur om patientupplevelser av intensivvård. Eftersom det inom det musikterapeutiska kunskapsområdet inte finns någonting skrivet på svenska om musikterapi i intensivvård är det intressant att i en litteraturstudie undersöka hur musik och musikterapi beskrivs i detta sammanhang.

Syftet med föreliggande uppsats är därför att undersöka hur musik och musikterapi beskrivs i texter om musik/musikterapi och intensivvård. Ett syfte på lång sikt är att öka förståelse och kunskap om musik och musikterapi inom intensivvård hos såväl sjukvårdspersonal som musikterapeuter.

Frågeställningen lyder: Vilka erfarenheter beskrivs i litteraturen av användning av musik och musikterapi som komplement till intensivvårdsbehandling?

Frågeställningen inramas av frågor som: Vad är syftet med musikterapin? Vilken kunskap baseras behandlingen på? Hur går musikterapin till? Hur gör behandlarna sina musikval? Vilken är musikens funktion? Hur beskrivs mötet i musikterapin? Hur ser författarna själva på mötet i musikterapin? Hur utvärderas behandlingen? samt Vilket resultat beskrivs i utvärderingen?

2. Teoretiskt perspektiv

Uppsatsens teoretiska perspektiv är hermeneutik. Det som inom den hermeneutiska vetenskapsfilosofiska traditionen visat sig vara relevant för denna studie har valts ut och fått bilda röd tråd i nedanstående presentation. Kapitlet inleds med en beskrivning av begreppet hermeneutik och en kort historisk översikt, därefter beskrivs den moderna hermeneutiken. Som avslutning sammanfattas hermeneutikens huvudmoment.

2.1 Hermeneutik

Att föreliggande uppsats skrivits utifrån ett hermeneutiskt perspektiv föll sig naturligt då empirin utgörs av *texter* av olika slag. Begreppet hermeneutik syftar på tolkning och läran om tolkning och täcker både tolkningsteori och tolkningspraktik. Det kan användas brett och allmänt såväl som för att beskriva något snävt och specifikt (Kjørup, 1996). Hermeneutik har en nära koppling till de konstnärlig och musikaliska uttrycksformer som kräver tolkning för att upplevas och förstås och musikerapeuter använder sig av tolkning, bland annat för att förstå sina klienters uttryck och behov (Kenny, Jahn-Langenberg & Loewy 2005).

I och med att skriften uppfanns och avståndet till mottagaren ökade, både i tid och rum, ökade behovet av strategier för tolkning. Senare bidrog även reformationen, som ju bland annat var en tolkningsuppbyggelse, till hermeneutikens utveckling. Det gjorde också renässansens nyvaknade intresse för att studera och tolka de antika klassikerna. En viktig grundprincip vid tolkning var vid denna tid att delen endast kan förstås ur helheten och helheten endast ur delarna, dvs. ”den hermeneutiska cirkeln” (Kjørup, 1996).

1700-talet blev ett genombrott för den världsliga, icke-religiösa hermeneutiken. Schleiermacher betraktade hermeneutik främst som *förståelsens* konst. Han menade att förståelse är något allmänt och djupt mänskligt och att den är själva förutsättningen för mänsklig gemenskap. Schleiermacher vidgade därmed textbegreppet till att omfatta även samtida texter och muntliga yttranden. Spelet mellan del och helhet vidgades till att innefatta spelet mellan texten och upphovsmannens liv. Dilthey följde därefter upp Schleiermachers förståelsebegrepp genom att hävda att även *karaktären* av förståelsen är väsentlig (Kjørup, 1996).

Modern hermeneutik

I och med att förståelse uppmärksammas börjar hermeneutiken utvecklas från metodlära till filosofi. Ett par kända namn är den tyske filosofen Heidegger och hans elev Gadamer. Heidegger menar att all tolkning vilar på förståelse. Utolkaren dras in i en tolkningsprocess där ett spel uppstår mellan det som ska förstås och den som vill förstå (Kjørup, 1996). Enligt

Gadamer är "att förstå" att ta in textens sanning i sig. Han använder begreppet *förförståelse* för fenomenet att varje förståelse har sin utgångspunkt i en tidigare förståelse. Ett centralt begrepp hos Gadamer är mötet. Han framhåller mötets ömsesidighet och hur ett möte innebär möjlighet till förändring hos dem som möts genom så kallad "horisontsammanmätning". Gadamer förknippar konst med uttryckande och igenkännande av sanning. Han anser att konsten är sitt eget subjekt vars uppgift består i att bli den erfarenhet som förvandlar den som erfar (Gadamer, 1997).

Den franske filosofen Ricœur menar att vi behöver använda oss av olika perspektiv för att förklara och förstå livssituationer. Ett utmärkande drag hos Ricœur är att han relaterar olika tänkare till varandra och skapar något konstruktivt av den konflikt som uppstår mellan skilda synsätt. I "Från text till handling" (1993) diskuterar han *förklaring* (i naturvetenskaperna) kontra *förståelse* (i humaniora) och kommer fram till att en motsättning mellan de två vetenskapliga fälten är onödig. Förklaring och förståelse är inte uteslutande alternativ utan istället på varandra följande moment i en komplicerad tolkningsprocess. Förklaringen är metodisk, medan förståelse snarare är det icke-metodiska moment som i tolkande vetenskaper går samman med förklaringens metodiska moment. Förståelse föregår, ledsagar, avslutar och *innesluter* på så vis förklaring. I gengäld utvecklar förklaring förståelse analytiskt. Ricœur har också mötet som ett centralt tema i sitt tänkande men framhåller även konfliktens nödvändighet i förståelse av självet. Jag blir den jag är *tillsammans* med andra (Ricœur, 1992).

Hermeneutiken bär dock på validitetsproblem: Hur kan man exempelvis veta att man inte blivit så förblindad av sin förförståelse att man inte längre kan uppfatta vad tolkningsobjektet har att erbjuda? Här hänvisar Ödman (2004) till Gadamer och dennes begrepp *verkningshistoria*: genom att försöka förstå hur aspekter av vår verklighetsuppfattning uppkommit kan vår förförståelse åtminstone delvis synliggöras. Ödman konstaterar att tolkning inte bara innebär att ställas inför det tolkade objektets gåta utan också inför sin egen, det tolkande subjektets, gåta. Våra tolkningar av omvärlden begränsas också av rummet, till exempel vår kulturella tillhörighet, och av tiden.

Trots att det finns begränsningar kan vi inte undvara hermeneutik. Kristensson Ugglå (2004) skriver att förmågan att tolka blivit en nyckelkompetens i det framväxande kunskapssamhället med dess informationsöverflöd. Många av dagens sanningar lämnar inget utrymme för pluralism och accepterar sig inte som tolkningar. Den italienske filosofen Vattimo kallar denna hållning för starkt tänkande medan hermeneutiken representerar svagt tänkande med tolkningar relaterade till andra tolkningar (Vattimo, 1997).

Vi lever i hermeneutikens tidsålder och i slaget om verkligheten måste i vår tid lämna det starka tänkandets våldsamma konfliktlösningssmodeller för att i stället bejaka mängden tolkningskonflikter som ett uttryck för verklighetsrikedom i en värld av sårbarhet. (Kristensson Ugglå, 2004, s.40)

Detta citat speglar det faktum att var och en av oss baserar vår uppfattning om verkligheten på tolkningar.

Sammanfattning

Den hermeneutiska *cirkelspiralen* innebär att del relateras till helhet, vilken i sin tur ses i ny belysning. Därmed förändras förståelsen av delen, som åter igen relateras till helheten... i ett samspel som leder till ökad förståelse av både del och helhet (Alvesson & Sköldberg, 1994, s. 116). Tolkning och förståelse är således en *process* som ställer krav på öppenhet och beredskap till förändring för att den inte ska bli självbegränsande. Den hermeneutiska processen omfattar de fyra huvudmomenten förförståelse, förklaring, förståelse och tolkning.

Förförståelsen är själva förutsättningen för att vi alls kan förstå någonting. Den bygger på tidigare lärdomar och erfarenheter, upplevelser och känslor.

Förståelse har en ungefärlig synonym i begreppet insikt.

Förklaring ligger nära förståelse. Vi måste förklara för att förstå och för att kunna förklara måste vi ha förstått det vi förklarar. Förklaringen ger hjälp att åter följa med i en historia när den spontana förståelsen blockerats.

Tolkning är den akt varigenom jag inför mig själv och andra presenterar min förståelse (Ödman, 2004).

3. Metod

Uppsatsarbetet inleddes med en inventering av litteratur i ämnet. Sökandet gav vid handen att endast en mindre mängd fanns att tillgå inom det musikterapeutiska området och sökningen breddades därför till att även inrymma litteratur från det medicinska området. Eftersom litteraturen kom att bestå av en blandning av forskningsresultat och andra texter verkade det lämpligt att använda hermeneutisk tolkningsanalys.

3.1 Litteraturstudiens genomförande

Litteratursökning har gjorts på Google, Pubmed och Music Therapy World Journal Index med ledning av följande sökord: *musik, musikterapi, intensivvård, music, music therapy, intensive care, critical care*. Även Kungl. Musikhögskolans bibliotek, referenslistor i litteratur förknippad med ämnet samt bokförlagslistor har genomsökts.

Urvalet avgränsades till musik och musikterapi i vård av vuxna intensivvårdspatienter. Ett undantag har gjorts för en artikel som jag uppfattar som belysande trots att den handlar om barn i skolåldern (Kennelly & Edwards, 1997). Det visade sig att det finns ett ganska stort antal texter om musikterapi och musikinterventioner i intensivvård av spädbarn (neonatalvård). Dessa exkluderades dock eftersom neonatalvård i vissa avseenden skiljer sig från intensivvård av vuxna. Den främsta orsaken till detta är det prematura barnets annorlunda fysiologiska förutsättningar (Backhaus, 2009). Litteratur skriven före 1997 uteslöts likaledes, detta för att få en någorlunda aktuell bild och för att få ett hanterligt antal texter. Att just 1997 valdes som gräns beror på att det i det preliminära texturvalet fanns ett tidsmässigt glapp från detta årtal till tidigare skrivna texter.

Den utvalda litteraturen kom därmed att bestå dels av texter författade av sjuksköterskor vilka i huvudsak är inspirerade av kvantitativ metod, dels av kvantitativt och/eller kvalitativt inspirerade texter skrivna av musikterapeuter. Texterna är i huvudsak skrivna på engelska, en är dock skriven på tyska och en på svenska. De utgörs framförallt av artiklar publicerade i vårdvetenskapliga eller musikterapeutiska tidskrifter men ett par böcker förekommer också. Det material som ligger till grund för uppsatsen blev slutligen 18 stycken texter (bilaga 1).

3.2 Analys

Föreliggande uppsats bygger på *kvalitativ* metod, vilket innebär beskrivning och tolkning av processer till skillnad från *kvantitativ* metod som försöker beskriva erfarenhet genom mätning. I kvalitativ metod är forskaren som person del i processen och förväntas

perspektivera sitt eget perspektiv (Smeijsters, 1997). Hermeneutisk tolkningsanalys som används i denna uppsats innebär att studien baseras på förståelse och tolkning av texter.

Frågor som ställts till texterna har varit: Vad är syftet med musikterapi? Vilken kunskap baseras behandlingen på? Hur går musikterapi till? Hur gör behandlarna sina musikval? Vilken är musikens funktion? Hur beskrivs mötet i musikterapi? Hur ser författarna själva på mötet i musikterapi? Hur utvärderas behandlingen? samt Vilket resultat beskrivs i utvärderingen? Att just dessa frågor ställts har sin grund i författarens förförståelse. Den hermeneutiska processen präglas av att man ömsom relaterar del till helhet, ömsom helhet till del. I sökandet efter svar i texterna formulerades och omformulerades författarens egen förståelse och text.

3.3 Kvalitet och relevans

För att säkra kvaliteten i skrivarbetet har kontinuerliga anteckningar och skriftliga sammanfattningar gjorts vid genomläsning av materialet. Parallellt har författaren fördjupat sin egen förståelse genom att studera texter om intensivvård samt texter om patienters upplevelse av intensivvård. Besök på en intensivvårdsavdelning har också gjorts. Arbetet har pendlat mellan skapande och kontroll i form av återvändande till ursprungstexter.

Kapitlet "Litteraturstudien" innehåller ganska många citat för att läsaren ska kunna jämföra tolkningar med empiri. Vidare har författaren bemödat sig om akribi, det vill säga noggrannhet i fråga om exempelvis referenser, citat och egna åtgärder med andras texter. Beträffande tolkning har författaren försökt leva upp till Per-Johan Ödmans ord om att det dels gäller att

... skapa ett tolkningssystem med godtagbart och logiskt inre sammanhang (inre kontroll), dels att skapa ett tolkningssystem som har ett rimligt logiskt sammanhang med spåren (yttre kontroll) och rimmor med beprövad kunskap och kända omständigheter i natur och mänskligt liv (Ödman i Ödman, 2004, s.88).

Det är alltså författaren som satt ramarna för hur tolkningar gjorts i denna litteraturstudie. I detta avseende är uppsatsen en subjektiv studie. Det insamlade materialet skulle kunna tolkas annorlunda vilket i förlängningen skulle leda till en annan diskussion. Samtidigt kan man fundera över om inte alla forskningsrapporter i någon mening är diskussionsinlägg i det vetenskapliga kollektivets gemensamma ansträngning att nå bästa möjliga kunskap. Man bör också notera att tolkningar inte kan göras hur som helst utan bör ske inom ett logiskt inre och yttre sammanhang samtidigt som de är verklighetsförankrade. Slutligen kan man konstatera att insamlad litteratur äger relevans både för forskningsfråga och verksamhetsfält. Det råder i nuläget brist på svenska texter som handlar om hur musik och musikterapi använts i intensivvård.

4. Litteraturstudien

Här presenteras nu de arton studerade texterna. Tolkingsanalyserna av dessa visar att syftet med musik och musikterapi i intensivvård varierar, bland annat beroende på vilken typ av problem patienten har. Med musikens eller musikterapiens syfte menar jag vilken avsikt eller förhoppning man har då man introducerar och genomför musikinterventioner. Syftet i de studerade texterna har jag tolkat som *kontakt* respektive *påverkan*. Texterna har därför sorterats in under endera av följande två teman:

Tema 1: Att få kontakt genom sångimprovisation

Tema 2: Att påverka genom musiklyssning

Nedan kommer texter förknippade med respektive tema att beskrivas och analyseras närmare. Verksamheten benämns genomgående ”musikterapi” och sjuksköterskan/musikterapeuten benämns ”hon” för att underlätta flödet i texten. Kapitlet avslutas med en sammanfattning. En översikt över originaltexterna finns i bilaga 1.

4.1 Att få kontakt genom sångimprovisation

Till det första temat ”Att få kontakt genom sångimprovisation” hör texter som beskriver hur man genom sång och sångimprovisation arbetar med patienter i koma. Syftet med den beskrivna musikterapi är att stimulera uppvaknande genom att ge patienten möjlighet att uppleva meningsfull kommunikation. Två strategier presenteras: a) Sångimprovisation utifrån patientens andningsmönster samt b) Sjungande av välkända, omtyckta, enkla, förutsägbara sånger för patienten, vid behov kopplat till textimprovisation. Under detta tema finns texter skrivna av musikterapeuter från Tyskland och Australien. Texterna bygger huvudsakligen på en humanistisk grundsyn och har tydlig kvalitativ inriktning. Formatet är varierande: böcker, tidsskriftsartiklar samt paper från en föreläsning förekommer. De studerade texterna har sorterats utifrån författare och presenteras kronologiskt.

Kennelly & Edwards - Fokus på det friska

Jeanette Kennelly och Jane Edwards är båda musikterapeuter från Australien. I en tidsskriftsartikel presenterar de musikterapeutiska tekniker som använts i behandling av två medvetslösa barn i skolåldern (Kennelly & Edwards, 1997). Författarnas kunskap grundar sig på mångårig yrkeserfarenhet, litteraturstudier inom områden som barnmedicin, neurologi och musikterapi samt direkta observationer av patienterna och den musikterapeutiska interaktionen. Dessa observationer har sammanfattats och noterats i respektive patients journal. De framstår i texten som noggranna, systematiska och detaljerade.

Att bli intagen på IVA är en potentiellt traumatisk händelse för ett barn och dess familj skriver Kennelly & Edwards. De nämner fyra signifikanta stressorer:

- a) Fysiska (t ex smärta, obehag)
- b) Omgivningen (t ex obekant miljö)
- c) Psykologiska (t ex kommunikationssvårigheter)
- d) Sociala (t ex förlust av lek, störda relationer till andra)

Patienterna som beskrivs i artikeln är två medvetlösa, allvarligt trafikskadade syskon, Sally och Chris, 7 och 10 år gamla. Direkt efter olyckan är deras medvetandegrad 7 - 8 på Glasgow Coma Scale (GCS). De remitteras så småningom till musikterapi eftersom alla väntar på att de ska "vakna upp" ur koma.

Artikeln beskriver hur musikterapeuten tillsammans med familjen undersöker om musikterapi skulle kunna vara en lämplig behandlingsform för respektive barn. Man ser på barnens musikpreferenser och diskuterar sätt som musikterapi skulle kunna användas på för att uppnå kommunikation. I detta fall kommer man fram till att barnen tyckt om musik före olyckan, att familjen välkomnar musikterapi och att engagemang genom musik skulle kunna vara en möjlighet. Enligt texten utformas därefter ett musikterapiprogram för vart och ett av barnen där man utgår från sånger och musik som var välbekanta och omtyckta före olyckan. Man använder också en sång där man beskriver vad barnen kan göra, till exempel andas, höra eller röra sig. Slutligen utgår man från barnens aktuella medvetande- och funktionsnivå. Det framgår inte klart i texten med vilket tidsintervall musikterapisessioner hålls.

Sally was in coma for seventeen days... She received five music therapy sessions while in coma...Chris...He was in coma for over twenty days....He received thirteen music therapy sessions while in coma. (Kennelly & Edwards, 1997, p. 21)

Citatet ovan innehåller den enda information som ges i fråga om behandlingstid.

Musikterapi beskrivs i texten som sång eller "sjungen kommunikation". Vid några tillfällen nämns barnens intresse för gitarren. Det verkar därför rimligt att anta att musikterapeuten arbetat med sång till gitarrackompanjemang, kanske varvat med enbart sång. Texten beskriver hur välkända sånger presenteras för barnet. Musikterapeuten iakttar dess reaktioner - till exempel andning, rörelser, ansiktsuttryck eller ljud - och svarar på dem i musikalisk form eller väver in dem i sången. Musikterapi fokuserar på barnets förmågor genom att framhålla de friska delarna av barnets kropp:

Sally often moved her limbs when the music therapist sang "Do you know?" and at times each movement corresponded to the words improvised by the therapist. When Sally moved another part of her body, the therapist improvised further verses describing what Sally was able to do and Sally would maintain this movement. (Kennelly & Edwards, 1997, p.22)

I ovanstående citat beskriver författarna hur patientens kommunikationsförsök kan införlivas på ett meningsfullt sätt i musikterapeutens gensvar. När ett barn återfått medvetandet men ännu inte kan röra kroppsdelar eller tala används improviserade sånger om vad barnet kan se, känna och höra. Detta uppmuntrar enligt författarna till interaktion och verklighetsorientering. Musikterapeuten skapar vid behov också så kallade sångparodier - nya texter till kända melodier - där exempelvis patientens liv, vardag eller reaktioner beskrivs. Kennelly & Edwards understryker att möjlighet till engagemang, stimulans, skoj och samspel bör uppmuntras i musikterapin.

Författarna menar att man genom musik kan möta samtliga av de fyra stressorer som nämndes i inledningen. Musik kan skapa en välbekant och trygg miljö som gör att patienten lättare kan slappna av. Detta kan ha en positiv inverkan på smärta och obehag. Musik kan även vara ett uttrycksmedel som underlättar samspel och gemenskap, genom vilken närstående kan involveras. Musik kan också fungera som uppmuntran till barnet att stå ut med sjukdom och behandling.

Det musikterapeutiska mötet nämns eller beskrivs inte explicit av författarna. Det är inte något man reflekterar över utan det verkar tas för givet. Inte desto mindre är mötet centralt hos Kennelly & Edwards. Det utgår från terapeutens intresse för patienten som person - patientens behov, intressen, musikpreferenser, historia osv. Därför väljs musikaliskt material utifrån patientens förutsättningar och man använder uttrycksmedel som är möjliga för patienten att hantera och relatera till. Musiken utvecklas i mötet och leder mötet vidare. I mötet inkluderas ofta närstående. Kennelly & Edwards noterar att anhöriga ofta blir sittande i tystnad bredvid patienten. Musikterapi kan då förändra situationen:

During music therapy sessions, they would talk to Sally and touch her affectionately, asking her if she enjoyed the music. They also sang along with the music therapist. (Kennelly & Edwards, 1997, p.23)

Citatet beskriver hur musiken ger de anhöriga tillfälle att kommunicera med patienten och hur de blir delaktiga genom att sjunga.

As his grandparents arrived, they suggested singing "Hole in the bucket". As they joined in the singing of this song, Chris stopped moving about and his pulse rate slowed down. (Kennelly & Edwards, 1997, p.26)

Ovanstående citat beskriver hur den välkända sången och de välbekanta rösterna får patienten att slappna av. Sången öppnar för samspel som anknyter till den interaktion man hade före sjukhusvistelsen - "Hole in the bucket" var en familjefavorit.

The music therapist involved family and staff members in song improvisations when they appeared anxious and sometimes heard them singing following a session. (Kennelly & Edwards, 1997, p.25)

Här beskriver författarna hur musikterapeuten stödjer och avlastar anhöriga och personal genom att involvera dem i musikskapande.

Kennelly & Edwards nämner att en utvärdering av musikterapiprogrammet genomförts, men denna presenteras inte närmare. Det framgår dock att personal på IVA varit positiva och funnit musikterapi värdefull. Författarna redovisar också följande sammanfattande observationer: Sally presenterade ett stort antal responser under de fem sessionerna i medvetet och halvmedvetet tillstånd på IVA. Dessa inkluderade gråt, rörelse av alla lemmar, talförsök, ögonöppning samt iakttagande av terapeut och gitarr. Chris hade tretton musikterapisessioner på IVA med bland annat följande responser: Vokalisering, kroppsrörelse, förändringar i andningsrytm, orientering mot terapeut och gitarr samt ögonöppning. Författarna konstaterar att alla dessa beteenden bör ses som en indikation på förbättring i orientering och medvetandegrad.

Gustorff - Erbjudande om kontakt

Den tyska musikterapeuten Dagmar Gustorff visar i sina texter på ett tydligt humanistiskt och existentiellt perspektiv. Föreliggande avsnitt utgår från en bok om musikterapi med koma-patienter (Gustorff & Hannich, 2000), ett publicerat föredrag (Gustorff, 2001) samt en nätbaserad text (www.musictherapyworld.de). Författarens övergripande syfte verkar vara att sprida kunskap om patientgruppens behov och hur man kan möta dessa behov som musikterapeut och medmänniska. Hennes kunskaper i ämnet baseras på lång erfarenhet av arbete med den musikterapeutiska metoden Creative Music Therapy (se kap 1) samt erfarenhet av arbete med patientgruppen. I Gustorff & Hannich (2000) redovisas ett forskningsprojekt med kvalitativ ansats som också innehåller kvantitativa inslag. Gustorff redovisar litteraturstudier inom områden som filosofi, neurologi, psykiatri, psykologi, musikmedicin och musikterapi.

De patienter som beskrivs i Gustorffs texter befinner sig i djup medvetslöshet (GCS 3-6). Orsaken är vanligen fysiskt trauma men kan också bestå i komplikation till sjukdom och behandling. Gustorff anser att "medvetslös" inte per automatik betyder "utan upplevelse". Hon hänvisar till studier som visar att en stor andel av de patienter som vaknat upp ur koma också har minnen från den tiden. Syftet med musikterapi är att upprätta ömsesidig kommunikation, värna patientens autonomi samt bekräfta patienten som subjekt och skapande person.

Texterna beskriver musikterapi på följande sätt: Terapeuten börjar med att ta kontakt med den sjukes läkare, sjuksköterskor och anhöriga för att samla personlig, medicinsk och musikalisk information om patienten. Man kommer även överens om hur det praktiska arbetet ska läggas upp. Gustorff vinnlägger sig om att musikterapi genomförs ostörd i en så lugn miljö som möjligt. Den får inte hindra annan omvårdnad eller behandling och andra patienter får inte bli oroade. Vid sessionens början tar terapeuten först fysisk kontakt med patienten och berättar att hon kommer att sjunga för honom eller henne. Hon använder långsam, tydlig röst och korta, enkla meningar. Texten beskriver vidare hur patientens andningsfrekvens och andningsrytm iakttas av terapeuten som därefter börjar sjunga utifrån sina iakttagelser med mjuk och svag röst. Hon följer patientens andning och använder korta, enkla improviserade

melodier baserade på musikaliskt material som är välkänt för patienten. Sessionen bör avslutas efter maximalt 10 minuter. Gustorff rekommenderar att varje reaktion från patienten, exempelvis förändringar i andningsrytm, speglas i musiken för att ge möjlighet för ett icke-verbalt samspel att uppstå. Hon påpekar att det är väsentligt att terapeuten hela tiden är lyhörd för patientens andningsrytm och andra uttryck eftersom det är dessa som styr improvisation och samspel. Timing är en avgörande komponent och vid verbal kommunikation är även tonfallet av stor betydelse.

This kind of therapy is based on the principle of cooperation rather than manipulation, intending to support instead of demanding, concentrating on the individual person, i.e. the patient beyond his functions. (www.musictherapyworld.de, p.5)

Citatet framhåller att musikterapi bygger på samarbete. Den kan sägas vara ett erbjudande om kontakt och stöd från en person till en annan via musik och kan ge möjlighet även åt mycket allvarligt skadade eller döende människor att få uppleva kontakt och samspel. Gustorff tar avstånd från behandlingsmetoder som går ut på manipulation, exempelvis vissa former av sinnesstimulering. Hon ger dagliga musikterapi-sessioner förutsatt att patientens medicinska tillstånd tillåter det (Gustorff & Hannich, 2000).

Musik har i dessa texter funktionen att vara ett erbjudande om kontakt och kommunikation. Den har också funktionen att vara något igenkännbart som kan skapa trygghet, motivation och ibland avslappning. Förutsättningar skapas genom att man använder välbekant musikaliskt material, använder ett medium som är kognitivt hanterbart för patienter i koma (rösten), använder låg volym och lugnt förhållningssätt samt genom att man följer och bekräftar patientens andningsrytm och andra uttryck.

Musik och möte är nära knutna till varandra i Gustorffs texter. Musiken skapas i mötet och leder mötet vidare. En grundtanke hos Gustorff är hämtad från filosofen Martin Buber, nämligen "Människan blir genom Duet till ett Jag." (Buber, 1997, s.40). Buber menar att det är i mötet med den andre som vi blir varse vårt eget jag. Genom att mötas i musiken via andningen får den gravt desorienterade patienten möjlighet att uppleva skillnaden mellan "jag" och "annan". Gustorff påpekar dock att det inte är lätt att möta en person som befinner sig i ett så okänt och främmande tillstånd som djup medvetlöshet är: "We as outsiders have no access to the experience of our patients. There is 'unconsciousness' on both sides." (Gustorff, 2001, s. 63). "Medvetlöshet" kan så att säga uppstå även hos terapeuten under dessa betingelser.

Författaren menar att musikterapi även kan stödja andra möten såsom patientens möte med anhöriga och personal. Genom musikterapi får de närstående se den sjuke i ett nytt kommunikativt sammanhang:

Frau C. ist während der heutigen Sitzung erstmals anwesend. Sie ist berührt von der Art des Umgangs mit ihrem Mann und nimmt meine Anregungen dazu, wie sie ihn selbst in dieser besonderen Situation

begleiten könnte, ohne ihn zu Leistungen aufzufordern, dankbar, an. (Gustorff & Hannich, 2000, S.106)

I citatet beskrivs hur en anhörig för första gången är med under en musikterapisession, hur hon berörs av vad hon ser, och hur hon efteråt får stöd i att finna ett sätt att vara med sin man utan att utsätta honom för prestationskrav.

Gustorff skriver också om sina erfarenheter av samarbete med sjukhuspersonal:

Staff members of intensive care units frequently see music therapy as an efficient support, as a relief and a chance to develop a specific culture in the care of patients without or with impaired consciousness. (Gustorff, 2001, s.70)

I citatet skriver författaren att musikterapi ofta upplevs som ett stöd av sjukhuspersonal och som en möjlighet att utveckla en speciell omvårdnadskultur kring dessa patienter.

Hos Gustorff sker utvärdering av musikterapi genom observation och hon rekommenderar därför ljud- eller videoinspelning av sessioner. Observationer som redovisas i texterna är exempelvis: patienten fördjupar sin andning och/eller förändrar sin andningsrytm utifrån musikaliska skeenden, patienten blir lugnare, patienten vrider huvudet mot ljudkällan, öppnar ögonen, ändrar ansiktsuttryck, griper med handen eller rör lemmarna eller kroppen. Vissa patienter blir gradvis mer medvetna. Ansdell (1995) beskriver ett av Gustorffs mer kända fall, Herr G. Herr G var en gravt medvetlös man som på relativt kort tid vaknade upp ur koma med hjälp av musikterapi. Efteråt kunde han detaljerat beskriva sina upplevelser:

After the operation I found myself on a battlefield in the Middle Ages....I felt I should die. The point it all changed was when I first heard the music....I remember thinking, there is life, there is something else but this, there is someone who wants me to survive...and not only wants me, but is helping me to connect to life again... (Ansdell 1995, p.63)

Musiken hjälpte herr G att vilja leva och att återknyta till livet. Han kunde så småningom återvända till ett ganska välfungerande liv, vilket inte alltid är någon självklar utveckling. Många patienter i liknande situationer vaknar inte upp och de som vaknar kan få leva med livslånga svåra handikapp. För Gustorff är emellertid det centrala att patienten slipper ligga isolerad vare sig hon tillfrisknar, förblir i koma eller så småningom avlider. Det finns således en existentiell dimension i Gustorffs texter.

Baker & Tamplin - Mångfacetterat förhållningssätt

De australiensiska musikterapeuterna Felicity Baker & Jeanette Tamplin antyder i sin bok (Baker & Tamplin, 2006) en underliggande psykodynamisk grundsyn som införlivats i en naturvetenskaplig kontext. De har valt att uttrycka sig på en praktisk, pragmatisk nivå för att underlätta kommunikationen i den multikompetenta vårdmiljö där de arbetar. I boken försöker författarna svara på de två frågorna "Vad kan musikterapeuten göra under sessionerna?" och "Varför fungerar musikterapi som den gör?". Svaren de ger bygger på studier av medicinsk,

neurologisk och musikterapeutisk litteratur. De refererar bland annat till Gustorff samt till Kennelly & Edwards (ovan). Deras text baserar sig också på en litteraturstudie gjord av Jeanette Tamplin (2000). Boken omfattar neurologisk rehabilitering ur flera olika aspekter men här redovisas endast kapitlet om patienter i koma. Författarna har mångårig klinisk erfarenhet.

Baker & Tamplin skriver allmänt om att patienter i koma är extremt känsliga för överstimulering. De förmår inte tolka buller och stimuli på ett meningsfullt sätt eftersom de befinner sig i ett tillstånd av hypoarousal. Samtidigt är de paradoxalt nog i riskzonen för att bli understimulerade på grund av sin begränsade rörelsefrihet och den minimala tillgången på meningsfull mänsklig kontakt. Syftet med musikterapi är enligt Baker & Tamplin att ge patienten möjlighet att uppleva meningsfullt samspel med omgivningen för att därigenom stimulera arousal. De strävar efter att minska patientens tid i koma för att därigenom förbättra prognosen för tillfrisknande.

Författarna anser att man kan börja med musikterapeutiska sessioner så fort patienten blivit medicinskt stabil. Det är väsentligt att det finns tillräckligt med tid mellan musikterapisessioner och andra vård- och behandlingsinsatser för att undvika överstimulering. En till två sessioner per dag rekommenderas. En musikterapisession bör enligt Baker & Tamplin pågå i 10-15 minuter. Terapeuten börjar med att berätta för patienten att hon kommer att sjunga för honom eller henne. Hon använder långsam, tydlig röst och korta, enkla meningar. Patientens andningsfrekvens och rytm observeras och används som utgångspunkt för sång. Terapeuten sjunger svagt, använder ett stadigt tempo och enkla, repetitiva rytmiska mönster. Hon kan improvisera eller använda material från sånger som är välkända för patienten. Eventuellt kan tempo och intensitet varieras för att uppmuntra till respons och stödja arousal. För att stödja patientens förmåga att lokalisera ljudkällan kan terapeuten röra sig runt sängen. Författarna påpekar dock att man måste observera patienten noggrant och vara uppmärksam på kontraindicerande beteenden som kan tyda på till exempel överstimulans eller trötthet.

Baker & Tamplin gör ett grundligt resonemang om hur man kan tänka beträffande musikval till denna patientgrupp. Rent allmänt bör man utgå från vad som är välbekant och kan tänkas skapa trygghet för patienten. Författarna rekommenderar några basprinciper: Det är viktigt att förenkla musiken för att möta den kognitiva nivån hos patienten och undvika att överstimulera. En röst utan ackompanjemang är till exempel enklare för hjärnan att processa än en röst med ackompanjemang. Monofon musik är ofta att föredra framför polyfon och till "enkelhet" ska fogas "förutsägbarhet". Alltför oförutsedda förändringar i dynamik, tempo och form bör undvikas. Samtidigt är det just förändringar i dynamik, tempo och form som stimulerar arousal - alltför monoton musik kan leda till habituering skriver Baker & Tamplin. Vilket musikaliskt material som används bör avgöras utifrån vem patienten är: koma-presentation, ålder, kön och musikalisk bakgrund. Erfarenhet visar att det finns vissa musikaliska karaktäristika som vanligen skapar gensvar. Författarna nämner musik som är långsammare, som matchar patientens andningsmönster, som är melodisk, repetitiv och sjungen eller spelad tyst. En medvetlös patient svarar ofta bättre på sång än på

instrumentalspel. Detta skulle kunna tyda på att den mänskliga rösten bär på större känslomässig signifikans och kommunikativ potential än andra instrument för människor i koma.

Enligt Baker & Tamplin är musikens funktion att skapa meningsfull, icke-hotande mänsklig kontakt för att uppmuntra engagemang och orientering mot omgivningen. Musikens funktion är också att stimulera arousal genom att innehålla lagom mängd stimulans och förändring. Man skapar förutsättningar för detta genom att använda välbekant musikaliskt material, använda ett medium som är kognitivt hanterbart för patienter i koma (rösten), använda låg volym och lugnt förhållningssätt samt genom att följa patientens andningsrytm och andra uttryck. Musik kan vid behov ha funktionen att underlätta avslappning genom entrainment. Med entrainment menas en synkronisering av kroppens fysiologiska rytmer (t ex hjärtfrekvens, puls, hjärnvågor) med levande eller inspelad musik som modifieras i tempo (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002, s. 318).

Det musikterapeutiska mötet beskrivs inte explicit av Baker och Tamplin då deras bok har ett praktiskt inriktat fokus. Att musikterapi bygger på ett möte mellan två personer framgår emellertid klart i texterna. Mötet bygger på att terapeuten intresserar sig för patienten som individ. Att erbjuda meningsfull kontakt innebär att terapeuten intresserar sig för patienten här och nu och erbjuder sin närvaro, lyhördhet och timing. Musikaliskt material väljs utifrån den enskilda patientens förutsättningar. Man använder uttrycksmedel (röst och andning) som är möjliga för patienten att hantera och relatera till. Musiken skapas i mötet och leder mötet vidare. Musikterapi kan också stödja andra möten:

Finally, bringing music into the hospital room can be calming for both patient and family. Family members at this stage are often distressed and anxious and don't know what to say or do. A perceived lack of control or disempowerment leads to increased levels of stress. Listening to music together with their loved one may provide a temporary escape from the distressing situation. Singing, either with or without words, is a uniquely human form of interaction. The music may provide a positive shared experience and may also model appropriate interaction. (Baker & Tamplin, 2006, p.51)

I ovanstående citat beskrivs hur musik kan användas för att minska oro och stress hos patienten och hans eller hennes familj. Musiklyssning kan utgöra en temporär tillflykt, ett sätt att vara tillsammans och en delad erfarenhet. Sång är en unik form av mänsklig interaktion och sångimprovisation kan fungera som förebild för hur man kan kommunicera, menar författarna.

Baker & Tamplin rekommenderar att man gör utvärderingar genom observation av respons utifrån etablerade bedömningsinstrument såsom Glasgow Coma Scale (bil 2) eller Rancho Los Amigos Scale (Hall, 1992) samt observation relaterat till det musikaliska materialet. Exempel på observation relaterat till det musikaliska materialet finns i Tamplin (2000) där hon i en klinisk vinjett beskriver musikterapi med patienten Akim:

As with all patients in coma, I matched my singing tempo and rhythm to the pace of Akim's breathing. The first time I saw Akim, his breathing pattern seemed irregular and was difficult to follow. However, once I had connected musically with his breathing rhythm, I was able to gradually decrease the tempo and his breathing became slower and more relaxed. (Tamplin, 2000, p. 48)

I citatet ger Tamplin ett exempel på *entrainment*. Terapeuten anknyter till patientens andningsrytm och när detta fungerar kan hon sänka tempot och iaktta hur hans andning blir långsammare och mer avslappnad. Ytterligare ett exempel:

Akim spent most of the sessions with his eyes closed, and although sometimes he made a few observable responses, often he would open his eyes briefly and look at me when I began singing and again when I stopped. Akim also demonstrated some awareness of the music by pausing briefly at the end of a melodic phrase then breathing again with the start of the next phrase. (Tamplin, 2000, p. 48)

Patienter i koma har begränsade kommunikationsmöjligheter. I detta citat beskriver Tamplin hur patienten visar sin medvetenhet om musiken på olika sätt. Baker & Tamplins rekommendation till utvärdering speglar en syn på musikterapi som en mångfacetterad verksamhet. Det förefaller som om författarna i sitt musikterapeutiska arbete försöker förena ett medicinskt och neurologiskt tänkande med ett interpersonellt tänkande.

4.2 Att påverka genom musiklyssning

Det andra temat innehåller texter som beskriver hur man genom musiklyssning försöker hjälpa patienter till minskad ångest, minskat utagerande samt ökad avspänning. De patientkategorier som är representerade under detta tema är främst respiratorbehandlade patienter, men här finns även patienter som befinner sig i förvirringstillstånd efter uppvaknande ur koma samt hjärtopererade patienter på IVA. Texterna som beskrivs och analyseras är skrivna av sjuksköterskor och musikterapeuter. De bygger huvudsakligen på en naturvetenskaplig grundsyn och merparten av dem är formulerade som, eller grundar sig på, kvantitativa forskningsstudier. Även dessa texter har i huvudsak sorterats utifrån författare.

Baker - Möte med något välbekant

Felicity Baker är musikterapeut och utbildad i Australien. Hon har lång klinisk erfarenhet av musikterapi och multidisciplinärt samarbete inom neurorehabilitering. Hennes texter antyder en underliggande psykodynamisk grundsyn som införlivats i en naturvetenskaplig kontext. Föreliggande kapitel baseras på en kvantitativ studie (Baker, 2001 a), en uppföljande artikel (Baker, 2001 b) samt ett lärobokskapitel (Baker & Tamplin, 2006). Författaren redovisar litteraturstudier inom bland annat medicin, neurologi och musikterapi.

De patienter som får musikterapi befinner sig i något som Baker benämner Posttraumatic Amnesia, PTA. Denna term har en vid innebörd i svenskt kontext men kan i detta sammanhang översättas till "förvirringstillstånd efter uppvaknande ur koma till följd av

traumatisk hjärnskada". Patienterna har inget korttidsminne, har skadad inlärningsförmåga och minns inte tiden före olyckan. De befinner sig i ett tillstånd av hyperarousal och löper risk att bli överstimulerade. Musikterapiens syfte är att minska utagerande och självskadande beteende samt att stödja orientering i tid och rum (Baker 2001 a, Baker & Tamplin, 2006).

En musikterapi-session kan, såsom Baker beskriver det, gå till enligt följande:

Musikterapeuten besöker patienten i dennes (enkel-)rum och berättar att hon kommer att sjunga/spela musik för honom eller henne. Patienten får veta att han eller hon inte behöver delta aktivt, utan uppmanas att slappna av men hindras inte heller att agera om så skulle ske. Musik spelas på låg volym och sjungs med lugn röst av musikterapeuten under 10-15 minuter. Om möjligt spelas musiken "live" så att den kan anpassas efter patientens reaktioner. Inspelad musik kan ibland vara bättre på grund av den högre igenkänningsfaktorn. Tre musikstycken spelas. De är utvalda ur patientens egen musiksamling med hjälp av anhöriga eller nära vänner (i de studerade texterna får patienterna inte intervjuas på grund av risken för överstimulering). Musiken bör vara känd och omtyckt av patienten. Baker (2001 a) använder uttrycket "favorite songs". Musiken bör också ha ett positivt textinnehåll och inte vara alltför stimulerande, till exempel rytmiskt komplex. Samma musikstycken används vid varje terapitillfälle (Baker 2001 a, Baker & Tamplin, 2006).

Musikens funktion i musikterapi beskrivs bland annat som att den utgör något välbekant. Genom att musiken gör omgivningen mer välbekant uppmuntras patienten att interagera mer med den vilket understödjer medvetenhet och orientering:

Observations of participant behavior indicated that the music provided a structural framework for the appropriate expression and release of agitated energy, which led to the observed overall decrease in agitation levels. For example, some participants ceased their continual pacing and sat down, or paced around the room in time with the music. This outcome enabled the participants to relax and rest, and recover from the physical trauma they have experienced. Other participants transformed their continuous inappropriate movements of upper and/or lower limbs to appropriate movements such as tapping their feet to the music or clapping their hands. (Baker, 2001 a, p.186)

I citatet beskrivs hur mötet med välbekant musik bidrar till minskad oro och hjälper patienter att vila eller engagera sig i omgivningen på ett ändamålsenligt sätt då musiken fungerar som en strukturerande ram. Inom denna kan energi och utagerande rörelser omorganiseras till att följa musikens takt eller rytm vilket har en lugnande effekt. Baker skriver också att musik kan fungera som ett alternativt fokus - patienten lyssnar till och fokuserar på musik istället för att vara upptagen av sin egen förvirring. Hon menar också att välbekant musik kan lindra ångest vilket i sig bidrar till att utagerande och oro hanteras. Att höra något välbekant kan också lindra sorg och smärta. Musikens förmåga att skapa en välbekant och säker miljö och dess roll i att minska arousal framhålls (Baker, 2001 a)

Även om musikterapeuten är närvarande i rummet och agerar genom att spela musik så är inte den terapeutiska relationen i fokus. Baker (2001 b) framhåller att man inte intresserat sig för den interpersonella aspekten av möte, även om man är medveten om den. Centralt är istället

patientens möte med musik och hur detta möte leder till minskat utagerande och ökad orientering. Fokus har alltså legat på musikens påverkan på möjliga intrapersonella processer.

Baker & Tamplin rekommenderar att musikterapi utvärderas med hjälp av etablerade bedömningsinstrument såsom exempelvis Westmead PTA Scale (Shores, Marosszeczy, Sandanam & Batchelor, 1986) och the Agitation Behavior Scale (Corrigan, 1989) samt observation relaterat till det musikaliska materialet (Baker 2001 a, Baker & Tamplin, 2006). Baker (2001 a) utvärderar musikterapeutiska interventioner i en kvantitativ studie vars syfte ursprungligen var att jämföra effekterna av inspelad respektive levande musik. Inga signifikanta resultat erhålls beträffande skillnaden mellan levande och inspelad musik men resultatet antyder att levande musik fungerar något bättre. Hon får däremot signifikanta resultat vad gäller musikens förmåga att reducera oro och utagerande ($p < .0001$) och understödja orientering ($p < .001$). Studien antyder att utvald musik lättare kodas in i och sedan plockas fram ur minnet än bilder, 77 % av patienterna mindes musikprogrammet i en uppföljande enkät.

Chlan - Ett uns av kontroll genom musik

Linda Chlan är sjuksköterska och forskare, verksam i USA. Hon har intresserat sig för hur musiklyssning kan utgöra ett komplement till sederande medel för respiratorbehandlade patienter. Följande kapitel baseras på texter skrivna av Chlan ensam eller i samarbete med andra forskare, varav alla utom en är sjuksköterskor. Walker, som anges som medförfattare i studien från 2001, är musikterapeut. Musikterapiens påverkan på oro och avspänning hos respiratorbehandlade patienter undersöks i en kvantitativ studie (Chlan, 1998). Därefter följer två artiklar som beskriver musikterapi och som ger råd och instruktioner till sjuksköterskor om hur musikterapi kan användas som behandlingskomplement (Chlan, 2000; Chlan & Tracy, 1999). Hur musikterapi kan göras mer "användarvänlig" undersöks i ytterligare en kvantitativ studie (Chlan, Tracy, Nelson & Walker, 2001). Avsikten med den sista studien är att undersöka hur musik påverkar stressmarkörer i blodet (kortisol och katekolaminer) (Chlan, Engeland, Anthony & Guttormson, 2007). Musikterapi beskrivs i samtliga texter utifrån litteraturstudier. Främst refereras litteratur från det medicinska kunskapsområdet, men även texter från det musikterapeutiska området förekommer. Man skulle kunna tänka sig att Chlan vartefter tiden går (5 artiklar) skaffar sig ökad erfarenhet av att använda musik som behandlingskomplement i intensivvård. Musikterapeutyrket och möjligheten att samarbeta med en musikterapeut omnämns i Chlan (2000) och författaren samarbetar själv med en musikterapeut i studien från 2001.

De patienter som behandlas i Chlans texter ligger i respirator på IVA. De befinner sig i olika vakenhetsgrader men är kommunicerbara vilket är en viktig förutsättning. Syftet med musikterapi är att hjälpa patienterna att slappna av och att bidra till minskad oro och ångest (Chlan, 1998). I de efterföljande mer praktiskt och informativt riktade artiklarna (Chlan, 2000; Chlan & Tracy 1999) nämns även syften som att minska stress, smärta eller känslor av isolering samt att förbättra sömnen, avskärma buller eller ge meningsfull stimulans.

Texterna beskriver musikterapi på följande sätt: En session utgår från en intervju med patienten om dennes musikintresse och musiksmak. Eftersom patienter i respirator kan ha svårt att tala används ibland kompletterande kommunikationstekniker såsom skrift eller handtecken. Patienten får därefter välja musik ur en större samling av inspelningar ("musikbibliotek"). Chlan nämner i några texter även att egen medhavd musik kan användas. Patienten lyssnar därefter i lugn och ro på den valda musiken:

The investigator closed the curtains and turned off the overhead lights. The patient settled herself into a comfortable position in bed. She was instructed to concentrate on the music and simply "go with the flow" of the music. After approximately 20 minutes of listening, she began to make audible snoring noises. (Chlan, 2000, p.133)

Musikterapisessionen inleds med att gardinerna dras för och man minskar belysningen. Patienten får hjälp att inta en bekväm ställning och instrueras att koncentrera sig på musiken och "flyta med" den. I studien från 1998 anges lyssningstiden till 30 minuter. I de senare, beskrivande texterna anges att man kan göra en överenskommelse med patienten om lyssningstid och mål för musikterapi. I studien från 2001 har patienten i princip fri tillgång till lyssningsutrustningen. Studien från 2007 använder 60 minuters lyssningstid. Chlan skriver i den avslutande utvärderingen: "Longer periods of uninterrupted music listening are encouraged if the patient desires." (Chlan, 2007, s. 145). Efter musiklyssningen görs en utvärdering tillsammans med patienten. Författaren rekommenderar att hörlurar används av hänsyn till övriga patienter.

Chlans val av musik till musikbiblioteket grundar sig i studien från 1998 på teorier om musik och avspänning samt på teorier om musik och entrainment. I studien erbjuds patienterna välja bland "avslappnande" inspelningar från fem olika genrer. Författaren refererar bland annat till Helen Bonny, grundare av den musikterapeutiska metoden GIM (se s.6), när hon beskriver karaktäristiska drag hos musik som lämpar sig för avspänning. Instrumentalmusik som innehåller långsamma, flödande rytmer baserade på en puls på 60 till 80 slag per minut rekommenderas där. Inom GIM används framförallt klassisk musik. Chlan tycker emellertid att det är viktigt att ha ett varierat musikbibliotek eftersom patienters musikpreferenser påverkas av så många olika yttre och inre faktorer. I sin artikel från 1999 radar hon upp förslag på ett tiotal olika musikgenrer som hon anser bör finnas med. Hon stödjer sig på den brittiske musikterapeuten Leslie Bunt när hon skriver:

Although some experts think that classical music is the best music for relaxation because of its consistent tone and form, an imposed choice of musical piece can be annoying to the listener. (Chlan, 1999 p. 37)

I detta citat framhålls att även om klassisk musik har många kvaliteter kan ett påtvingat musikval skapa negativa känslor hos lyssnaren. I de senare artiklarna och studierna understryker Chlan ett flertal gånger vikten av att patienten själv får välja, både vad gäller inspelningar och lyssningstid. Hon skriver att det därför är av vikt att intervjua patienten inför varje lyssningstillfälle:

Although music is a universal phenomenon, not all patients like it or want to listen to it. Despite a nurse's best intentions, unwanted music therapy can be detrimental to the patient. Likewise, frequent and on-going assessment on musical preference is imperative, because tastes can change. For an intervention to be effective, the patient must like the sound. (Chlan, 2000, p.134)

Citatet understryker att musik bara kan fungera som en effektiv intervention om patienten tycker om den, därför bör man intervjua patienten ofta. Att vara intensivvårdspatient innebär att ha extremt begränsat handlingsutrymme och även ur denna aspekt kan musikkalet spela en roll:

Allowing patients control over music selection and providing uninterrupted time for music listening gives the patients an enhanced sense of control in an environment that often controls them. (Chlan & Tracy, 1999, p.40)

Att få välja den musik man ska lyssna på samt få ostörd tid för musiklyssning kan ge patienten en ökad känsla av kontroll i en mycket kontrollerad tillvaro enligt detta citat. På denna tanke bygger också studien i Chlan (2001).

I Chlans texter är musikens huvudfunktion att vara ett medel för att hjälpa patienten att slappna av. Detta sker enligt texterna genom fysiologisk påverkan och genom att musiken utgör ett alternativt fokus. Musikens funktion kan också vara att bidra till en känsla av kontroll. Något som Chlan inte uttrycker explicit men som ändå går som en röd tråd i hennes texter är musikens funktion som det välbekanta - patientens eget musikval är viktigt.

Hos Chlan är det effekterna av musikterapi som är det centrala och författaren varken nämner eller reflekterar över begreppet möte. I texterna beskrivs dock två typer av möten: Den första typen är ett möte mellan två personer som uppstår i det förberedande samtalet om musik och musikval samt i den efterföljande utvärderingen av musikterapi. Detta möte bygger på att den som ger musikterapi använder en kommunikationsstrategi som fungerar för den respiratorberoende patienten. Kanske behöver man använda skriftlig kommunikation, listor med musikstilar/musiktitlar eller teckenspråk. Den andra typen av möte är mötet mellan patient och musik. I flera av texterna beskrivs detta möte knappt alls. I Chlan (2000) finns några anekdoter nedtecknade och där finns också lite mer utförliga beskrivningar. Mötet i musikterapi skulle kunna sammanfattas som att patienten ges kontroll över en egen liten ruta i tillvaron (musikval, lyssningstid). Här får hon eller han möjlighet att möta musik som är välbekant. Reaktionen som beskrivs är exempelvis att patienten slappnar av och somnar.

Musikterapiens effekter utvärderas av Chlan i de kvantitativa studierna (Chlan, 1998; Chlan et al, 2001; Chlan et al, 2007). Utvärderingen sker genom mätning av fysiologiska variabler och skattning av psykologiska variabler. Fysiologiska variabler är puls och andningsfrekvens och psykologiska variabler är upplevd grad av oro eller ångest. Chlan använder en förenklad variant av the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI (Chlan, 1998). I de senare studierna mäts även blodtryck respektive olika stressmarkörer som kortisol (Chlan et al, 2001; Chlan et al 2007). I Chlan (2001) används Visual Analog Scale-Anxiety, VAS-A, istället för STAI vid skattning av oro/ångest eftersom den är enklare för patienterna att använda. Chlan

(1998) visar signifikanta resultat. De två andra studierna visar kanske framförallt hur komplicerat det är att genomföra kvantitativa studier med musik på en IVA-avdelning. De många metodproblemen i dessa studier gör att den begränsade mängden användbara data reducerar möjligheten att dra slutsatser. I de texter som endast *beskriver* musikterapi som intervention rekommenderas att utvärdering görs genom en kort intervju med patienten.

Övriga författare - Försök till bevis

I det föregående avsnittet refereras bland annat några kvantitativa studier som försöker visa att musiklyssning kan vara ett effektivt komplement i behandling av intensivvårdspatienter. Gemensamt för de texter som återstår är att de också utgörs av redovisningar av kvantitativa studier och att de fokuserar på musikens förmåga att hjälpa patienter att slappna av. I samtliga studier beskrivs dessutom likartat tillvägagångssätt. Samtliga författare är sjuksköterskor och texterna präglas av en naturvetenskaplig grundsyn. Fyra av författarna har haft respiratorbehandlade patienter som målgrupp (Almerud & Peterson, 2004; Fredriksson, 2003; Lee, Chung, Chan & Chan, 2005; Wong, Lopez-Nahas & Molassiotis, 2001). Patienterna i Fredrikssons studie är sederade medan patienterna i övriga studier är osederade, vilket innebär att de innehar en viss kommunikationsförmåga. Den femte studien omfattar hjärtopererade patienter (Fowler Byers & Smyth, 1997). De fyra förstnämnda författarna baserar sin kunskap om musikterapi och dess effekter främst på litteraturstudier. Den litteratur som man hänvisar till är texter och forskningsrapporter skrivna av andra sjuksköterskor men även texter från det musikterapeutiska kunskapsområdet förekommer. I dessa texter hänvisas till teorier, forskningsresultat och åsikter om hur musik kan ha positiv påverkan på patienter och deras avslappning. Vanligt förekommande begrepp är till exempel "entrainment of body rhythms" och "the relaxation response". Samtliga författare refererar till Chlan (ovan). I den femte texten av Fowler Byers & Smyth redovisas ingen kunskapsbakgrund till musik som intervention.

Syftet med musikterapi i de olika texterna är i stort sett detsamma. För de respiratorbehandlade patienterna handlar det om att med hjälp av musik minska ångest och oro och stödja avslappning. Man är intresserad av att finna ofarliga alternativ till sederande medel. Syftet i Fowler Byers & Smyths text är att undersöka musikinterventionens påverkan på bullerstörningar. Musikterapi innebär i detta sammanhang att patienten lyssnar på lugn musik i hörlurar. Genom hörlurarna skapas avskildhet och de bidrar till att andra patienter inte störs av musiken. Patienten/anhöriga informeras först om studien och om musikterapin. Lee et al, Wong et al och Fowler Byers & Smyth låter inledningsvis patienten skatta upplevd oro och ångest, därefter genomförs musiklyssningen. Musiken består av ett färdigt musikprogram, alternativt har patienten valt bland ett mindre antal inspelningar (Lee et al samt Wong et al). Ett lyssningspass är 30 minuter långt, utom hos Fowler Byers där det är 15 min. I de fyra texterna om respiratorpatienter nämns att man minskar belysningen, drar för gardiner, stänger dörren och uppmanar patienten att slappna av. Patienten har möjlighet att påverka musikens volym (utom i Fredriksson där anhöriga konsulterades) och en sjuksköterska finns alltid närvarande i rummet. Eftersom patienterna är kopplade till mätutrustning kan sjuksköterskan, som ibland är identisk med forskaren, läsa av och notera fysiologiska mätvärden. Efter

sessionens slut får patienten återigen skatta upplevd oro och ångest. Dessa studier baserar sig på en (Lee et al, 2005; Wong et al, 2001), två (Almerud & Peterson, 2004; Fowler Byers & Smyth, 1997) respektive sex (Fredriksson, 2003) interventioner.

Vilken musik har då forskarna valt att använda, och på vilka grunder? Almerud & Pettersson (2004) använder uteslutande lugn klassisk musik. De anger titlar och kompositörer enligt nedan:

Kompositör	Musikverk	Inspelnig
Beethoven	Sats 1 ur Sonat ciss-moll,	Naxos, 1997
Pachelbel	Kanon, Sköna gröna dagar	Naxos, 1999
Debussy	Claire de lune,	Naxos, 1997
Bach	Air ur orkestersvit nr 3, Lugna blå timmar,	Naxos, 1997
Vivaldi	Våren: Largo, Varma röda stunder	Naxos, 1998
Seymer	Solöga, Klassiska favoriter sommar	Naxos, 1997
Marcello	Oboekonsert i d-moll: Adagio, Lugna blå timmar	Naxos, 1997

Tabell 1. Musikverk som använts i studien (Almerud & Peterson, 2004, s.8)

Författarna skriver att musikverken valdes utifrån tidigare genomförda studier. De hänvisar till att musiken följer de karaktäristika som enligt den studerade litteraturen anses ha lugnande effekt. De går dock inte närmare in på detta resonemang och ger heller inte exempel på karaktäristika i form av till exempel citat från litteraturen. Lee et al skriver om urvalet av musik:

The subjects were allowed to select the music from the researcher's collection, which consisted of a variety of different types of music including Chinese classical music, religious music (Buddhist and Christian), Western classical music and music of natural sounds that had slow beats and was relaxing. (Lee et al, 2005, p.614)

Här framgår det dock inte vilka musikstycken som tillhandahållits/valts eller varför just dessa stycken tillhandahållits/valts. Längre fram i texten, under 'Begränsningar' framgår att forskaren förberett 20 musikstycken varav fyra kinesiska. Fyra patienter uttryckte efter interventionen att de ogillade den västerländska musik de valt och författaren rekommenderar därför större kinesiskt musikurval i kommande studier. Både i litteraturstudien och i dragna slutsatser förespråkas att musikvalet ska baseras på patienternas preferenser. Wong et al skriver om musikurvalet i studien:

Each subject selected music from the researcher's collection of 7 cassettes of relaxing music, including both Chinese music (Chinese folk song, music played by Chinese instrument, Chinese music played by Western instrument, Buddhist music) and Western music (Western classic, Western movie music, and piano music). The Chinese music used in this study was tested previously with 4 ventilator-dependent patients who considered it to be relaxing music. (Wong et al, 2001, s.380)

Det framgår inte närmare vilka kinesiska eller västerländska musikstycken som valts. Längre fram i texten under 'Begränsningar' skriver författaren inte längre om kassetter (cassettes) utan om stycken (pieces) och konstaterar:

A selection of 3 pieces of Western music and 4 pieces of Chinese music might have limited the subjects' choices....5 patients refused to participate in this study, claiming that they did not like the music, whereas 5 more disliked the music choices offered but did participate. (Wong et al, 2001, s.386)

Det begränsade musikurvalet har alltså skapat problem med att rekrytera patienter till studien och en del av de deltagande patienterna (5 av totalt 20) gillade inte musiken de lyssnade på. Författaren försätter med att konstatera att majoriteten av patienterna valde kinesisk musik och rekommenderar ett stort musikurval i framtida studier samt att man ska lyssna på patienternas förslag.

Fredriksson (2003) använder ett fast musikprogram bestående av modern avslappningsmusik sammanställd av Björn Melander och utgiven på skivbolaget Theta. Hon motiverar detta musikval med att musiken använts i en tidigare musikmedicinsk studie av Nilsson, Rawal & Unosson (2003). I ett inledande kapitel finns en redogörelse för utmärkande drag hos avslappnande musik baserad på litteraturstudier.

Fowler-Byers & Smyth (1997) använder sig av ett fast musikprogram med lugn klassisk musik kombinerat med ljud från oceanvågor:

Specific music selections that were played in order were Beethoven's Moonlight Sonata; Mozart's Clarinet Quintet, K 581 Larghetto; and Donizetti's Una Furtiva from L'elisir d'amore (NatureQuest Endless Ocean Compact Disc). This compact disc has ocean wave sounds blende with the classical music. (Fowler Byers & Smyth, 1997, s.187)

Detta är allt som dessa författare skriver om musik och musikval. De för inget resonemang om varför de valt just den musiken och inte heller om musik och dess möjligheter till påverkan över huvudtaget. Musik verkar ses som en i alla avseenden oberoende variabel. Man konstaterar i sammanfattningen av det uppföljande frågeformuläret att musiken uppskattades mycket av alla patienter utom en som var neutral. Man ger också flera exempel på positiva kommentarer. Sju patienter framhöll att de hellre ville välja sin egen musik och författarna pekar på att man bör undersöka effekterna av detta närmare. Sammanfattningsvis kan man konstatera att de fem författarna antingen använt sig av fasta musikprogram med västerländsk klassisk musik respektive modern avslappningsmusik eller låtit patienterna välja från ett tämligen begränsat urval av västerländsk och kinesisk musik. I tre av fem texter har patienter haft synpunkter på musiken och författarna till dessa texter menar att man vidare bör utforska patientens eget musikval. Denna tanke framförs som intressant även av Fredriksson som, till skillnad från övriga, skriver om sederade patienter.

Musikens funktion i dessa texter är att påverka. Musik betraktas som ett medel för att hjälpa patienter att uppnå ökad avspänning och minskad oro genom fysiologisk påverkan, till

exempel via "entrainment". Musik anses även kunna användas för psykologisk påverkan, exempelvis genom att den utgör ett alternativt fokus. Slutligen beskrivs att musiklyssning kan användas för att påverka ljudmiljön - musik i hörlurar skapar en känsla av avskildhet och man slipper buller. Det finns i några texter stora förhoppningar knutna till musiklyssning som intervention:

One reason why music is an attractive medium for a therapeutic nursing intervention is that it is not harmful and is easy to engage in. Providing music to patients is an inexpensive intervention, as it does not require the use of extra manpower and resources, such as training or specialized equipment. Therefore, music therapy can be used as a nursing intervention in conjunction with pharmacological therapy without inducing contraindications, and it can maximize the effect of promoting comfort to patients. It can reduce the complications and costs related to prolonged mechanical ventilation. (Lee et al, 2005, s.612)

Musik ses här som ett potentiellt billigt, ofarligt och lättadministrerat medel för att hjälpa patienter att uppnå avspänning och minskad oro. Samtidigt kan kostnader knutna till komplikationer i samband med förlängd vårdtid i respirator minskas, ingen speciell utbildning behövs. Wong et al presenterar liknande tankegångar. Musikens funktion närmar sig här "undergörande medel".

Mötet i musikterapi nämns inte i texterna. Det är inte i fokus i denna typ av studier utan fokus ligger enbart på musikens fysiologiska, psykologiska och miljömässiga effekter. Det möte som ändå kan urskiljas är patientens möte med musik. Hur detta ser ut är ofta oklart och redovisas inte närmare. Det framgår till exempel inte av texterna om den spelade musiken utgör något välbekant eller något nytt för respektive patient. Personliga reaktioner på musiken i efterföljande utvärderingar varierar och redovisas inte alltid i sin helhet. I Almerud & Petersons text minns inte patienterna att de lyssnat på musik i den uppföljande intervjun. Hos Lee et al och Wong et al framskyntar irritation hos en del patienter på grund av det snäva musikutbudet. Fowler Byers & Smyth redovisar idel positiva patientreaktioner förutom en som var neutral. Fredriksson nämner att den sederade patient som var van musiklyssnare hade störst blodtrycksförändring efter musiklyssning. Almerud & Peterson gör en uppföljande kvalitativ intervju med sina patienter. Där skapas ett möte mellan två personer.

En orsak till att bedriva kvantitativa studier, som det här är frågan om, är att man vill utvärdera musikens effekter genom mätning. Avslappning hos en patient kan uttryckas och mätas i fysiologiska och psykologiska variabler. Fysiologiska variabler är exempelvis puls, blodtryck och andningsfrekvens. Denna typ av mätningar görs av samtliga forskare i detta avsnitt. Lee et al, Wong et al samt Fowler Byers & Smyth använder dessutom psykologiska skattningsskalor som patienterna får fylla i omedelbart innan och efter musikinterventionen. Hos Fowler Byers & Smyth sker även skattning under pågående intervention. Skattningsskalorna ger ett mått på grad av upplevd oro eller ångest. Lee et al låter även en expertpanel skatta patienternas vilobeteende. Fredriksson kompletterar de fysiologiska mätningarna med observation av de sederade patienternas mimik, motorik och avslappning. Almerud & Peterson gör en kvalitativt inriktad intervju med varje patient då han eller hon

flyttats från IVA, men det visar sig som sagt att ingen av patienterna efteråt minns musikinterventionen.

Fyra av fem författare redovisar signifikanta resultat i något avseende och tvekar inte att rekommendera musikterapi som behandlingskomplement. Fredrikssons studie visar en positiv tendens. Författarnas resultat är dock inte samstämmiga och ibland är de till och med motsägelsefulla. Samtliga studier redovisar ett antal begränsningar som kan tänkas ha påverkat resultatet.

4.3 Sammanfattning

Musik och musikterapi har använts som komplement av musikterapeuter och sjuksköterskor i behandling av intensivvårdspatienter. Gemensamt för patienterna är att de har haft kommunikationssvårigheter. Man kan i de studerade texterna urskilja två huvudsyften med musikterapi, nämligen "Att få kontakt genom sångimprovisation" samt "Att påverka genom musiklyssning".

Under temat "Att få kontakt genom sångimprovisation" beskrivs syftet med musikterapi som att skapa kommunikation och kontakt med patienter i koma. I texterna uttrycks även förhoppningar om att stimulera arousal. För att uppnå detta har man valt musik, uttrycksformer och förhållningssätt utifrån patienternas personliga förutsättningar. I Kennelly & Edwards text arbetar terapeuten med sånger som är välkända för patienten samt sångimprovisation till gitarrackompanjemang. Musikens funktion är att skapa en trygg och välkänd ram inom vilken den i nästa steg bidrar till avspänning, ger stimulans samt stödjer kommunikation och samspel. Musik och sång kan också fungera som uppmuntran till patienten att stå ut med sjukdom och behandling. I Gustorffs texter arbetar terapeuten med sångimprovisation utifrån den musikterapeutiska metoden Creative Music Therapy. Utgångspunkten är dels patientens andningsrytm och andra uttryck, dels kunskap om patientens musikaliska, sociala och medicinska bakgrund. Här är musikens funktion att erbjuda kontakt och kommunikation. Den har också funktionen att vara något igenkännbart, som bidrar till trygghet, motivation och ibland avslappning. Baker & Tamplin refererar till både Gustorffs och Kennelly & Edwards texter. Enligt dem är musikens funktion att skapa meningsfull, icke-hotande mänsklig kontakt för att uppmuntra engagemang och orientering mot omgivningen (arousal). Musik kan vid behov också ha funktionen att underlätta avslappning genom entrainment.

Under temat "Att påverka genom musiklyssning" beskrivs syftet med musikterapi bland annat vara att minska patienternas oro och bidra till avslappning. Tanken om musikens påverkan baseras på olika musiksyn där patientens relation till musiken betraktas som mer eller mindre viktig av olika författare. Baker arbetar utifrån en underliggande psykodynamisk grundsyn i en naturvetenskaplig kontext. Patienterna befinner sig i förvirringstillstånd efter uppvaknande ur koma och hon möter dem med välbekant musik som hon vanligen spelar och sjunger själv. Baker beskriver musikens funktion som en strukturerande ram, som ett alternativt fokus samt

som något välbekant som bidrar till orientering och till att känslor kan hanteras. Chlan låter respiratorbehandlade patienter välja musik ur ett "musikbibliotek" och lyssna på den i hörlurar. Musikens funktion är att få patienten att slappna av och känna mindre oro genom fysiologisk och psykologisk påverkan. Hon menar också att möjligheten att påverka musikval och lyssningstid kan ge patienten en upplevelse av kontroll. Övriga författare under detta tema syftar även de på musiklyssning i hörlurar då de skriver om musikterapi för att underlätta avslappning hos patienter. Musik har i dessa texter i högre eller lägre grad funktionen att vara ett medel för fysiologisk påverkan, psykologisk påverkan samt påverkan av ljudmiljön.

Att bli mött är ett grundläggande mänskligt behov och möte är ett etablerat begrepp inom hermeneutisk analys som används i denna uppsats. Under temat "Att få kontakt genom sångimprovisation" används musik av samtliga författare för att möjliggöra ett möte. Musik skulle kanske kunna beskrivas som en "mötesplats". I första hand beskrivs möten mellan två personer men patienterna möter också musiken och sig själva i musiken. Musik bidrar alltså både till inter- och intra-relaterande. Det som går att iakttä och beskriva är i detta fall främst interrelaterandet, det vill säga mötet mellan två personer. I Kennelly & Edwards text är mötet i musikterapi centralt. Det nämns eller beskrivs inte explicit av författarna utan verkar tas för givet. För Gustorff kan musikterapi sägas vara lika med möte. I mötet ingår att värna patientens autonomi samt bekräfta patienten som subjekt och skapande person. Författaren har ett medvetet, aktivt förhållningssätt till begreppet och beskriver och reflekterar över det utifrån musikaliska, praktiska, filosofiska och etiska aspekter. Baker & Tamplin (2006) skriver inte explicit om mötet i musikterapi eftersom deras bok framförallt har ett praktiskt fokus. Att musikterapi bygger på ett möte mellan två personer framgår emellertid klart i texten. Detta illustreras också tydligt i Tamplin (2000). Gemensamt för dessa författare är att man strävar efter ömsesidighet. Detta sker genom att terapeuten intresserar sig för patienten som individ och väljer musikaliskt material utifrån patientens bakgrund och förutsättningar. Vidare använder man uttrycksmedel (röst och andning) som är möjliga för patienten att relatera till och hantera. Genom att i musikalisk improvisation fokusera på just denna person, vara närvarande, lyhörd och känslig för timing skapas möjlighet för ömsesidig kontakt. Musiken uppstår eller utvecklas i mötet och leder mötet vidare. De närstående ses som en resurs och man försöker göra dem delaktiga i musikterapi på sätt som är lämpliga. Musikterapi kan alltså även stödja mötet mellan patient och närstående.

Under temat "Att påverka genom musiklyssning" använder vissa författare musik för att möjliggöra möte. Mötet handlar här inte om en relation mellan två personer, inter-relaterande, utan om ett möte mellan patient och musik (och det den representerar), intra-relaterande. Dock ses musik av de flesta författare under detta tema enbart som ett "medel" för att uppnå exempelvis avspänning. Baker (2001 a) möter sina patienter med för dem välkänd musik som hon oftast själv framför. Patienterna möter alltså den kända musiken men kanske också något av terapeuten. Det som är i fokus i texten är emellertid hur mötet med musiken påverkar patienterna till minskat utagerande och ökad orientering. Baker (2001 b) förklarar denna effekt bland annat genom att hänvisa till musiken som 'det välbekanta'. Genom att musiken gör omgivningen välbekant uppmuntras patienten att interagera mer med den vilket understödjer medvetenhet och orientering. Bättre orienteringsförmåga kan leda till ökad

trygghet och minskat utagerande. Baker framhåller att man i denna text inte intresserat sig för den interpersonella aspekten av möte, även om man är medveten om den. Man har istället haft fokus på musikens påverkan på patientens möjliga intrapersonella processer. Hos Chlan är det musikterapiens effekter som är det centrala och hon varken nämner eller reflekterar över begreppet möte. I texterna förekommer dock två typer av möten. Den första typen är ett möte mellan två personer och uppstår i det förberedande samtalet om musik och musikval samt den efterföljande utvärderingen av musikterapi. Detta möte bygger på att den som ger musikterapi använder en medveten kommunikationsstrategi. Den andra typen av möte är mötet mellan patient och musik, detta beskrivs framförallt i Chlan (2000) genom några anekdoter. I övriga texter anses det bara. Mötet i musikterapi skulle kunna sammanfattas som att patienten ges kontroll över en egen liten ruta i tillvaron (musikval, lyssningstid) där hon eller han möjlighet att möta musik som är välbekant. Under rubriken "Försök till bevis - Övriga författare" ligger texternas huvudsakliga fokus på kvantitativ utvärdering av musikens effekter och begreppet 'möte' nämns eller diskuteras inte. Det möte som ändå kan urskiljas i texterna är patientens möte med musik men hur det ser ut är ofta oklart och beskrivs inte närmare. Det framgår till exempel inte av texterna om musiken utgör något välbekant eller något nytt för respektive patient. Personliga reaktioner på musiken varierar och redovisas oftast inte i sin helhet.

5. Diskussion

5.1 Inledning

Genom att på olika sätt söka litteratur, göra urval och sedan utsätta texterna för hermeneutisk tolkningsanalys har jag kommit fram till att musik och musikterapi inom intensivvård beskrivs ha två olika syften; att få kontakt respektive att påverka. Föreliggande kapitel inleds med en metoddiskussion där metod, svårigheter och begränsningar i studien diskuteras. Därefter följer en diskussion kring studiens resultat vilken inleds med en reflektion kring textunderlaget. Sedan diskuteras bakgrunden till de musikinterventioner som presenteras i litteraturen. Författarnas olika musiksyn tydliggörs och de olikheter som framträder leder över till frågan om det är möjligt att integrera två vetenskapliga perspektiv. Därpå följer ett avsnitt som diskuterar hur erfarenhet och kunskap påverkar hur sjuksköterskor respektive musikterapeuter ser på musik och musikterapi. I avsnittet "Musikterapi, Music Therapy och Music in Medicine" diskuteras terminologi relaterat till denna studies resultat. Kapitlet avslutas med en sammanfattande reflektion samt uppslag för fortsatt forskning.

5.2 Metoddiskussion

Så vitt jag vet existerar ingen tidigare litteraturstudie på svenska som behandlar "Musikterapi i intensivvård". Insamlandet av texter till denna studie begränsades därför av ett litet utbud inom området, även internationellt sett.

Den metod som använts för att analysera texterna är hermeneutisk tolkningsanalys. Att läsa en text "objektivt" är enligt denna analysmetod inte möjligt. Texten färgas alltid av läsarens förförståelse och läsaren gör sin egen tolkning av texten. Selander & Ödman (2004) skriver angående hermeneutikens roll för samhällsvetenskaplig forskning att "Enligt vår mening uppfattas nog hermeneutiken vanligen som en hjälpvetenskap, som kommer till användning när man inser att det är tolkning man håller på med. Detta är egentligen bara ett första steg i en vetenskaplig medvetandeprocess, men många stannar upp här." (s. 14) I min egen vetenskapliga medvetandeprocess har det varit viktigt att inse att det jag studerat varit *texter* och inte musikterapi. Under processens gång har min förförståelse och mitt musikterapeutiska perspektiv förändrats genom mötet med de olika texterna, deras delar och helhet, och en ny förståelse har sakta vuxit fram i detta möte. Texternas olika format har fungerat både som en utmaning och en tillgång och olika texter har krävt olika "angreppssätt". Jag har kontinuerligt tvingats skärpa min blick för vad som varit väsentligt i innehållet. Texternas olika vetenskapliga perspektiv har även de fungerat som utmaning och tillgång. Genom att texterna kontrasterat mot varandra har deras olika tyngdpunkter och innehåll tydliggjorts.

Följande begränsningar och svårigheter upplevdes: De studerade texterna kommer från flera olika länder. Även om intensivvård i stort har samma naturvetenskapliga och medicinska grund kan det finnas lokala och kulturella skillnader i synsätt på musik, musikterapi och omvårdnad som kan ha bidragit till olikheter i texternas framställning. Två texter är skrivna på svenska, en på tyska och resten på engelska medan föreliggande uppsats är på svenska. Jag har strävat efter språklig noggrannhet men det går inte att utesluta en viss språklig glidning. Vissa begrepp är inte direkt översättbara från engelska till svenska. Begreppen "musikterapi" och "music therapy" omfattar till exempel inte riktigt samma innehåll, vilket diskuteras i avsnitt 5.3 "Musikterapi, Music Therapy och Music in Medicine". Några författare till engelskspråkiga texter har troligen inte engelska som modersmål vilket innebär att det inte helt går att utesluta språkliga tvetydigheter. Jag har strävat efter att sätta mig in i verksamhet, termer och begrepp inom området intensivvård. Eftersom jag inte själv har arbetat inom detta område går det inte att utesluta feltolkningar på grund av bristande erfarenhet.

5.3 Resultatdiskussion

Textunderlag

Föreliggande uppsats är baserad på ett begränsat antal texter från spridda delar av världen. Texterna handlar om hur man använt musikterapi för att möta behov och lindra lidande hos intensivvårdsbehandlade patienter. De forskningsstudier som ingår i materialet är vanligtvis små och uppmuntrar till ytterligare forskning

Varför finns så lite skrivet om musikterapi i intensivvård? Först och främst är det ovanligt att musikterapi används inom intensivvård (Erichsen, 2008). Anledningarna till att musikterapi inte används kan vara flera: Intensivvård innebär vanligtvis ett starkt fokus på räddande av liv och då finns det kanske inte utrymme för, eller kunskap om, psykiska behov och psykiskt omhändertagande. Därutöver är musikterapi ett relativt nytt behandlingskomplement och kunskap om musikterapi samt förtroende för musikterapi (inklusive evidensbaserade studier) saknas ofta. Ofta saknas även utbildade musikterapeuter. I Sverige har jag funnit två författare som skrivit om användandet av musik i intensivvård (Almerud & Pettersson, 2004; Fredriksson, 2003). Dessa texter baseras på mindre studier och, så vitt jag vet, ingen kontinuerlig verksamhet. Intrycket är att det finns många forskningsmetodiska svårigheter om man vill studera området. Patienterna är mycket sjuka och vårdssituationen komplex.

Vilken är då drivkraften bakom de texter om musik, musikterapi och intensivvård som trots allt beskrivs här? Vad gäller texter skrivna av sjuksköterskor är mitt intryck att motivationen till att pröva musik som behandlingskomplement och att forska kring detta grundar sig i erfarenheter gjorda i det vardagliga arbetet. Man har sett ett stort lidande och sökt ett verktyg för att hantera detta. Många texter under temat "Att påverka under musiklyssning" verkar bygga på ett genuint intresse för patienterna respektive musikens effekter. Man har ansträngt sig för att göra bra studier utifrån de förutsättningar man haft. Man vill finna (natur-)vetenskapliga bevis för att musiklyssning verkligen är en effektiv intervention.

Musikterapeuternas texter handlar om att utveckla en kunskapsbas i ett fortfarande relativt nytt yrke och om att skapa legitimitet för detta yrke. I kvalitativa studier strävar man efter att utöka sin förståelse av vad musikterapi är och hur den fungerar. Genom kvantitativa studier försöker man legitimera sina resultat inför sig själv, vårdssamhället, försäkringsgivare etc.

Musiksyn

Musik används på olika sätt och har olika funktion i de texter som tillhör respektive tema. En enkel förklaring är att man utgår från olika patientkategorier. Syftet med musik och musikterapi för patienter i koma blir ett annat, än för till exempel, vakna, respiratorbehandlade patienter. Bortsett från denna uppenbara skillnad präglas emellertid användningen av musikinterventioner också av att författarna verkar ha olika syn på vad musik *är*. På frågan "Vad är musik?" anar man i texterna olika svar. Ett fåtal av författarna ger ett uttryckligt svar på denna fråga, men många tar inte upp ämnet utan utgår från att läsarna och de själva är överens. Man kan tala om en underförstådd musiksyn.

I texterna under temat "Att få kontakt genom sångimprovisation" är syftet med musikterapi att få kontakt. Resultatet visar att dessa författare ser mötet som en förutsättning eller en integrerad del i arbetet för att uppnå kontakt. Musiken - kontakten - uppstår eller utvecklas i mötet och leder mötet vidare i en kommunikativ process. På frågan: Vad är musik? skulle man utifrån dessa texter till exempel kunna svara att musik är *ett sätt att mötas* och att den improviserade musik som uppstår är *uttryck för ett möte*.

I texterna under det andra temat är syftet med musikterapi att påverka. Resultatet pekar på att dessa författare har olika musiksyn vilket uttrycks i att patienternas relation till musiken ses som mer eller mindre viktig av olika författare. I Baker (2001 a, 2001 b) används för patienterna välbekant och förutsägbar musik (favourite songs/artists). Detta ses som en möjlig förklaring till den stora påverkan som interventionen i studien hade på bland annat orienteringsförmåga och utagerande. Man skulle kunna se det som att Baker ger sina patienter en upplevelse eller erfarenhet som förändrar deras uppfattning om omgivningen. Detta tycker jag påminner om vad Gadamer skriver i "Konst och sanning" (1997):

I konst(erfarenheten) ser vi en äkta erfarenhet i verksamhet, en erfarenhet som inte lämnar den som gör den oförändrad, och vi frågar efter vad det, som kan erfaras på sådant vis, är till sitt väsen. (s. 76)

Gadamer understryker här att en konst(musik-)upplevelse måste uppfattas som en erfarenhet, ett möte, som påverkar den som gör denna erfarenhet. Konst (musik) handlar alltså inte primärt om bildning, smak eller estetik.

Varje möte med konstens språk är ett möte med ett oavslutat skeende och självt en del av detta skeende. (s. 75)

Här beskriver Gadamer mötet med konst (musik) som att betraktaren/ lyssnaren görs delaktig (i ett oavslutat skeende). Gadamer skriver även att ".... den estetiska erfarenheten är ett sätt att förstå sig själv." (s.72) Detta är något som stämmer med min egen erfarenhet. Svaret på

frågan "Vad är musik?" skulle enligt ovanstående tre citat kunna vara *en erfarenhet, ett möte, där man görs delaktig, vilket kan bidra till självförståelse*. Musik ses i detta sammanhang snarare som ett subjekt än ett objekt. Min tolkning är att denna musiksyn kan spegla musikens funktion i Baker 2001 a och 2001 b. Självförståelse i detta sammanhang måste naturligtvis ses ur ett brett perspektiv.

I Chlans texter förefaller svaret på frågan om vad musik är lite dubbelt. Å ena sidan är musik ett *medel för påverkan* och beskrivs utifrån element som melodi, rytm och tempo. Å andra sidan kan musik vara ett *uttryck för omsorg*: det är viktigt att patienten får musik som hon/han tycker om att lyssna på. Musiken beskrivs genomgående i termer av ett objekt.

De naturvetenskapligt orienterade texterna under "Övriga" i det andra temat tycks se musik främst som *ett medel - ett objekt - för att påverka*. Man beskriver musik utifrån dess element, till exempel melodi, rytm och harmoni. I dessa texter söker man bedöma musikens effekt utifrån objektiva faktorer såsom speltid och genre, samt utifrån musikens olika element som melodi, rytm, tempo, volym etc. Man vill gärna finna linjära samband mellan intervention och påverkan på samma sätt som man kan göra med exempelvis läkemedel. En del författare konstaterar dock likt Wong (2001) att musikens komplexitet i sig utgör en komplicerande faktor när man ska bedöma vad som är verksamt i musiken.

Sammantaget ger texterna från båda temata följande svar på frågan "Vad är musik?"

- musik kan vara ett sätt att mötas
- musik (musicerande) kan vara ett uttryck för möte
- musik kan utgöra en erfarenhet, ett möte med musiken där man görs delaktig, vilket kan bidra till självförståelse.
- musik kan ses som ett objekt, ett medel för påverkan
- musik kan vara ett uttryck för omsorg

Musik är uppenbarligen ett fenomen som kan upplevas och beskrivas på flera olika sätt.

Att integrera två vetenskapliga perspektiv

Att betrakta musik som ett subjekt och musikupplevelse som ett möte och en process hör hemma i en humanistisk vetenskapssyn. Att se musik som ett objekt, ett medel för påverkan hör hemma i en naturvetenskaplig vetenskapssyn. Är då dessa båda sätt att se på musik ömsesidigt uteslutande? I Ricœur's (1993) anda skulle man kunna tänka sig att de kompletterar varandra. Man kan beskriva musik både ur ett subjektivt och ur ett objektiskt perspektiv. Frågan är när det är mest konstruktivt att göra det ena, det andra eller båda.

I alla de studerade texterna förekommer ett möte med musik, även om det inte beskrivs. En grundläggande skillnad mellan texterna ligger i hur medvetet man beskrivit mötet. Man kan schematiskt tänka sig det naturvetenskapliga synsättet på en musikintervention som den linjära sekvensen:

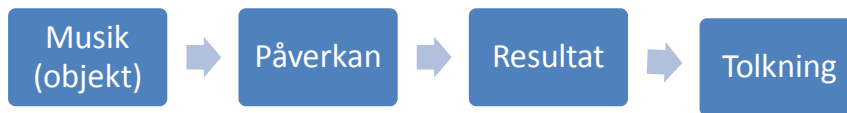


Fig.1 Naturvetenskapligt synsätt

Musik spelas och utövar därmed påverkan på patienten vilket visar sig i ett resultat, till exempel: pulsens hastighet avtar och patienten känner sig lugnare. Resultatet kan sedan tolkas. Musiken i sig ses här som den huvudsakliga terapeutiska faktorn. Likaså kan man förenklat beskriva det humanistiska synsättet som processen:



Fig. 2 Humanistiskt synsätt

Här betraktas musik som ett subjekt vilket innebär att man kan tala om ett möte med, i eller genom musik. Om detta möte är känslomässigt signifikant bidrar det till inre förändring hos patienten. Förändringen kan gestaltas i exempelvis fysiologiska reaktioner, beteenden samt verbal/icke-verbal kommunikation och kan tolkas av musikterapeuten. Mötet med, i eller genom musik ses här som den främsta terapeutiska faktorn. Ett försök till integrering av de båda ovanstående synsätten är följande:

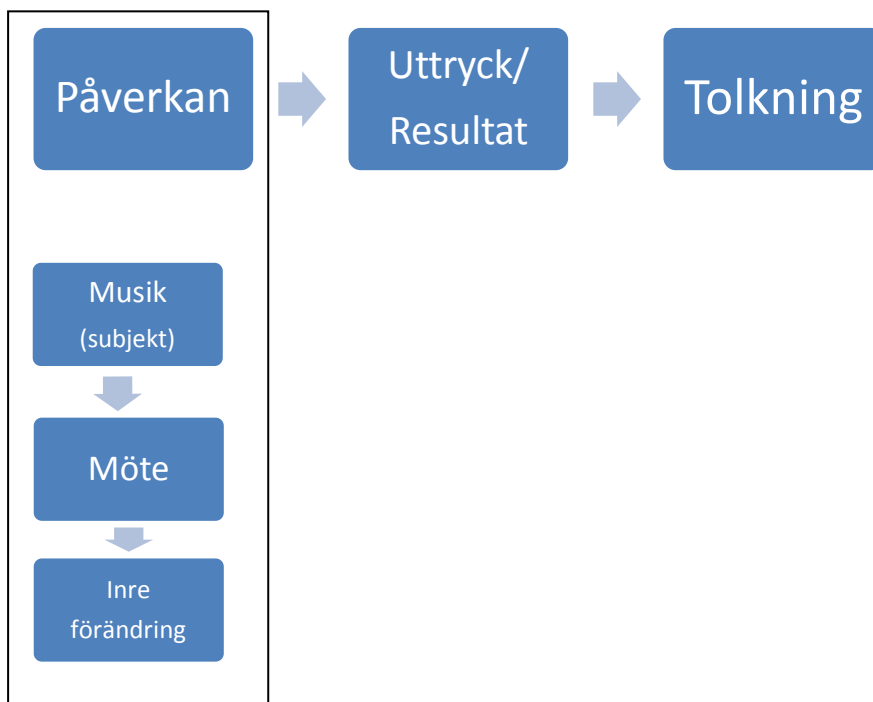


Fig. 3 Försök till integrering

Begreppet PÅVERKAN får inkludera den kommunikativa processen musik - möte - inre förändring. Denna process manifesterar sig i ett yttre beteende, UTTRYCK/RESULTAT. Hela processen eller enbart resultatet kan sedan TOLKAS ur olika aspekter. Modellen visar att musik kan användas för ”påverkan” men uttrycker samtidigt en djupare förståelse för hur musik fungerar. Ovanstående schematisering har säkert sina begränsningar – det kanske mer adekvat att beskriva cirkulära processer då musik fungerar som subjekt - men jag anser att den trots allt kan fungera som diskussionsunderlag.

Om man vill integrera de två skilda vetenskapliga synsätten på musikerapi i intensivvård blir tolkningsprocessen alltså mer komplicerad än vad flera författare förutsett. Vad det humanistiska synsättet gör är att fördjupa *förståelsen* för vad musik är och vad musik gör. Det naturvetenskapliga synsättet bidrar med metodiska *förklaringar* och sätter in det hela i en kontext som styrs av mätbarhet och ytterst av ekonomiska förutsättningar. Förklaringen är metodisk, medan förståelse snarare är det icke-metodiska moment som i tolkande vetenskaper går samman med förklaringens metodiska moment. Förståelse föregår, ledsagar, avslutar och innesluter på så vis förklaring. I gengäld utvecklar förklaring förståelse analytiskt (Ricoeur, 1993). Konkreta exempel på de tre ovanstående förhållningssätten kan man till exempel se i texterna av Fowler Byers & Smyth (1997), Kennelly & Edwards (1997) respektive Baker (2001 a).

De författare i det studerade materialet som mest integrerat de två perspektiven förefaller vara Baker & Tamplin (2006). Å ena sidan uttrycker de en tydlig medvetenhet om behovet av gemensamt språk och arbetssätt i det multidisciplinära teamarbetet. Detta präglas av en medicinsk kontext där det är nödvändigt att kunna visa mätbara resultat. Här har vi det naturvetenskapliga synsättet baserat på "förklaring". Å andra sidan konstaterar Baker & Tamplin att de patienter som remitteras till musikterapi ofta har både fysiska, psykiska och känslomässiga problem som kan samverka på komplexa sätt. Då behövs, förutom medicinsk kunskap, psykologisk/psykodynamisk kunskap och djupgående musikkunskap för att kunna skapa möte och "förståelse", alltså ett humanistiskt synsätt. Psykodynamisk/musikterapeutisk kunskap ter sig ofta svårtillgänglig för den som är van vid ett naturvetenskapligt synsätt. Dessa författare har löst problemet genom att omtolka en del av den psykodynamiska/musikterapeutiska vokabulären till det vokabulär som används i behandlingsteamet. På så sätt fungerar de som medlare mellan två vetenskapliga traditioner.

En författare som också försöker få ihop båda perspektiven är Chlan (2000). Hon uttrycker emellertid inte medvetenhet om detta i samma grad som föregående författare utan har nästan enbart tillgång till det naturvetenskapliga perspektivet. Mötet framskymtar "mellan raderna" eller i bifogade episoder. Man anar att författaren tycker att det är viktigt men hon saknar verktyg för att beskriva eller analysera det. Hennes kunskap om mötet skulle kanske kunna beskrivas som tyst kunskap: en vardagserfarenhet som inte ryms inom den naturvetenskapliga referensramen.

Sammanfattningsvis kan man lägga märke till att de båda författargrupperna musikterapeuter och sjuksköterskor i sina texter ger uttryck för olika musiksyn. I texter författade av musikterapeuter beskrivs musik som ett sätt att mötas, som ett uttryck för möte eller som ett personligt tilltal, ett subjekt, som ger upphov till en erfarenhet och inre process hos den som lyssnar. I texter författade av sjuksköterskor beskrivs musik främst som ett objekt och ett medel för påverkan samt ibland som ett uttryck för omsorg. Dessa olika sätt att se på vad musik är har en nära koppling till vetenskapssyn. Om man vill integrera de två skilda vetenskapliga synsätten på musikterapi i intensivvård blir tolkningsprocessen mer komplicerad än vad flera författare i det studerade materialet förutsett. Det verkar sannolikt att förståelsen för en musikintervention ökar om man betraktar den ur både det humanistiska och det naturvetenskapliga perspektivet. Om man vill integrera synsätten är "mötet" med, i eller genom musiken en viktig utgångspunkt som jag ser det.

Kunskap

Musiksyn och yrkestillhörighet verkar sammanfalla i det studerade materialet. Vari bottnar de båda yrkesgruppernas olika syn på musik och musikterapi? Jag föreställer mig att utbildning och erfarenheter av olika slag spelar roll för hur man formar sin syn på musik och dess möjligheter.

Intensivvårdssjuksköterskor utbildas och arbetar i en kontext som är starkt präglad av en naturvetenskaplig vetenskapssyn. Samtidigt är *omvårdnad* ett centralt begrepp inom

sjuksköterskeyrket och en god omvårdnad inkluderar omsorg (Dahl Andersen, 1997). Att man väljer musik som intervention kan mycket väl bero på att man intuitivt eller erfarenhetsmässigt vet att musik kan fungera som en sorts omsorg: tröst, stöd, stimulans, distraktion, med mer. Den författare under temat "Att påverka genom musiklyssning" som tydligast beskriver musiklyssning som omsorg är Chlan (2000). Hos övriga författare framskyntar behovet av omsorg, och musikens möjlighet att möta detta, mer eller (oftast) mindre men det uttrycks inte explicit. Detta beror förmodligen på det textformat som använts: den kvantitativa studien. Detta format sätter gränser för vilken typ av kunskap som kan utforskas och beskrivas. Intrycket jag får av de flesta studierna är att författarna skapat en experimentsituation för att försöka få (natur-) vetenskapliga bevis på att det man tror är sant stämmer (musikens förmåga att påverka). Samtidigt söker man efter generaliserbara resultat. Som bas för sina interventioner skaffar man kunskap via litteraturstudier. Samtliga sjuksköterskor refererar till litteratur om musikinterventioner skriven av andra sjuksköterskor, men man refererar även till musikterapeutisk litteratur. Denna kan variera i aktualitet och relevans och mitt intryck är att man ofta inte har överblick över kunskapsområdet. Intrycket är också att man inte alltid förmår värdera och dra nytta av det man läser. Detta förefaller bero på brist på kunskap. Olofsson (2006) använder uttrycket att man saknar "musikalisk förankring" vilket jag tycker stämmer som beskrivning även i dessa fall. Ibland blir det "rundgång" i hur olika författare refererar till varandra. Chlan et al (2007) refererar till Wong et al (2001) som refererar till Chlan (1998). Man anar en risk för att vag förankring och vaga resultat förs vidare utan att någon påtaglig utveckling sker. Påtagligt är också att musikterapeutyrket bara nämns i tre texter. Chlan nämner att yrket finns och beskriver det kortfattat (Chlan, 2000). I studien från 2001 tar hon hjälp av en musikterapeut för att skapa ett musikbibliotek. I Lee et al (2005) nämns att man använt en musikterapeut som expert för att bedöma validiteten hos en checklista. Man kan fundera över hur det kommer sig att man inte i högre grad dragit nytta av musikterapeutisk kunskap. Är det en tillfällighet? Har man inte kunskap om att yrkesgruppen existerar? Har man inte tillgång till utbildade musikterapeuter? Eller tycker man att man klarar sig bra ändå?

De författare som är musikterapeuter baserar sin kunskap om musik och musikterapi på gedigen yrkeserfarenhet bottnad i en flerårig musikutbildning. Man är tränad i att relatera till och genom musik samt att reflektera över musikens natur och funktion i olika sammanhang. Man är också tränad i lyhördhet inför mötet med olika klienter och har en djupgående kunskap om musik och kommunikation. Dessa författare refererar till musikterapeutisk litteratur samt medicinsk litteratur inom olika specialiteter. Ibland refereras även psykologisk och filosofisk litteratur. Av musikterapeuterna är det främst Baker & Tamplin (2006) som fördjupar sig i varför musikterapi fungerar utifrån ett medicinskt perspektiv. Av naturliga skäl kan inte denna författare fullt ut bedöma hur musikterapeuterna tillgodogjort sig den medicinska kunskap som uttrycks i deras texter. Samtliga författare i denna yrkeskategori beskriver ett nära samarbete med den övriga medicinska personalen.

Musik är ett kulturellt allmångods som ägs av alla och av ingen. I vårt samhälle är musikinspelningar ofta lättillgängliga och relativt billiga. I flera av de studerade texterna under temat "Att påverka genom musiklyssning" nämns detta som positiva aspekter. Det ses

som en enkel intervention att förse en patient med hörlurar och sätta på musik. Men att intervensera med musik inom intensivvård innebär att bruka makt. Musik är en konstform som kan nå oss på djupet, vi kan så att säga inte blunda med öronen. Patienterna i texterna har svårt att röra sig och har i många fall stora kommunikationssvårigheter vilket gör att makten obönhörligen förskjuts. Den som sysslar med musikinterventioner har makt över hur interventionen utformas, över den musik som erbjuds, över kommunikation, tid, frekvens osv. I det studerade materialet är det framförallt Gustorff (2000) som för ingående resonemang om hur man kan förhålla sig etiskt och praktiskt till musikterapi med patienter i koma. Chlan (2000) konstaterar att även om "music therapy" inte anses ha några bieffekter "the intervention must be used prudently and with caution" (s. 135). Musikinterventioner bör alltså användas klokt och med försiktighet. Mitt eget intryck är att några av de studerade texterna uttrycker en viss aningslöshet inför detta i grunden etiskt komplicerade område. Speciellt allvarligt blir det när det rör sig om patienter som inte kan kommunicera medvetet. Vem är jag att fatta beslut om en sådan persons musiklyssnande? Vad kan vi egentligen veta om vad en sövd eller komatös patient upplever? Bruket av hörlurar skulle också kunna diskuteras. De har många fördelar men begränsar samtidigt patientens möjlighet till ickeverbal kommunikation, exempelvis möjligheten att vända bort huvudet från ljudkällan.

Anne Olofsson är musikterapeut inom onkologisk vård. I en litteraturstudie om detta område skriver hon bland annat:

För andra kliniskt utövande inom alla delar av vården ställs särskilda krav på kunskap och kompetens. Det vore naturligt att samma krav ställs i samband med musikterapi och musikrelaterade interventioner i vården. (Olofsson, 2006, s.45)

För att få intervensera inom sjukvården ställs ofta höga krav på utbildning och erfarenhet. Man kan fundera över varför musikinterventioner inte självklart omfattas av detta krav. Är musik något som vissa "bara kan"? Räknas användande av musik i behandling inte som en intervention? Saknar man kännedom om kunskapsområden som musikpsykologi och musikterapi?

Utifrån det studerade materialet kan det förefalla som om sjuksköterskor som arbetar med musikinterventioner sällan samarbetar med musikterapeuter. Materialet är dock för litet för att man ska kunna dra några sådana slutsatser. Det verkar dock rimligt att anta att sjuksköterskors och musikterapeuters samlade kunskap skulle gynna patienterna istället för att man utvecklar två skilda "kunskapstraditioner".

Musikterapi, Music Therapy och Music in Medicine

Av samtliga studerade texter är det bara två som inte använder begreppet musikterapi (music therapy) för att beskriva vad man håller på med. Det är Fowler Byers & Smyth (1997) som använder "music intervention" och Lee et al (2001) som skriver om "music". För att förenkla texten i kapitel 5 valde jag att använda begreppet musikterapi (music therapy) i en ganska vid mening. Detta begrepp är emellertid inte så entydigt, vilket också de studerade texterna visar.

Ordet "terapi" kan ju användas i många olika betydelser (jämför exempelvis psykoterapi, farmakoterapi och fysioterapi) vilket bidrar till att även begreppet musikterapi blir mångtydigt.

På senare år har det i det internationella musikterapeutiska samfundet förts en diskussion om vad musikterapi är och vad som ska få kallas musikterapi. Denna diskussion har bland annat präglats av att begreppet tillskrivits olika innebörd i USA respektive Väst Europa. Musikterapeuter i Europa arbetar oftast inom ett psykodynamiskt ramverk där relationen till patienten är central medan musikterapi i USA i huvudsak präglats av den beteendevetenskapliga traditionen. Detta är något som återspeglas i de studerade texterna. De sjuksköterskor som skriver om "music therapy" hör framförallt hemma i USA och Hong Kong medan musikterapeuterna har sin bakgrund i Tyskland och Australien. Parallellt med ovan nämnda diskussion finns ett växande intresse inom sjukvården för användandet av musikinterventioner. Detta intresse tas bland annat tillvara av International Society of Music in Medicine som samlar olika medicinska yrkeskategorier, psykologer och musikterapeuter. I Wigram et al (2002) presenteras Music in Medicine som en av flera musikterapeutiska metoder och modeller. Musik beskrivs här kunna relatera till medicinsk behandling på tre sätt (Dileo-Maranto i Wigram et al, 2002, s.143), nämligen:

- A) genom att stödja medicinsk behandling (lyssna på musik under njurdialys)
- B) som likvärdig partner till medicinsk behandling (sång och medicinering som behandling för andningsbesvär)
- C) som primär intervention (musiklyssning för att minska smärta)

Texterna under tema "Att få kontakt genom sångimprovisation" beskriver musikterapi på ett sätt som ansluter till den västeuropeiska musikterapi traditionen i varierande grad. Baker & Tamplins text (2006) har det mest uttalade musikmedicinska fokuset. Musiken beskrivs där som primär intervention – dess syfte är att skapa meningsfull, icke-hotande kontakt för att på så sätt öka arousal. Detsamma gäller för texten av Kennelly & Edwards (1997). Gustorffs texter har en mer existentiell inriktning men även här fungerar musik i praktiken som primär intervention. Under temat "Att påverka genom musiklyssning" framgår att Bakers text har ett klart musikmedicinskt fokus. Även här handlar det om en primär intervention. Musikterapiens syfte är ökad orientering och minskat utagerande. Den västeuropeiska musikterapi traditionen finns i bakgrunden men texten uttrycker klart att man bortser från aspekter av interrelaterande i den aktuella studien. Övriga texter under tema "Att påverka genom musiklyssning" är inspirerade av olika europeiska och amerikanska musikterapeutiska inriktningar. De har ett tydligt musikmedicinskt fokus där musik stödjer den medicinska behandlingen, alternativt fungerar som likvärdig partner till medicinsk behandling. Man använder exempelvis musiklyssning tillsammans med sederande medel för att lindra ångest och oro vid respiratorbehandling.

Musikterapi inom intensivvård så som den beskrivs i de studerade texterna kan alltså, utifrån ovanstående resonemang, sägas höra hemma inom fältet Music in Medicine. De studerade texterna antyder att den psykodynamiskt grundade musikterapi har en roll att spela även inom detta område, speciellt då det gäller neurorehabilitering. Detta beror, som jag ser det, på

den djupare förståelse av musik och dess inneboende kommunikationsmöjligheter som det psykodynamiska synsättet ger utrymme för. Aspekter som musik och identitet ryms även inom detta synsätt.

Sammanfattande reflektion - Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö

Föreliggande uppsats utgår från texter som representerar både det naturvetenskapliga och det humanistiska vetenskapsområdet. Kjørup (1996) beskriver det humanistiska vetenskapsområdet, humaniora:

Som vi använder det idag betyder "humaniora" således något i riktning mot mänskligare ting. Mänskligare än vad? Än realia, "de verkliga tingen", de ting som naturvetenskaperna sysslar med. Med beteckningen "humaniora" pekar vi istället på vetenskaperna om mänskliga förhållanden uttryckta i språk och historia, konst och kultur, och om människan själv som tänkande, kännande, handlande och skapande varelse. (Kjørup, 1996, s.13)

Beteckningen "humaniora" syftar alltså bland annat på vetenskaperna om mänskliga förhållanden uttryckt i musik samt vetenskaperna om människan själv som tänkande, kännande, handlande och skapande varelse. Sådana vetenskaper kan till exempel vara psykologi, musikpsykologi och musikterapi. Parallellt med humaniora har vi naturvetenskaperna som i denna uppsats representeras av medicinen.

Så gott som alla de studerade texterna beskriver intensivvårdsmiljön som bullrig och svårförståelig på grund av den höga teknologiska nivån. Sjuksköterskan Sofia Almerud skriver i en doktorsavhandling att intensivvårdspatienter uppfattar sig själva som observationsobjekt:

Machines have high status and technical and mechanical aspects of nursing constitute 'real work', and are often perceived as more important and stimulating than other nursing activities. Caregivers so strive to master technology that the patient ends up an object of observation, supervision, review and control. Reducing the person to an extension of the machine, or a diagnosis tattooed on a plastic band, may create a barrier against potentially emotionally draining relationships. (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2007, p. 16) .

Citatet beskriver hur teknikens komplexitet och möjligheter gör att ständigt övervakade patienter ändå kan känna sig osedda.

Utifrån det jag just beskrivit samt utifrån de studerade texterna skulle jag vilja sammanfatta en av musikterapiens viktigaste funktioner inom intensivvård till att vara *bärare av det humana i en tekniktät miljö*. Genom att fokusera på mötet med, i och genom musik kan vi påminnas om att patienten är en människa och en unik individ, ett subjekt med en egen identitet. Flera av de studerade texterna antyder att musikterapi kan bidra till att synlig- och tydliggöra individen inför sig själv och andra. Musik kan i vissa fall bidra till att skapa en tryggare omgivning som patienten vill och förmår relatera till. Genom att möta sig själv och andra i

eller genom musik kan känslan av mänsklig närvaro och gemenskap stödjas. Musik kan fungera som ett medium som bär den mänskliga samvaron i en utsatt situation. Den kan utgöra ett stöd för såväl patienter som anhöriga och personal. Musik kan ibland trösta, lugna och lindra.

Fortsatt forskning

Det behövs både kvantitativa och kvalitativa studier för att utveckla kunskap inom området musikterapi i intensivvård. Kvalitativa studier är nödvändiga bland annat för att skapa förståelse för vad man bör fokusera på när kvantitativa studier görs. Det studerade materialet pekar på vikten av att forskning baseras på goda kunskaper *både* inom medicin och inom musikterapi. Eftersom både intensivvård och musikterapi är breda och komplexa områden verkar det lämpligt att olika yrkeskategorier samarbetar. En del av de studier som beskrivits i denna uppsats behöver, så vitt denna författare kan bedöma, upprepas för att fastställa och bekräfta resultat. Hit hör exempelvis Baker (2001 a). Andra behöver göras om utifrån en fördjupad kunskap om musik och musikterapi vilket gäller flera av studierna under Tema 2. Andra intressanta forskningsområden skulle kunna vara:

Musikterapi och ljudmiljö

Så gott som samtliga texter beskriver intensivvårdsavdelningen som en bullrig plats, vilket kan vara påfrestande både för patienter och för personal. Att använda musiklyssning som ett sätt att skapa avskildhet och lugn för patienter har prövats i några av de studerade texterna framför allt under temat ”Att påverka genom musiklyssning”. I texterna under tema ”Att få kontakt genom sångimprovisation” vittnar flera författare om att musikterapi förde med sig en större medvetenhet om ljud och en öppenhet för förändrat kommunikationssätt hos personalen. Fowler Byers & Smyth's studie antydde att patienter har olika känslighet för buller. Detta är ett område som skulle kunna studeras utifrån flera olika perspektiv, frågeställningar och metoder i syfte att skapa en mer helande miljö för patienterna och en bättre arbetsmiljö för personalen.

Musikterapi för att förebygga och motverka IVA-syndrom

"IVA-syndromet" är en relativt vanlig komplikation (20-60 %) inom intensivvård (Granberg-Axèll, 2001). Granberg Axèll framhåller att omvårdande aktiviteter och relationer till släktingar och vårdare verkar minska upplevd rädsla och spänning samt förebygga och motverka både skrämmande och icke-skrämmande överklighetsupplevelser. Inom musikterapi finns erfarenhet av att musik kan användas som omvårdande aktivitet och att musikterapi även kan stödja relationer till släktingar och vårdare (Baker & Tamplin, 2006; Gustorff, 2000; Kennelly-Edwards, 1997). Ruud (1997) visar i en studie att musikupplevelse och identitet har nära samband. Musik vald utifrån patientens preferenser kan bidra till att stödja dennes upplevelse av kontinuitet, unicitet och integritet. Man skulle också kunna fundera över om den musikterapeutiska intervention som Baker beskriver under temat ”Att påverka genom musiklyssning” skulle kunna vara adekvat eller modifieras för denna

patientgrupp. Patienter som upplever förvirringstillstånd efter traumatisk hjärnskada och patienter som upplever förvirringstillstånd i samband med IVA-syndrom verkar ha liknande klinisk presentation. Båda tillstånden handlar bland annat om att vara desorienterad vilket leder till ökad oro och ibland utagerande. Vad som verkar viktigt att beakta är de sederande medlens effekt i samband med IVA-syndrom - i vilken grad bidrar de till syndromet och kan de leda till en förvrängd och därmed negativ upplevelse av musiken?

Musikterapi som icke-farmakologisk intervention för att motverka känslomässiga komplikationer i efterförloppet till intensivvårdsbehandling

I en doktorsavhandling (2006) konstaterar Karin Samuelson att det finns ett stort behov av att minska oro och obehag hos intensivvårdspatienter men att det också finns risker med sedering. Avhandlingens resultat tyder på att strategier för att öka patientkomforten och välbefinnandet behöver utvecklas och implementeras och Samuelson förordar *icke farmakologiska interventioner* som komplement till individuellt anpassad sedering samt standardiserad uppföljning av patienterna. Samtal och identifiering av de svårast drabbade med hjälp av screeninginstrument redan på vårdavdelningen skulle kunna minska förekomst och intensitet av posttraumatisk stress menar hon. Här kan man, tycker jag, fundera på om musikterapi i vissa fall kunde vara en lämplig icke farmakologisk intervention. Detta är ju en tanke som framförs i flera av de studier som presenteras under temat ”Att påverka genom musiklyssning”. Dessa studier bygger emellertid på begränsad kunskap om musik och musikterapi. Det vore intressant att pröva att använda musikterapi utifrån en djupare förståelse av musik till denna patientgrupp (vilken sannolikt överlappar patientgruppen i föregående avsnitt).

Musikterapi för att bearbeta intensivvårdsupplevelsen i efterhand.

Det förefaller som om organiserad uppföljning av intensivvård är något som är under utveckling. En metod är att personal och anhöriga för dagbok under IVA-tiden vilken läses och ibland diskuteras tiden efter intensivvårdsvistelsen. I ett forskningsprojekt lett av Christian Rylander försöker man påvisa samband mellan uppföljande aktivitet och minskad förekomst av till exempel PTSD (www.fou.nu). Man kan emellertid undra om inte en del psykiska komplikationer skulle kunna förebyggas på ett tidigare stadium genom icke-farmakologiska interventioner (se ovan).

Att ha varit livshotande sjuk och hamna på IVA är en omvälvande upplevelse och även om kroppen så småningom återhämtar sig kan det ta lång tid att bearbeta upplevelsen.

Själv blev jag livshotande sjuk som vuxen. Det var intensivvårdsvistelse och mycket mer. Den högspecialiserade vården var utmärkt men ju längre ut i vårdperiferin man hamnar desto jobbigare blir det. När de släppte taget stod jag ensam kvar med alla mina frågor. Vad gör jag nu då? Jag hade önskat att det hade funnits ett mer fungerande skyddsnät, någon som plockade upp en när man hade överlevt det medicinska men knappt vet om man lever rent psykiskt... (Jessika, insändare Svenska Dagbladet, Idagsidan 080430)

Musikterapi skulle förmodligen kunna användas även efter en sjukhusvistelse för att bearbeta upplevelser av allvarlig sjukdom, sjukhusvistelse, behandling mm. Det finns en ganska stor samlad erfarenhet av att använda musikterapi i samband med exempelvis cancerbehandling och traumabearbetning. Sannolikt skulle dessa erfarenheter kunna överföras till ovanstående patientgrupp (Engström Franzén, 1999; Forss Wärja, 1999; Olofsson, 1999 samtliga i Hammarlund; Austin, 1999; Sekeles, 1999 båda i Wigram & de Backer samt Montello, 1998).

6. Referenser

6.1 Tryckta referenser

Almerud, S. (2007). *Vigilance & Invisibility. Care in technologically intense environments*. (Avhandling för doktorsexamen, Växjö universitet).

Almerud, S., & Petersson, K. (2004). *Musikterapi - ett icke farmakologiskt behandlingskomplement för respiratorbehandlade intensivvårdspatienter*. (FoU-rapport 2004:1). Landstinget Kronoberg

Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). 'Caught in an Artificial Split - A Phenomenological Study of Being a Caregiver in the Technologically Intense Environment'. In *Vigilance & Invisibility. Care in technologically intense environments*. (Avhandling för doktorsexamen, Växjö universitet).

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ansdell, G. (1995). *Music for life. Aspects of creative music therapy with adult clients*. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

Austin, D. (1999). 'Vocal Improvisation in Analytically Oriented Music Therapy with Adults'. In T. Wigram and J. de Backer (Eds.). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* (pp. 141 - 157) London: Jessica Kingsley Publishers.

Baker, F. (2001a). The effect of live, taped, and no music on people experiencing posttraumatic amnesia. *Journal of Music Therapy*, XXVIII (3), 170-192

Baker, F. (2001b). Rationale for the effects of familiar music on agitation and orientation levels of people in posttraumatic amnesia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10, (1), 32-41.

Baker, F., & Tamplin, J. (2006). *Music therapy in neurorehabilitation: A clinician's manual*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Bergbom-Engberg I. (1989). *Patients' experiences of respirator treatment. A retrospective study of the influence of medical and nursing care factors on recall, experience of discomforts, and feelings of security or insecurity*. (Avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet).

Buber, M. (1997). *Jag och Du*. Ludvika: Dualis.

Cissoko, B. (1995). *Ridende på trommen Syngende vejen frem – et shamanistisk perspektiv på Musikterapi*. Speciale, Aalborg Universitet.

- Chlan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Heart & Lung*, 27, (3), 169 - 176.
- Chlan, L. (2000). Music Therapy as a nursing intervention for patients supported by mechanical ventilation. *AACN Clinical Issues*, 11, (1), 128 - 138.
- Chlan, L. (2001). Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support. *Alternative Therapies*, 7, (6), 80-83
- Chlan, L. (2007). Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: A pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16, (2), 141-145.
- Chlan, L., & Tracy, M. F. (1999). Music therapy in critical care: Indications and guidelines for intervention. *Critical care nurse*, 19, (3), 35-41
- Corrigan, J.D. (1989). Development of a scale for assessment of agitation following TBI. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 2, 261-277.
- Dahl Andersen, I. (1997). 'Omvårdnadsprocessen'. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad (pp 11-60)*. Stockholm: Liber
- Damasio, A.R. (2002). *Känslan av att leva. Kroppens och känslornas betydelse för medvetenheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Engström Franzén, E.(1999). 'Genom musiken till ordet - musikterapi med en vuxen person i kris.' I E. Grönlund, A. Alm & I. Hammarlund (Red.), *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen (pp. 317-329)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forss Wärja, M. (1999). 'Musikterapi'. I E. Grönlund, A. Alm & I. Hammarlund (Red.), *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen (pp. 87-108)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fowler Byers, J., & Smyth, K. A. (1997). Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients. *American journal of critical care*, 6, (3), 183-191
- Fredriksson, A-C. (2003). *Musikterapi - en omvårdnadsåtgärd. En studie med sederade ventilatorbehandlade intensivvårdspatienter*. (Kandidatuppsats, Malmö Högskola)
- Fredriksson, A-C. (2006). *Patienters upplevelser av designad ljud- och musikmiljö. En experimentell studie på en kirurgisk uppvakningsavdelning*. (Magisteruppsats, Malmö Högskola)
- Gadamer, H-G. (1997). *Sanning och metod i urval*. Uddevalla: Daidalos.
- Granberg Axèll, A. (2001). *The Intensive Care Unit syndrome/delirium, patient's perspective and clinical signs*. (Avhandling för doktorexamen, Lunds universitet).
- Gustorff, D. (2001). 'Beyond words: music therapy with comatose patients and those with impaired consciousness in intensive care.' In D. Aldridge, G. DiFranco, E. Ruud and T. Wigram (eds) *Music Therapy in Europe*. Rome: Istituto Nazionale per lo Sviluppo Musicale nel Mezzogiorno.

- Gustorff, D., & Hannich, H-J. (2000). *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hall, K.M. (1992). Overview of functional assessment scales in brain injury rehabilitation. *Neurorehabilitation* 2, 98-113.
- Hammarlund, I. (1999). 'Musikterapi - utbildning och forskning.' I E. Grönlund, A. Alm & I. Hammarlund (Red.), *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen* (pp. 109-118). Stockholm: Natur och Kultur.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2003). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber.
- "Jessika". (2008). Etiken efterlyses. Svenska Dagbladet. Insändare på Idagsidan 080430.
- Kennelly, J., & Edwards, J. (1997) Providing music therapy to the unconscious child in the paediatric intensive care unit. *The Australian Journal of Music Therapy*, 8, 18-29.
- Kenny, C.B. (1982). *The Mythic Artery: The Magic of Music Therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing Co.
- Kenny, C., Jahn-Langenberg, M., & Loewy, J. (2005). 'Hermeneutic Inquiry.' In B.Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research. Second Edition*. USA: Barcelona Publishers.
- Kjørup, S. (1999). *Människovetenskaperna. Problem och traditioner i humanioras vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2004). 'Tolkningens metamorfoser i hermeneutikens tidsålder.' I S. Selander & P-J. Ödman (red), *Text & Existens. Hermeneutik möter samhällsvetenskap*. Göteborg: Daidalos.
- Lee, O.K.A., Chung, L.Y.F., Chan, M.F., & Chan, W.M. (2005). Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 609-620.
- Montello, L. (1998). 'Relational Issues in Psychoanalytic Music Therapy with Traumatized Individuals'. In K.E. Bruscia (Ed.), *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers.
- Moreno, J. (1988). 'Multicultural Music Therapy: The World Music Connection.' *Journal of Music Therapy* 25, 1, 17-27.
- Morrison, J. (1995). *DSM-IV Made Easy. The clinician's guide to diagnosis*. New York: The Guilford Press.
- Newham, P. (1993). *The Singing Cure. An introduction to Voice Movement Therapy*. London: Rider Books.

- Newham, P. (1998). *Using Voice and Movement in Therapy. The Practical Application of Voice Movement Therapy Volume 1*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nilsson, U. (2003). *The effect of music and music in combination with therapeutic suggestions on postoperative recovery*. (Avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet).
- Olofsson, A. (1999). 'Möten på existensiell klangbotten - musikterapi i cancervård.' I E. Grönlund, A. Alm & I. Hammarlund (Red.), *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen* (pp. 346-358). Stockholm: Natur och Kultur.
- Olofsson, A. (2006). *Perspektiv på musik och musikterapi i cancervård för vuxna - en kunskapsöversikt*. (Magisteruppsats 80 p, Kungl. Musikhögskolan i Stockholm).
- Pernler, K. (2001). *Musik och identitet. Om musikterapi och stroke*. (C-uppsats i musikterapi, Kungl. Musikhögskolan i Stockholm).
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (1993). *Från text till handling*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag. Symposion AB.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Ruud, E. (2001). *Varma ögonblick. Om musik, hälsa och livskvalitet*. Göteborg: Bo Ejeby förlag.
- Samuelson, K. (2006). *Sedation during mechanical ventilation in intensive care. Sedation procedures and patients' memories, stressful experiences and psychological distress*. (Avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet).
- Sekeles, C. (1999). 'Working Through Loss and Mourning in Music Therapy'. In T. Wigram and J. de Backer (Eds.). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* (pp. 176 - 196) London: Jessica Kingsley Publishers.
- Selander, S., & Ödman, P.-J. (red) (2004). *Text & Existens. Hermeneutik möter samhällsvetenskap*. Göteborg: Daidalos.
- Shores, E.A., Marosszeky, J.E., Sandanam, J., & Batchelor, J. (1986). *Preliminary validation of a clinical scale for measuring the duration of PTA*. The Medical Journal of Australia, 144, 569-572.
- Smeijsters, H. (1997). *Multiple perspectives. A guide to Qualitative Research in Music Therapy*. USA: Barcelona Publishers.
- Tamplin, J. (2000). Improvisational music therapy approaches to coma arousal. *The Australian Journal of Music Therapy*, 11, 38-51.
- Tomatis, A. (2000). *Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung*. Tyskland: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Tomatis, A. (2004). *Ear and the Voice*. Lanham, USA: Scarecrow Press.

Tosch, P. (1988). Patients' recollections of their posttraumatic coma. *Journal of Neuroscience Nursing*. Aug;20(4):223-8.

Vattimo, G. (1997). *Utöver tolkningen. Hermeneutikens betydelse*. Göteborg: Daidalos.

Wheeler, B. (2005). 'Introduction: Overview of Music Therapy Research' In B. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research. Second Edition*.(pp. 3-19) USA: Barcelona Publishers.

Wigram, T., Nygaard Pedersen, I. & Bonde, L-O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wong, H.L.C., Lopez-Nahaz, V., & Molassiotis, A. (2001), Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical care*, 30, (5), 376-387.

Ödman, P-J. (2004). Hermeneutik och forskningpraktik. I B. Gustavsson (Red.), *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen* (pp 71-94). Lund: Studentlitteratur.

6.2 Elektroniska referenser

Funktionsinriktad Musikterapi, FMT. Tillgänglig: <<http://www.fmt-metoden.se>> [2008-08-19]

Förbundet för musikterapi i Sverige, FMS. Tillgänglig: <<http://www.musikterapi.se>> [2008-03-06]

Gustorff, D. (2002). 'Songs without words' Music Therapy with coma patients in intensive care. Institute for Music Therapy. University Witten/Herdecke. Tillgänglig: <<http://www.musictherapyworld.de>> [2008-02-07]

Kungl. Musikhögskolan i Stockholm. Tillgänglig:<<http://www.kmh.se>> [2008-02-08]

Malling-Engelmann C., & Siert, L. (2007). Kognitive störrelser ved svaer traumatisk hjerneskade. *Ugeskrift for laeger*, 169(3):217-219. Tillgänglig: <<http://www.ugeskriftet.dk>> [2008-02-23]

Ronnie Gardiner Rhythm Music, RGRM. Tillgänglig: <<http://www.rgrm.se>> [2008-08-19]

Rylander, C. (2007). "Effekten av IVA-dagboksläsning på förekomst av posttraumatiskt stressyndrom efter kritisk sjukdom". *Beviljade projektmedel för 2007, Regionala FoU-medel Västra Götaland*. Tillgänglig: <<http://www.fou.nu/is/vgregion/document/2627>> [2008-06-10]

Södersjukhuset. Vården på SÖS: *Vad är en intensivvårdsavdelning?* Tillgänglig: http://www.sodersjukhuset.se/Web/Department___2302.aspx [2008-03-06]

Södersjukhuset. Nyheter och press. (2003). Torsdag 8 maj. *Nu öppnar Sveriges modernaste intensivvårdsavdelning*. Tillgänglig: <http://www.sodersjukhuset.se/Web/PressRelease___2923.aspx> [2008-05-01]

Voices, A World Forum for Music Therapy. Tillgänglig: <<http://www.voices.no>> [2008-03-06]

World Federation of Music Therapy. Tillgänglig: <<http://www.njmt.no/associations.php>> [2008-03-06]

6.3 Muntliga referenser

Michael Backhaus, specialistläkare i pediatrik vid Kärn sjukhuset i Skövde 2009-06-30

Susan Erichsen, specialistläkare i IVA och anestesi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 2008-03-27.

Bilaga 1

(RN = registered nurse, MT = music therapist, PS = psychologist)

Titel	Författare (Profession) Land	Publikation	Tryck år	Mån	Vol (nr):sid
Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate and blood pressure in cardiac surgery patients	Fowler-Byers, J. & Smyth, K.A. (RN) USA	American Journal of Critical Care	1997	maj	6(3): 183-191
Providing music therapy to the unconscious child in the paediatric intensive care unit	Kennelly, J.& Edwards, J. (MT) Australien	The Australian Journal of Music Therapy	1997		8: 18-29
Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance.	Chlan, L. (RN) USA	Heart & Lung	1998		27(3): 169-176
Music therapy in critical care: Indications and guidelines for intervention	Chlan, L. & Tracy, M.F. (RN) USA	Critical Care Nurse	1999	juni	19(3): 35-41
Music therapy as a nursing intervention for patients supported by mechanical ventilation	Chlan, L. (RN) USA	AACN Clinical Issues	2000	feb	11(1): 128-138
Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation	Gustorff, D. (MT) & Hannich, H-J (PS), Tyskland	(Bok) Bern: Verlag Hans Huber	2000		
Improvisational music therapy approaches to coma arousal	Tamplin, J. (MT) Australien	The Australian Journal of Music Therapy	2000		11:38-51
The effect of live, taped and no music on people experiencing posttraumatic amnesia	Baker, F. (MT) Australien ?	Journal of Music Therapy	2001		XXVIII (3): 170-192
Rationale for the effects of familiar music on agitation and orientation levels of people in posttraumatic amnesia	Baker, F. (MT) Australien	Nordic Journal of Music Therapy	2001		10(1): 32-41
Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support	Chlan, L., Tracy, M.F., Nelson, B. (3xRN) & Walker, M. (MT), USA	Alternative Therapies	2001		7(6): 80-83
Beyond words: Music therapy with comatose patients and those with impaired consciousness in intensive care	Gustorff, D. (MT) Tyskland	I 'Music Therapy in Europe' (D. Aldridge, G DiFranco, E. Ruud, T. Wigram eds.) Rome: Istituto Nazionale per lo Sviluppo Musicale nel Mezzogiorno.	2001		61-72
Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients	Wong, H.L.C., Lopez-Nahaz,	Heart & Lung: The Journal of	2001	sept	30(5): 376-387

Bilaga 1

(RN = registered nurse, MT = music therapist, PS = psychologist)

	V. & Molassiotis, A. (RN) Hong-Kong	Acute and Critical Care			
'Songs without words'. Music therapy with coma patients in intensive care	Gustorff, D. (MT) Tyskland	Tillgänglig online: < http://www.musictherapyworld.de > [2008-02-07]	2002		1-5
Musikterapi – En omvårdnadsåtgärd. En studie med sederade ventilatorbehandlade intensivvårdspatienter.	Fredriksson, A-C. (RN) Sverige	Kandidatuppsats, Malmö Högskola	2003		
Musikterapi - ett icke farmakologiskt behandlingskomplement för respiratorbehandlade intensivvårdspatienter	Almerud, S.& Petersson, K. (RN) Sverige	FoU-rapport 2004:1, Landstinget Kronoberg	2004		1-22
Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study	Lee, O.K.A., Chung, L.Y.F., Chan, M.F. & Chan, W.M. (RN) Hong-Kong	Journal of Clinical Nursing	2005		14: 609-620
Music therapy in neurorehabilitation: A clinician's manual.	Baker, F. & Tamplin, J. (MT) Australien	(Bok) London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers	2006		
Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: A pilot study	Chlan, L., Engeland, W.C., Anthony, A. & Guttormson, J. (RN) USA	American Journal of Critical Care	2007	mars	16(2): 141-145

Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale (GCS) är ett system för skattning av medvetandegrad som utarbetades 1974 av Teasdale och Jennett. Det är ett av de mest spridda bedömningsinstrumenten och har visat hög reliabilitet och validitet. En poängsumma fås fram genom att summera värdet för bästa observerade respons inom vart och ett av de tre områdena. Poängsumman kan variera från maximalt 15 (fullt vaken) till lägst 3 (djupt medvetlös). GCS 13 och högre korrelerar med mild hjärnskada, 9-12 med moderat hjärnskada och 8 eller mindre betecknas som grav hjärnskada.

Bästa ögonrespons:

- Ögonen hålls spontant öppna: 4
- Ögonen öppnas vid uppmaning: 3
- Ögonen öppnas efter smärtstimulering: 2
- Ingen ögonöppning vid smärtstimulering: 1

Bästa verbala respons:

- Orienterad: 5
- Desorienterad/förvirrad: 4
- Reagerar på tilltal med enstaka ord: 3
- Reagerar på tilltal med oartikulerat ljud: 2
- Ingen reaktion på tilltal: 1

Bästa motoriska respons:

- Patienten åttlyder uppmaning: 6
- Patienten lokaliserar smärta: 5
- Patienten drar undan armen vid smärtstimulering: 4
- Patienten böjer armbågen (flexion) vid smärtstimulering: 3
- Patienten sträcker armbågen (extension) vid smärtstimulering: 2
- Ingen reaktion vid smärtstimulering: 1

D-uppsatser/magisteruppsatser i musikpedagogik KMH (från 2000)

- Heikkilä, Mia: *Vad berättar barn om musik? En intervjustudie med tio finlandssvenska barn*. 2000.
- Lindeborg, Ronny: *Från musikutbildningsarbete till kommunal musikskola. Vägen mot musikpedagogiska traditioners institutionalisering i Stockholm 1954–1961*. 2001.
- Liljas, Juvas Marianne: *Skolkörens framväxt i Sverige. Aspekter på skolkörens nutida betydelse*. 2001.
- Gullö, Jan-Olof: *Desktop Music Production. En ny kurs på Södertörns högskola?* 2003.
- Modin, Christer: *Vad säger läroplanen? En kritisk analys av kursplanerna för musik i grundskolans läroplaner Lgr 80, Lpo 94 och Kp 2000*. 2003.
- Hammar, Lennart: *Hjalmar Torell. Omstridd musiklektörutbildare i en brytningstid verksam vid Musikhögskolan i Stockholm under åren 1934–1949*. 2003.
- Paulander Bäck, Ann-Sofie: *Musik i behandlande verksamhet – påverkan eller medverkan?* 2003.
- Bohm, Gunilla: *"Det är ju kontakt med min själ". En studie av två musikerterapeuters tankar kring musiken i sina liv*. 2004.
- Sandell, Anci: *Sången handlar om kärlek och en glad sång. En processtudie i musikterapi*. 2004.
- Torell, Hillevi: *Ursprungsrörelser. En studie av tre musikaliska gestaltningar i musikterapi i en mångkulturell skolmiljö*. 2004.
- Liss, Ditte: *Ögonblick av närvaro. En samspels-/interaktionsstudie baserad på videofilmade musiksessioner med en musikerterapeut och en klient med Asbergers syndrom*. 2004.
- Nordin, Per: *Aspekter på samverkan i lärandeprocessen. Uppfattningar av instrumentalundervisningens roll i en obligatorisk skola*. 2004.
- Mellesmo, Anna: *Spela Gitarr. Ett folkbildningsprojekt på 1970-talet*. 2004.
- Hellström, Viveca: *Bildningsgång och lärarroll. En intervjustudie om ämnet afrosång och dess inträde i den formella musikutbildningen*. 2004.
- Winnberg, Torhild: *Anna Bergström och hennes musikpedagogiska gärning kring sekelskiftet 1900*. 2004.
- Johansson, Sören: *Är högskola vår tids kyrka? Fallstudie av några ungdomars föreställningar inför högskolestudier inom musik och media*. 2005.
- Mardini, Wael: *Musikaliskt lärande i sitt sammanhang. Några musiklektörers perspektiv på frivillig musikundervisning i Sverige och Frankrike*. 2005.
- Holgersson, Per-Henrik: *Classic Rock. En studie av några musikpedagogers tankar*. 2005.
- Bergström-Isacsson, Märith: *Musik och Vibroakustik vid Rett syndrom – En utvärdering av autonoma responser*. 2005.
- Olofsson, Anna: *Perspektiv på musik och musikterapi i cancervård för vuxna – en kunskapsöversikt*. 2005.
- Bunne, Sten: *Är musikkultur något annat nu? Politikens och musiklektörers agerande på fältet kommunal musik- och kulturskoleverksamhet*. 2006.
- Strand, Tanja: *Den musikaliska dansaren – vågar, testar, chansar!* 2006.
- Backman Bister, Anna: *Får alla musicera? Reflektioner över en möjlig musikundervisning i grundskolan hos barn med särskilt behov av stöd*. 2006.
- Eklöf, Lotti: *Våga förändra. Om möten i mångfald som terapeutiskt redskap i musikterapi inom vuxenpsykiatrisk öppenvårdsbehandling*. 2006.
- Oscarsson, Sören: *Skam och värdighet. Metodutveckling av musikterapi hos barn med uppgivenhetssymtom*. 2006.
- Kjellander, Daniel: *Under undervisning. En studie av tre instrumentalpedagogers sätt att bilda teori kring instrumentalundervisning med utgångspunkt i gehörsbaserat element*. 2006.
- Baba, Mirela: *Vad gör musikerstudenter efter avslutade studier? Utbildning och arbetsliv inom konstmusikens område*. 2007.
- Anmark, Kristine: *Violinmetodik i tanken*. 2008.
- Sandh, Håkan: *Samverkan mellan för-, grund- och gymnasieskolor och landets musik- och kulturskolor*. 2008.
- Enghag, Markus & Ljung, Karin: *Strategier vid klassrumsmusicerande. Samtal kring teorier och praktiker musikundervisning*. 2008.
- Leijonhufvud, Susanna: *Fenomenologi – avtryck i tre musikpedagogiska avhandlingar*. 2008.
- Guignard, Sophie: *Psyke, kropp och symbol. En teoretisk kunskapsöversikt med poststrukturalistiskt förtecken, som bakgrund till musikerterapeutisk reflektion. Del I*. 2008.
- Wallius, Rut: *Orka, hantera, förstå. Musikterapi med barn som lever med våld i nära relationer*. 2009.
- Pemsell, Maria: *Elevers syn på sitt musikaliska lärande. Intervjuer med tio vuxna gymnasieelever*. 2009.
- Pernler, Katarina: *Musik som bärare av det humana i en tekniktät miljö. En litteraturstudie om musikterapi och intensivvård*. 2009.
- Källstrand, Bengt: *Those Spooky Troons. Leonard Bernstein och The Norton Lectures*. 2009.