

2012 - 2015

Musikkterapi

i kommunal nevrorehabilitering

Prosjektrapport

Anette Dalmo Moltubak



MOLDE KOMMUNE



Musikkterapiprojektene er nå ved vegs ende. Molde voksenopplæringscenter vil benytte anledning til å rette en stor takk til Helsedirektoratet, samarbeidspartnere i Helsetjenesten i Molde kommune, og ikke minst deltakerne selv.

Molde februar 2016.

Anette Dalmo Moltubak

Innhold

1.0 Innledning: musikkterapi og Nevroplan 2015	3
2.0 Musikkterapi som opplæring, aktivitetstilbud og tilrettelagt trening.....	4
2.1 Voksenopplæring.....	4
2.2 Musikkterapi som aktivitetstilbud.....	5
2.3 Musikkterapi som tilrettelagt trening	6
3.0 Temaer for musikkterapi i nevrorehabilitering	7
3.1 Kartlegging og tilrettelegging	8
3.2 Psykisk helse, mestring og mening.....	9
3.3.....	12
Kognitiv trening	12
3.4 Kommunikasjon.....	14
3.4.1 Stemme og tale.....	14
3.4.2 Språkvansker	16
3.5 Musikk og bevegelse	18
3.5.1 Gangtrening.....	19
3.5.2 Håndtrening.....	19
4.0 Oppsummering.....	22

1.0 Innledning: musikkterapi og Nevroplan 2015

I denne rapporten beskriver vi hvordan musikkterapi kan inngå i kommunens tilbud til personer med nevrologiske tilstander, med bakgrunn i erfaringer vi har gjort oss i Molde kommune fra 2012-2015. I den perioden har vi drevet to utviklingsprosjekter med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet under Nevroplan 2015. Prosjektene har handlet om å bruke musikkterapi i aktivitetstilbud og tilrettelagt treningstilbud.

Nevroplan 2015 er en av delplanene til Omsorgsplan 2015, og er utarbeidet på bakgrunn av Rapport IS-1875 «Fleksible tjenester – for et aktivt liv» fra Helsedirektoratet.

Omsorgstjenestens brukere under 67 år er ifølge Nevroplanen nesten tredoblet på 20 år (i 2011). Dette skyldes blant annet at kommunene har fått ansvar for mange brukere som tidligere enten fikk sine behov dekket gjennom spesialisthelsetjenesten eller hadde et begrenset offentlig tjenestetilbud. Ifølge Nevroplan 2015 har 20 % av tjenestemottakerne i hjemmetjenesten mellom 18-67 år nevrologiske skader og sykdommer, som f.eks. Multipel Sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag og hjerneskader etter ulykker (Nevroplan 2015, s.8).

Musikkterapi som fag er studiet av sammenhenger mellom musikk og helse. Det finnes to utdanningsinstitusjoner og forskningscentre for musikkterapi i Norge, ved Universitetet i Bergen og Norges Musikkhøgskole i Oslo. Ved begge utdanningsinstitusjoner er musikkterapi en mastergradsutdanning. Musikkterapeuter er ansatt på ulike felt: For eksempel innen psykisk helsevern, rusomsorg, eldreomsorg, forskjellige pedagogiske kontekster for barn og voksne, i kulturskoler og på sykehus. Av disse er det trolig de som arbeider innen eldreomsorgen og voksenopplæringen som per i dag oftest møter på personer med nevrologiske skader og sykdommer.

Vi har jobbet med en modell der musikkterapeut ansatt i voksenopplæring har hatt samarbeid med rehabiliteringsavdeling, fysio- og ergoterapitjenesten og pleiepersonale. Musikkterapeuten har hatt adgang til journalsystemet, og helsepersonell har kunnet henvise personer til musikkterapi som tilrettelagt trening og aktivitetstilbud.

2.0 Musikkterapi som opplæring, aktivitetstilbud og tilrettelagt trening.

Musikk påvirker oss både fysisk, kognitivt og følelsesmessig. Musikkterapi for personer med neurologiske tilstander bygger på både humanistiske og medisinske forståelsesrammer.

Musikk kan ha en viktig funksjon i tilknytning til identitet, velvære og mestringsstrategier. De seneste årtiers forskning har i tillegg gitt oss viten om neurologiske prosesser som gjør at musikk kan brukes for å oppnå spesifikke mål innen relæring eller gjenopptrening av kognitive og fysiske funksjoner, samt kommunikasjon.

Musikkterapi som en del av tilbudet til personer med neurologiske tilstander byr derfor på mange muligheter, og musikkterapeuten kan like gjerne ha oppgaver som hører hjemme innen opplæring som i helsetjenesten.

Gruppen av personer med neurologiske tilstander er langt fra homogen, og har ulike behov gjennom livsløpet. Noen er i arbeid og har ingen eller begrenset behov for hjelp. Andre opplever langsomt progredierende sykdomsforløp, mens andre igjen har sykdomsforløp som forandrer seg hurtig og fører med seg store hjelpebehov. Mange kommunale tjenester kan være aktuelle; f.eks. hjemmesykepleie og praktisk bistand i hjemmet, rehabilitering, psykisk helsearbeid, fysio- og ergoterapi og voksenopplæring. Musikkterapeuter kan være en del av eller samarbeide med flere av disse tjenesteområdene, da det finnes en rekke ulike musikkterapi-modeller som er utviklet i arbeidet med personer med neurologiske tilstander.

2.1 Voksenopplæring

I en rehabiliteringsprosess kan den enkeltes behov knytte seg til kognitive, sosiale og språklige vansker som følge av sykdom eller skade. Voksne kan i den forbindelse ha rett til spesialundervisning for å vedlikeholde eller utvikle grunnleggende ferdigheter for å kunne fungere i samfunnet og mestre dagliglivet (Opplæringsloven § 4a2 – andre ledd). Opplæring skiller seg fra aktivisering og behandling ved at det har et pedagogisk siktemål, følger en opplæringsplan, og foregår under ledelse av noen som har faglig og pedagogisk veiledning. En og samme aktivitet kan være behandling i et tilfelle, mens det kan defineres som opplæring i et annet. Det er alltid en individuell vurdering som ligger til grunn for om en

person har behov for opplæring, og det skal foreligge en sakkyndig vurdering fra PPT som ligger til grunn for innholdet i opplæringa.

Musikkterapi i spesialundervisningskonteksten har lange tradisjoner i Norge (se f.eks. Ruud og Trondalen, 2008). Når det gjelder voksne med nevrologiske tilstander kan musikkterapi supplere logopeders og spesialpedagogers arbeid med musikkterapeutiske metoder som retter seg mot vansker med tale, språk, kognitive og sosiale ferdigheter.

2.2 Musikkterapi som aktivitetstilbud

Dagtilbud og tilrettelagte aktiviteter er sentralt i et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen, og særlig hvis utdanning eller arbeid ikke er aktuelt. Kommunene plikter å bidra til at mennesker som er avhengig av hjelp, får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv 1-5/2007 om aktiv omsorg legger spesielt vekt på betydningen av dagaktivitetstilbud (Nevroplan s. 14). Utgangspunktet for god omsorg er den enkeltes livshistorie og hva som gir mening for ham eller henne. Det legges også vekt på tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbud som faktorer for økt livskvalitet, og en større faglig bredde i tjenesten for å oppnå dette.

I Omsorgsplan 2020, «Morgendagens omsorg», blir det understreket at kommunene bør prøve ut ikke-medisinske behandlingsalternativer. Musikkterapi er eksempel på et slikt alternativ.

I vårt treårige prosjekt der musikkterapi har vært prøvd ut som aktivitetstilbud, har vi gjennomført individuelle forløp med seks forskjellige deltagere. De har hatt ulike diagnoser og behov, og har vært spredt i alder fra tidlig 30-årene til slutten av 60-årene. I hovedsak har deltagerne kommet til Molde Voksenopplæringscenter, der det er et godt utstyrt musikklokale med god adkomst. I enkelte tilfeller har det vært mer hensiktsmessig at musikkterapeuten dro ut til deltagerens hjem eller rehabiliteringsavdelingen.

Musikkterapien har handlet om å vedlikeholde fysiske og kognitive funksjoner, håndtere stress og engstelse, delta i en kreativ prosess, eller oppleve musikalsk samhandling der

vansker med verbal kommunikasjon for en stund blir lagt på hyllen. Konkret har timene bestått av ulike aktiviteter som instrumentalopplæring, sangskrivning, samspill og sang av kjente sanger, improvisasjon, og avspenningsøvelser ledsaget av musikklytting eller aktivitet. Vi har også gjennomført to gruppeforløp for Parkinson-pasienter, der hovedfokus har vært på kommunikasjon, både i form av fysiske og vokale øvelser, og som gruppeaktivitet med musikk som uttrykksform.

Evaluering har foregått gjennom samtaler med deltagerne underveis og ved avslutning av musikkterapien. Fokus har vært på å finne frem til hva som har vært viktig for at deltagerne skal ha størst mulig utbytte av å delta i musikkterapi. Flere deltagere har kognitive vansker, og har hatt problemer med å huske tilbake. Løpende loggføring/journalføring har da vært ekstra viktig for å kunne danne seg et bilde over tid av hva som er viktig for den enkelte.

2.3 Musikkterapi som tilrettelagt trening

Fysisk aktivitet er viktig både i forebygging, rehabilitering og behandling. Trening kan være avgjørende for å vedlikeholde eller gjenvinne ferdigheter som er nødvendige for å klare dagliglivets aktiviteter og gjøremål. I omsorgsplan 2020 legges det opp til et skift i omsorgstjenesten der ressurser skal settes inn tidlig heller enn å sette inn kompensierende tiltak ettersom funksjonsevnen avtar. Hverdagsrehabilitering som satsningsområde er et viktig ledd i denne omstillingen. I hverdagsrehabilitering skal hjemmetjenesten blant annet trekkes inn i rehabiliteringsprosessen i høyere grad enn før, og tjenesten skal utformes med utgangspunkt i brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål.

Nevroplan 2015 har lagt vekt på at det utvikles treningsmodeller som er tilrettelagt for personer med nevrologiske tilstander. I vårt utviklingsprosjekt om musikkterapi som tilrettelagt trening, har vi tatt utgangspunkt i forskning og erfaring som viser at musikk og rytme kan brukes for å støtte bevegelse og fremme motivasjon for denne målgruppa. Individuelle treningsforløp har vært fulgt opp med skjema til egentrening, der deltagerne har kunnet krysse av for hver gang de har trent, og der målsetning står beskrevet. I tillegg til evaluering gjennom samtaler, har noe kvantitative data vært innhentet, da det er slik vi kan

vurdere hvordan vi skal tilrettelegge treningen, og da det i noen tilfeller kan gi en pekepinn på om treningen har effekt. Vi har gjennomført:

- To individuelle gangtreningsforløp som gikk over fire uker, med to ukentlige treninger sammen med musikkterapeut og ergoterapeut. Hos den ene deltageren foregikk treningen hjemme, i samarbeid med ektefelle. Den andre hadde treningen dels hjemme, dels på dagsenter, der også den faste fysioterapeuten hadde anledning til å være med og observere.
- To gangtreningsforløp der metodikk har blitt prøvd ut og tilpasset gjennom en lengere periode. I det ene startet gangtreningen som et samarbeid med fysioterapeut, og etter hvert ble hjemmetjenesten involvert i å hjelpe med å sette på musikk til egentrening i hjemmet. Musikkterapien gikk etter hvert over til å fokusere på holdning, pust og avspenning, dels som støtte til den øvrige fysiske treningen. I det andre startet gangtreningen hjemme hos deltageren, som etter hvert kom til Voksenopplæringscenteret, før han gikk over til å bruke musikk og/eller metronom i det daglige.
- Ytterligere et treningsforløp handlet i hovedsak om å sette deltageren i stand til selv å bruke musikk i sin daglige aktivitet. Et annet treningsforløp ble gitt videre til pleiepersonalet på omsorgssenteret, da det ble vurdert at musikkterapeutens ressurs bedre kunne brukes i et aktivitetstilbud med deltageren.
- Fire individuelle håndtreningsforløp, der spill på instrumenter ble brukt for å trene ulike grep, styrke i hender og fingre. Musikkterapien foregikk på Voksenopplæringscenteret to ganger ukentlig i seks uker, og deltagerne ble testet av ergoterapeut før og etter. To av deltagerne deltok alle gangene, mens to hadde noe fravær pga. sykdom.

3.0 Temaer for musikkterapi i nevrorehabilitering

I prosjektperioden har vi hatt musikkterapiaktiviteter under overskriftene «tilrettelagt trening» og «aktivitetstilbud» i tillegg til at noen elever med nevrologiske tilstander har fått musikkterapi som opplæringstilbud. Det er imidlertid ikke slik at spesifikke musikkterapi metoder kun kan brukes innen spesifikke kontekster. Her vil vi derfor

gjennomgå ulike temaer som har vært relevante for oss i prosjektperioden, og som kan ha relevans for musikkterapi på tvers av ulike kontekster.

3.1 Kartlegging og tilrettelegging

En kartlegging av deltagerens ønsker, behov og forutsetninger for å ha utbytte av musikkterapi som en del av rehabiliteringen, kan være med på å gjøre det lettere å velge tilgang og metodikk¹. Følgende faktorer har vært viktige å avklare i samarbeidet med deltagerne i våre prosjekt og elever i voksenopplæring:

Generelt:

- **Hva er grunnleggende viktig for personen? Hvilke verdier og ønsker har han/hun for fremtiden?**
- **Mestring av situasjonen:** Har deltageren erkjent sykdommen og tilpasset seg det tempoet han eller hun mestrer nå? Er stress, depresjon og engstelse en del av bildet? Er dette noe det er hensiktsmessig å jobbe med i tillegg til eller før et evt. treningsforløp?
- **Personlig forhold til musikk:** Interesse for spesielle sjangre eller artister, lyttevaner, erfaring med å spille eller synge, hvilken musikk kan gi bedre humør og assosiasjoner som øker lyst til å bevege seg og evt. øke utholdenheten? Hvilken musikk gir evt. dårlige assosiasjoner eller minner om tapte funksjoner?².
- **Kognitiv kapasitet:** hvor mye eller lite stimuli og aktivitet makter han/hun? Hvor mye skal det til for at lyd støtter aktivitet fremfor å forstyrre konsentrasjonen og oppmerksomheten? Hvor enkel eller kompleks kan musikken og rytmen være? Hvor avhengig er deltageren av hjelp til å holde fokus?

¹ og ² Moltubak, A. og Knardal, S., 2015.

- **Fatigue:** Har deltageren kapasitet til å komme seg noen steder for å trene, eller kan musikkterapien være hjemmebasert? Hvor lenge kan han eller hun holde ut, og må vi legge inn pauser?

Spesifikt når det gjelder musikkterapi som gjenopptrening/relæring:

- **Kort eller langt forløp:** Er deltageren i stand til å ta imot instruksjon og gå i gang med et kortere, intensivt forløp? Eller er det behov for tid til å skape en trygg relasjon og kartlegge nærmere hvilke behov deltageren har som musikkterapeuten kan være med på å imøtekomme? Trenger deltageren lengere tid for å lære å nyttiggjøre seg av metoden?
- **Motivasjon:** Er det viktig for deltageren å bruke energien sin på å trene på akkurat dette? Har han eller hun erkjent sykdom/skade og ser verdien av å trene, slik at det er realistisk å sette i gang et forløp som legger opp til trening på egen hånd?
- **Støtte:** Kan pårørende eller hjemmetjeneste bidra for å hjelpe deltageren til å gjennomføre egentrening? Er det nok med et treningskjema deltageren kan krysse av på selv for å sikre at trening blir gjennomført?
- **Teknisk utstyr til egentrening:** Er CD-spiller tilgjengelig? Kan deltageren bruke musikk eller metronom på mobil eller f.eks. iPod, eller bruke spillelister fra strømmetjenester?
- **Vedlikehold:** Kan deltageren ha utbytte av å bli aktivisert sammen med terapeut, selv om intensiv trening og egentrening ikke er aktuelt?

3.2 Psykisk helse, mestring og mening

Det å bli rammet av nevrologisk skade eller sykdom medfører en økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Depresjon og angst kan komme som et direkte uttrykk for den nevrologiske sykdommen, samtidig som tap av funksjoner, sosiale relasjoner og roller i seg selv kan være vanskelig å håndtere. Er man rammet av en progredierende sykdom må man i tillegg håndtere sorg og usikkerhet i tilknytning til fremtiden. Det er krevende å tilpasse seg til et liv med andre forutsetninger enn man har hatt tidligere, og det er høyst individuelt hvordan den enkelte takler dette (Helsedirektoratet (2011), s.24).

I samtaler med deltagerne i våre prosjekt rundt målsetninger, har det vært tydelig at ønsket om å bli som før ofte er det som dominerer. Mange har utfordringer med å tilpasse seg et lavere tempo, kortere utholdenhet og lavere terskel for stress sammenlignet med hvordan de hadde det før de ble syke. Det kan synes som om det å bli rammet av neurologisk sykdom kan bidra til å sette en «ut av takt» med seg selv kroppslig og mentalt, både som direkte følge av den neurologiske sykdommen, og pga. vanskene med å finne en ny måte å være i verden på. Det å være tilstede her og nå, lytte til seg selv og gjenopprette «bakkekontakten» har mange ganger vært tema for musikkterapien. Musikkterapi kan da støtte i prosessen med å forholde seg til den livsomveltningen det er å få en neurologisk skade.

Musikk knytter seg til identiteten vår gjennom vår musikksmak, personlig historie, minner, og sosial tilhørighet. Musikk kan derfor brukes til å minne oss om hvem vi er, når selvbildet står i fare for å bli preget av sykdom. Flere av deltagerne i våre prosjekt har gitt uttrykk for at deltagelse i musikkterapi gir dem nye, positive opplevelser av seg selv. De vektlegger det å være med på å skape noe, og bruker musikkterapien til å få noen «knagger» å henge positive følelser på. F.eks. en sangtekst som sier dem noe de kan bruke til å holde motet oppe med, eller kontakt med gode minner.

Det er foretatt noen mindre studier om effekten av musikkterapi på stemningsleie og sosial interaksjon hos neurologiske pasienter (se Hald, 2014). Musikkterapi har vært undersøkt med MS pasienter, der det viste seg å ha en effekt på angst, depresjon og selvfølelse (Schmid og Aldridge, 2004). Noe av det aktiv musikkterapi tilbyr er muligheten for å fokusere på ressurser fremfor vansker, skape opplevelser av å uttrykke seg i et samspill til tross for fysiske begrensninger, og slik styrke følelsen av sammenheng og helhet.

Musikkaktivitet eller -lytting kan tilby en struktur og fungere som en kanal for vanskelige følelser, noe som kanskje særlig er nyttig for personer som har utfordringer med å håndtere og uttrykke seg følelsesmessig pga. kognitive og språklige vansker. En av deltagerne i våre prosjekter var gjennom et langt musikkterapiforløp som hadde sitt utgangspunkt i fysisk gjenopptrening. Da hun ble innlagt med en ny skade oppstod det behov for å flytte fokus for musikkterapien over til følelsesmessig håndtering av situasjonen. Hun var engstelig, hadde en del smerter, og det dukket opp vanskelige følelser knyttet til det å være rammet av slag. Gjennom musikklytting i en avspent tilstand fikk hun hjelp til å håndtere anspenhet og hun

fikk fokus på hvordan hun kunne bruke pusten aktivt for å fremme en avspent tilstand. Sang ble også en vei til denne avspente tilstanden. Både lytting og sang ga henne positivt ladede opplevelser med kroppen, og flyttet fokus fra smerter. Musikklyttingen ga henne mange assosiasjoner og satte henne i kontakt med ressurser som fantasi, gode minner, samt tro og håp for fremtiden. Dette ble verbalisert i samtale etter lytting. Fargelegging for å fastholde noe av lytteopplevelsen i etterkant ble også prøvd. Hun fargela ut fra hvilke indre bilder hun hadde fått under lyttingen. En fornyet interesse for å gjøre noe kreativt dukket opp i forbindelse med dette, og slik ble lyttingen mer enn bare en teknikk for å slappe av og håndtere engstelse, men også en døråpner til friske sider av henne. For en som var plaget med fatigue og smerter var det også av betydning at hun noen ganger følte at hun fikk mer energi etter musikkterapien.

Selv om vanskelige følelser kan være viktige å få gitt uttrykk for, kan det være vel så viktig å dyrke de positive følelsene musikk kan frembringe, og vektlegge ressursene musikk kan være med på å styrke hos den enkelte. En av deltagerne i vårt aktivitetsprosjekt tok musikkterapien i bruk på denne måten. Han hadde store bevegelsesvansker og uttalevansker som følge av sin nevrologiske sykdom. I musikkterapien var fokus ikke på å trene ferdigheter, men på å være i samspill, lage et frirom der vansker kom i bakgrunnen og legge til rette for mest mulig mestring og utfoldelse. Det hendte at han kom trøtt og sliten til timen, og hadde for eksempel vansker med å holde på trommestikkene. Underveis i samspillet med terapeuten kom han inn i en rytme, bevegelsene ble kraftigere, og på vei ut kunne man se at kroppsholdningen var rettere, smilet satt løsere, og han opplevde selv at aktiviteten hadde gitt ham mer energi.

Denne deltageren hadde en levende interesse for musikk, men hadde ikke drevet med det aktivt selv tidligere. Han kom til Voksenopplæringscenterets musikkrom fra et omsorgssenter, og aktiviteten ble tilrettelagt etter dagens form og hans aktuelle behov. Han var aktivt med på å velge ut sanger som ble øvd inn, og styrte selv hva han hadde lyst til å gjøre. Noen ganger orket han mest å synge sammen med musikkterapeuten, andre ganger spilte han mye på trommesett, og han prøvde ulike andre instrumenter som piano og bass, der improvisasjon var metode. Noen sanger ble gjentatt mange ganger gjennom forløpet, noe som var med på å øke mestringsfølelsen og trykgheten i samspillet. Slik kunne det utvikle seg egne versjoner av kjente og kjære sanger. I etterkant av forløpet var det denne

delen av musikkterapitimene som satt best igjen i hukommelsen hos denne deltageren. Det var viktig for ham at musikken var etter hans smak, - noe han identifiserte seg med, og at han følte at han fikk til noe. For ham var fokus ikke på hans musikalske prestasjon, da han ikke hadde erfaring med å spille og derfor ikke sammenlignet med tidligere evner. Det å få til noe handlet om opplevelsen der og da i samspillet, og om at han gjorde så godt han kunne. Et begrep som passet for hans opplevelse av timene var «mentalt velvære», og dette mente han bestod i «å gjøre noe som samsvarer med å ha det bra».

Det å lære seg nye måter å ha det bra på, som er i samsvar med egne verdier og ønsker, samtidig som det er tilpasset det man faktisk makter med den nåværende helsesituasjon, kan se ut til å være et mål som musikkterapi kan bidra til å oppnå.

3.3 Kognitiv trening

For en som er rammet av nevrologisk skade eller sykdom, kan kognitive vansker medføre utfordringer i hverdagen. For noen er det snakk om knapt merkbare endringer f.eks. når det gjelder konsentrasjon og hukommelse, mens andre får større problemer som påvirker sosial fungering og mulighetene for å klare seg selv i hverdagen. Både i prosjektet der musikkterapi har vært tilbudt som aktivitetstilbud og i deler av den tilrettelagte treningen har kognitiv stimulering vært en naturlig del av aktiviteten. For noen av deltagerne er de kognitive vanskene så fremtredende, at musikkterapien primært har dreid seg om hvordan disse kan avhjelpest. I noen tilfeller har dette ført til at musikkterapi har blitt tilbudt som voksenopplæringstilbud.

Det er viktig at personen er bevisst om egne vansker for å kunne jobbe med dem, og arbeidet med å bli bevisst om hvilke vansker man har og hvordan de gjør seg gjeldende kan være et nødvendig første trinn i kognitiv trening. Det er også viktig å anerkjenne hva disse vanskene gjør med identiteten og selvfølelsen hos den som er ramma, før man går i gang med å trene funksjoner (se Haskins, 2012). For at trening av kognitive ferdigheter skal ha effekt, er det viktig at det man trener på blir overført til virkeligheten gjennom bevisstgjøring av hvilke strategier man bruker, og evt. gjennom hjemmeoppgaver som ligner på de oppgavene man trener på i opplæringssituasjonen (se Haskins, 2012 og Thaut, 2005).

Musikkterapi kan egne seg i kognitiv rehabilitering blant annet fordi musikk er komplekst, involverer flere sanser, og innebærer menneskelig samhandling her og nå. Det å delta i aktiv musisering vil kunne avdekke både ressurser og utfordringer som gir oss viktig informasjon om kognitive ferdigheter. Samtidig er det mulig å bygge opp under selvfølelsen og identiteten ved at man i musikken skaper noe og bruker den enkeltes musikalske preferanser og ressurser.

En av deltagerne i vårt aktivitetsprosjekt opplevde at det å spille musikk sammen med terapeuten var med på å frigjøre energi og motvirke stress i dagene etter musikkterapien, noe han mente kunne gjøre det lettere å huske i hverdagen. En annen gikk fra å ikke ha overskudd til å ta noen beslutninger om hva innholdet i timene skulle være til å ta initiativ til å prøve nye instrumenter og velge hvilken rolle musikkterapeuten skulle ha mot slutten av forløpet. Muligheten for å inndra fysisk og kreativ aktivitet i form av f.eks. trommespill viste seg å øke utholdenheten for en mental aktivitet som sangskrivning. På samme måte som kognitiv rehabilitering er komplekst og består av mer enn ren gjenopptrening av adskilte funksjoner, kan musikkterapi tilby en helhetlig tilnærming, som samtidig kan være fokusert på spesifikke problemområder.

Det er god grunn til å tro at musikkaktivitet er en egnet måte å vedlikeholde kognitive ferdigheter på (Särkämö et.al, 2013). Bare det å lytte til musikk har vist seg å kunne forbedre kognitive funksjoner som verbal hukommelse og oppmerksomhet hos slagrammede (Särkämö et al., 2008). Det er også gjort noen undersøkelser som tyder på at musikkterapi kan brukes for å trene opp spesifikke kognitive funksjoner. For eksempel når det gjelder slagrammede som har neglekt (nedsatt oppmerksomhet til en side) (Bodak et al., 2014). Noen metoder er rettet mot direkte trening av oppmerksomhet, konsentrasjon og hukommelse gjennom enkle øvelser. Mer komplekse vansker som utfordringer med å følge instruksjoner, planlegge, og regulere seg selv i sosiale sammenhenger kan man jobbe med gjennom for eksempel sangskrivning og forskjellige former for musikalsk samspill (se Baker og Tamplin, 2006; Thaut, 2005 og 2014).

Deltagere i musikkterapi hos oss har trent oppmerksomhet og konsentrasjon ved å skulle lytte til seg selv og samtidig lytte til terapeuten eller andre deltagere, ta pauser på samme tid og holde et felles tempo. Samtale om situasjoner utenfor musikkterapien som ligner det

vi øver på i musikkterapien, eller samtaler om innhold i tekster stiller krav til abstrakt tenkning, og evnen til å holde tråden. Gjennom improvisasjon og sangskrivning har deltagerne måttet planlegge, gjennomføre en solo samtidig med at andre spiller noe annet, velge ut relevant og passende tekst, og huske denne ved gjentakelse.

Det finnes også musikkterapeutiske metoder som går ut på å kompensere for vansker. F.eks. kan en lage huskesanger for påkledning eller andre dagligdagse rutiner som kan være vanskelige å komme gjennom pga. store kognitive vansker. Rytmer kan også brukes som hjelp til å innlære ny informasjon eller gjenlære eksempelvis navn på viktige personer.

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan være påvirket av både fysiske, kognitive og følelsesmessige vansker, og det finnes et bredt spekter av utfordringer som den enkelte kan oppleve knyttet til kommunikasjon. For noen kan nevromuskulære endringer medføre en lett utydelighet i uttalen, som trenger spesifikk trening, for andre har et hjerneslag rammet på en slik måte at evnen til å oppfatte sosiale regler, kunne følge med når flere snakker samtidig, eller evnen til å gi, ta og vente på tur er forstyrret. Som nevnt i forbindelse med kognitiv trening, kan musikalsk samspill være en måte å jobbe med de pragmatiske sidene ved kommunikasjon. Musikkterapi kan brukes for å jobbe med sosial kompetanse og interaksjon (Hald, 2014). I tillegg finnes det metoder som retter seg mot spesifikke vansker med språk og tale.

3.4.1 Stemme og tale

Det har vært gjennomført studier som har vist at musikkterapi kan være nyttig for personer med neurologiske tilstander når det gjelder forbedring av uttale, talens hastighet, (se Hald, 2014). I Norge har musikkterapi for kommunikasjon og psykisk velvære vært prøvd for personer med Parkinsons sykdom (Elefant et al. 2012), og det finnes eksempler på hvorfor Parkinsonrammede som tar sikte på å trene stemmen i en sosial og motiverende kontekst.

I vår prosjektperiode har to gruppeforløp for Parkinsonpasienter blitt gjennomført på hver om lag to måneder med ukentlige møter. Disse forløpene hadde som utgangspunkt en helhetlig tilgang til hva musikk kan gjøre for deltagerne, med spesielt fokus på

kommunikasjon. Innholdet i timene varierte fra øvelser for kropp, stemme og mimikk og sang av kjente sanger, til gruppespill på trommer og andre instrumenter, samt improvisasjon med muligheter for å øve seg på å stå frem og ta en solo både med instrumenter og stemmen. Gjennom disse aktivitetene ble både kognitive ferdigheter, stemmevolum og uttale trent. Rytme til bevegelse inngikk dessuten som oppvarming og som læring av en teknikk som kan være nyttig for mange Parkinsonrammede å kunne i tilknytning til gange (jf. punkt 4.1.).

Det å oppleve at ens stemme og kapasitet til å delta i sosiale situasjoner endrer seg kan gjøre at man føler sjenanse eller får lyst til å trekke seg tilbake, og denne gruppesettingen ga muligheter for å utfordre seg selv på dette. Flere av deltagerne ga uttrykk for at det var viktig å være sammen med likesinnede, at musikkterapigruppa var en trygg arena der de følte seg fri til å tørre å risikere å dumme seg ut, men også fri til å si fra om hva de ikke hadde lyst til, eller ikke følte mestring ved å prøve på. Det å finne glede ved å delta i musisering var viktig for flere, - både erfarne musikere som kjente på prestasjonspress i andre kontekster, og for noen av de uøvede musikerne som ikke tidligere hadde opplevd mestring i musikalske sammenhenger. Tryggheten i gruppa var medvirkende til dette. I tillegg til at flere vurderte øvelsene som gode og gjenkjennelige fra undervisning hos logoped, ble det lagt vekt på at musikkterapigruppa var et sted det ble mulighet for å uttrykke seg og utfolde seg. Flere lot seg overraske over egne og andres lyst til å prøve nye ting og slippe seg løs i musikkterapigruppa. Det ble understreket at nok tid til å lære seg noe nytt er viktig, og at ting ikke skjer for fort når kognitivt krevende aktiviteter skal prøves.

I et langvarig individuelt musikkterapiforløp med en slaggrammet, ble deltageren etter hvert bevisst om at hun ønsket å ta tak i kommunikasjonsøvelser som hun tidlig i sitt sykdomsforløp hadde fått av logoped. For henne var det viktig at musikkterapien var lystbetont, noe som i forbindelse med stemmetrening skyldtes at hun fikk kontakt med humoristiske og lekende sider av seg selv gjennom stemme- og mimikkøvelser innebygd i sang. Det var også et poeng for henne at musikkterapeuten kunne bidra med tilbud på flere områder, da hun syntes det var krevende å skulle involvere nye mennesker for hver del av seg selv hun skulle jobbe med. Slik sett kan det være en fordel at musikkterapeuten kan ha en tilknytning til både helseavdeling og opplæringssektoren i kommunen.

3.4.2 Språkvansker

Om lag 25 % av de som rammes av hjerneslag får afasi, dvs. vansker med å forstå og/eller uttrykke seg språklig. Vansker med apraksi, dvs. evnen til å viljestyrt forme ord kommer gjerne i tillegg. Andre ervervede hjerneskader kan også medføre språkvansker. Musikkterapi for denne målgruppen kan bestå av gjenopptreningsmetoder som bygger på viten om sammenhengen mellom sang og tale, språk og musikk. Både sang og tale består av rytme, melodi, fraser og pauser. Sang og tale har både felles og adskilte nettverk i hjernen, og musikalske elementer kan brukes som «snarvei» til ord og tale.

Musikkterapeuter kan bruke en mengde forskjellige teknikker i rehabilitering av språket, det spenner fra enkle øvelser som trener auditiv forståelse, til sang av kjente sanger, over til improvisasjon og til og med sangskrivning.

Den tyske musikkterapeuten Monika Jungblut, har utviklet en metode som har vist gode resultater for personer med afasi (Bradt et al., 2010). SIPARI-metoden er satt sammen av flere elementer, som har gitt navn til metoden: Sang, Intonasjon, Prosodi, Ande (pust), Rytme og Improvisasjon (Jungblut, 2009)³. Her trenes både språklige, motoriske og kognitive funksjoner som er nødvendige for å ha et fungerende talespråk.

Melodisk intonasjonsterapi er en annen metode som er utviklet spesifikt for personer med afasi og apraksi. Opprinnelig er dette en metode utviklet av logopeder, mens en ytterligere vekt på musikalske elementer er blitt tillagt av musikkterapeuter som erfarte at noen afasirammede hadde utbytte av det (Baker, 2000). Her innøves funksjonelle setninger ved hjelp av rytme og evt. melodi, for så å kunne tas i bruk i relevante situasjoner. Det krever en ganske intensiv trening med overføring til konteksten setningene skal brukes i.

Musikkterapi kan også tilby en kanal for å uttrykke seg der vanskene med det verbale språket ikke kommer i veien. For enkelte afasirammede er det fullt mulig å synge vers etter vers av en kjent sang, selv om talespråket ikke fungerer. Det å nynne eller være med på å spille på instrumenter er en annen måte å aktivere kropp og stemme på i et samspill som gir mening uavhengig av språklige barrierer. Slike aktiviteter ser ut til å kunne bidra til gode

³ SIPARI er registrert varemerke, og ikke en metode man kan utgi seg for å bruke uten å ha tatt utdanning i den. De ulike elementene har inngått i arbeidet som har vært gjort i aktivitetstilbud og opplæring hos oss.

opplevelser med flyt og sammenheng, og til å opprettholde motivasjon for kommunikasjon og språktrening.

Musikkterapi har vært prøvd både i spesialundervisningskonteksten og som aktivitetstilbud gjennom prosjektperioden. Deltagerne har hatt alvorlig grad av afasi og apraksi, men på ulike måter. For noen har den felles musiseringen vært i forgrunnen, mens andre har hatt et sterkt fokus på trening, som alternativ eller supplement til logopedtilbud og opplæring i alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). I noen tilfeller har musikkterapeuten veiledet personale rundt afasirammede i hvordan de kan bruke sang som samhandling og språkstimulering i det daglige. Personale har gitt uttrykk for at sang fanger oppmerksomheten og engasjerer personen med afasi, og at de kan overraskes over hvilke ressurser som gjemmer seg hos vedkommende. Uavhengig av effekten på språket, vil slike erfaringer kunne være positive og viktige for både den som er ramma og de som er rundt.

Det å evaluere et tilbud med personer som er alvorlig rammet av afasi har sine utfordringer. For noen av dem som har fått musikkterapi som tilbud hos oss, har det vært mulig å bruke alternative former for kommunikasjon, som Samtalematte⁴, for å snakke om hva som har vært bra og dårlig, viktig og uviktig. For andre har det å delta i musikkterapi vært en situasjon der de underveis klarte å uttrykke noe relevant om deres opplevelse, som hva de synes om sangene og hvordan det er å være med og delta. Hos andre igjen, har vi vært prisgitt tolkning av mimikk og kroppsspråk. Flere av våre deltagere har innledningsvis hatt behov for å bli avspenning, og øve seg på å lytte til seg selv og andre. Avspenning og kontroll over pusten kan skapes gjennom sang, og felles oppmerksomhet og konsentrasjon øves gjennom at vi må «holde følge» gjennom en melodi med felles rytme, tempo og pauser, eller gjennom imitasjon. Videre har musikkterapien gitt mulighet for å trene på initiativ, i form av å finne på noe som man gjennomfører i en improvisasjon, eller ved å igangsette en sangstrofe på egenhånd. Deltagerne har gitt uttrykk for at det er viktig å oppleve mestring, men samtidig at de blir utfordret på et nivå som gjør at de må konsentrere seg og yte, - slik øker også mestringsfølelsen. Det er veldig viktig å ta høyde for at ulike mennesker opplever det å delta i noe musikalsk på ulike måter, avhengig av hvilke erfaringer de har gjort seg før skaden eller sykdommen inntraff, og avhengig av hvordan ferdighetene deres evt. har endret seg. Det at

⁴ Samtalematte, eller Talking Mats er en metode for å samtale om temaer ved hjelp av grafiske symboler som plasseres på en matte under f.eks. «liker», «sånn passe» eller «liker ikke». Se f.eks. <http://www.isaac.no/fagstoff/metodikk-og-materiell/talking-mats/>

musikk fremkaller følelser kan også være vanskelig for en som ikke har verbalspråk til å uttrykke seg med, og det er viktig å ha tid til å bygge en trygg relasjon.

3.5 Musikk og bevegelse

Det finnes mange musikkterapeutiske metoder som kan brukes i fysisk gjenopptrening innenfor nevrorehabilitering (se Baker & Tamplin, 2006, Thaut og Hoemberg, 2014). Igjennom prosjektperioden har vi hatt fokus på hvordan noen av de metodene som har vært undersøkt i kontrollerte studier kan tilpasses virkeligheten i kommunen, og behovene hos enkeltindividene vi har møtt. Vi har hatt fokus på musikkterapeutiske metoder til gangtrening og håndtrening. I tillegg har noen av forløpene vært mer helhetsorienterte, med vekt på avspenning, holdning, pust og motivasjon. For noen deltagere har det primære målet vært å bruke musikk til å øke egen aktivitet.

Musikk og bevegelse hører naturlig sammen, både kulturelt og nevrologisk sett. De senere års forskning på hvordan hjernen bearbeider musikk har vist at det er nære forbindelser mellom nettverk i hjernen som bearbeider det vi hører og nettverk som har å gjøre med bevegelse. For eksempel vil en endring i en rytme vi hører som er så liten at vi ikke legger merke til den bevisst, føre til at vi endrer tempoet på bevegelsen vi er i gang med. Også kraft og intensitet i musikk kan påvirke kraft og intensitet i bevegelse. Hele bevegelsesmønster kan synkroniseres til musikalske mønstre, slik vi opplever det når det gjelder dans. Gjennom slike synkroniseringsprosesser kan musikk bidra til å gjøre bevegelsesmønstre mer flytende og effektive. Dessuten kan det å lytte til musikk vi liker bidra til å øke dopaminproduksjonen. For noen er dette noe som kan brukes i treningssituasjonen, for andre kan effekten av treningen også overføres til situasjoner utenfor trening, og for andre igjen kan det dreie seg om å finne måter å bruke selvinstruksjon som sang, regle eller telling til å forbedre kvaliteten på eksempelvis gange.

3.5.1 Gangtrening

Rytmask auditiv stimulering (RAS) som metode er enkelt sagt en systematisk måte å bruke musikk eller rytme som stimulus for å forbedre bevegelsesmønster som gange. Rytme for å støtte gangen hos Parkinsonpasienter er velkjent. RAS metoden har vært undersøkt i flere studier med gode resultater for blant andre personer som er rammet av slag (Bradt et al. 2010). Man starter med å kartlegge nåværende gangtempo, matcher dette med en utefra kommende rytme, og kan så etter behov justere tempo opp eller ned. Bevegelsesmønsteret synkroniseres så til rytmen. Når det gjelder mennesker som ikke befinner seg i en kontrollert forskningskontekst er det imidlertid flere faktorer som spiller inn for hvordan en kan ha utbytte av en slik metode.

I tillegg til at igangsetting, flyt i bevegelsesmønster og skrittlengde bedret seg under trening med RAS for flere deltagere i prosjektet vårt, har det hatt betydning at egentrening blir mer lystbetont med bruk av musikk. Det var tydelig hos flere at bruken av musikk gjorde noe med motivasjon og stemningsleie, såfremt musikken var basert på deres egen smak, og ikke ga dårlige assosiasjoner. Noen fikk en fornyet interesse for å lete frem musikk selv, og begynte å lytte mer bevisst til musikk. Det å kunne ta hensyn til ulik dagsform og kognitiv kapasitet når det gjaldt bruk av musikk versus metronom eller levende sang/musikk var viktig for hvor godt utbytte den enkelte hadde av treningsøktene. For enkelte deltagere kunne det å delta i sang vise seg å ha en god virkning på avspenning og oppmerksomhet, og kunne fungere som oppvarming til gangtrening.

3.5.2 Håndtrening

Det å bruke instrumenter i trening av armer og hender har vært undersøkt i flere studier og har vist lovende resultater for slagrammede (se Hald, 2014). Det at bevegelsene gir auditiv feedback trekkes frem som en viktig grunn til at slik trening virker, samtidig som rytme og musikk også her gir en struktur for bevegelsene som det skal trenes på, i likhet med RAS.

Vi har gjennomført et håndtreningforløp over seks uker, der fire deltagere ble rekruttert. Treningen foregikk i godt utstyrt musikkrom på Molde Voksenopplæringscenter, de fleste timene som enetimer. En ergoterapeut gjennomførte testing av håndfunksjon ved hjelp av «Sollermans håndfunksjonstest», se vedlegg, før og etter treningsforløpet, for de tre deltagerne som deltok i alle eller nesten alle timer. Testen fungerte som kartlegging av hvilke

grep deltagerne særlig trengte å trene på, hvordan de fremstod når det gjaldt styrke og styring av bevegelser, samtidig som vi ønsket å se om vi kunne få øye på en endring etter treningsforløpet. Instrumenter ble valgt ut fra hvilke grep som skulle trenes, f.eks. gitar med plekter for å øve på pinsettgrep. Trommespill og piano ble brukt for å trene generell styrke og styring av bevegelser i arm og hånd. Tre av deltagerne hadde MS, og en Parkinsonisme som følge av en hjerneskade. Treningseffekten kunne være påvirket av varierende dagsform, endring i medisiner og utvikling av sykdom, og det var vanskelig å konkludere noe entydig om de enkeltes testresultatene. De to som gjennomførte alle timer hadde begge noe forbedring på testresultatene, som samsvarte med hvilke forbedringer vi opplevde underveis i forløpet.

Felles for alle deltagerne var at de deltok aktivt i de timene de var med, ga uttrykk for at de opplevde det å spille på instrumenter som styrketrening for fingrer og hender, og at det var en mer motiverende form for trening enn annet de hadde prøvd. Selv om fokus var på å forbedre håndfunksjon, skjedde det en utvikling underveis der musikken kom mer i fokus, mens det tekniske i håndteringen av instrumentene ble mer automatisert. Det å kunne høre at pianotangentene ga kraftigere lyd, at køllene oftere traff klangstavene, eller at trommeslagene ble mer taktfaste, var både en bekreftelse på at deltagerne fikk kontroll over bevegelsene, samtidig som det gjorde aktiviteten mer motiverende og meningsfull i seg selv.

Musikoterapeuten spilte sammen med deltagerne, og lagde på denne måten tilpassede musikalske rammer som deltagerne kunne spille innenfor. Det var viktig for en av deltagerne at det musikalske produktet ga mening, eller «hørtes ut som noe». Det ble derfor valgt å øve på en kjent melodi. En annen deltager ville derimot ikke øve inn noe kjent, med henvisning til tidligere dårlige erfaringer med å skulle øve på piano. Selv om hans fokus var strengt på å øve opp håndfunksjonen, fikk han noen opplevelser av å spille noe som hørtes bra ut gjennom individuelt tilpassede improvisasjonsopplegg.

Noen ganger ble det spilt mest med en fast puls for å støtte bevegelsene, andre ganger med mer utfordring og muligheter for økt kognitiv stimulering, humor, kreativitet og samspill. Flere av deltagerne ga uttrykk for at dette samspillet var viktig, blant annet fordi man da ikke følte seg observert, det var hyggelig at det ble spilt noe som passet til det de selv fant på, og det ga en opplevelse av at det øket musikaliteten i det som foregikk. Gjennom improvisasjon

skjedde det flere ganger at deltagere ble overrasket over at det som ble spilt faktisk hørtes fint ut. Slik sett kan musikkterapi tilby en ekstra dimensjon til håndtrening, ikke bare fordi det er morsommere å bevege hendene når det kommer lyd, men fordi handlingene gir mening estetisk sett.

4.0 Oppsummering

Musikkterapi kan være relevant for flere av omsorgstjenestens brukere knyttet til psykososiale behov, og anbefales i nasjonale retningslinjer for både psykosebehandling og rusomsorg. For personer med en nevrologisk tilstand, kan musikkterapi i tillegg ha en effekt knyttet til spesifikke fysiske, kognitive og kommunikative ferdigheter som er nedsatt pga. den nevrologiske tilstanden.

Musikkterapi lever opp til flere av retningslinjene som finnes i de senere års omsorgsplaner. I tillegg kan musikkterapi inngå i voksenopplæring, som er en annen viktig tjeneste for mange personer med nevrologiske tilstander. Musikkterapeuten kan supplere og samarbeide med ulike pedagogiske og helsefaglige yrkesgrupper. En og samme musikkterapeut kan slik ha flere funksjoner og følge samme person i ulike faser av rehabiliteringen. Dette gir gode muligheter for å tilpasse musikkterapeuttilbudet til de individuelle behovene over tid.

Gjennom prosjektperioden har vi i Molde kommune praktisert musikkterapi hvor vi enten hatt et fokus på å forbedre spesifikke funksjoner, et fokus på psykososiale behov, eller en kombinasjon, der velvære og meningsfull aktivitet står i sentrum.

Musikkterapi med fokus på funksjonsforbedring har i høy grad vært mulig å tilpasse til individuelle behov - særlig når forløpet har gått over lang tid. I tillegg til at deltagerne og terapeuter har observert at musikkterapeutteknikkene har en effekt, har deltagerne gitt uttrykk for at musisering og musikklytting oppleves motiverende og engasjerer flere sider av personen enn bare den spesifikke funksjonen som trenes. Ressurser hos den enkelte mobiliseres, og musikk tas i bruk som en ressurs.

Musikkterapi der fokus i mindre grad eller slett ikke har vært på funksjonsforbedring har musikkens sosiale og følelsesmessige sider kommet enda mer i spill. Noe av det som har vært viktig for deltagerne er den opplevelsen av velvære som kan bli skapt i musikkterapien. Det handler om å gjøre noe man forbinder med å være frisk, komme i kontakt med kroppen på en positiv måte, uttrykke seg, og være i en samhandling der en føler at en får noe til og kommer inn i en god driv.

Uavhengig av hvilken tilgang som har vært brukt, har deltagerne gitt uttrykk for at musisering og musikklytting i gruppe eller bare med musikkterapeut gir mening, og virker motiverende.

Litteraturliste

- Baker, F. (2000). Modifying the melodic intonation therapy program for adults with severe non-fluent aphasia. *Music Therapy Perspectives (2000)* 18 (2), s. 110–114.
- Baker, F. & Tamplin, J. (2006). Music therapy methods in neurorehabilitation, a clinician's manual. Jessica Kingsley publishers, London & Philadelphia
- Bodak, R., Malhotra, P., Bernardi, N. F., Cocchini, G., & Stewart, L. (2014). Reducing chronic visuo-spatial neglect following right hemisphere stroke through instrument playing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(413), 1–8. doi:10.3389/fnhum.2014.00413
- Bradt, J. Magee, W.L., Dileo, C., Wheeler, B.L. & McGilloway, E.(2010). Music therapy for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7.
- Elefant, Cochavit ; Baker, Felicity ; Lotan, Meir ; Lagesen, Simen Krogstie ; Skeie, Geir Olve
The effect of group music therapy on mood, speech, and singing in individuals with Parkinson's Disease - A feasibility study, *Journal of Music Therapy*, vol. 49, issue 3, s. 278-302, 2012
- Hald, S. (2014). Forskning i musikterapi – voksne med erhvervet hjerneskade. *Dansk Musikterapi*, 11 (1), s. 3–12
- Haskins, E.C.(2012). Cognitive Rehabilitation Manual, Translating evidence-based recommendations into practice. *American Congress of Rehabilitation Medicine Publishing*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012–2013), Morgendagens omsorg
- Helsedirektoratet (2011). Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer (IS- 1875)
- Jungblut, M. (2010). SIPARI®: A Music Therapy Intervention for Patients Suffering With Chronic, Nonfluent Aphasia. *Music and Medicine*, 1(2), 102–105.
- Jungblut, M., Suchaneck, M. & Horst, G. (2009). Long term recovery from chronic global aphasia: A case report. *Music and medicine*, (1) 1, s. 61-69

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). Kap. 4A, opplæring spesielt organisert for vaksne.

Moltubak, A. & Knardal, S. (2015). Henvisning, kartlegging og dokumentasjon i praksis.

I Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre.

GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra:

https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressursheftemusikkogeldre.pdf

Nevroplan 2015, Delplan til Omsorgsplan 2015, Helse og omsorgsdepartementet

Ruud, E. og Trondalen, G. (2008). Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole

Schmid, W. & Aldridge, D. (2004). Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: a matched control study. *Journal of music therapy*, 41 (3), s. 225–40.

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H.M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I., Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* (2008), 131, 866 - 876 doi:10.1093/brain/awn013

Särkämö, T., Tervaniemi, M., & Huottilainen, M. (2013). Music perception and cognition: development, neural basis, and rehabilitative use of music. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(4), 441-451.

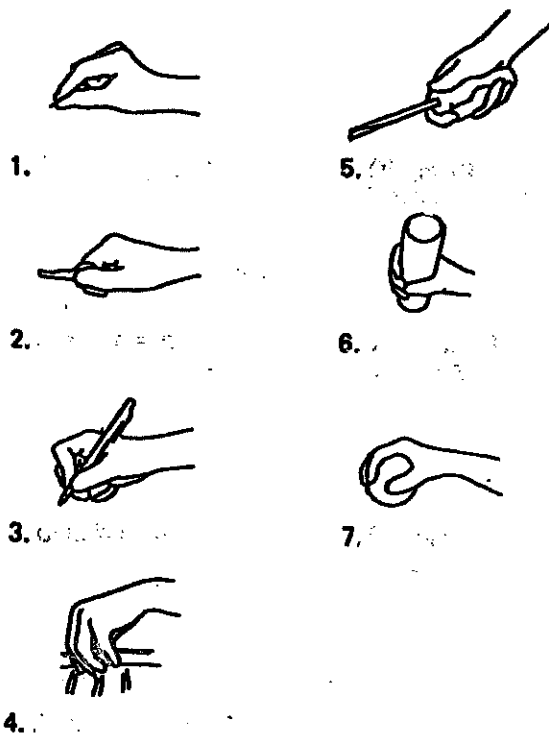
Thaut, M.H. (2005). *Rhythm, music and the brain: Scientific Foundations and clinical applications*. New York: Routledge.

Thaut, M.H. & Hoemberg, V. (2014): *Handbook of Neurologic Music Therapy*, Oxford University Press

SOLLERMAN GREPSFUNKSJONSTEST
(POENGBEREGNING AV DELOPPGAVENE)

Testen har til hensikt både å måle evnen til å utføre ADL funksjoner, og kvaliteten av 7 forskjellige standardgrep.

1. Topunktsgrepet
(tommel mot peke- og eller langfinger)
2. Nøkkelgrepet
(tommel mot radialsiden av pekefinger)
3. Blyantgrep
(tommel, pekefinger og langfinger holder rundt gjenstanden på 3 sider)
4. Fem finger-grepet
(tommelen mot de fire andre fingrene på to sider av gjenstanden)
5. Diagonalt Volargrep (helhåndsgrep)
(tommel mot de fire andre fingrene og håndflaten. Diagonal stilling)
6. Transversalt (tversgående) Volargrep
(samme som 5, men tversgående)
7. Ballgrep
(Alle fem fingre omslutter gjenstanden)



Hver delfunksjon scores fra 0 - 4 poeng alt etter hvor vanskelig det er å utføre oppgaven, om den utføres fullstendig, og om det grepet som er "normalt" for aktiviteten benyttes.

- | | |
|---------|--|
| 0 poeng | Oppgaven kan ikke gjennomføres i det hele tatt iløpet av 60 sek. |
| 1 poeng | Oppgaven gjennomføres kun delvis i løpet av 60 sekunder (f.eks. noen, men ikke alle myntene blir plukket opp) |
| 2 poeng | Oppgaven gjennomføres helt, men med stor vanskelighet, eller med sterkt avvikende grepstype. Hvis det tar mer enn 40 sek. å gjennomføre oppgaven regnes det som vanskelig. Kompensering med kroppen regnes også med som økt vanskelighetsgrad. |
| 3 poeng | Oppgaven gjennomføres helt, men med en viss vanskelighet, eller med lett avvikende grepstype. Hvis det tar lengre enn 20 sek. å gjennomføre oppgaven regnes det som vanskelig. |
| 4 poeng | Oppgaven gjennomføres helt med letthet i løpet av 20 sek. og med riktig grepstype |

GREPFUNKSJONSTESTENS 20 DELOPPGAVER

Subtest 1: Sette nøkkel i patentlås og vri rundt.

Utgangspunkt: Nøkkel liggende på testboksens bunnplate.

Utførelse: Plukk opp nøkkelen, sett i låset og vri 90 grader.

Grepstype: Topunktsgrep. Nøkkelgrep.

Subtest 2: Plukke opp mynt, legge i pengepung.

Utgangspunkt: Fire mynter av ulik størrelse liggende på testboksens bunnplate.

Utførelse: Plukk opp myntene, en av gangen, legg to mynter i hver pengepung.

Grepstype: Topunktsgrep.

Subtest 3: Stenge og åpne glidelås.

Utgangspunkt: To pengepunger med åpne glidelås.

Utførelse: Lukk glidelåsene på begge pengepungene og åpne dem igjen etterpå.

Grepstype: Topunktsgrep. Nøkkelgrep.

Subtest 4: Plukke penger ut av pengepung.

Utgangspunkt: Hver pengepung inneholder to mynter av ulik størrelse.

Utførelse: Plukk opp myntene fra pengepungene, en av gangen, og plasser dem på bunnplaten i testboksen.

Grepstype: Topunktsgrep.

Subtest 5: Løfte treklosser over kant.

Utgangspunkt: To treklosser av ulik størrelse plassert på testboksens bunnplate.

Utførelse: Løft opp treklossene, en av gangen og plasser dem på bordet foran testboksen.

Grepstype: Fem-fingergrep.

Subtest 6: Løfte strykejern over kant.

Utgangspunkt: Strykejern som veier et halvt kilo plassert på testboksens bunnplate.

Utførelse: Løft strykjernet ut av testboksen og sett det på bordet foran deg.

Grepstype: Transversalt volargrep.

Subtest 7: Skru skrue med skrujern.

Utgangspunkt: Skrujern og to skruer som er montert på plate, en skru med med fjærbelastning og en vanlig.

Utførelse: Ta skrujernet og vri hver av skruene rundt en gang. Handen som ikke testes kan benyttes til støtte, men den må ikke hjelpe til å skru.

Grepstype: Diagonalt volargrep.

Subtest 8: Skru mutteren på bolten.

Utgangspunkt: Fire mutre av forskjellig størrelse skal ligge på testboksens bunnplate.

Utførelse: Plukk opp mutrene, en av gangen og skru dem på hver sin skrue. Mutrene trenger bare å ta feste på skruen.

Grepstype: Topunktsgrep. Nøkkelgrep. Blyantgrep.

TESTRESULTAT

Sollerman grepfunksjonstest

Navn.....
Fødselsnr.....
Diagnose.....
Høyre/venstrehandt.....
Undersøkellesdato.....

	POENG	
	Høyre	Venstre
1. Sette nøkkel i låsen og vri rundt.
2. Plukke opp mynt, legge i pengepung.
3. Lukke og åpne glidelås.
4. Plukke opp mynt fra pengepung.
5. Løfte treklosser over kanten.
6. Løfte strykejern over kanten.
7. Skru skrue med skrujern.
8. Skru mutteren på bolten.
9. Skru av lokkene.
10. Kneppe opp knappene.
11. Skjære Play-Doh.
12. Dra Tubi-Grip strømpen på den andre handen.
13. Skrive med penn.
14. Brette papiret, legge det i konvolutt.
15. Sette binders på papir.
16. Ta av telefonrøret og sette det mot øret.
17. Vri dørhandtaket.
18. Helle vann fra Pure-Pak kartong.
19. Helle vann fra mugga.
20. Helle vann fra kopp.
SUM

Kommentarer.....
.....
.....
.....