



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

”DET SÄTTER SNURR PÅ ALLTIHOP”

RONNIE GARDINER RYTMIK OCH MUSIK
METOD I ÄLDREOMSORGEN

LINDA BENGTSSON
JESSICA HALL

”IT GETS EVERYTHING ROLLING”

THE RONNIE GARDINER RHYTHM AND MUSIC METHOD IN SENIOR CARE

**LINDA BENGTSSON
JESSICA HALL**

Bengtsson, L & Hall, J. ”It gives a spin on everything”. Ronnie Gardiner Rhythm and Music Method in the old-age care. *Degrees project 15 credit points in social work*. . Malmö University: Faculty of health and society, 2012.

Abstract

The Ronnie Gardiner Rhythm and Music Method in Senior Care (RGRM) study has occurred in co-operation with Bjuv County (Bjuvskommun) and was funded by the Culture Advisory Board (Kulturrådet). Our study focuses on how the use of the RGRM method is experienced by care recipients and whether or not the RGRM method has any effect on the relationship between the care recipient and the caregiver. We have seen that participation in the RGRM method activities result in not only better physical health and cognitive activity in the form of concentration, but it also creates social opportunities, encourages long-term memory recall via music and instills a feeling of belonging. Regarding the question of the RGRM-methods effect on relationships, it is first and foremost caregivers who have experienced deeper connections with their patients.

Sökord: Musik, relation, RGRM, rytmik, rörelse, socialt innehåll, äldre.

FÖRFATTARNAS TACK

Vi vill framföra vårt gemensamma tack till familj och vänner för att ni har stått ut med oss under studietiden i allmänhet men i synnerhet under tiden för skrivande av uppsatsen, då vi kanske framstått som mer än lovligt frånvarande och asociala.

Samtidigt sänder vi en tacksamhetens tanke till våra kurskamrater samt våra lärare och de tankeväckande diskussioner som vi haft under studietiden.

Tack till Bjuvs kommun och Karin Olsen som via Malmö högskola bjöd in oss att skriva om RGRM. Vi tackar även våra informanter som tagit sig tid att samtala med oss och låtit oss delta vid RGRM-aktiviteterna. Utan er hade vi inte kunnat genomföra denna studie.

Vi vill även rikta ett stort tack till Jenny Karström, RGRM-terapeut, som stöttat oss genom hela uppsatsskrivandet och svarat på våra ibland kanske lite underliga frågor. Ditt engagemang och ärliga intresse för vår uppsats har gett oss den extra puff framåt som vi ibland behövt när det känts tungt.

Slutligen sänder vi ett stort tack till vår handledare Finnur Magnússon för dina ovärderliga kommentarer på vårt arbete. Med viss bävan har vi skickat in utkast för granskning men svaren har hela tiden, som vi upplever det, utmanat oss till att tänka vidare och vända upp nya stenar.

Linda & Jessica

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING OCH PROBLEMFÖRMULERING	5
RGRM - Ronnie Gardiner Rytmik och musik metod	5
Halleluja eller seriös träning till musik?	6
SYFTE	6
FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METODER	7
Perspektiv	7
Deltagande observation	7
Intervju som metod	8
Urval	8
Gruppsamtal med omsorgspersonalen	9
Urval	9
Metod för analys av observationer och samtal	10
Arbetsfördelning	10
ETISKA ASPEKTER	11
Gemytliga samtal med omsorgstagarna eller avskräckande formaliteter?	11
Ge tid att tänka eller fråga direkt?	12
Etisk balansgång vid forskning på sköra individer	13
Författarna och tystnadsplikten	13
TIDIGARE FORSKNING	13
Musik; ett socialt och hälsofrämjande klister	13
Vårdarsång	14
Musikintervention i Hong Kong	15
Körsång som kulturell intervention	15
Musikterapi inom äldreomsorgen = musikunderhållning?	16
Studier om RGRM	16
Sammanfattning av tidigare forskning	16
TEORIER	17
Symbolisk interaktionism	17
Relationistiskt socialpedagogiskt förhållningssätt	18
Det gemensamma tredje	18
RESULTAT OCH ANALYS	19
Citering i uppsatsen	19
Återgivning av en RGRM-aktivitet	19
Teman ur det insamlade materialet	23
”Det är alltihop tillsammans, det är både rörelserna och musiken”	24
Musik	24
Gemenskap och tillhörighet	25
Nyttan	26
Atmosfären på arbetet	27
Relationen	28
Kontinuitet	29
Att leda RGRM-aktivitet	30
Omvärdering av förstahandsintryck	31
DISKUSSION	31
Sammanfattande kommentarer	32
Begränsningar i studien	34
Taube, Lindblom, Sinatra och äldreomsorg	34
Avslutande funderingar	34
REFERENSER	37

Internetreferenser	38
BILAGOR	39

INLEDNING OCH PROBLEMFORMULERING

En av författarna till denna uppsats råkade av en händelse komma i kontakt med RGRM-metoden via Internet. Filmen RGRM inom äldreomsorgen (Internetreferens 1) visar hur metoden används i praktiken inom omsorgen för personer med demenssjukdom. Den ger ett starkt intryck av att vara en metod som öppnar mentala dörrar, både för omsorgspersonal och för omsorgstagare, till att se nya sidor av varandra. Förutom fysiska förändringar som t ex värkbrutna händer som mjuknar och rör sig i taktfast handklapp eller steltnad ansiktsmimik som bryts upp i ett leende, så ger deltagarna ett intryck av nyfikenhet och koncentration. En av deltagarna från omsorgspersonalen uttrycker sig lyriskt över omsorgstagarnas medverkan. Fantastiskt tyckte en av författarna; lite för mycket halleluja tyckte den andra. Vad är det egentligen som händer när RGRM-metoden tillämpas? Finns det någon anledning till att använda sig av Ronnie Gardiners rytmik och musikmetod jämfört med den traditionella sittgymnastiken med eller utan musik?

I samband med att Bjuvs kommun beviljats bidrag från Kulturrådet för att genomföra RGRM i äldreomsorgen har författarna fått möjlighet att göra en studie med ett socialt perspektiv på RGRM. Bjuvs kommun (Internetreferens 2) har som syfte med projektet att öka det sociala innehållet på kommunens särskilda boenden.

RGRM - Ronnie Gardiner Rytmik och musik metod

Idén till rytmik- och musikmetoden kommer från trummisen Ronnie Gardiner (Internetreferens 3, Steen Vivanco 2010). För många i Sverige är han känd för att bl a ha spelat tillsammans med Charlie Norman i många år. Ur en tragisk händelse i Gardiners liv år 1980 föddes tankarna på att utveckla en metod för att hjälpa personer med hjärnskada. Han har utgått från trumsetet; hur man använder händer och fötter när man spelar trummor samt trumsetets olika ljud. Metoden har tagits fram med hjälp av personer inom verksamhetsområdena musik, skola och medicin (Internetreferens 3). Det första officiella utbildningstillfället startade 1999 och i dagsläget våren 2012 finns det cirka 250 utbildade RGRM-terapeuter (Steen Vivanco 2010).

Ronnie Gardiner Rytmik och musikmetod, fortsättningsvis förkortat till RGRM, beskrivs på hemsidan för RGRM (Internetreferens 3) som en multisensorisk rehabiliterings- och friskvårdsmetod. Det är en form av hjärngympa med växelvis användning av höger respektive vänster hjärnhalva som stimuleras genom syn-, hörsel- och känselintryck. I rehabiliteringssyfte används metoden bl a för personer som drabbats av stroke, MS, demenssjukdom eller annan neurologisk sjukdom. I det sammanhanget menar Magnus Liljeroos, utbildningssamordnare för RGRM (Steen Vivanco 2010), att metoden exempelvis kan hjälpa personerna till bättre balans, motorik och koordination samt förbättrad koncentrationsförmåga. På senare år har metoden också börjat praktiseras på barn med ADHD, dyslexi eller koncentrationssvårigheter (a a).

Med hjälp av blåa och röda bildnoter (symboler för händer, fötter, vänster och höger, se bilaga 1) samt ord som ska symbolisera ljuden från ett trumset, leder RGRM-terapeuten olika rörelser till musik. Valet av musik är anpassat efter deltagarna och deras önskemål. Igenkänningsfaktorn av musiken kan ha olika stor betydelse beroende på gruppens sammansättning och eventuella sjukdomar. RGRM-

terapeuten utgår från den deltagare med lägst kapacitet och anger tempo för hur fort man ska öka svårighetsgraden i de olika rörelserna (Liljeroos 2012).

Sahlgrenska akademien i Göteborg fick år 2009 ett anslag till ett tvärprofessionellt forskningsprojekt där de ska utvärdera vilka effekter användandet av RGRM-metoden har på personer som drabbats av stroke (Steen Vivanco 2010). Michael Nilsson, professor i rehabiliteringsmedicin vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och forskningsledare för Kultur och hjärnhälsa (Karlberg 2010), uttrycker att nyare forskning visar på att personer med hjärnskador genom positiv stimulans kan uppnå långvariga förbättringseffekter och bättre livskvalitet. Den som har intresse av ett mer medicinskt perspektiv kan säkert finna deras projekt givande.

Halleluja eller seriös träning till musik?

Vi hade olika inledande intryck av RGRM baserat på filmen RGRM inom äldreomsorgen (Internetreferens 1) från ett mindre projekt i Bjuvs kommun. Den skrämmande hallelujakänslan som en av oss kände kommer av att ledaren uppfattas som stående framför sina lärjungar och med yviga gester och glädjestrålade mimik får deltagarna att hänge sig både fysiskt och psykiskt till musik. Den av oss som upplevde en positiv känsla fick nog den framförallt från omsorgspersonalens rörande berättelse av hur metoden verkade tränga igenom demenssjukdomens dimridåer. Närvaron av en ledare gjorde att metoden gav ett seriöst intryck; det här var inget som vem som helst kunde hålla på med. Med våra olika första-handsintryck i bagaget gav vi oss nyfiket hän åt RGRM.

SYFTE

Genom vår studie vill vi lyfta fram de äldres egna upplevelser av metoden och om den ger dem mervärde i vardagen respektive om den tillför omsorgspersonalen ett mervärde i deras arbete.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Det finns många infallsvinklar men vi utgår från ett socialt perspektiv och fokuserar på

- Vilken är deltagarnas subjektiva känsla och upplevelse av RGRM-metoden?
- Har den gemensamma aktiviteten någon social inverkan på relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal?

METODER

I vår studie rör vi oss mellan det explorativa och det deskriptiva. Å ena sidan är vår studie explorativ då vi inte har funnit någon tidigare studie på RGRMs inverkan på den sociala relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal. Å andra sidan finns det oändligt mycket skrivet om vilken betydelse musik, dans och konst, har för oss människor sedan urminnes tider (Theorell 2009 s 26ff, Wikström 2010 s 194) vilket gör att vi rör oss i ett deskriptivt område.

Vi tog fasta på det explorativa området som vi har valt att utforska med en kvalitativ ansats, vilket ledde till valet av deltagande observation, intervju och kulturanalys som metoder i vår studie.

Perspektiv

Vår intention var att studien skulle innehålla ett brukarperspektiv och vi ville jämföra hur aktiviteten utvecklade sig på en avdelning för personer med demensdiagnos respektive en avdelning för somatiskt sjuka personer. Vi ville ha omsorgstagarens egna ord som beskriver deras upplevelse av RGRM-aktiviteten; inte en andrahandstolkning av omsorgspersonalen. Vi insåg att tiden för uppsatsskrivandet och vår egen kompetens inte var tillräcklig för en sådan studie och inriktade oss enbart på somatiska avdelningar.

Deltagande observation

Vi har haft förmånen att göra sju deltagande observationer vid RGRM-aktivitet på olika särskilda boenden i Bjuvs kommun. Varje tillfälle har varat en timme. Samtliga enhetschefer informerades av kommunens kultursamordnare via mail om att vi kunde komma att närvara vid deras RGRM-aktivitet.

Vi bestämde själva vilka särskilda boenden vi besökte och utgick ifrån att det skulle vara en somatisk avdelning. Anledningen att vi valde somatiska avdelningar var att vi ville följa upp observationerna med personliga intervjuer med omsorgstagarna som deltog i RGRM-aktiviteten. Vårt antagande är att vi skulle få svårt att genomföra och tolka en intervju med en person med demensdiagnos. Det har varit viktigt för oss att få omsorgstagarens subjektiva upplevelse; det skulle inte vara omsorgspersonalens tolkning av vad omsorgstagaren menar.

Vid varje tillfälle för deltagande observation har vi presenterat oss och vårt syfte för att tydliggöra vår närvaro. Detta p g a att det inte alltid var samma personer som deltog. Vi satt tillsammans med omsorgstagarna och omsorgspersonalen och deltog i RGRM-aktiviteten.

Deltagande observation, eller direkt observation, som metod (Rosengren & Arvidson 2002 s 161ff, Denscombe 2009 s 271ff, Robson 2011 s 315ff) gav oss möjlighet att utforska vad som hände vid själva aktiviteten i deltagarnas naturliga miljö. Vi har, som tidigare beskrivits, varit öppna med vårt deltagande vilket kan ha haft en effekt på deltagarna även om vi inte upplevt det så. Vi har försökt minimera effekten av vår närvaro genom att å ena sidan delta i aktiviteten på samma villkor som övriga deltagare. Vi har enligt vår uppfattning inte haft någon uppseende-

väckande klädsel. Åldersmässigt är vi jämgamla med dem som deltagit från omsorgspersonalens sida. Å andra sidan har vi inte undvikit kontakt. Vi har medvetet hälsat och pratat med samtliga deltagare när vi varit närvarande, eftersom vi ville skapa ett tillitsfullt möte inför vidare enskilda samtal med oss vid senare tillfälle. Under själva RGRM-aktiviteten är vi samtliga koncentrerade på terapeuten vilket utesluter längre samtal. Vi har inte varit delaktiga i själva ledandet av aktiviteten.

En negativ aspekt av att vara deltagande observatör är att det finns fysiska begränsningar för vad vi klarar av att observera av den sociala situationen (Rosengren & Arvidson 2002 s 162). När vi deltar i en RGRM-aktivitet riskerar vi att fokusera mer på oss själva för att klara av aktiviteten som utförs och därmed ökar risken att vi missar vad som händer med omsorgstagarna och omsorgspersonalen; vårt intryck av deras upplevelse och interaktion.

Intervju som metod

Vi ser intervjumetoden som ett verktyg för att fördjupa och verifiera intryck från våra deltagande observationer. Intervjuer beskrivs i litteraturen (Rosengren & Arvidson 2002 s 138ff, Denscombe 2009 s 231ff, Robson 2011 s 278ff) som ett lämpligt verktyg för att t ex utforska människors uppfattningar eller känslor om något. Den passar tillsammans med vår kvalitativa ansats att utforska deltagarnas upplevelse av RGRM-metoden och metodens eventuella inverkan på relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal.

En av fördelarna med intervjun är dess flexibilitet (Robson 2011 s 135, s 280). Vi utgick från en frågeguide (bilaga 2 & 3) som tillät oss att förtydliga frågor om det uppstod oklarheter samtidigt som vi kunde följa upp uttalanden som väckte vårt intresse. Om vi exempelvis använt oss av en enkät istället är risken stor att vi gått miste om betydelsefulla fakta som informanten ansett vara relevanta i sammanhanget, men som vi riskerat att förbise i en enkät oavsett om den är strukturerad eller semi-strukturerad. Genom att vi använt oss av intervjuer ansikte mot ansikte har vi också haft möjligheten att fånga upp icke-verbala signaler.

En sak som vi upplevt som nackdel är att det är tidskrävande (a a). Dels har vi fått lägga ner tid på att få kontakt med någon som ville bli intervjuad, dels har det varit svårt att få till ett möte inom rimlig tid för arbetet med uppsatsen. Efterarbetet med transkribering och analys av intervjuerna, det som vi i följande avsnitt valt att kalla för samtal, kräver också tid. Det kan också vara svårt att veta när man ska sätta punkt för analyseringen av intervjuerna, vilket också kan ses som en nackdel för metoden.

Vår upplevelse av att använda själva ordet intervju är att det kan ge en formell och opersonlig känsla, vilket vi återkommer till under stycket om etiska aspekter. Fortsättningsvis i texten kommer vi att använda oss av ordet samtal istället för intervju.

Urval

Tanken var att genomföra samtal med fyra omsorgstagare, men det blev tre p g a att en omsorgstagare blev sjuk. De tre vi träffade, män och kvinnor, var alla runt 80 år och änkor/änkemän. De inspelade samtalsens längd varierade från 30 minuter och upp till 45 minuter. Tiden för hur länge informanterna hade bott på särskilt somatiskt boende skilde sig åt från några år till några månader. Hjälpbehovet var

varierande och informanterna bodde på olika särskilda boende. I de fall då vi själva tagit kontakt med informanterna har det skett i samband med en deltagande observation vid en RGRM-aktivitet. Samtalen har för vissa skett i informantens egen lägenhet och för andra i ett enskilt rum som fanns på det särskilda boendet. Vid ett tillfälle var vi båda med vid samtalet sedan informanten meddelat att det var i sin ordning. Vid övriga samtalstillfällen med omsorgstagare var det bara en av oss som var med. Samtliga har gett muntligt samtycke till att delta.

Intentionen var att låta slumpen avgöra vilka vi skulle samtala med genom att lotta fram informanter om det blev många som ville ställa upp. Verkligheten såg helt annorlunda ut som vi varit inne på tidigare. Det visade sig att på grund av skörhet bland omsorgstagarna och det faktum att vi hade svårt för att förstå dem som var utlandsfödda, begränsades urvalsmöjligheterna. I vissa fall har vi fått ta hjälp av omsorgspersonalen att välja ut informanter som kan tänkas vilja samtala med oss. Omsorgspersonalen har agerat som garant för vår studie så att vi har blivit accepterade av informanterna. Omsorgspersonalen har på detta vis hjälpt oss att få omsorgstagarna att känna sig trygga med oss och samtalssituationen. Vi är medvetna om att urvalet skett utifrån personalens kunskap och uppfattning om omsorgstagarna och deras behov. Vi upplever det ändå som att omsorgspersonalens tanke med val av informant är att det ska gagna båda parter; oss *och* omsorgstagaren.

Gruppsamtal med omsorgspersonalen

När det gäller valet av gruppsamtal handlade det dels om att spara tid både för omsorgspersonalen och för oss själva, dels för att få in ett ökat antal intryck (Denscombe 2009 s 236, Nordgren 2012). Vi var också intresserade av att se hur de reagerade på varandras upplevelse av eventuella intryck av omsorgstagarnas medverkan i RGRM-aktiviteten. Vi funderade på om de kunde vara en "ögonöppnare" för varandra. Samtidigt finns risk att någon av deltagarna dominerar samtalet och styr övriga deltagare. Som ledare av samtalet är det vår uppgift att fördela ordet till samtliga närvarande och se till att diskussionen handlar om aktuellt ämne för samtalet. För att kunna sortera och notera det som sägs vid gruppsamtalen är det viktigt att inte tala i munnen på varandra och att var och en får tala till punkt.

Urval

Vi tog själva kontakt med omsorgspersonalen och bestämde tid och plats för gruppsamtalen. Den ena samtalsgruppen fick vi kontakt med i samband med en RGRM-aktivitet, där det föll sig naturligt att fråga dem på plats om vi fick boka en tid för att träffa dem och ställa lite frågor. Den andra samtalsgruppen kontakta- de vi genom att ringa till avdelningen och fråga efter personal som deltagit vid någon av avdelningens RGRM-aktiviteter. Tid och plats bokades via telefon.

Samtalen har förts med fyra ur omsorgspersonalen vid två olika tillfällen på deras respektive arbetsplats. Vi deltog båda två vid samtalen med omsorgspersonalen. Samtalen spelades in och varade i 30 respektive 50 minuter. Vid dessa samtal uppstod mer frågor och diskussion kring de etiska aspekterna avseende tystnadsplikt och konfidentialitet än vid samtalen med omsorgstagarna. Samtliga av omsorgspersonalen skrev under vår blankett om informerat samtycke.

Metod för analys av observationer och samtal

För att analysera våra observationer och samtal har vi anammat den kulturanalytiska metoden (Ehn & Löfgren 2001). Vi har försökt tolka skeenden och uttalanden genom att byta glasögon som Ehn och Löfgren beskriver det. Hur kan jag t ex se på det som händer ur ett brukarperspektiv alternativt personalperspektiv? Den egna förståelsen ska sättas åt sidan men vid tolkningsarbetet av observationer och samtal blir det tydligt för oss att det är lätt att falla in i gamla spår. Det visar sig exempelvis när tolkningen av en händelse under observation får en helt annan betydelse när den beskrivs subjektivt av en informant.

För att rationalisera transkriberingen av våra samtal med omsorgstagare och omsorgspersonal har vi valt att göra en förenklad utskrift av samtalen (Robson 2011 s 478). Det innebär t ex att bekräftande hummanden, jakanden och nekanden från både oss som samtalsledare och från informanterna har utelämnats, om det inte har varit relevant för att förstå helheten. Vi har varit noggranna i återgivandet av samtalet vid de passager som vi bedömt som mer intressanta för vår frågeställning. Vi har lyssnat enskilt på samtalen om och om igen och markerat fraser och ord som väckt vårt intresse. Vi har noterat tiden för hur långt in i samtalet uttalandet gjordes så att vi kan hitta tillbaka i det inspelade materialet. Därefter har vi gått igenom och jämfört våra anteckningar och markerat de fraser som vi ansåg var relevanta för studien. Vi försökte hitta de uttryck som handlade om de egna upplevelserna av RGRM, positiva och negativa. Vi sökte också efter formuleringar relaterade till RGRMs eventuella inverkan på relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal. Vidare sökte vi efter omsorgspersonalens uttalanden om hur de upplevde att omsorgstagarna påverkades eller inte påverkades av RGRM.

Fraser och uttryck klipptes bokstavligen ut. Ett verktyg vi använde oss av var att söka efter synonymer (Ehn & Löfgren 2001 s 155) till informanternas uttryck. Det hjälpte oss att hitta nya vinklar eller förtydliga innebörden av uttrycken. Genom ”brainstorming” och ”mindmapping” utkristalliserades olika grupper som blev till teman, vilka vi återkommer till i avsnittet för resultat och analys.

Arbetsfördelning

Vi har gjort större delen av arbetet tillsammans. Deltagande observationer har genomförts gemensamt vid fem tillfällen och sedan genomförde vi var sin observation på egen hand. Vi har gjort var sitt enskilt samtal med omsorgstagarna, det tredje gjorde vi tillsammans. Gruppsamtalen med omsorgspersonalen har vi också genomfört gemensamt.

Tack vare förmånen att få tillgång till grupplokaler på Norra Station (ett kunskapscentrum) i Hässleholm har vi kunnat sitta och författa texten tillsammans. Avsnittet om teorier är skrivet av Jessica Hall. Avsnittet ”Avslutande funderingar” är våra gemensamma tankar som sammanfattats av Jessica Hall. Uppsatsen i sin helhet är gemensamt redigerad av båda författarna före slutlig inlämning av uppsatsen.

ETISKA ASPEKTER

Vid insamling av material till vår uppsats har vi försökt beakta de generella etiska aspekterna (Forsman 1997) avseende

- information både muntligt och skriftligt till dem som har observerats eller samtalats med om vårt syfte,
- samtycke till att bli observerad eller samtalad med,
- information om att de har rätt att säga nej eller avbryta ett pågående deltagande utan att det medför någon negativ inverkan för individen (bilaga 4 & 5).

Vi ser ingen risk för att det ska uppstå någon form av maktutövning från vår sida gentemot våra informanter eftersom vi inte ingår i ordinarie verksamhet. Vi skyddar de uppgifter vi tar emot genom att avidentifiera informanterna. Vi har informerat om vilka som har tillgång till vårt material förutom vi själva, d v s vår handledare och vår examinator. Det förstahandsmaterial vi har samlat in kommer inte att användas av några andra än av författarna själva, men den färdiga godkända uppsatsen kommer att finnas tillgänglig för andra som är intresserade av den. Vi strävar efter objektivitet även om vår känsla är att kommunen som bedriver projektet gärna ser att vårt resultat ger en bild av RGRM-metoden som positiv och effektiv inom äldreomsorgen.

RGRM-aktiviteten utfördes i Bjuvs kommun på mer än ett boende för somatiskt sjuka personer. Med tanke på att deltagarna kommer från flera olika särskilda boenden minskar utsattheten för deltagarna. Om samtliga deltagare bott på samma ställe skulle risken kunna vara större för att de identifieras utav t ex omsorgspersonal, anhöriga etc.

Vi är medvetna om den etiska aspekten vid vårt val av omsorgstagarna som informanter. Vi menar inte att alla äldre ingår i en utsatt grupp (Forsman 1997) men de vi har mött hade olika grad av kognitiv förmåga. Genom ett anpassat tillvägagångssätt ser vi en möjlighet med den här studien att visa deras subjektiva upplevelse. RGRM-aktiviteten är till för omsorgstagarna och därför ser vi dem som självklara informanter. Vi anser inte att samtal om upplevelsen kan skada någon utan tvärtom lyfta fram synpunkter som främjar utveckling av metoden inom äldreomsorgen.

Gemytliga samtal med omsorgstagarna eller avskräckande formaliteter?

Vår tanke från början har varit att genomföra enskilda intervjuer med omsorgstagarna. Vi utgick ifrån att det skulle vara en lugnare och tryggare situation samt att de skulle tycka det vore trevligt att prata bort en stund. Men ack vad våra förutfattade meningar kom på skam! Ett faktum som vi inte räknat med var att vi mötte motstånd från omsorgstagarna till att bli intervjuade. Vi försökte vara tydliga med vad det innebar och framhöll blanketten om medgivande till intervju (bilaga 5) som ett skydd för informanten. Vi påtalade också att de bara skulle skriva under om de ville delta. Ville man inte delta som informant skulle man inte skriva på. En av omsorgstagarna kommenterar detta

”Ja, men då skriver man inte på.” (Inf 1)

Tanken var att de skulle kunna läsa informationsblanketten i lugn och ro. Sedan kunde vi kanske komma överens om en tid för intervju vid nästa tillfälle då vi sågs.

När vi tänker tillbaka på vad som hände gör vi tolkningen att exempelvis ordvalet *intervju* och *skriva under blankett* var direkt avskräckande. Det fanns potentiella informanter men de valde att tacka nej efter att vi, i vår formella iver, lämnat fram blanketten med information och samtycke till intervju. I efterhand är vår upplevelse att det handlade om två olika nivåer av godkännande. Det var en sak att sitta tillsammans med omsorgstagarna och delta i RGRM-aktiviteten. Där möttes vi av igenkännande tillrop och leende när vi kom. Därifrån till att be om enskilda intervjuer blev steget blir för stort. Våra relationer var inte tillräckligt etablerade för ett sådant personligt möte. Det kan också vara så att tilliten till oss undergrävdes när vi bad dem skriva under en blankett med *för oss* normalstor text.

Frågan blev hur vi skulle gå vidare? Vi diskuterade om det var etiskt korrekt att göra ett nytt försök gentemot samma personer, men lägga fram vårt önskemål om intervju på ett annat mindre formellt vis. Försökte vi hitta ingångar för att lura oss till (negativ manipulation) samtal med omsorgstagarna, eller skulle det kunna ses som en anpassning (positiv manipulation) från vår sida mot omsorgstagarna? Vi resonerade oss fram till att vi helt enkelt ville genomföra ett samtal utan att ge avkall på etiska aspekter som respekt för personen, samtycke och rätt till avbrott. Istället för att tala om intervjuer, blanketter och underskrifter använde vi oss av orden *samtala* och *pratstund*. Vi satte formalia med signaturer åt sidan men utan att tappa i tydlighet kring varför vi ville prata med våra informanter och vad det skulle användas till. Samtalet skulle ske på frivillig bas enligt omsorgstagarnas villkor.

Vår mening med att använda andra ord och ett annat tillvägagångssätt när vi sökte svar direkt från omsorgstagarna, var att sätta in metoden i deras kulturella sammanhang; ”tala till bönder på bönders språk och till lärde män på latin” (Internetreferens 4).

Ge tid att tänka eller fråga direkt?

Etiken förespråkar (Kvale & Brinnkman 2009) att vi ska ge informanterna möjlighet att överväga deltagande. Vi har mött olika åsikter hos omsorgspersonalen när det gäller hur lång denna tid för övervägande ska vara. Någon förespråkar att omsorgstagarna måste ha tid på sig vilket vi tolkade som en dag eller mer. Någon annan menade att frågan om medverkan skulle ställas några timmar före ett möjligt samtalstillfälle för att inte omsorgstagaren skulle börja oroa sig. I de fall när informanterna, unga som gamla, har fått tid på sig att fundera, har samtalen blivit mer försiktiga och mindre spontana jämfört med de fall då informanterna har gett sitt samtycke till ett samtal direkt på plats. Oavsett hur informanterna har valt att göra så har vi försökt vara tydliga med att de har en möjlighet att boka en tid då vi kan komma tillbaka för samtal.

När vi tänker tillbaka på genomförda samtal har våra informanter gett uttryck för en oro att de inte har tillfört något till vår studie där vi har bedyrat motsatsen. Vi

har inte upplevt att de har ångrat sitt deltagande; det har mera varit en känsla av att det har varit en trevlig pratstund och att de har trott på oss när vi har sagt att samtalet har varit givande.

Etisk balansgång vid forskning på sköra individer

I vilken grad har de äldre aktivt själva gett sitt medgivande till att delta i aktiviteten? Hur vet vi att alla samtycker till att bli observerade? Deltagarna i den ena gruppen uppfattar vi som skröpligare på grund av en nedsatt kognitiv förmåga jämfört med den andra gruppen som vi har varit i kontakt med. Vi är högst medvetna om att de skröpligare äldre kan ha tackat ja till sin medverkan på ett icke-verbalt sätt. Ibland kanske det krävs att man tar med dem till ett tillfälle för att se hur de reagerar även om de inte uttryckt ett tydligt ja till deltagande. Det blir en etisk balansgång; att inte låta äldre sköra personer synas i forskning blir lika oetiskt som att lyfta fram deras upplevelser utan medgivande (Robson 2011 s 211).

Författarna och tystnadsplikten

För att få göra vår uppsats inom Bjuvs kommuns projekt har vi förbundit oss till kommunens sekretess- och tystnadsplikt (Internetreferens 5). Vi ser inget hinder med denna förpliktelse då vi avkodifierar informanterna och utelämnar information som skulle kunna användas för att identifiera specifika personer t ex sjukdomar, ålder, namn på särskilt boende.

TIDIGARE FORSKNING

Musikens inverkan på hälsa ger intryck av att vara väl utforskat. En sökning på Google Scholar med enbart de svenska orden ”musikterapi” och ”hälsa” ger 361 träffar, ordet ”rytmterapi” ger 24 träffar.. När vi söker på ”RGRM Ronnie Gardiner” kommer vi ner på hanterbara 11 träffar; vi ger oss in i ett något mindre utforskat område. När det gäller interventionen med körsång (Cohen m fl 2006) så fann vi den via Theorells referenser i hans artikel Musik och folkhälsa (2010).

Musik; ett socialt och hälsofrämjande klister

Töres Theorell (2009, 2010) har bl a forskat för att hitta sambandet mellan musik och hur den långsiktigt kan ge goda effekter på hälsan. Det handlar om att finna ut vilken musik som är bäst för vem i olika sammanhang och hur musiken påverkar människan. Han rör sig inom psykosociala referensramar men hänvisar också till socialantropologiska teorier om att musik i alla tider fungerat som en social sammanhållande länk mellan människor i rent överlevnadssyfte. Riter innehållande t ex dans och musik skapade en känsla av gemenskap; en gemenskap som var nödvändig för att kunna klara kampen mot fiender. Han menar också att musiken fungerar som en förstärkare för känslor vilket kan leda till att vi förstår oss själva bättre och därmed också har lättare för att tolka andras sinnesstämningar. Theorell kallar detta för att människan får en bättre känslodifferentiering. Denna förbättrade känslodifferentiering borde också enligt Theorell leda till ett bättre socialt samspel (2009 s 97ff).

Theorell (2009 s 59ff, s 71ff, s 89ff) hänvisar både till egna experiment och till egen forskning samt till litteraturstudier av forskning gjorda i andra delar av världen som visar på körsångens inverkan på hälsan. I egen forskning har han i en studie använt sig av försökspersoner som fått lyssna på olika sorters musik varefter det gjorts både emotionella och fysiologiska tester för att se vilken inverkan musiken haft på försökspersonerna. Utfallet visade på att energigivande musik, till skillnad från lugnande musik, gav det förväntade resultatet med mer emotionell energi, högre puls och andningsfrekvens. Den lugnande musiken gav inte lika tydliga svar. En majoritet av försökspersonerna fick en lätt ökad puls även vid lyssnande på lugna stycken och uttalade både lugnande och uppiggande emotionella känslor.

Vid en annan studie använde Theorell (2009 s 91ff) sig av randomiserad behandlingsutvärdering för att se vilken effekt körsång hade på patienter med ett speciellt utvalt psykosomatiskt sjukdomstillstånd. Körsångsgruppen jämfördes med en motsvarande grupp av patienter med samma sjukdomstillstånd men som deltog i samtalsgrupp. Resultatet för patienterna med ett psykosomatiskt sjukdomstillstånd visade på lägre smärta och en lägre biologisk stressnivå för de patienter som ingick körsångsgruppen. Dock minskade den positiva effekten över tid och skillnaderna mellan grupperna utjämnades.

Vidare tar Theorell (2009 s 30) upp en epidemiologisk studie genomförd i Finland. Studien i Finland gjordes på finsktalande respektive svensktalande personer i Österbotten. De svensktalande Österbotningarnas goda hälsa och livslängd kunde inte förklaras med genetiska skillnader eller lägre grad av riskfaktorer för sjukdomar. Däremot hade de en stark social sammanhållning där deras körsångskultur var av signifikant betydelse.

Theorell (2010 s 56) refererar också till en amerikansk studie som genom formuler gjort en uppföljning av hälsoutvecklingen hos äldre personer som börjat sjunga i kör. Den amerikanska studien på äldre personer som börjat sjunga i kör visar "tydliga och statistiska säkerställda resultat" (Theorell, 2010, s 56) på att körsångarna hälsomässigt vann på att sjunga i kör. Vi ska återkomma till den studien.

Theorell (2010 s 59) menar att musik använd "på rätt sätt, i rätt sammanhang" (s 59) dels kan ha en hälsofrämjande effekt, dels kan musiken främja en gruppsammanhållning och ha en positiv inverkan på socialt kapital.

Vårdarsång

Eva Götell har i sin avhandling (Götell 2003) belyst vilken inverkan sång och musik har på demenssjuka personer och deras omsorgsgivare. Hon inriktar sig på kopplingen mellan kommunikation – relation - omsorg. Götell utgår ifrån att god omsorg kräver en god relation och att en relation kräver kommunikation. Genom att använda musiken på olika vis visar Götell på musikens och sångens inverkan på människor och kommunikationen dem emellan. Hennes studie omfattar främst demenssjuka personer och deras vårdare. Forskningen visar hur kommunikationen med hjälp av sång och musik kan förbättras gentemot demenssjuka personer med nedsatt förmåga att göra sig verbalt förstådda.

Götell (2003 s 20ff) har genomfört fem delstudier i Sverige på två geriatriska kliniker i storstadsmiljö. I den första delstudien deltog hon vid 35 musikstunder och använde sig av deltagande observation vid musikstunden och intervjuer med personal. Hon studerade också avdelningsdokumentation av typen hur organisationen på kliniken var uppbyggd och klinikens arbetsfilosofi. Vid övriga fyra delstudier användes videoinspelningar gjorda hos deltagarna när de utförde eller fick hjälp med morgontoaletten. Nio av tio vårdtagare med demensdiagnos i åldern 80-90 år fullföljde studien; sju kvinnor och två män med svenskt ursprung. Videoinspelningarna gjordes vid tre tillfällen hos varje deltagare. Första tillfället var en inspelning av en ordinär morgontoalett, andra tillfället skedde det till bakgrundsmusik som vårdtagaren tyckte om och vid det tredje tillfället sjöng vårdaren för eller tillsammans med den demenssjuka personen under tiden som morgontoaletten pågick (Götell 2003).

Kommunikationen och musikens inverkan mättes genom att studera verbal kommunikation, kroppsrörelse, sensorisk medvetenhet och vokalt uttryckta känslor.

Bakgrundsmusiken var så långt det var möjligt utvald av vårdtagaren själv genom att de fått lyssna på skivor med musik som var vanlig i deras ungdom. När vårdarna skulle sjunga fick de använda sig av de sånger de kunde, företrädesvis kända allsånger, folkvisor eller barnvisor.

Resultatet i den första delstudien visade att vårdtagarna upplevdes av vårdarna som lugna och rofyllda efter en musiksession. Lugnet kunde hålla i sig flera timmar eller t o m hela dagen. Vårdarna själva upplevde en långvarig känsla av gemensamhet och djupare anknytning till vårdtagaren.

Studierna av omsorgssituationen runt morgontoaletten visade att musik, och framförallt när vårdare sjöng för eller tillsammans med vårdtagarna, hade en positiv effekt på både vårdtagare och vårdare. Vårdtagarna blev mer närvarande och kände igen pågående situation och kunde själva utföra fler moment, fick rakare hållning och stadigare balans, kunde uttrycka sig lättare, skrek inte och blev inte aggressiva. De kunde hitta tillbaka till sin egen personlighet trots demenssjukdomen. En mer konfliktfri omsorgssituation kan tänkas ge vårdarna ökade möjligheter att använda sin yrkeskompetens och ge god omsorg. Relationen mellan vårdtagare och vårdare fördjupades. Med hänvisning till interventionens utfall argumenterar Götell (2003 s 39) för att musik och sång borde införas i utbildningar för vård av demenssjuka personer.

Musikintervention i Hong Kong

En mindre studie i Hong Kong (Lee, Chan & Mok 2010) visar på hur äldre personer som deltar i en musikintervention, i det fallet att lyssna till musik, uppnår högre resultat avseende livskvalitet jämfört med kontrollgruppen som deltog i samlingsgrupp. Musikinterventionen hjälpte deltagarna till kontakt med andra personer och att knyta an till egna livserfarenheter.

Körsång som kulturell intervention

I USA har en större studie (Cohen m fl 2006) genomförts där man jämförde en grupp som fick sjunga i kör med en grupp som fortsatte med sina ordinarie aktiviteter. Vid en uppföljning efter tolv månader visade resultaten för interventions-

gruppen på en bättre självupplevd hälsa, ett ökat engagemang i aktiviteter samt färre fallincidenter jämfört med kontrollgruppen. Studien (Cohen m fl 2006) anger som en av förklaringarna till resultatet att köraktivitetens varaktiga frekvens gynnar uppkomsten av nya vänskapsband, vilket stimulerar till deltagande i fler aktiviteter.

Musikterapi inom äldreomsorgen = musikunderhållning?

Peterssons rapport (2009) vittnar om att musikterapi används inom olika kunskapsområden som t ex psykiatri, medicinsk rehabilitering, specialpedagogik samt vård och omsorg. När musikterapin används inom området för vård handlar det ofta om avslappning och/eller att lindra lidande. När det kommer till äldreomsorgen specifikt finns en tendens bland rapportens informanter att likställa musikterapi med musikunderhållning. Uppfattningen om musikterapi verkar allmänt vara lite diffus, vilket Petersson (a a) tillskriver avsaknaden av tydliga forskningsresultat som kan visa på effekten av musikterapi.

Studier om RGRM

De studier vi har tittat på där man använt sig av RGRM-metoden har i huvudsak studerat metodens effekter på personer med neurologiska sjukdomar t ex stroke, MS, Parkinson etc. Genomgående för Anderssons och Gröndahls (2003) studie där metoden användes för personer med stroke, samt Engströms och Olssons (2010) studie av deltagarnas upplevelser av metoden, är att deltagarna har upplevt en positivare självkänsla och ett ökat socialt umgänge. Deltagarna menar att ledarens förmåga att vara engagerad och entusiasmerande har en stor betydelse för rytmikaktiviteten. Ledarens utstrålning har lett till ökad motivation och förbättrad livskvalitet.

Engström, Lindahl och Tällberg (2009) har studerat en grupp personer med neurologiska skador som under två tioveckorsperioder använts sig av RGRM som träning. Studien har en kvantitativ ansats. Författarna har använt sig av standardiserade metoder och tester för att mäta motorik, kognitiv förmåga och livskvalitet hos deltagarna. Resultaten visar på positiva förändringar av större eller mindre grad för studiens olika mätområden. I ett avsnitt uttrycker deltagarna sina subjektiva upplevelser vilka stämmer överens med tidigare refererad forskning (Andersson & Gröndahl 2003, Engström & Olsson 2010) d v s metoden upplevs som ansträngande men rolig och motivationshöjande.

Sammanfattning av tidigare forskning

Av speciellt intresse för oss har varit hur forskningen visat på musikens terapeutiska förmåga och dess inverkan på relation och kommunikation mellan omsorgstagare och omsorgspersonal samt dess möjligheter till en känsla av grupp-gemenskap. Musik har använts sedan urminnes tider för att stimulera till sammanhållning mellan människor. Musiken, dess klanger i dur och moll, kan hjälpa oss att hitta och tolka känslor; utveckla vår känslodifferentiering. Genom att kunna tolka egna känslor öppnas också möjligheter för att tolka andras känslor och därmed utrymme för ett förbättrat socialt samspel. Musiken, om den används på rätt sätt och i rätt sammanhang, kan ha direkt hälsofrämjande effekter.

TEORIER

Med hjälp av teori vill vi försöka få svar på våra frågeställningar och prova vår hypotes om att aktiviteten i första hand ger en känsla av gemenskap, och att "hjärngymna" automatiskt blir en positiv sidoeffekt. En effekt av deltagandet i en RGRM-aktivitet är att vi tror att det skapas möjligheter för omsorgstagaren och omsorgspersonalen att se andra sidor och nya talanger hos varandra. Detta skulle kunna leda till en mer jämlik relation och en ökad subjektivering; en fördjupad Jag – Du relation. Med subjektivering menar vi att omsorgstagaren blir sedd i ett nytt ljus, som en person med fler förmågor än den vanligtvis kan ge utlopp för i vardagen.

Komplexiteten att ta reda på vad som händer vid en RGRM-aktivitet och hur det eventuellt påverkar vad som sker för och mellan människor, med alla deras olikheter och likheter, samt att sedan förklara det, låter sig inte ske med en enskild teori. Vi har valt att utgå från följande teorier i vår ansats att ge en bild av verkligheten som vi har uppfattat den genom observationer och samtal.

Symbolisk interaktionism

Den symboliska interaktionismen (Denscombe 2009 s 130, Harste & Mortensen 2007 s 149ff, Tornstam 2005 s 122ff) är intressant ur det perspektivet att den fokuserar på hur vi agerar och uppfattar olika situationer i livet beroende på hur vi tolkar dem. Tolkningen kan ske utifrån en uppfattad gemensam generell kunskap om vad en situation innebär och hur man för sig i den. Gemensam generell kunskap, eller den generaliserande andre som det också benämns, handlar om allmänna attityder och värderingar som vi införlivas i. Den generaliserande andre kan handla om hur vi betar oss på olika sätt för att vi har en uppfattning, förvärvad genom uppfostran i hemmet och samhället, om att det är så "man" gör eller inte gör. T ex vi går inte in och talar högljutt på ett bibliotek för det gör "man" inte.

Tankegångar i den symboliska interaktionismen som vi tagit fasta på är Meads resonemang om hur vårt Jag blir till genom social spegling och dess process (Svedberg 2007 s 33ff). Upprätthållandet och utvecklandet av Jaget sker utifrån de reaktioner som uppstår i mötet med andra, d v s speglingen. Processen är kontinuerlig genom livet och arbetar för en balans mellan min egen bild av mig själv och andras bild av mig. Svedberg (a a) beskriver det som att vi har en tendens att söka oss till personer och situationer som bekräftar vår uppfattning om oss själva. Det kan vara intressant att se på RGRM-aktiviteten ur det perspektivet; vad den gör för självbilden.

I samma anda ligger Goffmans resonemang om upprätthållandet av självet (Harste & Mortensen 2007 s 160ff). Den sociala speglingens processer och strävan efter balanser mellan min egen och andras bild av mig själv är inget som hängs ut till allmän beskådan. Goffman använder begrepp som främre och bakre regioner. Som vi förstår Goffman är det viktigt för människan att inte göra bort sig eller tappa ansiktet inför publik; det vill hon undvika i det längsta. Gör hon en fadäs inför öppen ridå, slätar hon gärna över det med en kommentar som är tänkt att tolkas som att så här gör hon inte i vanliga fall. Intrycken omprövas, medvetet eller omedvetet, i hennes icke offentliga inre rum. Som deltagare i RGRM-

aktivitet, som till stor del består av koordinationsövningar, hur gör vi för att upprätthålla vår självbild när vi inte hänger med (Harste & Mortensen 2007)?

Ytterligare en infallsvinkel på den symboliska interaktionismens tankegångar om att vi blir till människor genom de sociala sammanhang som vi ingår i, är hur vi ser till att befinna oss i ett socialt sammanhang. Tornstam refererar till Cooley och skriver ”att människan kan betraktas som skärningspunkten mellan ett obestämt antal cirklar, vilka representerar sociala grupper, och det passerar genom honom lika många cirkelbågar som det finns grupper”(Tornstam 2005, s 122). Tornstam skriver vidare att det inte är ovanligt att ålderdom relateras till ett minskat antal cirklar men avslutar också med att verkligheten kan se annorlunda ut. Vi tycker oss också se en annan bild genom våra observationer och samtal. Att åldras behöver inte innebära förlust av grupper.

Relationistiskt socialpedagogiskt förhållningssätt

”Människor får vara personer – inte enbart inta roller. Detta gäller både omsorgstagaren och omsorgsarbetaren/socialpedagogen” (Blomdahl Freij 1998, s 25)

Blomdahl Freij (1998) beskriver förhållningssättet med att lyfta fram vikten av ömsesidighet och äkthet i det socialpedagogiska arbetssättet vilket vi omsätter till arbetssättet inom vård- och omsorg. Förhållningssättet är knutet till Bubers filosofi om Jag – Du relationer och det mellanmänniska (a a) och harmonierar med den symboliska interaktionismen eftersom förhållningssättet handlar om hur vi kan utveckla vår relation till andra människor genom ömsesidighet och äkthet. Det handlar bl a om att se vår motpart och sätta sig in i dennes situation och se honom/henne som en unik person, vara ärlig i mötet och inte dölja sig bakom en arbetsroll. Det mellanmänniska beskrivs som ”det som *sker mellan människor* i Jag – Du relationer” (s 26).

När RGRM-aktiviteten används av både omsorgstagare och omsorgspersonal tillsammans för att öka det sociala innehållet i enlighet med Bjuvs kommuns (Interntreferens 2) projekt, ser vi en möjlighet att studera metodens eventuella inverkan på relationen utifrån det relationistiska socialpedagogiska förhållningssättet.

Det gemensamma tredje

Så som RGRM-aktiviteten beskrevs för oss från början, så skulle all omsorgspersonal som arbetade vid tillfället för aktiviteten delta och hjälpa de omsorgstagare som behövde extra stöd i aktiviteten. Den förutsättningen ledde oss in på att aktiviteten kunde vara något som upplevdes som en gemensam aktivitet; hjärngympa för båda parter. Krogh Hansens (2002 s 56) begrepp *det gemensamma tredje* ligger som vi tolkar det också i linje med Bubers filosofi om Jag – Du relationer. Vi finner Krogh Hansens begrepp intressant för att det innefattar ett ömsesidigt, jämlikt beroendeförhållande mellan omsorgstagare och omsorgspersonal. Det gemensamma tredje syftar på en handling eller aktivitet som omsorgspersonalen gör *tillsammans med* omsorgstagaren men som fortfarande ryms inom ramarna för verksamhetens pedagogiska mål. Det är inget som omsorgspersonalen enbart gör för eller till omsorgstagaren. Det ska vara stimulerande för båda parter och idén är att det leder till ett utjämnat maktförhållande mellan parterna (Krogh Hansen 2002).

Detta kan jämföras med den symboliska interaktionismens begrepp om ”signifikanta andra” (Tornstam 2005 s 123ff, Svedberg 2007 s 37), personer som blir viktiga symboler för hur vi upprätthåller vår självuppfattning. Dessa personer finns ofta inom familjen eller den närmsta vänskretsen men de kan också finnas bland t ex omsorgspersonal. Den signifikante andre kan exempelvis även vara en musikidol; det krävs ingen personlig kontakt men det är någon man respekterar. Som vi tolkar detta betyder det att upplevelsen av den signifikante andre inte behöver förhålla sig ömsesidigt lika mellan personer. Den signifikante andre kräver inte en ömsesidig relation vilket är stommen i det gemensamma tredje. Rytmik-aktiviteten är ett exempel på något som båda parter deltar i och där ingen är överordnad den andre, vilket kan leda till nya meningsfulla former av samvaro.

RESULTAT OCH ANALYS

Studiens resultat och analys grundas på våra deltagande observationer vid sju RGRM-aktiviteter på olika särskilda boenden samt tre enskilda intervjuer med omsorgstagare och två gruppintervjuer med fyra ur omsorgspersonalen på de särskilda boenden där vi gjorde deltagande observationer.

Efter en redogörelse av citering i uppsatsen får ni ta del av en beskrivning av hur en RGRM-aktivitet kan gå till. Den är ett konstruerat typfall utifrån samtliga sju observationstillfällen. Därefter övergår vi till en kort presentation av de teman vi valt att gå vidare med och varför, vilket följs av tolkning och jämförelse av observationerna och samtalen med omsorgstagare och omsorgspersonal. I vissa fall har våra observationstolkningar tagit en annan vändning då samtalen lett till en annan förståelse av observationerna. Vi avslutar med en kort redogörelse för hur våra inledande intryck av RGRM som aktivitet omvärderats under studiens gång.

Citering i uppsatsen

Vid citering av uttalande från våra samtal med omsorgstagare och omsorgspersonal har vi angett vilken typ av informant som uttalat sig. Omsorgstagarna benämns som Inf 1, Inf 2 och Inf 3. Omsorgspersonalen benämns InfP 1, InfP 2, InfP 3 och InfP 4. I de fall vi som studenter finns med i citatet är det märkt med Stud. Citaten i beskrivningen av en RGRM-aktivitet kommer från olika deltagare som varit närvarande och är inte kopplade till våra informanter.

Återgivning av en RGRM-aktivitet

Morgonen börjar hemma i vanlig ordning med att få ordning sig själv och sedan få iväg barnen till dagis och oss själva till tågstationen. På tåget hinner vi prata en liten stund om våra förväntningar på dagens deltagande. Vi tar en rask promenad till boendet. Väl innanför entrédörren är det för oss som att stiga in i en annan värld; lugnt, stillsamt och behagligt. Inget slammer, inga höga röster, inget spring. Foajén är relativt ombonad och känns inte så institutionsaktig. Pelarna är dekorerade och soffan inbjuder till att slå sig ner och följa världen utanför. Det sitter sällan någon där. Vi sänker våra röster, slår oss ner i soffan och inväntar RGRM-terapeuten. Glaspartiet mot yttervärlden blir en påtaglig skiljeväg mellan samhäl-

let därute och oss som åskådare innanför. Eller är det personerna innanför som egentligen är utanför? Tankarna avbryts när personal passerar och hälsar glatt på oss. Vi känner oss välkomna.

När RGRM-terapeuten kommer går vi tillsammans upp till den avdelning som vi ska vara på för dagen. RGRM-terapeuten ger oss ett ödmjukt intryck. Hon är mild, lugn, glad och inbjuder till samtal. Hon är fokuserad på den hon har framför sig och visar ett ärligt engagemang; vi känner oss "sedda".

I korridoren som leder till rummet där vi ska vara passerar vi omsorgstagarnas lägenheter. Vissa dörrar står på vid gavel, vissa är stängda. Vi har olika känslor inför dessa dörrar. En av oss tycker det är integritetskränkande att se rakt in i någon annans hem och liv och väljer att beslutsamt titta rakt fram. Den andra av oss upplever stängda dörrar som en stängd avdelning som inte tillåter några former av gemensam aktivitet. En stängd dörr jämförs nästan med isolering och risk för att bli bortglömd.

Vi hjälps åt att göra i ordning rummet genom att flytta möbler så att alla ska få plats och plockar ner några tavlor från väggen som används för projicering av bildnoterna. Under tiden småpratar vi om vad som hänt sedan sist vi träffades; stort som smått.

Efterhand droppar omsorgstagarna in. Antingen för egen maskin eller får de hjälp av omsorgspersonalen. De flesta är ganska tysta förutom ett "hej" när de kommer in genom dörren. Vi placerar oss i en halvcirkel eller i rader med projektorbordet framför oss; den blir som en kateder. Terapeuten blir en skolfröken. Vi är tysta i klassen och väntar på att fröken ska börja lära ut. De omsorgstagare som går själva kommer tassande utan att göra mycket väsen av sig.

"Kan jag sitta här eller....?"

I de fall personalen hjälper till pratas det lite mer men fortfarande lugnt. En av omsorgsdeltagarna får hjälp in i rummet av omsorgspersonalen som utbrister

"Det var precis vi hann. Hon [omsorgstagaren] har duschat idag."

Vi funderar tyst över varför hon skulle duscha just idag. Personalen har fått bestämma vilken dag och tid på dygnet som var lämplig för aktiviteten. Då pratade de också om att inte lägga tröttande duschrutiner samma dag som det var tid för aktivitet. Omsorgstagarna på en av avdelningarna är skröpliga. Det kan ju också ha varit så att personen ville duscha innan aktiviteten började. När alla är på plats stänger rytmikterapeuten dörren för att vi inte ska störas och samtidigt inte störa andra. Annan personal kom för att starta en maskin tvätt i angränsande rum, men blev stoppad av en av den personal som ska delta i RGRM-aktiviteten.

RGRM-terapeuten är uppmärksam på om alla sitter bra. Hon justerar arm- och benstöd och rullstolars riktning där det behövs. Hon är mån om att alla ska sitta bekvämt och ha utrymme att röra sig. Klockslaget är inne för att börja och RGRM-terapeuten hälsar var och en vid namn välkommen till ännu en god stund tillsammans. Hon uppdaterar oss på vad vi ska hålla på med och återknyter till information som hon har gett vid tidigare tillfällen. Hon är väldigt lugn men tydlig i både tal och kroppsspråk utan att vara överdrivet långsam.

Det som tar längst tid är att få personalen till att hitta sin plats och sitta ner lugnt och stilla. Plötsligt ringer larmtelefonen hos en av omsorgspersonalen som svarar viskande vilket leder till att motparten i andra ändan inte hör vad hon säger, alltså måste hon prata högre. Det ringer en gång till men då reser hon sig och lämnar rummet. När hon kommer tillbaka har hon lämnat larmtelefonen till en kollega.

Själva aktiviteten tar sin början med att terapeuten ber oss att ta djupa andetag; andas in genom näsan och ut genom munnen. Tre gånger ska vi göra det för att släppa spänningar, känna oss avslappnade och sjunka ner bekvämt i stolen. Hur sjunker man ner bekvämt på en pinnstol om man nu sitter på en sådan? Därefter sitter vi tillsammans och lyssnar på någon melodi som omsorgstagarnas förmodas känna igen från förr t ex I Roslagens famn men Sven-Bertil Taube. Vissa nynnar eller sjunger med, vickar lite på foten. Andra sitter tysta halvsovande och lyssnar. När melodin slutar utbrister någon av omsorgstagarna att

”Det var en fin bit ”

och det blir en liten diskussion kring artisten och hans liv;

”Han lever väl än?”

Terapeuten står framför oss och undrar om vi kommer ihåg hur det var vi skulle göra? Hon vänder ryggen till oss och sträcker ut höger arm. Hon visar upp sin tröja som är delad i rött och blått. Hon sträcker ut höger arm och säger

”Här är blått för höger, (sträcker ut vänster arm) här är rött för vänster”.

Sen fortsätter hon att visa de första rörelserna som vi ska göra. Hon klappar med sin högra hand på höger lår och säger höger klart och tydligt för att sedan göra samma sak med vänster sida. Hon har en överblick över deltagarna så att alla är med. Hon projicerar bildnoterna på väggen och visar de olika tecknen för höger/vänster hand respektive fot. Ibland använder hon en sopkvast som pekpinne. Vi följer andäktigt vår skolfröken i positiv bemärkelse. Hon förtydligar orden som är kopplade till respektive bildnot och rörelse. Istället för höger säger vi TOOM, och vänster blir BICK.

”Nu tar vi det till musik, så blir det lite roligare. Nu blir det I de små husen i gränderna vid stranden med Anita Lindblom. Jag räknar in när vi ska börja... 1 2 3 4.....åh, vänster....höger.... BICK... TOOM”.

Omsorgstagarna är koncentrerade på terapeuten och försöker hänga med. Vi fortsätter med att klappa på ömsom höger, ömsom vänster lår tills melodin är slut. När melodin är slut lägger terapeuten in ett nytt moment för att höja svårighetsgraden lite;

”Nu ser ni den här symbolen (hon pekar på bildnoten på väggen), den står för att vi ska stampa med båda fötterna samtidigt som vi klappar med båda händerna på låren. Är ni med så provar vi utan musik först....”

Vi stampar och klappar. Det är inte alla som kan lyfta sina fötter från golvet men vi kan se att fötterna rör sig om det så bara är tårna som vickar lite. Terapeuten

startar musiken igen och nu blir det Strangers in the night med Frank Sinatra. Terapeuten ropar

”Höger, vänster, höger...”

Intensiteten i rörelsen är som regel stark i början av melodin. För det mesta ändras inte rörelsen under melodin utan vi gör samma rörelse hela tiden. En bit in i melodin minskar intensiteten i rörelserna, det blir nästan lite sövande att göra samma, samma, samma. Som fullt frisk och utan rörelsehinder kan den repetitiva rörelsen kännas tröttsam. Upplever omsorgstagarna samma sak eller minskar deras kraft i rörelserna på grund av att orken inte räcker till? Det är en utmaning att hålla lagom nivå på svårighetsgraden. Inte för svårt så att det skrämmer bort deltagarna och inte för lätt så att det blir långtråkigt.

Ibland kommer vi av oss, gammal som ung. Det är svårt att låta bli att skratta när man kommer av sig, men vi skrattar inte åt varandra utan det blir en mer befriande känsla. En av deltagarna är piggare än de andra och vi får ögonkontakt emellanåt. Vi ler och skrattar tillsammans igenom rörelserna. Blicken och koncentrationen går tillbaks till terapeuten, var är hon nu, höger eller vänster? Svårighetsgraden i rörelsemönstret, kombinationen av höger, vänster, händer och fötter, höjs några gånger under den timme som aktiviteten pågår. Rörelserna i sig är inte svåra och för det mesta klarar vi av att skilja på höger och vänster men det gäller att vara koncentrerad. Ibland tror vi att vi kan slappna av men då tappar vi bort oss i stort sett omedelbart.

Vid ett tillfälle är det meningen att vi ska klappa händerna i takt med musiken. En liten bit in i melodin blir en av deltagarna märkbart ledsen. Tårarna trillar tyst på kinden och personens rörelser upphör. Känslan som infinner sig hos oss är att personen blir uppenbart påmind om sin oförmåga att klappa händerna, ett moment som ett mycket litet barn kan klara av. När musiken har tystnat säger terapeuten att var och en gör rörelsen utifrån sin egen förmåga. Kan man inte göra rörelsen så kan man tänka höger respektive vänster, det är också stimulans för hjärnan. Det blir uppenbart för oss att det är viktigt att från början förklara att även om man inte kan vara med och göra rörelsen fullt ut, så fyller tanken en lika stor funktion som själva rörelsen. Meningen med aktiviteten är inte att påminna om tillkortakommanden utan den ska stimulera till lustfylld träning. Det måste framgå att varje deltagare utgår från sin egen förmåga. Utmaningen till förändring ligger hos den enskilda individen.

Det är inte mycket konversation mellan deltagarna under pågående aktivitet, men aktiviteten i sig är koncentrationskrävande. Mellan melodierna förekommer det prat mellan omsorgspersonalen och omsorgstagarna, kärvännliga omfamningar och uppmuntrande tillrop,

”Bra, vad du kan. Du är ju proffs på det här!”

De uppmuntrande tillropen möts med lite förlägenhet men samtidigt ett glatt leende och ökad kraft i rörelserna. Ibland, i synnerhet när det gäller omsorgstagare som inte verkar kunna uttrycka sig verbalt, händer det att personalen talar över huvudet på personen ifråga. Det görs i positiv anda men intonationen skulle kunna signalera att vi befann oss på en förskola,

”Hon är så vaken och nyfiken idag, hon brukar vara så trött. Det brukar du?”

Efter avslutad aktivitet visar en omsorgspersonal på en omsorgstagares händer. I början av aktiviteten var händerna hårt fixerade uppe under hakan men i slutet var de sänkta ner mot magen och mjuka i lederna; ovanligt avslappnade enligt omsorgspersonalen.

Som avslutning får vi stilla lyssna på en melodi som en av omsorgstagarna önskat. Terapeuten tackar för den här gången och hoppas att vi syns igen nästa vecka. Det instämmer flera av deltagarna i. I och med det bryts den avkopplande stämningen i rummet; verkligheten gör sig påmind. Benstöden sätts tillbaka på sin plats på rullstolarna. Någon får hjälp med att få tillbaka sin rullator som skjutits åt sidan. Tack så mycket och tack, tack säger omsorgstagarna allt efterhand som de lämnar rummet. Någon annan konstaterar att idag är det god middag minsann;

”Mm, de är så bra på att steka fläsket och såsen är så god”.

Rummet är tomt sänar som på oss studenter och terapeuten. Vi flyttar tillbaka fåtöjlarna och sidobordet som fått tjänstgöra som plats för projektorn, hänger upp tavlorna, lägger den virkade lilla duken på sidobordet och ställer tillbaka de låga ljusstakarna i glas vars mörkgröna, oanvända antikljus har gått sönder på flera ställen. Om vi är försiktiga så står de rakt upp.

Vi tackar för idag och lämnar terapeuten utanför huset och beger oss tillbaka längs den långa centrumgatan till tågstationen. Vi är något tystare på hemvägen, lite trötta i huvudet efter koncentration och samtidig sortering av intryck under aktiviteten. Vinden känns lite ljum och för med sig en svag doft av gödsel från åkrarna utanför samhället; det blir nog vår i år också.

Teman ur det insamlade materialet

Vad tänkte vi på när vi deltog i RGRM-aktiviteten? Varför säger han/hon på det viset? Hur menar han/hon med det uttalandet? Vad händer med deltagarna när de är där? Efterhand som vi lyssnar och läser igenom vårt insamlade material uppstår följdfrågor men också nya tolkningar utav våra intryck. Det känns som att vi har ett näst intill oändligt antal intryck från allt insamlat material. Det kan kännas både positivt och negativt, men det är en aspekt som följer med den kulturanalytiska metoden. Positivt i den bemärkelsen att det finns mycket material att använda. Negativt i den bemärkelsen att vi inte hinner skärskåda allt som vi skulle vilja.

Som vi ser det finns det ingen klar skiljelinje mellan våra olika teman. De ingår i en tät väv där det ena temat är beroende av det andra. Genom våra tolkningsresonemang utifrån observationer och samtal samt citat från informanterna, är vår intention att tydliggöra dessa teman.

Vi har valt att resonera kring följande teman som enligt vår uppfattning stuckit ut i materialet

- Metodens användande av *musik*; musiken är av intresse för att den är något som genomgående lyfts fram i både observationerna och samtalen.

- *Gemenskap och tillhörighet*; framställs nästan som en bieffekt till nyttan men kan det vara tvärtom? Vad vill deltagarna uppnå med sin närvaro?
- *Nyttan*; det förekommer uttryck av sorten att det inte skadar att röra på sig och att man ska se till att vara med på så mycket som möjligt. Gör RGRM någon nytta? Varför är det så viktigt, kan vi inte bara sitta ner och lyssna till musik?
- *Atmosfär*; vilken inverkan har omsorgsavdelningens arbetsatmosfär på hur användningen av metoden yttrar sig på en omsorgsavdelning?
- RGRMs betydelse för *relationen* mellan omsorgstagare och omsorgspersonal; betydelse för vem? För omsorgstagaren, omsorgsgivaren eller båda två?
- *Kontinuitet*; hur ser framtiden ut för fortsatt användning av RGRM-metoden på de särskilda boenden som ingår i kommunens projekt?
- *Att leda RGRM-aktivitet*; ledarens betydelse för RGRM-aktiviteten.

”Det är alltihop tillsammans, det är både rörelserna och musiken”

På de särskilda boenden vi har besökt finns redan någon form av gymnastik, t ex sittgymnastik med traditionella rörelser i form av att kasta boll, plocka äpplen, köra skidor, lyfta på ömsom höger ömsom vänster fot etc. Gymnastiken görs inte alltid till musik vilket ger oss ett intryck av att deltagandet inte sker p g a att det är kul. Det verkar mer handla om att delta för att den allmänna attityden, den generaliserande andre (Tornstam 2005 s 124), uttrycker att man ska hålla sig igång; vara aktiv. Man är med ändå för det ska man vara. Av vilka anledningar väljer då omsorgstagarna att delta i RGRM-aktiviteten när det redan finns fysisk aktivitet på ”schemat”?

Musik

Vi kan inte dra några generella slutsatser från vårt lilla insamlade material men vi hittar olika gemensamma drag som lett fram till våra teman. Den information omsorgstagarna har fått på förhand är att det handlar om rörelser till musik. Omsorgspersonalen har haft möjlighet att delta i en workshop. Där fick de information om RGRM och dessutom prova på metoden till musik. Ett gemensamt drag för våra informanter är att de uttrycker metodens användande av musik som en starkt tilldragande och motiverande faktor för att börja delta, fortsätta att komma och tycka att det är kul. Uttrycket att det är kul eller roligt förekommer när de talar om att göra rörelser tillsammans i takt till musik, vilket också stärker deras känsla av att höra ihop. Det ligger i linje med studier kring musikens betydelse för känslan av tillhörighet (Theorell 2009 s 26ff, s 89ff).

”Ja, just det, men jag tycker det är kul när vi kan träffas och vara med och göra rörelserna här och då prata och sjunga lite och så ja.” (Inf 2)

”Ja, jag tycker det, både musik och rörelse och det släpper loss rätt så mycket, det ger mycket.” (InfP 4)

Förutom att takten i musiken lockar fram omedvetna rörelser i form av trummande fingrar och vickande tår, så kunde vi vid observationer höra glada uttryck där deltagarna påminner varandra om gamla tiders dans i Folkets Park. Musiken

plockar fram minnen. Minnen som är den enskilde deltagarens egna men de är samtidigt gemensamma med flera andra i gruppen.

”Vad är det med musiken?” (Stud)

”Vad det är, ja man blir glad av det – och minne kanske om det är musik som när man var ute och dansade, väcker enormt mycket och då mådde de kanske bra.” (InfP 4)

Gemenskap och tillhörighet

Musikens sammanhållande effekt återkommer i informanternas uttryck om att aktiviteten ger en känsla av gemenskap och tillhörighet. Sett ur ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv (Svedberg 2007 s 33ff), ger aktiviteten en möjlighet till att interagera med andra och därigenom söka bekräftelse kring sin egen självuppfattning; ”det är i mötet med andra som vi finner oss själva” (s 33). Att flytta in på ett särskilt boende kan innebära en risk att förlora tillhörighet i världen utanför det särskilda boendet. För att återknyta till Cooleys teori (Tornstam 2005 s 122ff) om att vi blir till i skärningspunkten av de sammanhang vi ingår i, kan vi tänka oss att deltagande i RGRM blir en ny cirkelbåge. Eventuellt blir det en ny tillhörighet i det nya hemmet. Deltagandet i olika aktiviteter överhuvudtaget kan vara ett sätt se till att man befinner sig i någon form av socialt sammanhang (a a), som ger möjlighet till interaktion med andra. Det andra av följande citat har sitt ursprung i en tidigare aktivitet men det visar tydligt vikten av tillhörighet.

”... man kommer ju ut och pratar lite med folket här annars sitter man bara på rummet och så – blir lite mer in i det hela.” (Inf 2)

”Vad hände med dem som var med? Jag menar hur påverkades de av att vara med i kören? Märkte ni att de var med i kören?” (Stud)

”De är *med* i kören.” (InfP 3 & InfP 4, vår kursivering för att markera informanternas betoning på ordet)

”Det var viktigt, sträckte på ryggen av stolthet?” (Stud)

”Även en del [som sa att] jag kan inte sjunga och de sjöng inte heller men de var med i kören. Det är väl helt underbart!” (InfP 4)

Vi kan också tolka det sista citatet som en annan aspekt av gemenskapen i deltagandet, den sociala speglingen (Svedberg 2007 s 33ff). Genom att vara där och synas för andra, talar jag om att jag finns och jag är tillräknelig. Jag är med och jag är någon. Det kan handla om att balansera sin självuppfattning med den uppfattning som andra har av mig. Det kan också vara ett sätt att stå emot generella attityder om åldringen som orörlig och ovillig att prova på nya saker (Tornstam 2005 s 124).

”Det är en viktig bit också detta att vara med?” (Stud)

”Ja det är det. Det är liksom sammanhållning av det hela. Vi är här och sitter och ser på henne och bilderna där, så liksom [det] binder ihop oss allihop.” (Inf 2)

”Binder ihop er så att ni känner att ni är en grupp?” (Stud)

”Ja just det ja.” (Inf 2)

”Hur upplever du det?” (Stud)

”Jaa, alltså de dagarna jag inte kan tycker jag är förargligt att man inte kan vara med och göra sina rörelser med händer och fötter och axlar och allt.” (Inf 2)

I detta att bevara vår självuppfattning ligger också hur vi handlar när det blir fel. Under en RGRM-aktivitet uppstår många situationer som kan relateras till Goffmans teori om upprätthållandet av självet (Harste & Mortensen 2007 s 160ff). Vi tappar ogärna ansiktet inför andra. När vi gör felaktiga rörelser skrattar vi bort dem som vi beskriver i vår återgivning av en RGRM-aktivitet. Vi har å ena sidan upplevt att någon av omsorgstagarna har gjort fel, men det har slätats över genom att personen blinkar till oss med ena ögat och skämtar bort sin fadäs. Å andra sidan återger vi en situation från våra observationer där deltagaren ger ett känslolösligt tryck av att tappa ansiktet och blir ledsen. Vi ser det som viktigt att vid användandet av RGRM-metoden framhålla att var och en deltar utifrån sin egen förmåga, för att på så vis minimera riskerna för generande situationer för deltagarna.

Ytterligare en sida av gemenskap är bristen på gemenskap. Vid våra observationer har vi noterat att frånvarande personer saknas av närvarande deltagare. Vi kan här tänka oss att detta får till följd att vederbörande person kommer att få en frågande kommentar som konstaterar att personen inte var med vid senaste tillfället; underförstått *du var saknad*. Att träffas kan med andra ord vara ett sätt att hålla sig à jour med hur det står till med de andra omsorgstagarna.

”Nej men det är väl det att det är gemenskap också, man ser ju varandra, vi här ser ju när vi äter och sådant, det blir ju ändå lite mer kanske att man kommer tillsammans och man saknar – är inte hon här idag eller så – så blir det ju.” (Inf 3)

Känslan av tillhörighet behöver inte innebära att man rent fysiskt gör rörelserna; att bara sitta där och lyssna till musiken kan också vara fullt legitimt. Under observationer har vi fått en känsla av att omsorgspersonalen tycker det är synd att omsorgstagarna verkar sova och inte är fysiskt aktiva under RGRM-aktiviteten, men det verkar inte alltid vara det viktigaste för omsorgstagaren själv

”Jag vill inte klappa för jag har så ont i mina armar men jag lyssnar på musiken”. (Kommentar från en omsorgstagare vid deltagande observation 2012-04-27)

Vad som händer hos de deltagarna som inte är fysiskt aktiva och som inte verbalt uttrycker något ger oss samtidigt inget intryck av att vara där mot sin vilja. De kanske bara njuter av när Sven-Bertil Taube sjunger Blå anemonerna och mår bra av det. Är det så att vi värdesätter den synliga fysiska aktiviteten mer framför den mentala aktiviteten?

Nyttan

Som vi har uppfattat omsorgstagarnas intresse av att delta så verkar de ha utgått från att det handlar om rörelser till musik. Flera av dem benämner RGRM-aktiviteten som gymnastik och det är nyttigt. Den normativa attityden i samhället, som omsorgstagarna är en del av, ser aktivitet som en förutsättning för ett gott åldrande (Tornstam 2005 s 124ff, s 142). Omsorgstagarnas inställning kan också ha sitt ursprung i den sociala ingenjörskonsten under deras uppväxt. Kunskap

spreds då bl a om vikten av att röra på sig och kanske har de lyssnat till morgongymnastik med Bertil Uggla (Internetreferens 6) i Sveriges Radio. Den karakteristiska känslan avseende nytta i de samtal vi har haft, är att de genomsyras av vikten att vara aktiv och röra på sig. Omsorgstagarna är ivrigt påhejade även av sina anhöriga att delta vid så många aktiviteter som möjligt. På den direkta frågan om vilken nytta omsorgstagarna själva tycker att RGRM gör svarar de varierande

”Ja, jag tycker det är roligt alltså sen kan jag inte säga, men jag tycker att det gör nytta.” (Inf 1)

”Jaa – ja – det skadar väl inte.” (Inf 3)

I våra observationer och i samtalen framkommer uttryck som visar på fysiska förbättringar hos omsorgstagarna. Någon säger sig känna att steget blivit lättare, mer rörlig i benen. Vi har själva uppmärksammat att omsorgstagares fixerade armar och händer blivit rörliga vid aktivitetens slut; en avslappning i muskulaturen.

Under samtalen framkommer det att informanterna upplever en annan typ av trötthet vid deltagande i en RGRM-aktivitet jämfört med att delta i den vanliga sittgymnastiken. De har svårt för att sätta fingret på vad det handlar om men använder sig av uttryck som

”Man blir tung i huvudet” (Inf 2)

”Man blir tröttare i kroppen på något vis” (Inf 1)

Vår uppfattning är att rörelserna i RGRM är enklare än rörelserna i den vanliga gymnastiken. Vi tror att det finns en möjlighet att känslan av en annorlunda trötthet beror på att det krävs en annan sinnesnärvär och koncentration för att kunna följa bildnoterna och göra rörelserna, även om de är enkla, i takt med musiken. Det blir *både* mental och fysisk träning.

Atmosfären på arbetet

Vi skulle vilja knyta an till vår tidigare tolkning att omsorgspersonalens inställning är att det är bra om omsorgstagarna är vakna under RGRM-aktiviteten. Känslan vi får är att *ska det göra någon nytta måste omsorgstagarna vara vakna*. Samtidigt upplever vi en skillnad i attityd till omsorgstagarna mellan de särskilda boenden vi har besökt. Vi tvivlar inte på att samtliga vill omsorgstagarnas bästa, men vi tycker oss känna en skillnad i arbetsatmosfären mellan olika särskilda boenden och hur den atmosfären styr omsorgspersonalens syn på omsorgstagarna. På vissa avdelningar upplever vi att omsorgstagarna ses som utsatta och sköra individer som behöver skyddas, omsorgstagarna hamnar i underläge. På andra avdelningar ses omsorgstagarna som självständiga individer. I rättvisans namn ska tilläggas att det är skillnad på omsorgstagarnas fysiska och kognitiva kondition på de olika ställena, men vår förnimmelse är ändå att det inte bara är det som det handlar om. Vi ser i detta en anknytning till Bubers filosofi (Blomdahl Freij 1998 s 22ff) om Jag – Du - Det relationer. Där omsorgstagarna ses som hjälplösa objekt kan relationen skildras som Jag – Det. Där omsorgstagarna ses som självständiga individer uppstår en Jag – Du relation.

Skillnaden i arbetsatmosfär yttrar sig också i en flexibilitet i hur omsorgspersonalen hanterar förändringar. Vår tolkning av den flexibla inställningen har sitt ursprung i observationer och samtal med omsorgspersonal. Viss omsorgspersonal verkar agera utifrån att de äldre själva vill hålla på med RGRM. Då planeras scheman så att det fungerar utan att försaka någon annan aktivitet. Annan omsorgspersonal förmedlar en upplevelse av att införandet av RGRM blir ytterligare ett krav i den redan pressade verksamheten. Lösningen, som vi uppfattat det genom samtal med omsorgspersonalen, blir delvis att annan aktivitet, exempelvis beviljad kvalitetstid för enskild omsorgstagare, ersätts med en RGRM-aktivitet.

”Vi har veckoplaner när vi planerar in kvalitetstid, det hinner vi inte med då den dagen utan då får RGRM bli en form av kvalitetstid” (InfP 1)

Atmosfären verkar också avspegla sig i omsorgspersonalens förväntningar på RGRM. Vissa ser möjligheter, andra ser måsten. Atmosfären inger oss en känsla av att vissa avdelningar aktivt styr villkoren för hur arbetsdagen ska läggas upp. Andra verkar ha resignerat och blir styrda av villkoren för sin arbetsdag. Det finns en skillnad hos omsorgspersonalen avseende förväntningarna på vad RGRM ska leda till. Vi upplever det tydligt i gruppsamtalen med omsorgspersonalen. Det förekommer förhoppningar om snabba resultat som inte har uppfyllts vilket leder till tveksamhet kring användningen av RGRM men vi har också hört en tilltro till att det kommer att ge resultat med tiden.

”Men han [utbildningsledaren vid workshopen] pratade där nere /.../ jag fick den känslan att det skulle genast bli mycket mer”
(InfP 2)

”Ni upplever en bra relation innan men ändå har relationen påverkats någonstans av just detta gemensamma i det här?” (Stud)
”Vi hoppas att vi kommer att göra det i alla fall. Nu har det precis börjat.” (InfP3)

Relationen

RGRMs inverkan på relationen mellan omsorgstagaren och omsorgspersonalen har funnits med från vårt deltagande i den första workshopen. Omsorgstagarna verkar inte anse att de har en relation till personalen. De har däremot en kontakt och den uttrycker de som bra, personalen är snäll och hjälpsam. På frågan om hur det är att göra en aktivitet tillsammans med personalen kan vi dock tolka vissa uttalande som en önskan om mer tid med omsorgspersonalen. Omsorgspersonalen däremot använder olika ord och metaforer på frågan om metodens eventuella inverkan på relationen.

”För att man kan snacka med dem lite och så där och jag – de har ju annars knappt tid att prata med oss för de har ju så mycket att göra men så när de kommer in här då vill de snacka med oss - jodå...” (Inf 2)

”Alltså man kommer ju närmare varandra kan jag tycka, det gör man ju. Alltså man kommer ju närmare på sätt och vis, det blir en lugn stund som man har tillsammans” (InfP 1)

Uttalandet om att det blir en lugn stund tillsammans passar ihop med vår tolkning av observationerna. Den personal som är närvarande för att stötta omsorgstagare gör det med engagemang och de uttrycker något som i det närmaste kan beskrivas som en lättnad över att få möjlighet att fokusera på *en* omsorgstagare. Även vid andra tillfällen när personal är närvarande, men inte behöver hjälpa omsorgstagare, så är de aktivt deltagande i RGRM-aktiviteten. Vid de första tillfällena är det kanske inte så svårt för personalen att hänga med, men efterhand som svårighetsgraden höjs så ökar utmaningen för alla. Då finns en tendens till att skiljelinjer mellan vi – dem, om de existerar, suddas ut. Det blir en gemensam aktivitet som kräver koncentration. Någonstans i detta gränsland av Vi – Dem öppnas möjligheten för det gemensamma tredje (Krogh Hansen 2002 s 56ff) och en fördjupning av Jag – Du relationen (Blomdahl Freij 1998 s 22ff). Fördjupningen verkar springa fram ur det som informant InfP 4 uttrycker nedan. I detta fall när omsorgspersonalen befinner sig i ett sammanhang tillsammans med omsorgstagarna där båda parter är nybörjare uppstår en ny situation. Här utgår var och en utifrån sina förmågor och ingen är överordnad den andra. I RGRM-aktiviteten får samtliga deltagare lov att vara sig själv (Blomdahl Freij 1998 s 25).

”Men kopplingen, hur tänker du? Annan koppling på vilket vis?” (Stud)
”Man blir kompis på ett annat plan än att det liksom är [skillnad mellan] de boende – jag jobbar här. Man är med tillsammans, man hör ihop liksom.” (InfP 3)

”Kan vara svårt för oss också ju. Inte bara de som inte klarar av det. Det är inte vi som är duktiga och de som inte är duktiga. Det är det ofta annars kanske.” (InfP 4)

RGRM-metodens inverkan på relationen verkar till stor del vara kopplad till personalen. De upplever att aktiviteten ger möjlighet att fokusera på en omsorgstagare och att de kan vara närvarande i stunden. Detta verkar ha lett till en känsla av att komma omsorgstagaren närmare, vilket bekräftar vår hypotes om att omsorgspersonalen med hjälp av RGRM-metoden kan se omsorgstagaren i ett nytt ljus. RGRM-metoden kanske inspirerar omsorgstagaren att använda fler förmågor än han/hon vanligtvis kan ge utlopp för i vardagen.

Kontinuitet

Kontinuitet, eller snarare bristen på sådan, är ett ord som återkommer frekvent under ett gruppsamtal. Tidigare forskning (Cohen m fl 2006) visar att aktiviteter som återkommer i jämn frekvens har en positiv inverkan på hälsan. Olika omständigheter som t ex helgdagar i samband med påsken, har inneburit att RGRM-aktiviteten inte utförts varje vecka i tio veckor. Det kan ha blivit en veckas uppehåll ibland. Detta verkar informanterna relatera till när de påpekar att det inte skett så stora förändringar som de hoppats på. Vilken typ av förändringar som förväntats vet vi inte. En del i Bjuvs kommuns (Internetreferens 2) projekt är att ett antal ur omsorgspersonalen (oklart hur många) ska ges möjlighet till utbildning i RGRM och på så vis kunna leda RGRM-aktiviteter på sina respektive arbetsplatser för omsorgstagarna. Våra informanter uttrycker sig positivt om denna möjlighet. Det vi har reagerat på är att det å ena sidan uttalas fraser som tyder på att planerad RGRM-aktivitet riskerar att glömmas bort på alla arbetsmoment i omsorgens vardag. Å andra sidan uttrycker samma informanter en förhoppning om att de kommer att kunna använda RGRM-aktiviteten mer spontant vid tillfällen när

omsorgstagarna är samlade t ex vid eftermiddagskaffet. Det finns en förväntan om tydligare förbättringar hos omsorgstagarna om RGRM-aktiviteten kan utföras mer kontinuerligt.

”Ja, och den skulle duscha och den behöver handla och den behöver det och så det också så är det det där också, shit (skratt), så visst känner man det så.” (InfP 1)

”Just kontinuitet är kanske vid förmiddagskaffe eller eftermiddagskaffe att göra några rörelser. Behöver inte vara en hel timme, man kan anpassa det efter vilken tid man har när alla ändå samlas, prova lite.” (InfP 2)

Vi ser en motsättning i att samma informanter som upplever svårigheter med att ha tid för planerade aktiviteter, samtidigt verkar ha egna förväntningar på att kontinuerligt finna tid för oplanerade aktiviteter. En risk är att RGRM-aktiviteten enbart kommer att utföras om det uppstår ”hål-timmar” i omsorgsverksamheten. Det skulle kunna betyda att omsorgstagaren inte på förhand vet när RGRM-aktiviteten kommer att genomföras, vilket kan minska deras möjlighet att få en struktur på sin vardag. Det skulle kunna skada omsorgstagarens eget inflytande över sitt deltagande. Som omsorgstagare är jag kanske inte alls intresserad av att delta den dagen som aktiviteten blir av.

Vi har tidigare varit inne på vår känsla av att atmosfären skiljde sig åt på de särskilda boenden vi besökte. Vi tycker att den känslan lyser igenom även när det gäller inställningen till hur omsorgspersonalen tänker sig att skapa kontinuitet i användandet av metoden. En del omsorgspersonal försöker ”fixa till” något tillfälligt för Dom (omsorgstagarna) när arbetssituationen tillåter det. Annan personal ger mer en känsla av att inte låta arbetssituationen styra utan istället får den styras av att Vi (omsorgstagare och omsorgspersonal) vill använda RGRM.

Att leda RGRM-aktivitet

Vikten av mellanmänsklighet och ett relationistiskt socialpedagogiskt förhållningssätt kan också överföras till *sättet att leda* en RGRM-aktivitet, vilket är det sista av våra teman. Som vi beskrev i observationen hade vi en känsla av att RGRM-terapeuten såg alla. På något vis försökte hon möta motparten där den befann sig och erbjöd en, som hon uttryckte det, ”god stund tillsammans”. Hon var förvisso i en roll som ledare för aktiviteten, men upplevdes ändå som äkta i den bemärkelsen att hon bjöd naturligt på sin personlighet i den rollen. Det kändes som att det fanns ett ömsesidigt utbyte i utövandet av RGRM-aktiviteten. Det skapades engagemang och motivation i mötet mellan RGRM-terapeuten och deltagarna. Någon informant uttryckte också att det var roligt när det var någon annan än den vanliga omsorgspersonalen som höll i aktiviteten. Vi tror att det är viktigt att den som ska leda RGRM-aktiviteten gör det för att man vill göra det och inte för att man blivit tillsagd att göra det.

”Att man har en glädje, känsla för det när man står där framme, att man kan förmedla. Det känner jag att det har inte jag så att det kommer fram. Så därför känner jag då är jag hellre med i gruppen och är en av dem [omsorgstagarna] där.” (InfP 3)

Omvärdering av förstahandsintryck

Vi har båda fått omvärdera våra inledande intryck i samband med att vi har deltagit både vid en workshop för omsorgspersonalen och gjort sju deltagande observationer vid RGRM-aktivitet för både omsorgspersonal och omsorgstagare. Vad det gäller hallelujarädslan (se avsnitt "Inledning och problemformulering", s 6) så infann den sig inte på plats, utan aktiviteten var lugn och stillsam. Den var så stillsam så att vi nästan uppfattade den som infantiliserande och undrade om de äldre omsorgstagarna hade samma känsla. Ibland blev rörelserna långtråkiga och segdragna. Alla deltagarna var inte aktiva genom hela musikstycket, särskilt när det bara handlade om att vi skulle göra en rörelse hela tiden. Berodde det på att orken tröt eller blev det enformigt och inte en tillräcklig utmaning för att det skulle vara roligt att hålla på? Blev det för mycket känsla av förskola? Efterhand som vi samlade in mer data från deltagande observationer och kompletterade med samtal med omsorgstagare och omsorgspersonal, omvärderades vår bild återigen. Något vi glömde bort att ta ordentlig hänsyn till var våra vitt skilda förutsättningar, såväl fysiska som kognitiva. RGRM-terapeutens förmåga att balansera svårighetsgraden och läsa av deltagarna blir här tydlig för oss. Terapeutens uppmärksamhet på deltagarna gör att efterhand som det uppstår situationer där alla inte riktigt hänger med, korrigeras instruktionerna och hon är tydlig med att påminna deltagarna om att var och en gör rörelserna utifrån egen förmåga. Som vi ser det är en svårighet med att leda en RGRM-aktivitet att hålla den på en nivå som överensstämmer med kognitiv och fysisk förmåga hos deltagarna. Detta bekräftas av en informant

"Det kan ju bli ett problem kan jag känna här, för en del kanske aldrig kommer längre än - och hur långt kan man, de som tycker det börjar bli tråkigt hur ska man - alltså hur ska man göra så att inte de känner att nå, nu klarar jag inte längre, för det är inte roligt när man inte kan alls när man här helt borta, då är det inte roligt. Sen är det inte roligt heller att bara göra samma hela tiden, nå" (InfP 4)

Samtidigt uttrycker våra informanter en svårighet med att ha olika grupper, t ex nybörjargrupp och fortsättningsgrupp. De påtalar det inte ur en tidsaspekt utan det handlar om att en uppdelning i olika grupper skulle kunna upplevas stigmatiserande av omsorgstagarna. Informanterna verkar mena att ingen av omsorgstagarna vill vara i en nybörjargrupp; alla vill vara i fortsättningsgruppen. Informanterna relaterar denna åsikt till tidigare erfarenheter när man låtit några omsorgstagare prova en aktivitet, vilket fick till följd att andra omsorgstagare ifrågasatte varför de inte fick delta. En stilla tanke far genom huvudet; varför är vi så oroliga för att omsorgstagarna ska förlora sin självbild? Omsorgstagarna själva verkar inte lida av något dåligt självförtroende.

DISKUSSION

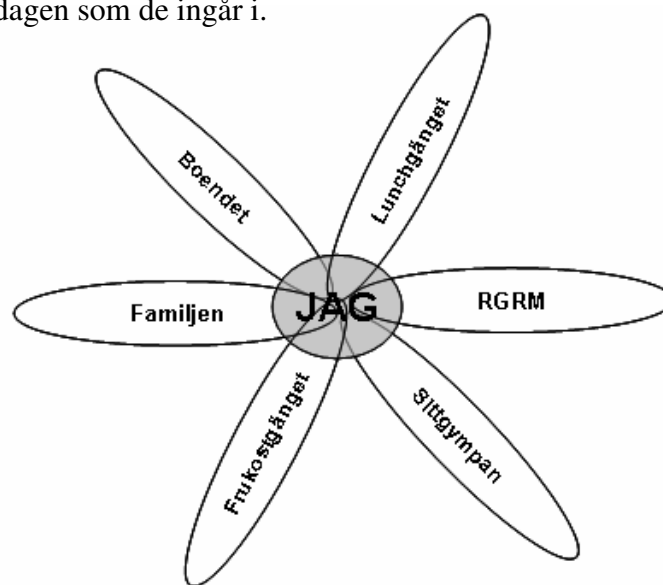
Det insamlade materialet och tolkningen av det har varit en intressant process. Metoden kulturanalys kan liknas vid att vända på alla stenar för att hitta nya infallsvinklar och vi håller med. Vi kan likna vårt insamlade material vid en rådiamant som ska förädlas. Det har varit spännande att gå ut och bryta i det grova materialet. Det såg inte mycket ut för världen när vi startade, men så började vi skra-

pa på en kant där och en kant där och så glimmade det till. Under arbetet med att skriva uppsatsen har det känts som att vi hela tiden hittat nya infallsvinklar som vi inte märkt tidigare Efterhand som vi har vridit och vänt på den oslipade diamanten så har fasetterna, infallsvinklarna till analys, ökat och det finns säkert fler att slipa fram. Vi börjar dock vår diskussion med att gå tillbaka där vi började.

Sammanfattande kommentarer

Syftet med studien var att undersöka om användning av RGRM-metoden gav något mervärde för omsorgstagare i deras vardag respektive för omsorgspersonal i deras arbete. I vår strävan att nå ett svar på våra frågeställningar om deltagarnas subjektiva känsla och upplevelse av metoden samt dess eventuella inverkan på relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal, använde vi deltagande observationer och samtal.

I fråga om mervärde finner vi i stort sett bara positiva upplevelser bland deltagarna. Omsorgstagarna använder uttryck som att det är roligt och det lyfter. De ser fram emot dagen för aktiviteten och kan påminna varandra vid t ex lunchen att det snart är dags för gymnastik. Genom deltagande i aktiviteten uttrycker omsorgstagarna en känsla av att *höra ihop*. Vi har tolkat det som att de känner tillhörighet inte bara med verksamheten, det särskilda boendet, utan också i de olika konstellationer i vardagen som de ingår i.



Tillblivelsen av Jag i skärningspunkterna av de konstellationer personen ingår i.

Dessa konstellationer kan liknas vid Cooleys (Tornstam 2005 s 122ff) teori om människans behov av att ingå i olika sammanhang. Vid de enskilda samtalen med omsorgstagarna framkommer att de inte är i en och samma grupp hela tiden. De är en del av olika sammanhang som t ex RGRM-aktiviteten, lilla gänget vid frukosten, lunchgänget, sittgympa-gruppen, familjen etc. Varje grupp bildar en cirkel och dess cirkelbåge ansluter till nästa cirkel. Där alla dessa cirkelbågar möts bildas uppfattningen om mitt Jag. Det förtydligas av författarnas egenkonstruerade figur ovan.

Det verkar ligga en generell föreställning i luften att fysisk aktivitet är bra vilket föranleder dem att benämna RGRM-aktiviteten som gymnastik. Vi ser det dock

som viktigt att framhålla att var och en deltar utifrån sina förutsättningar vilket RGRM-terapeuten påminde om allt tydligare vid varje aktivitetstillfälle. Detta säger vi med tanke på en situation vid en deltagande observation där en deltagare blev ledsen, vilket vi tolkade som att personen blev påmind om sin för tillfället begränsade rörelseförmåga. Vi har ingen reell vetskap om grunden för sorgsenheten. Den kan ha uppstått utifrån helt andra orsaker. Musiken kan ha påmint personen om en ledsam situation i livet.

När det gäller omsorgspersonalen är det svårare att särskilja frågan om mervärde från frågan om metodens inverkan på relationen med omsorgstagarna. Det verkar vara känslan av att komma närmare varandra och ett utsuddande av känslan Vi – Dem, som är mervärdet med RGRM i arbetet. Vi tolkar detta utsuddande som ett led för att nå till den mellanmänniska Jag – Du relationen (Blomdahl Freij 1998 s 22ff). Samtidigt får vi känslan av att det inte nödvändigtvis behöver handla om att man använder sig av metoden RGRM. Vårt intryck är att omsorgspersonalen söker efter legitimitet att få fokusera på social samvaro; fokusera på en omsorgstagare. En informant bland omsorgspersonalen beskriver sin arbetsvardag som att tankemässigt hela tiden vara på väg till nästa omsorgssituation; en avsaknad av att kunna vara närvarande här och nu. I en sådan verksamhet får vi ett intryck av att omsorgspersonalen upplever en befriande känsla när det finns ett formellt beslut på att de, omsorgspersonalen, ska sitta med och vara närvarande vid RGRM-aktiviteterna.

Bland omsorgstagarna finner vi inget klart gemensamt drag som uttrycker en känsla av fördjupad relation med omsorgspersonalen. Fördjupade relationer verkar inte ingå i omsorgstagarnas förväntningar på RGRM. En informant uttrycker dock att det finns större möjlighet till samtal med omsorgspersonalen vid tillfällena för RGRM-aktiviteterna. Vi tolkar informantens uttalande som att omsorgspersonalen inte upplevs stressade när de *sitter ner* och deltar i RGRM-aktiviteten.

I alla händelser tror vi att användningen av musik är ett värdefullt pedagogiskt redskap. Vi kan instämma med en av informanterna som säger att det går lite lättare med musik; det lyfter oss. Musiken letar sig in i vårt minne och får oss att glömma bort att det kanske gör lite ont här och där. Informanterna uttrycker att de med RGRM upplever en ”annan sorts trötthet” jämfört med traditionell sittgympa. Detta har vi tolkat som att kombinationen av musik och bildnoter (bilaga 1) leder till en rörelsevariation, som kräver en annan koncentration än vad den traditionella sittgympan gör. Musiken blir ett verktyg för att kombinera fysisk och mental träning utan att vi tänker på det oavsett aktivitetsformen.

Gemenskapen är betydelsefull för att upprätthålla sin självuppfattning. Bara att vara *med* i ett sammanhang med andra kan ha en positiv inverkan på självbilden; vara någon att räkna med (Svedberg 2007 s 33ff). Med anledning av det kan det vara viktigt att inte lägga för stor vikt vid korrekthet i rörelser eller frånvaron av rörelser. Vi vet inte vilka mentala strängar som musikens klanger slår an, men intrycket är att de är positiva och kan framkalla minnen.

RGRM fyller vad vi kan förstå en viktig funktion för det sociala innehållet i omsorgstagarnas men det är ledsamt om enskild kvalitetstid får stå tillbaka för att RGRM används. Introduktionen av RGRM skulle vara till för att tillföra socialt innehåll i vardagen; inte en dold förevändning för att spara tid. Verksamheten skulle kunna utnyttja omsorgspersonalens känsla av Jag – Du relation vid RGRM-

aktiviteten och försöka behålla den i vardagens omsorgsarbete. Låt det mellanmänskliga blomstra även utanför RGRM-aktiviteten och genomsyra arbetsatmosfären till förmån för både omsorgstagare och omsorgspersonal.

Begränsningar i studien

Som vi tidigare nämnde i avsnittet resultat och analys kan vi inte dra några generella slutsatser ur vårt material som är begränsat till sju deltagande observationer och sju samtal med informanter.

Vi ser urvalet av informanter som valitt för studiens syfte och frågeställningar men de är för få för att nå ett resultat som kan ses som representativt för gruppen omsorgstagare respektive omsorgspersonal. Även valet av deltagande observation och intervju menar vi är valida för studiens syfte för att få en nyanserad bild av det som händer vid användning av RGRM.

Komplexiteten i att studera vad som händer med och mellan människor vid deltagande i RGRM skulle kunna hålla oss sysselsatta ytterligare en tid. Med tanke på att en av våra frågor inriktar sig på vilken inverkan RGRM-metoden har på relationen mellan omsorgstagarna och omsorgsgivarna, borde vi kanske t ex ha följt upp våra deltagande observationer vid RGRM-aktiviteterna med observationer av deltagarnas dagliga liv. Alternativt skulle vi ha koncentrerat oss på ett särskilt boende och studerat både själva aktiviteten och vardagslivet. Tidsplanen medgav inte det för oss men vid en uppföljande studie kan det vara en aspekt att tänka på.

Taube, Lindblom, Sinatra och äldreomsorg

Är Evert och Sven-Bertil Taube, Anita Lindblom och Frank Sinatra universellt gångbara som musikval inom dagens äldreomsorg? Musiken som användes vid de RGRM-aktiviteter där vi närvarade var utvald med syfte att appellera till omsorgstagarna, musik som spelats under deras medelålder. Företrädesvis var det svenska artister men också andra västerländska artister som exempelvis Frank Sinatra och Louis Armstrong. Vid våra deltagande observationer mötte vi flera deltagare, både omsorgstagare och omsorgspersonal, som invandrat till Sverige. Hur stark är igenkänningsfaktorn för dem? Det skulle vara intressant att se deltagarnas reaktion om det spelades upp musik från exempelvis mellanösterns 50- och 60-tal. RGRM-terapeuten är positivt inställd till att använda annan musik och tar gärna emot musikönskningar. Det kan ses som en av förutsättningarna för metodens stimulanseffekt att musiken hela tiden är anpassad och utvald för sina deltagare.

Avslutande funderingar

En fundering som uppstod i samband med samtal om planering av arbetsdagen handlar om strukturering av arbetsdagen som vi upplever vara ett vedertaget arbetssätt. Vad är tanken bakom att strukturera upp vardagen med metoder och aktiviteter för att skapa en meningsfull tillvaro för omsorgstagarna? Blir RGRM en metod för att omsorgspersonalen inför arbetsledningen och sig själva ska kunna skapa legitimitet för att få *sitta ner* tillsammans med omsorgstagarna? Måste vi strukturera upp äldreomsorgens vardag och sätta tider för när saker och ting ska ske eller för att de ska ske överhuvudtaget?

Jag, en av författarna, blev väldigt förvånad när jag första gången i ett tidigare sammanhang, hörde talas om att man planerade in så kallad kvalitetstid för omsorgstagarna. Det lät inte klokt i mina öron att särskild tid behövde planeras för att omsorgstagaren skulle få en möjlighet att få stå i centrum för omsorgspersonalen. Men strukturerad tidsplanering är inte förbehållet äldreomsorgens vardag. Vår egen vardag är ganska strukturerad den också. För att inte totalt kaos ska uppstå så är mycket i vårt liv strukturerat av tid. Samtidigt kanske det krävs någon form av tidsmässig samordning. Eftersom vi enligt teorin om symbolisk interaktionism är beroende av andra så är vi kanske tvungna att inordna oss i någon sorts led av samordning och struktur för att finna tiden för möte.

I det insamlade materialet finner vi uttryck och önskemål om att omsorgspersonalen kontinuerligt vill *få* tid att utöva RGRM samtidigt som de i nästa andetag uttalar en känsla av vanmakt över att inte kunna ge den fokus de önskar till omsorgstagaren på alla ”måsten”. Hur ska vi komma till rätta med alla dessa ”måsten”? Handlar det inte om prioritering, att de ska *ta* sig tid till att utöva RGRM? Det är vad vi skulle vilja kalla för någon sorts teknisk rationalitet som står i vägen för en lika effektiv medmänskligare rationalitet. Som exempel på vad vi menar med medmänsklig rationalitet refererar vi till ett personligt studiebesök på Vigs Ängar (Internetreferens 7). Personalen där berättade om att de hade något de kallade för systund. Det innebar att alla som ville samlades i en av de större salarna. Omsorgstagarna satt runt små bord med möjlighet att dricka en kopp kaffe eller vad de nu önskade. I mitten vid ett större bord hade en ur personalen, med intresse av att sy, satt upp sin symaskin. Den som hade behov av att t ex lägga upp ett par byxor eller fixa till en trasig hank på en handduk tog det med sig och fick hjälp av personalen med detta. Under tiden uppstod allmänt småprat mellan omsorgstagarna och närvarande personal. Ingen tryckte på sitt larm, ingen hade behov av att gå på toaletten; de var upptagna av den nöjsamma tillvaron som uppstod i stunden. Under tiden kunde övrig personal ordna med ”måstena”.

Vad är skillnaden? Vart vill vi komma? Vi vill komma till att det måste *få vara och kännas legitimt* för omsorgspersonalen att sitta ner tillsammans med omsorgstagarna. Vi har varit inne på samma ämne tidigare i texten om arbetsatmosfär under avsnittet resultat och analys. Hur kan omsorgspersonalen ta kommando över arbetsdagens organisering istället för att vara en slav under den? Om all omsorgspersonal ständigt är på väg till någon eller något så finns där ingen fast punkt för omsorgstagarna att samlas kring. Ett exempel som kan visa på detta är hur vi utifrån observationer tolkat en man som pratglad, men där uttalanden av omsorgspersonalen talade för motsatsen. Men hur betar sig personalen inför omsorgstagarna? Halvspringer samtliga från den ena sysslan till den andra? Ser de stressade ut? De inbjuder kanske inte till samtal men tolkar det som att omsorgstagaren i fråga inte är pratglad. Vi däremot satt ju där vi satt vid observationerna och inbjöd kanske på så vis till samtal. Hur kan arbetsledningen bidra till en arbetsatmosfär som inte resignerat dignar under alla utifrån kommande villkor och internt vedertagna ”måsten”, utan istället rakryggat möter samma förutsättningar och kreativt omvandlar dem att passa in på verksamhetens villkor? Vi hade en känsla av att arbetsatmosfärerna skiljde sig åt men hur hade denna skillnad uppstått?

Det går inte att komma ifrån att vi undrar om det verkligen är själva metoden med rörelse till röda och blå symboler som förbättrar motorik, balans, koordination och koncentrationsförmåga? Jobbar vi inte med hjärnan utan att följa röda och blå symboler? Kombinationen av bildnoter kan förändras i det oändliga och kanske

bidrar det till att metoden känns spännande och upplevs som något man inte gjort tidigare. Med lite fantasi skulle vi kanske kunna sätta lite "snurr på" den traditionella sittgympan också och få till en mental piruett. Handlar det inte också om engagemang och uppfinningsrikedom hos ledaren? Här faller tankarna åter tillbaka på vilka mål arbetsledningen har. Vill arbetsledningen skapa en arbetsatmosfär som kan ta vara på omsorgspersonalens olika färdigheter? Det känns inte som att någon i arbetsledande ställning skulle svara nej på föregående fråga men verkar arbetsledningen för det rent praktiskt eller bara teoretiskt i vackert formulerade handlingsprogram och värdegrunder? Vilka förutsättningar ger arbetsledningen till omsorgspersonalen så att de kontinuerligt kan råda över stunder av mellanmänsklighet och fokus på omsorgstagarna?

REFERENSER

- Andersson, J & Gröndahl, H (2003) *Rytmtterapi som behandlingsmetod vid stroke. En pilotstudie*. Luleå: Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för Hälsovetenskap.
- Blomdahl Frej, G & Eriksson, B (red)(1998) *Social omsorg och socialpedagogik. Filosofi – teori – praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Cohen, G D m fl (2006) The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46 (6), 726-734.
- Denscombe, M (2009) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Ehn, B & Löfgren, O (2001) *Kulturanalyser*. Upplaga 2. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Engström, H & Olsson, C (2010) *Patienters upplevelse av Ronnie Gardiners rytm och musikmetod*. Örebro: Örebro Universitet, Hälsoakademin.
- Engström, S, Lindahl, M & Tällberg, L (2009) *En metod det svänger om! Rytmtterapi för personer med neurologiska skador*. FoU-rapport 51:2009. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Forsman, B (1997) *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Götell, E (2003) *Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Harste, G & Mortensen, N (2007) Sociala interaktionsteorier. I: Andersen, H & Kaspersen, L-B (Red) *Klassisk och modern samhällsteori*. Upplaga 3. Lund: Studentlitteratur.
- Karlberg, K (2010) Kultur stimulerar hjärnans läkning. *Fysioterapi*, 3, 18-20.
- Krogh Hansen, H. (2002) *Livet er et kunstværk – om ældrepædagogisk teori og praksis*. København: ÆldreForum.
- Kvale, S & Brinkman, S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Upplaga 2. Lund: Studentlitteratur.
- Lee Y.Y., Chan M.F. & Mok E. (2010) Effectiveness of music intervention on the quality of life of older people. *Journal of Advanced Nursing* 66(12), 2677–2687.

- Liljeroos, M (2012) Muntligt föredrag vid inledande workshop för omsorgspersonal, Bjuvs kommun, 2012-03-07.
- Nordgren, C (2012) Muntligt meddelande vid föreläsning på Malmö högskola, 2012-03-15.
- Petersson, G (2009) *Musikterapi. Internationell forskning och praktisk tillämpning i Västra Götaland*. Borås: Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.
- Robson, C (2011) *Real world research*. Utgåva 3. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Rosengren, K-E & Arvidson, P (2002) *Sociologisk metodik*. Malmö: Liber AB.
- Steen Vivanco, L (2010) Vi hjälper hjärnan att lösa problem på lustfyllt sätt. *Fysioterapi*, 3, 21-23.
- Svedberg, L (2007) *Gruppsykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap*. Upplaga 4. Lund: Studentlitteratur.
- Theorell, T (2009) *Noter om musik och hälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Theorell, T (2010) Musik och folkhälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 51-60.
- Tornstam, L (2005) *Åldrandets socialpsykologi*. Upplaga 7. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Wikström, B-M (2010) Konstkultur för ett hälsosamt åldrande. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 190-197.

Internetreferenser

- Internetreferens 1 (2011) RGRM inom äldreomsorgen
><http://www.youtube.com/watch?v=fAgu7BvI9oA>< 2012-04-02.
- Internetreferens 2 (2012) RGRM – rytmer för stimulans.
><http://www2.bjuv.se/Vard-och-omsorg/Aldreomsorg2/Kultur-i-varden/RGRM---rytmer-for-stimulans/>< 2012-04-03.
- Internetreferens 3 (2012) ><http://www.rgrm.se/se.html>< 2012-04-02.
- Internetreferens 4 (2012) Pricken över livet. E A Karlfeldt
><http://www.livet.se/ord/kategori/Spr%C3%A5k>< 2012-04-17.
- Internetreferens 5 (2012) Sekretess och tystnadsplikt.
><http://www2.bjuv.se/upload/V%c3%a5rd%20&%20Omsorg/Rutiner/Sekretess.pdf><2012-04-17.

Internetreferens 6 (2012) >www.sv.wikipedia.org/wiki/Bertil_Uggla<
2012-04-30.

Internetreferens 7 (2012) ><http://www.vigsangar.se/>< 2012-05-12.

BILAGOR

- Bilaga 1 Exempel på RGRM-rörelser
- Bilaga 2 Frågeguide för samtal med omsorgstagare
- Bilaga 3 Frågeguide för samtal med omsorgsgivare
- Bilaga 4 Information om medverkan vid studie av RGRM-metoden
- Bilaga 5 Information om medverkan i intervju vid studie av RGRM-metoden

Bilaga 1

EXEMPEL PÅ RGRM-RÖRELSER

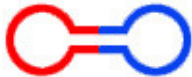
Erhållna av Jenny Karström, RGRM-terapeut, och använda med tillåtelse av Magnus Liljeroos, ordförande för styrelsen i RGRM Research AB, samt utbildnings-
samordnare.



TOOM



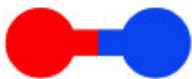
BICK



BANG



CHOM



KLAP

Bilaga 2

FRÅGEGUIDE TILL ENSKILD INTERVJU/ SAMTAL

Hur upplevs RGRM-metoden av omsorgstagaren? Gör deltagandet någon skillnad i vardagen och i så fall vilken/vad/hur?

Allmän info

- Har du bott här länge
- Ålder
- Civilstånd

Har du fått information före aktiviteten om vad den handlade om?

Vad är det som gjort att du deltar? (Fick du själv bestämma om du ville vara med?)

Hade du några förväntningar på aktiviteten?

I så fall vilken/vilka?

Har aktiviteten mött dina förväntningar om du hade några?

Hur känns det innan du går på aktiviteten?

Hur känns det efter du har varit på aktiviteten?

Tänker du på att det ska bli ett nytt aktivitetstillfälle?

Om du tänker på att det ska bli ett nytt tillfälle; hur känns det?

Kan du göra något annorlunda nu jämfört med innan du började med RGRM?

Upplever du någon förändring i kontakten med omsorgspersonalen?

Skulle du rekommendera vänner/bekanta att delta i RGRM? (Tanke bakom frågan är att man rekommenderar saker för andra som man själv trivs med)

Varför alternativt varför inte?

Vilken/vilka upplevelser ger det dig att vara med? (Tanke bakom: Fyller RGRM andra behov än rent fysiska? Är det att träffa de andra, fikan efteråt, musiken....?)

Skulle du vilja fortsätta gå varje vecka?

Upplever du fördelar med att vara med i RGRM?

Om ja, vilka?

Upplever du nackdelar med att vara med i RGRM?

Om ja, vilka?

Har du företagit dig något som du funderat på att göra en längre tid? (Har man fått en ökad lust att ta tag i något?)

Pratar du om RGRM med andra som inte deltar?

Pratar du med de andra deltagarna om RGRM i veckorna?

Bilaga 3

FRÅGEGUIDE TILL GRUPPINTERVJU/ SAMTAL

Hur upplevs RGRM-metoden av omsorgspersonalen? Gör deltagandet någon skillnad i vardagen och i så fall vilken/vad/hur?

Allmän info

- Hur länge har du/ni arbetat här
- Ålder

Har ni fått information före aktiviteten om vad den handlade om?

Vad är det som gjort att ni deltar? (Fick du själv bestämma om du ville vara med?)

Hade ni några förväntningar på aktiviteten?

I så fall vilken/vilka?

Har aktiviteten mött era förväntningar om ni hade några?

Hur känns det innan ni går på aktiviteten?

Hur känns det efter ni har varit på aktiviteten?

Tänker ni på att det ska bli ett nytt aktivitetstillfälle?

Om ni tänker på att det ska bli ett nytt tillfälle; hur känns det?

Har ert arbetssätt förändrats om ni jämför före/efter att ni började med RGRM-metoden på avdelningen?

Upplever ni någon förändring i kontakten med omsorgstagarna?

Skulle ni rekommendera kollegor/vänner/bekanta att använda RGRM? (Tanke bakom frågan är att man rekommenderar saker för andra som man själv trivs med)

Varför alternativt varför inte?

Vilken/vilka upplevelser ger det er att vara med? (Tanke bakom: Fyller RGRM andra behov än rent fysiska? Är det att träffa de andra, fikan efteråt, musiken....?)

Hur ser ni på att använda RGRM-metoden löpande i er verksamhet?

Upplever ni fördelar med att vara med i RGRM?

Om ja, vilka?

Upplever ni nackdelar med att vara med i RGRM?

Om ja, vilka?

Har ni företagit er något som ni funderat på att göra en längre tid? (Har man fått en ökad lust att ta tag i något?)

Pratar ni om RGRM med andra som inte deltar?

Pratar ni med de andra deltagarna om RGRM i veckorna?

Bilaga 4

INFORMATION OM MEDVERKANDE VID STUDIE AV RGRM-METODEN

Linda Bengtsson, äldrepedagog och student vid Malmö högskola
Jessica Hall, äldrepedagog och student vid Malmö högskola

Vi ska skriva en uppsats i skolan och den ska handla om din egenupplevda känsla av att delta i RGRM-metoden.

Alla uppgifter som vi samlar på oss behandlas och förvaras så att inga obehöriga har tillgång till materialet. Förutom vi själva så har vår handledare och vår examinator behörighet att se materialet. Båda tillhör Malmö högskola.

Alla deltagare avidentifieras, d v s vi använder inga namn eller annan information som kan härledas till enskild person.

Deltagande i studien är frivilligt. Deltagare i studien har rätt att när som helst avbryta sin medverkan i observationen utan att ange anledning och utan några som helst konsekvenser.

När vi träffas svarar vi gärna på era frågor om vår studie.

Ort: _____ Datum: _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bilaga 5

INFORMATION OM MEDVERKAN I INTERVJU VID STUDIE

Linda Bengtsson, äldrepedagog och student vid Malmö högskola
Jessica Hall, äldrepedagog och student vid Malmö högskola

Vi ska skriva en uppsats i skolan och den ska handla om din egenupplevda känsla av att delta i RGRM-metoden. Syfte med uppsatsen är att undersöka om deltagande i RGRM-aktivitet bidrar till ett mervärde i livet.

Intervjun spelas in under förutsättning att det medges av informanten . Alla uppgifter som vi samlar på oss behandlas och förvaras så att inga obehöriga har tillgång till materialet. Förutom vi själva så har vår handledare och vår examinator behörighet att se materialet. Båda tillhör Malmö högskola.

Alla deltagare aidentifieras, d v s vi använder inga namn eller annan information som kan härledas till enskild person.

Deltagande i studien är frivilligt. Deltagare i studien har rätt att när som helst avbryta sin medverkan i observationen utan att ange anledning och utan några som helst konsekvenser.

När vi träffas svarar vi gärna på dina frågor om vår studie.

Ort: _____

Datum: _____

Namnteckning

Namnförtydligande