

*Vilken effekt på livskvaliteten har  
funktionsinriktad musikterapi i grupp hos  
individer med Parkinsons sjukdom?*



Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer.

Allmänmedicin SOSFS 2015:8, VT 2018

Författare: Miriam Hellman Ben-Neji ST-läkare i allmänmedicin, Vårdcentralen Strängnäs

Handledare: Thorne Wallman, Docent, Distriktsläkare, Primus (Primärvårdens  
Utvecklingsenhet), Landstinget Sörmland

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning _____	s. 2
Inledning _____	s. 3
Syfte och frågeställning _____	s. 5
Metod _____	s. 6
Etiska överväganden _____	s. 8
Resultat _____	s.9
Diskussion _____	s. 15
Referenslista _____	s. 17
 Bilaga 1 _____	 s. 18

## **SAMMANFATTNING**

Funktionsinriktad musikerapi (FMT) är en speciell form för musikerapi som kan ges enskilt eller i grupp med syftet att ge ökad kroppskännedom, rörlighet och funktionsförmåga hos deltagaren. FMT utvecklades initialt i barnhabiliteringssyfte av en musikpedagog vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Användningsområdet har på senare tid breddats och innefattar nu personer med olika funktionsnedsättningar inklusive patienterna med Parkinsons sjukdom vilket är fokus för denna studie. Syftet med studien var att studera hur FMT påverkar livskvaliteten hos patienter med Parkinsons sjukdom. Parkinsonförbundet Sörmlands medlemmar erbjöds att medverka vid FMT i grupp i ett program speciellt utformat för de svårigheter som personer med Parkinsons sjukdom har, kallat Musikgympa – rörelse och röst. Under hösten 2015 genomfördes tio sessioner med FMT i grupp på fyra olika orter i Sörmland. Av 52 deltagare valde 47 personer att medverka i studien. Deltagarna fick med hjälp av en enkät utformad med fem frågor samt en skattningsskala ange sin upplevda livskvalitet före första sessionen, efter femte sessionen och efter sista sessionen. Utifrån dessa resultat gjordes sedan beräkningar på en selekterad grupp av deltagare som deltagit vid minst sju tillfällen. Beräkningarna visade inga signifikanta resultat rörande frågedelen i enkäten men på skattningsskalan sågs en signifikant högre skattning av livskvalitet efter intervention i den selekterade gruppen samt i undergruppen med patienter 75 år eller yngre. Resultaten indikerar att deltagarna upplevde ökad livskvalitet efter intervention men ytterligare validerade studier i annan utformning krävs för att kunna säkerställa det sambandet.

## INLEDNING

Funktionsinriktad musikterapi (FMT) är en speciell form för musikterapi som finns på flera orter i Sverige och leds av musikterapeuter med speciell utbildning inom området. FMT ges enskilt eller i grupp och syftet är att ge ökad kroppskännedom, rörlighet och funktionsförmåga hos deltagaren (1). FMT-metoden tillämpas bl.a. i Finland, Sverige, Schweiz, Italien och Sydkorea (2). På de officiella hemsidorna för FMT beskrivs terapiformen som en neuromuskulär behandlingsmetod där rörelsen är det viktiga och där målet är att höja individens funktionsnivå utifrån respektive individs utgångsläge. Ursprungsformen innebär att en musikterapeut leder en session med hjälp av ett piano och deltagaren använder kroppen samt olika instrument och andra hjälpmedel som finns tillgängliga i olika kombinationer och uppställningar. All kommunikation är ickeverbal och styrs till stor del av deltagaren (1).

Musikpedagogen Lasse Hjelm utvecklade metoden under sin tid som anställd på en barnhabiliteringsavdelning vid Akademiska sjukhuset i Uppsala under 1970–80-talet. Metoden utvecklades således initialt för barn men har sedan visat sig ha effekter i alla åldrar för personer med olika funktionsnedsättningar, både neuropsykiatriska sådana som ADHD /ADD och autism samt somatiska tillstånd som resttillstånd efter stroke och Parkinsons sjukdom (3).

Musik och musikterapi i olika former har i flera studier angivits ha positiva effekter på personer med Parkinsons sjukdom genom att minska vanliga symtom som stelhet samt förbättra gångfunktion och röststyrka (4). Studierna över detta är dock relativt få och de flesta undersöker effekten av aktiv musikterapi där man också talar och sjunger (5) eller musikbaserad rörelseterapi (6) som får ses som ett betydligt bredare begrepp. År 2015, samtidigt som denna studie pågick, publicerades en studie där man undersökte FMT specifikt som musikterapiform för patienter med Parkinsons sjukdom samt för patienter med resttillstånd efter en stroke (7). Denna studie studerade dels kroppslig funktionsförmåga samt upplevd livskvalitet hos deltagarna före och efter medverkan i FMT i grupp under en tjugo veckor lång period. Båda deltagargrupperna visade förbättring i flera motoriska funktioner men också förbättring i det sociala samspelet, koncentrationsförmåga liksom självkänsla och skattade sin livskvalitet högre efter intervention jämfört med innan.

En uppföljning skedde efter ytterligare 10 veckor men man undersökte då endast kroppsliga funktioner och ingen ny skattning av livskvalitet utfördes.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med studien var att undersöka hur personer med Parkinsons sjukdom upplever att deras livskvalitet förändras av FMT i grupp.

*Vilken effekt på livskvaliteten har funktionsinriktad musikterapi i grupp hos individer med Parkinsons sjukdom?*

## METOD

Studien var en hypotesgenererande pilotstudie, i form av deskriptiv enkätstudie, som kan tänkas ligga till grund för fortsatt forskning inom området.

Deltagare till studien rekryterades genom att Parkinsonförbundet Sörmlands styrelse erbjöd sina medlemmar med av en läkare diagnostiserad Parkinsons sjukdom kostnadsfritt deltagande i FMT i grupp och informerades om möjligheten att delta i en vetenskaplig studie i samband med detta. Styrelsen i Parkinsonförbundet Sörmland hade själva sökt och beviljats medel hos avdelningen för habilitering och hjälpmedel i Landstinget Sörmland för finansiering av FMT-behandlingen. Förbundets styrelse planerade tillsammans med FMT behandlingscenter in startdatum och orter för utförande. Detta resulterade i fyra olika grupper i Nyköping, Eskilstuna, Katrineholm och Strängnäs. FMT hölls sedan en gång i veckan i tio veckor i följd med start 9 sept. 2015.

Två musikterapeuter som driver FMT behandlingscenter i Eskilstuna utformade ett program anpassat att utföras i grupp för personer med Parkinsons sjukdom. Gruppen kallades "Musikgympa-rörelse och röst" och fokus lades på att utmana de speciella svårigheter Parkinsons sjukdom ofta medför, såsom stelhet, svårigheter med igångsättning av rörelser, hämmad mimik och nedsatt röststyrka. En av ledarna satt vid pianot medan den andra satt på en stol vänd mot deltagarna. Utöver att använda den egna kroppen som redskap användes bollar och gummiband.

Studiedeltagarna fick med hjälp av enkäten EQ5D (Bilaga 1) uppskatta sin livskvalitet före och efter genomgången FMT i grupp som hölls en gång i veckan under tio veckor i följd, en timme vid varje tillfälle. Enkäten EQ-5D är en av två enkäter som SBU rekommenderar till skattning av livskvalitet (8) och är framarbetad av EuroQol som är ett nätverk av forskare från sju olika länder i Europa, varav ett är Sverige. Tillstånd har sökts och beviljats för kostnadsfri användning av enkäten till denna studie. Enkät EQ5D består av fem frågor och en skattningsskala. De fem frågorna berör i ordning; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter (såsom *arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*), smärtor/besvär, oro/nedstämdhet. Varje fråga har tre olika svarsalternativ som kan sammanfattas 1; inga besvär, 2; måttliga besvär, 3; uttalade besvär. I det statistiska underlaget dikotomiserades data till; 1: Inga besvär kontra 2: Besvär. Således exkluderades graderingen av besvären med

avsikten att göra statistiken mer tydlig utifrån det relativt sparsamma antalet deltagare. I enkätens sista uppgift uppmanas deltagaren att uppskatta sitt nuvarande hälsotillstånd på en skala från 0 – sämsta tänkbara tillstånd, till 100 - bästa tänkbara tillstånd. Ett fåtal deltagare hade gjort två kryss eller dragit ett sträck längs skalan likt ett intervall och i dessa fall valdes konsekvent det högre alternativet vid sammanställning av data.

Inför första tillfället presenterades studien och syftet med denna både skriftligt och muntligt, och samtliga deltagare erbjöds att delta. De som önskade delta ombads att inför första sessionen skriftligen fylla i en samtyckesblankett, uppge persondata och år då de fått diagnosen Parkinsons sjukdom samt fylla i enkäten EQ5D. Samma enkät fick sedan fyllas i efter fem tillfällen och återigen efter den tionde och sista sessionen.

Samtliga data från enkäter samt kön, diagnosår och födelseår fördes in i ett Excel ark som sedan låg till grund för de statistiska beräkningarna. Statistiska beräkningar utfördes i statistikprogrammet SPSS. Inför beräkningarna selekterades en grupp deltagare ut (32 personer) som deltagit vid minst 7 tillfällen av musikgympa och som fyllt i enkät 1 och 3. Beräkningar utfördes herefter på den selekterade gruppen. Gränsen för den selekterade gruppen sattes till sju av tio tillfällen för att kunna inkludera så många som möjligt i studien och för att deltagarna då närvarat vid majoriteten av tillfällena. Den selekterade gruppen delades också in i undergrupper utifrån kön, diagnosår (1990–2005 respektive 2 006–2015) samt ålder (75 år eller yngre, eller över 75 år). Inga uträkningar utfördes alltså på gruppen med samtliga deltagare (47 personer) men resultatet ifrån första enkäten redovisas under resultatdelen.

Vid beräkningar utifrån frågedelen i enkäten togs utgångspunkt i om deltagaren upplevt besvär. P.g.a. oregelbundet deltagande exkluderades enkät 2. Således jämfördes enkät 1 med enkät 3 för att se om andelen deltagare som angett besvär före och efter intervention förändrats. Beräkningar av konfidensintervall och Odds ratio utfördes. För beräkningar utifrån skattningsskalan användes en Wilcoxonskala där Z-värde och P-värde utvanns. Signifikant skillnad bedömdes som P-värde <0,05.



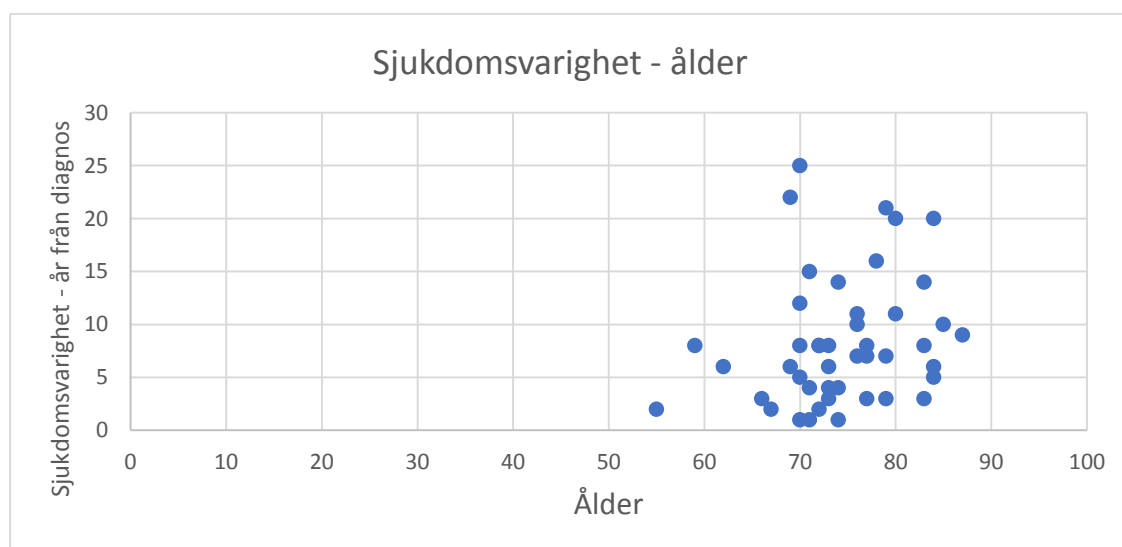
## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Samtliga deltagare informerades om studien muntligt och skriftligt enligt ovan beskrivet. Alla deltagare som inkluderats i studien har gett sitt skriftliga samtycke till att delta. Samtliga enkäter och blanketter som berört studien har förvarats i ett skåp i ett låst rum på författarens arbetsplats. En etikprövning har inte utförts.

Det förelåg ingen misstanke om att deltagande i studien skulle medföra en hälsorisk för den enskilde. Samtliga deltagare omfattades av en försäkring via FMT behandlingscenter.

## RESULTAT

Sammanlagt deltog 52 personer diagnostiserade med Parkinsons sjukdom i Musikgympa – rörelse och röst. Av dessa samtyckte 47 individer till att delta i studien samt fyllde i personuppgifter och en eller flera enkäter korrekt. Deltagarna angav sig ha fått diagnosen Parkinsons sjukdom av en läkare och uppgav med undantag för två deltagare diagnosår. De två deltagare som inte angett diagnosår inkluderades trots det i studien. I figur 1 illustreras samtliga deltagares ålder samt sjukdomsvarighet.



Figur 1. Fördelning av ålder respektive sjukdomsvarighet hos samtliga deltagare

Enkät 1 fylldes i av 50 deltagare varav tre inte fyllde i samtyckesblanketten korrekt. Enkät 2 fylldes i av 40 deltagare och enkät 3 av 37 deltagare. Enkät 2 fylldes i efter femte sessionen av FMT oavsett hur många tillfällen personen deltagit. Närvarotillfällena varierade här mellan 2–5 ggr med ett aritmetiskt medelvärde på 4.0. På grund av det oregelbundna deltagandet och en del bortfall under interventionens gång exkluderades enkät 2 som tidigare nämnt vid de statistiska beräkningarna och således inkluderades endast enkät 1 och 3. Vidare framkom vid sammanställningen av enkäterna att endast tre av deltagarna kryssat i alternativet *uttalade besvär* (3) på en fråga var. I samtliga övriga svar angavs alternativen *inga besvär* (1) respektive *måttliga besvär* (3) och efter detta dikotomiserades data till två svarsalternativ; Inga besvär (1) kontra besvär (2) som beskrivet under metoddelen.

Den selekterade gruppen utgjordes av 31 studiedeltagare varav en inte fyllt i diagnosår men trots det inkluderats. I tabell 1 och 2 redovisas samtliga studiedeltagare respektive den selekterade gruppen indelade efter kön, ålder och sjukdomsvarighet.

	Samtliga studiedeltagare	Ålder ≤ 75 år	Ålder > 75 år	Diagnosår 1990-2005	Diagnosår 2006-2015
Män	25 (53%)	12 (26%)	13 (28 %)	7 (15.5 %)	16 (36 %)
Kvinnor	22 (47%)	13 (27%)	9 (19 %)	7 (15.5 %)	15 (33 %)
Totalt	47 (100 %)	25 (53%)	22 (47%)	14 (31 %)	31 (69 %)

*Tabell 1. Samtliga deltagare (n=47) indelade efter kön (man/kvinna), ålderskategori (≤ 75 år / > 75 år) samt diagnosår (1990 – 2005 / 2006 – 2015). Två av samtliga deltagare hade inte angett diagnosår och är därför inte inkluderade tabellen. (Procentsats av samtliga deltagare inom parantes med undantag för kolumnerna Diagnosår 1990-2005 samt Diagnosår 2006-2015 då procentsatsen är uträknad ifrån de 45 deltagare som angett diagnosår.)*

	Deltagare	Ålder ≤ 75 år	Ålder > 75 år	Diagnosår 1990-2005	Diagnosår 2006-2015
Män	16 (52 %)	8 (26 %)	8 (26 %)	5 (17 %)	10 (33 %)
Kvinnor	15 (48 %)	10 (32 %)	5 (16 %)	6 (20 %)	9 (30 %)
Totalt	31 (100 %)	18 (58 %)	13 (42 %)	11 (37 %)	19 (63 %)

*Tabell 2. Deltagare i den selekterade gruppen (n=31) indelade efter kön, ålderskategori och diagnosår. En av deltagare i den selekterade gruppen hade inte angett diagnosår och är därför inte inkluderade tabellen. (Procentsats av samtliga deltagare inom parantes med undantag för kolumnerna Diagnosår 1990-2005 samt Diagnosår 2006-2015 då procentsatsen är uträknad ifrån de 30 deltagare som angett diagnosår.)*

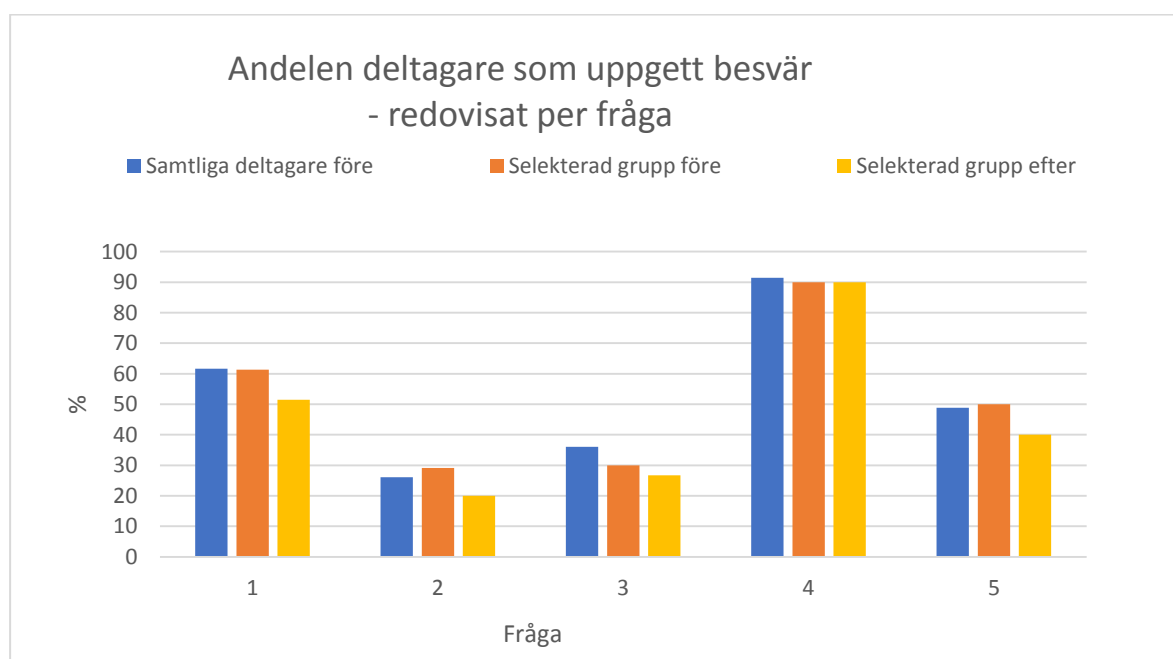
### Fråga 1–5

I tabell 3 illustreras hur många av de 47 initiala deltagare som angav sig ha besvär inför första tillfället (procentandel av samtliga inom parantes).

Fråga	1:Rörlighet	2:Hygien	3:Huvudsakliga aktiviteter	4. Smärtor	5.Oro/nedstämdhet
Andel deltagare som angett sig ha besvär	29 (62 %)	12 (26 %)	17 (36 %)	43 (91 %)	23 (49 %)

Tabell 3. Andelen av samtliga deltagare (n=47) som i enkät 1 angett sig ha besvär på respektive fråga.

I figur 2 illustreras hur många av deltagarna som angett sig ha besvär dels i gruppen för samtliga 47 deltagare och sedan för den selekterade gruppen där det finns två variabler att jämföra; före och efter intervention.



Figur 2. Andelen deltagare som uppgett sig ha besvär vid respektive fråga, redovisat för samtliga, selekterad grupp före intervention samt selekterad grupp efter intervention. I frågan uppmanades deltagaren ange om de upplever besvär med 1: rörlighet, 2: hygien, 3: huvudsakliga aktiviteter, 4: smärtor, 5: oro/nedstämdhet.

Beräkningar utfördes för att se om andelen deltagare i den selekterade gruppen angivit förändring i upplevda besvär före och efter intervention med utgångspunkt i om de angett besvär. Resultaten, som inte var signifikanta, redovisas i tabell 4.

Fråga	1	2	3	4	5
Antal deltagare med besvär före intervention	19	7	9	27	15
Antal deltagare med besvär efter intervention	16	6	8	27	12
P-värde	0.06	0.79	0.85	1.0	0.67

Tabell 4. Antal deltagare i den selekterade gruppen med besvär före och efter intervention samt p-värden per fråga.

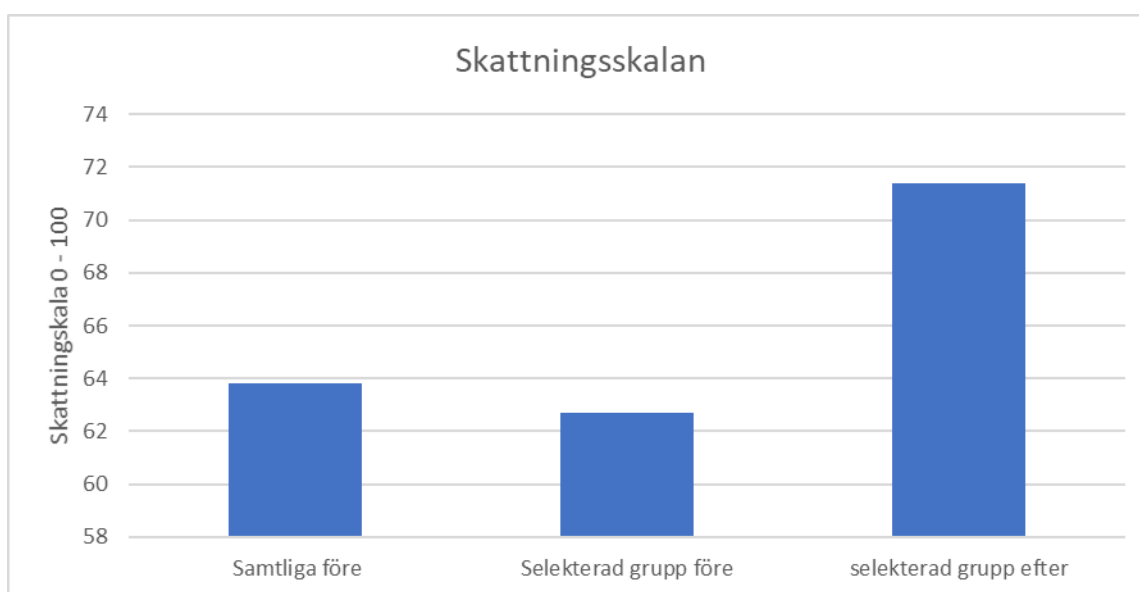
Vid beräkningar av odds ratio och p-värde av subgrupperna framkom inte heller några signifikanta resultat. Resultaten redovisas i tabell 5. Utgångspunkten är som tidigare hur många som angett sig ha besvär före respektive efter intervention med procentsats inom parantes.

Fråga	1-före	1-efter	2 – före	2 -efter	3 – före	3 -efter	4- före	4- efter	5 – före	5 -efter
Män	9 (56%)	7 (44%)	4 (27%)	4 (25%)	6 (37%)	6 (37%)	14 (88%)	14 (88%)	8 (50%)	5 (31%)
Kvinnor	10 (67%)	9 (60%)	3 (22%)	2 (14%)	3 (21%)	2 (14%)	13 (93%)	13 (93%)	7 (50%)	7 (50%)
Ålder 75 eller yngre	11 (61%)	8 (44%)	2 (13%)	2 (12%)	3 (18%)	5 (30%)	15 (88%)	16 (94%)	9 (53%)	7 (41%)
Ålder över 75	8 (62%)	8 (62%)	5 (39%)	4 (31%)	6 (46%)	3 (23%)	12 (92%)	11 (85%)	6 (46%)	5 (39%)
Diagnosår 1990-2005	7 (64%)	7 (64%)	4 (40%)	3 (27%)	4 (36%)	1 (9%)	10 (91%)	9 (82%)	5 (46%)	2 (18%)
Diagnosår 2006-2015	12 (63%)	9 (47%)	3 (17%)	3 (17%)	5 (28%)	7 (39%)	16 (89%)	17 (94%)	10 (56%)	10 (56%)

Tabell 5. Antalet deltagare som angett besvär före respektive efter intervention per fråga vid indelat i subgrupper av den selekterade gruppen.

### Skattningsskalan

På skattningsskalan var data normalfördelade och ett aritmetiskt medelvärde räknades ut för uppskattad livskvalitet. Medelvärdet på skalan som sträcker sig från 0 – 100 var för hela gruppen 63,8 före intervention vilket kan jämföras med den selekterade gruppen där medelvärdet var 62,7 före intervention och 71,4 efter intervention. Detta illustreras i figur 3.



Figur 3. Aritmetiskt medelvärde för skattat värde på skattningsskalan över upplevt hälsotillstånd för samtliga studiedeltagare samt för den selekterade gruppen före och efter intervention.

Resultaten visade en signifikant ökning av skattningen av livskvalitet för den selekterade gruppen med  $p=0,021$ . P-värden för undergrupper redovisas i tabell 6 där signifikant resultat ses i form av högre skattning på skalan efter intervention i gruppen med deltagare 75 år eller yngre.

	P-värde
Män	0,69
Kvinnor	0,140
Ålder 75 eller yngre	<b>0,033</b>
Ålder över 75	0,386
Diagnosår 1990–2005	0,130
Diagnosår 2006–2015	0,050

T

tabell 6. P-värden vid beräkningar utifrån hur deltagarna skattat sitt upplevda hälsotillstånd före och efter intervention indelat i undergrupper. Fetmarkerade med signifikant utfall.

## DISKUSSION

Studien har varit enkel i sin utformning för att kunna ge en grundläggande bild av FMT:s effekt på personer med Parkinsons sjukdom. Av ekonomiska och praktiska skäl fanns inte möjlighet att göra en crossoverstudie. En sådan studie, med två grupper där den ena fick intervention och den andra inte och sedan omvänt hade kunnat ge ett mer tillförlitligt resultat. Det har i denna studie inte heller utförts någon långtidsuppföljning för att se om effekten av FMT kvarstod en tid efter avslutad terapi. Tio veckors intervention kan också ses som en kort period med för få tillfällen för att hinna uppvisa signifikanta resultat. I Åsa Rosins studie av FMT pågick interventionen under tjugo veckor, ett tillfälle i veckan, och tio veckor efter sista sessionen skedde en uppföljning (7). Studien visade signifikant förbättring från första tillfället till tjugonde tillfället gällande flera fysiska kroppsfunktioner liksom en signifikant ökning av skattad livskvalitet. I uppföljningen utfördes dock ingen skattning av livskvalitet och inte heller denna studie har därför kunnat fastställa eventuell långvarig effekt av FMT avseende livskvalitet. Övriga studier som utförts inom området har uteslutande sett till effekt på olika kroppsliga funktioner hos Parkinsonpatienter och endast Åsa Rosins studie berör specifikt musikterapiformen FMT. Därav är resultaten från övriga studier svåra att göra jämförelser med.

Resultaten av beräkningarna i studien visar att den selekterade gruppen skattar sin livskvalitet högre på skattningsskalan efter intervention, vilket även gällde för subgruppen med deltagare 75 år eller yngre. Gällande frågedelen i enkäten sågs inga signifikanta utfall. Beräkningar har utförts på knappa 32 deltagare och några slutsatser är svåra att dra utifrån resultatet. Betydligt fler deltagare hade varit av värde men en annan utformning av studien som nämnt ovan skulle också kunna ge ett mer trovärdigt resultat.

Beslutet att endast göra uträkningar på den selekterade gruppen kan också diskuteras. Bedömningen gjordes då flera av dessa deltagare endast deltagit 1–3 ggr och ett resultat av beräkning med dessa deltagare inkluderade bedömdes mer förvilla än förtydliga. Dock kunde kontrasterna dessa grupper emellan eventuellt ha varit av värde för resultatet.

En av enkäten EQ5D:s styrkor är att frågorna är få med få svarsalternativ vilket gör den enkel att använda. Detta kan dock även ha en begränsande effekt för deltagaren som bara har haft tre alternativ att välja på när deltagarens mående kanske har varit mer komplext än så.



Detta kan vara en orsak till att det inte sågs några signifikanta resultat gällande frågedelen men att resultaten från skattningsskalan, där deltagaren har ett betydligt bredare spann som svarsalternativ, var signifikanta.

De två musikterapeuter som höll i 'Musikgympa – rörelse och röst' är två mycket entusiasmerande och engagerade personer. De är vänliga och sociala och flera av deltagarna visade stor uppskattning under sessionerna som svaren på enkäternas frågor inte rymmer. Denna varma och trevliga stämning kan förstås ha påverkat deltagarnas upplevelse och kan ha speglats i svaren på enkätfrågorna. Hos dem som upplevde en förbättring i sitt mående, det vill säga uppgav mindre besvär och skattade högre livskvalitet på skalan före och efter FMT, är det därför svårt att avgöra om det var själva övningarna i FMT eller helhetsupplevelsen som är orsaken till effekten.

### Slutsats

Studieresultaten indikerar att personer med Parkinsons sjukdom har skattat sin livskvalitet högre efter att ha deltagit i majoriteten av sessionerna med Musikgympa – rörelse och röst. Deltagarantalet är dock litet och således kan inte direkta slutsatser dras utifrån resultatet. För att närmare undersöka FMT:s effekt på livskvaliteten hos patienter med Parkinsons sjukdom skulle en större studie utformad som en crossoverstudie med intervention under en längre period än tio veckor, t.ex. tjugo veckor, för två olika grupper vara av värde och kunna ge ett mer tillförlitligt resultat. Utöver detta vore det intressant att se närmare på långvarig effekt av FMT, om den högre skattade livskvaliteten som sågs i studien är bestående vid en uppföljning en tid efter avslutad intervention.

Undergrupperna med lägre ålder uppvisade också signifikanta resultat vilket kan antyda att interventionen kan ha haft större effekt hos yngre personer med Parkinsons sjukdom. Detta skulle eventuellt en större studie och i crossoverformat kunna belysa ytterligare.

## REFERENSLISTA

1. FMT – Funktionsinriktad musikterapi. Riksföreningen för diplomerade musikterapeuter. Upphovsrättshavare: Åsa Hjelm. Hämtad från: [www.fmt-metoden.se](http://www.fmt-metoden.se)
  2. Haglund Andrén, L. Med musikterapi mot nya mål - Effekt av Funktionsinriktad Musikterapi, FMT hos barn med Developmental Coordination Disorder, DCD och liknande svårigheter. Habilitering och hjälpmedel rapportserie nr 33. Uppsala; 2005. Hämtad från: [https://www.regionuppsala.se/Global/HOH/Gemensamt%20HOH/Dokument/Rapportserien/Rapport33\\_screen.pdf](https://www.regionuppsala.se/Global/HOH/Gemensamt%20HOH/Dokument/Rapportserien/Rapport33_screen.pdf)
  3. Yrkesutbildning FMT-metoden Sverige AB. Umeå: FMT-metoden Umeå AB; 2017. Hämtad från: <http://www.fmtutbildning.se/omfmt.html>
  4. Tomaino C. Using music therapy with Parkinsonians. Loss, grief & care, The Haworth Press, Inc. 2000;8 (No ¾): s 169-171
  5. Pachetti C, Mancini F, Aglieri R, Fundarò C, Martignoni E, Nappi G. Active music therapy in Parkinson's disease: An integrative method for motor and emotional rehabilitation. Psychosomatic Medicine 2000, 62: s 386–393
  6. de Dreu MJ, van der Wilk A.S.D, Poppe E, Kwakkel G, van Wegen EEH. Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balance and quality of life. Parkinsonism and related disorders, 2012;18(S1) S114-S119.
  7. Rosin Å, Ericsson M, Larsson K. The effects of functionally oriented music therapy on body function and quality of life in chronic stroke survivors and on patients with parkinson's disease. Music & Medicine, 2015;7(2): s 14–19
  8. SBU rapport om vilka formulär som kan användas  
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/hur-mater-man-bast-livskvalitet-ocheller-tillfredsstalelse-hos-multisjuka-aldre/>
- Bilaga 1: Enkät EQ5D

## **Hälsoenkät**

**Svensk version för Sverige**

***(Swedish version for Sweden)***

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här ☒) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

### **Rörlighet**

Jag går utan svårigheter ☐

Jag kan gå men med viss svårighet ☐

Jag är sängliggande ☐

### **Hygien**

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning ☐

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv ☐

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv ☐

### **Huvudsakliga aktiviteter** (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*)

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter ☐

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter ☐

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter ☐

### **Smärtor / besvär**

Jag har varken smärtor eller besvär ☐

Jag har måttliga smärtor eller besvär ☐

Jag har svåra smärtor eller besvär ☐

### **Oro / nedstämdhet**

Jag är inte orolig eller nedstämd ☐

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning ☐

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd ☐

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa tänkbara  
tillstånd

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Sämsta tänkbara  
tillstånd