



BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

HVILKEN EFFEKT PÅ  
ATFERD HAR MUSIKK PÅ  
PASIENTER MED DEMENS I  
SYKEHJEM?

FORFATTERE:

JANNECKE TUNÅS og ANITA BOLSTADBRÅTEN

KULL: 10 HBSPLD

Dato:

09.05.2014

## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilken effekt på atferd har musikk til pasienter med demens i sykehjem?	Dato: 09.05.14
Deltakere	100743 Jannecke Tunås 101078 Anita Bolstadbråten	
Veileder:	Randi Slåsletten	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord	Demens, musikk, atferd.	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
49/11808		
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<b>Introduksjon:</b> Antall personer med demens vil øke betraktelig kommende år. Dette krever omstillinger i helse- og omsorgssektoren. Miljøterapi i form av musikk er en aktuell behandlingsmetode for personer med demens.		
<b>Hensikt:</b> Hensikten er å finne hvilken effekt musikk har på atferd ved å undersøke hva nyere forskning sier om dette.		
<b>Metode:</b> Ved hjelp av søkeordene; demens, musikk, musikkterapi, tilfredshet og agitasjon, er det gjort søk i databaser. Vitenskapelige artikler er utvalgt, og resultatene av disse gir svar på problemstillingen.		
<b>Resultat:</b> Musikk kan påvirke atferd ved å dempe uro og redusere agitasjon til personer med demens. I tillegg kan musikk gi økt livskvalitet, og bidra til trygghet og identitet. Musikk kan brukes som et supplement til legemidler.		
<b>Konklusjon:</b> Avgjørende for at musikken skal ha positiv effekt på atferd, er at den tilpasses hver enkelt pasient og gis som en kontinuerlig miljøbehandling.		

## ABSTRACT

Title:	What kind of effect does music have on behavior to patients with dementia in nursing homes?	Date: 09.05.14
Participants	100743 Jannecke Tunås 101078 Anita Bolstadbråten	
Supervisor	Randi Slåsletten	
Employer:		
Keywords	Dementia, music, behavior.	
Number of pages/words: 49/11808	Number of appendix: 3	Availability OPEN
Short description of the bachelor thesis:		
<p><b>Introduction:</b> There will be an increasing number of persons with dementia, in the future. This problem will demand adjustments in health services. In milieu therapy, music is being used to patients with dementia. <b>Aim:</b> The aim of this study is to find out what research says about the subject.</p> <p><b>Method:</b> Search in databases has been done by using words as music, music therapy, dementia, satisfaction and agitation. Selected scientific articles are analyzed, and the results will give an answer to the approach to the problem.</p> <p><b>Results:</b> Music can influence on behavior by reducing restlessness and agitation. It can also increase quality of life, safety and identity. Music can be used complementary to medication.</p> <p><b>Conclusion:</b> If music is going to influence positively on behavior, it have to be individually adjusted and given continuously.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 Introduksjon til temaet</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduksjon til temavalg.....	5
1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder og sykepleiefaglig relevans.....	6
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1 Demens og atferd .....	7
2.2 Musikk og musikkterapi.....	10
2.3 Forskningsresultat.....	11
2.4 Hensikt .....	13
2.5 Presentasjon av problemstilling .....	14
2.6 Avgrensning av problemstilling.....	14
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	16
3.2 Søkeoversikt .....	16
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>19</b>
4.1 Effekt av musikk .....	27
4.1.1 Atferd .....	28
4.1.2 Trygghet og identitet.....	30
4.1.3 Livskvalitet.....	30
4.1.4 Medisinering.....	31
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>32</b>
5.1 Atferd og musikk .....	32
5.2 Trygghet/Identitet og musikk .....	35
5.3 Livskvalitet og musikk .....	37
5.4 Medisiner og musikk.....	39
5.5 Kildekritikk og etiske overveielser .....	41
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>43</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>44</b>
<b>Vedlegg: Søking og resultater I, II, III</b> .....	<b>47</b>
Antall ord: 11 808	

## 1.0 Introduksjon til temaet.

I følge St.meld. nr. 29 – Morgendagens omsorg - vil forekomst av sykdom øke med stigende alder. Dette vil særlig gjelde personer som utvikler demens. I dag er det omlag 70 000 personer med demens i Norge, og 10 000 rammes årlig. Antall eldre over 75 år vil stige de neste tiårene, og man regner derfor med en dobling i antall personer med demens innen 2030. Pårørende utgjør en stor gruppe mennesker som også blir berørt når et familiemedlem får en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

For å møte denne utfordringen stilles det store krav til sykepleiere og institusjoner for å tilrettelegge for faglig forsvarlige tjenestetilbud. For samfunnet blir det viktig å finne løsninger på bemanningssituasjonen i helse- og omsorgssektoren. Siden antall yrkesaktive synker i forhold til antall pensjonister, blir verdiskapningen i samfunnet redusert når færre er i arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

### 1.1 Introduksjon til temavalg

Musikk blir brukt som behandling til personer med demens (Myskja, 2006). Ved hjelp av litteraturstudiet kan temaet belyses ved at det viser til forskning som er gjort. Demens er en sykdom som rammer sentralnervesystemet. Sykdommen er kronisk og innebærer kognitiv irreversibel svikt (Engedal og Haugen, 2009).

Opptil 82 % av personer med demens i sykehjem har atferdsforstyrrelser i form av agitasjon (Ridder m.fl., 2013).

Ifølge Demensplanen i St.meld. nr. 25, må det legges vekt på utvikling av kunnskap om miljøtiltak fordi det er slike tiltak demensomsorgen skal bygge på i fremtiden (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006).

Musikk til personer med demens er en form for miljøterapi. Prinsippene i miljøterapi er at man tilrettelegger for å bruke miljøet som pasienten lever i terapeutisk. I tillegg legger man vekt på den relasjonelle delen av behandlingen. Miljøterapi har som målsetting å bedre funksjonsevne i dagliglivet, øke trivsel, livskvalitet og velvære (Bragstad og Kirkevold, 2010).

## 1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder og sykepleiefaglig relevans.

Oppgaven viser til forskningsområdene *kvalitet i sykepleie* og *helse i dagliglivet*.

*Helse i dagliglivet* inneholder to fokusområder; det å kunne leve med helsesvikt og kritiske livshendelser (Høgskolen i Gjøvik, 2014).

Dette kan relateres til sykepleiekunnskap om demens og samhandling med denne pasientgruppen ved hjelp av musikk. Demens kan oppleves som en kritisk livshendelse.

*Kvalitet i sykepleie* har fokus på pasienters behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet (Høgskolen i Gjøvik, 2014).

I denne oppgaven betyr det at vi som sykepleiere, trenger å utvikle kunnskap om grunnleggende behov hos pasienter med demens. Samhandling mellom sykepleiere, andre yrkesgrupper og pårørende er viktig for å få til et godt behandlingsresultat.

Kari Martinsen legger vekt på at omsorg skal være det grunnleggende prinsipp i sykepleie, og hun er opptatt av sykepleierens moralske ansvar for de svake. Hun sier at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og at moralen skal brukes for å verne om den svake parten (Martinsen, 2003).

Vi velger hennes sykepleieteori fordi den legger vekt på å verne om autonomien til personer med demens.

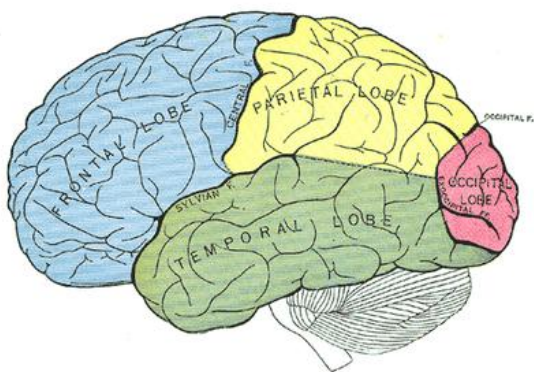
Martinsen er ikke opptatt av at pasienten skal bli selvhjulpen eller uavhengig. I omsorgen framhever Martinsen både det moralske ansvar, betydningen av relasjonen og at sykepleier utfører konkrete handlinger for og med pasienten (Martinsen, 2003).

## 2.0 Bakgrunn

I dette avsnittet blir begrepene som er benyttet i problemstillingen, gjort rede for. Demens er beskrevet og inndelt i de ulike typer og symptomer. Forskjellige metoder for musikkterapi blir beskrevet, og hva som er hensikten med dem. De vanligste atferdsforandringer hos personer med demens er beskrevet i denne oppgaven. Ved å skissere to forskningsartikler, blir det vist til hvilke undersøkelser som er gjort og hvilke resultat de viser til.

## 2.1 Demens og atferd

Demens er en sykdom som fører til en rekke forandringer i hjernen, og som ender opp med at hjernecellene dør. Sykdommen opptrer som regel i høy alder, og medfører symptomer som atferdsforandringer, hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne og språkfunksjon og endringer i personligheten. Forekomsten av demens er vanligst hos personer over 65 år. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv, og personen som rammes blir avhengig av hjelp fra andre ettersom sykdommen utvikler seg (Engedal og Haugen, 2009).



(Nordahl, 2009)

Symptomer på demens starter som regel med redusert korttidshukommelse, og vil etter hvert i sykdomsutviklingen gi mange symptomer, som sviktende evne til å utføre daglige aktiviteter som tidligere har vært tilfredsstillende, og endret sosial atferd. (Engedal & Haugen, 2009).

I degenerativ demens, som kjennetegnes ved at nerveceller dør gradvis, finner vi flere typer. Alzheimers sykdom kommer snikende, ofte over mange år. Ved denne typen demens er det oftest korttidshukommelsen som blir borte først (Henningstad og Hustadnes, 2013).

Dette medfører problemer med å mestre hverdagens aktiviteter siden personen med demens ikke husker hva han har gjort, og i hvilken rekkefølge ting skal gjøres (Andersen og Munch, 2012). En annen form, er frontotemporal demens. Denne typen rammes ofte de yngre.

Personlighetsendring det mest uttalte symptom, og pasienten kan vise uhemmet oppførsel på grunn av at han har manglende impuls kontroll (Henningstad og Hustadnes, 2013).

Demens med Lewylegemer er en tredje type degenerativ demens. Bevissthetsnivået er her i stadig veksling, og oppmerksomheten kan være borte i minutter eller timer. Mest typiske forandringer ved denne tilstanden, er synshallusinasjoner. Hukommelsesproblemer er også et vanlig symptom ved denne type demens (Henningstad og Hustadnes, 2013).

Vaskulær demens skyldes forkalkninger i blodårene, hjerneblødning eller hjerneslag.

Hukommelsessvikt som utvikler seg raskt, er et typisk tegn. Det er derfor vanskelig å skille vaskulær demens fra andre demenssykdommer. En nevrologisk undersøkelse og en sykehistorie er viktig her for å stille en diagnose (Henningstad og Hustadnes, 2013).

Sekundær demens kan ha sammenheng med alkoholisme, AIDS, hodeskader, hormonforstyrrelser og hjernesvulst. Dette betyr at demens foreligger sekundært til en primærdiagnose (Henningstad og Hustadnes, 2013).

Atferdsforandringer hos personer med demens kan være utfordrende atferd i form av verbal eller fysisk aggresjon. Det kan også være vandring, rastløshet, roping og gjentatte handlinger. Psykiske symptomer kan være ustabil humør, angst, søvnløshet, depresjon eller vrangforestillinger (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Agitert atferd kan defineres som upassende ordbruk, roping eller motorisk aktivitet.

Symptomer kan være aggressiv eller truende oppførsel mot seg selv eller andre. Det kan også være upassende oppførsel i sosialt samvær. Agitasjon kan være en reaksjon på udekkede psykososiale behov, og er derfor en måte å kommunisere og mestre disse behovene på (Ridder m.fl., 2013).



Atferdsforandringene kan være en stor belastning for pasienten selv, for pårørende og også for helsepersonell. Atferdsforandringene reduserer evnen til å være med og delta i dagliglivets aktiviteter (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Ifølge Engedal & Haugen (2009), er de vanligste symptomer ved demens delt opp slik:

<b>I Kognitive symptomer</b>	Svekket oppmerksomhet Svekket læringsevne og hukommelse Svekket språkevne Apraksi (svikt i dagliglivet) Handlingssvikt Agnosi (svikt i sanser; syn, hørsel, smak..) Svekket forståelse av handling i rom Svekkede intellektuelle evner
<b>II Atferdsmessige symptomer</b>	Depresjon og tilbaketrekking Angst, panikkangst og katastrofereaksjoner Vrangforestillinger og illusjoner Hallusinasjoner Personlighetsendring Rastløshet, motorisk uro, vandring Apati og interesseløshet Irritabilitet og aggressivitet Repeterende handlinger Forandret døgnrytme
<b>III Motoriske symptomer</b>	Muskelstivhet, styringsproblemer Balansesvikt Inkontinens

(Engedal & Haugen, 2009).

## 2.2 Musikk og musikkterapi

### Musikk:

”Musikalitet defineres som vår evne til å reagere kognitivt eller følelsesmessig på musikk, eller til å bruke musikk som uttrykk. Denne evnen bygges gradvis opp fra fødselen av og utvikler seg gjennom livet. Dermed blir musikk et fellesanliggende” (Skogum 2009, s.7).

### Musikkterapi:

En musikkterapeut bruker kunnskaper om grunnleggende regler for musikkpåvirkning (Theorell, 2010).

I musikkterapi brukes det ulike metoder for blant annet å endre atferd. Individuell musikk er valgt ut i fra pasientens eller pårørendes ønske, og hensikten er å vekke gamle minner. Hvis det ikke er mulig å finne musikk ut i fra pasientens ønske, benytter man utvalgt musikk fra passende tidsepoker. For å bedre kontaktevnen og stimulere flere sanser samtidig, benyttes levende musikk der terapeuten, musikeren eller pasienten spiller eller nynner. Avspilt musikk kan være fra CD eller radio. For å bedre sosial evne, brukes musikkterapi i grupper med to eller flere pasienter. Gruppen kan delta aktivt med musikk, eller bare lytte. Det knyttes bånd mellom pasientene i gruppen. Ved å delta aktivt med å spille, synge, danse eller tegne, brukes flere sanser samtidig. For å roe ned, kan man bruke klassisk musikk, som har sakte og ikke markert rytme, og eventuelt innslag av naturlyder. Hvis man har til hensikt å øke minnet hos pasienten, kan det brukes pop eller populær musikk fra ulike tidsepoker (Vasionytè og Madison, 2013).

### Individualisert musikk:

Individualisert musikk er en metode der en bruker musikk som pasienten liker, og som han har et forhold til. Intervensjonen med musikk blir da tilpasset hver enkelt pasient, og gis individuelt. Brukt på denne måten kan musikken virke inn på atferd ved at den vekker gode minner (Myskja og Håpnes, 2010).

Kartlegging av musikken, gjøres i form av skjemaer som fylles ut i samarbeid med pasienten selv, pårørende eller personale på sykehjemmet som kjenner pasienten godt. Man kan også kartlegge gjennom uformelle samtaler med pårørende og personal på sykehjem (Bragstad og Kirkevold, 2010).

CD med musikk som er tilpasset pasienten, kan være særlig effektiv ved uro, for eksempel ved stell og andre prosedyrer (Myskja og Håpnes, 2010).

## 2.3 Forskningsresultat

I Myskja og Håpnes (2010), vises det til St.meld. nr. 25 – Mestring, muligheter og mening, hvor det legges vekt på grunnleggende og sentrale elementer som kultur, aktivitet og trivsel i et helhetlig omsorgstilbud til beboere på blant annet sykehjem.

Målet med Myskja og Håpnes sitt prosjekt er å videreutvikle kunnskap om kulturuttrykk som kan integreres i helsevesenet. Hensikten er at det skal være gjennomførbart og enkelt å utføre, og man behøver ingen musikkutdannelse. Den metoden de benyttet viser effekten av musikk på uro og kognitiv evne. Innføringen av metoden individualisert musikk foregikk via fellesundervisninger, med teoridel, praktiske eksempler og demonstrasjoner. Undervisningen ble tilpasset utdanningsnivå og alder. Et utvalg var i tillegg satt ned for å følge opp prosjektet som inspiratorer og pådrivere.

Kjerneelementene i prosjektets tiltak, var:

- Innføring og evaluering av individualisert musikk. Deltakerne fikk også opplæring i rytmisk auditiv stimulering, og omsorgssang.
- Sykepleier- og hjelpepleierstudenter fikk opplæring i metoden individualisert musikk i undervisningsopplegget før utplasseringsperioden på sykehjem.
- Det ble brukt lokale ressurser som pensjonister, og ansatte og elever ved kulturskolen.
- Tverrfaglige møter med utveksling av erfaringer fra de fem sykehjemmene som deltok, ansatte, elever og pensjonister (Myskja og Håpnes, 2010).

Prosjektet brukte en musikk lærer fra kulturskolen, en fysioterapeut og en musiker som deltok på samme grunnleggende undervisning og regelmessige møter. Disse holdt regelmessige musikkstunder på sykehjemmene, og fysioterapeuten ledet rytmegrupper med sang og dans. Pårørende ble også inspirerte til undervisningsvirksomhet (Myskja og Håpnes, 2010).

Funnene som ble gjort i dette prosjektet, er at både individualisert musikk og utvalgt musikk utfyller hverandre i forhold til effekten på blant annet atferd. Utvalgt musikk hadde den beste virkningen, i form av rolig musikk. Prosjektet har ført til en holdningsendring blant helsepersonell. Gjennom undervisning har de fått forståelse for at musikk kan gi meningsfull stimulering. Metoden gir ikke større belastning i en hektisk arbeidsdag. Prosjektet viser til konkrete resultater. Bruk av individualisert musikk har effekt på å redusere uro hos pasienter med demens (Myskja og Håpnes, 2010).

Et eksempel er der man før måtte ha tre ansatte i stell, trengte man nå bare en.

Pasienten var urolig, men når helsepersonell nynet på melodier han likte, ble han rolig.

Andre konkrete funn var forbedring i motorikken ved hjelp av musikk.

En pasient som brukte heis ved forflytning, kunne ved hjelp av rytmisk musikk nå gå selv i takt med musikken. I stellesituasjoner, mating og dusjing ble det avdekket en utstrakt bruk av spontan musikk. Effekten av dette er mindre uro og mindre fysisk motstand. Variasjon av hvilken musikk som spilles, og at den brukes terapeutisk, gjør at den ikke oppleves som bakgrunnsstøy (Myskja og Håpnes, 2010).

I dokumentsystemet på sykehjemmet ble det innført egne tiltaksplaner for musikk-kartlegging, og det ble dokumentert positive og negative resultater. Konklusjonen er at individualisert musikk viser seg å være en egnet metode i sykehjem for å skape gode øyeblikk og en bedre hverdag. Metoden er billig og enkel, og det trengs ingen spesialkompetanse. Erfaringene fra en institusjon lot seg lett overføre til andre institusjoner. Arbeidet har bidratt til å identifisere, aktivisere og verdsette de ansattes musikk-kompetanse.

Det har i tillegg skapt trygghet og stolthet over yrket blant personalet. Tiltakene er også ressursbesparende. Et eksempel er når pasientene blir roligere, trengs det færre pleiere i stellesituasjoner. Resultatene som er kommet frem i dette prosjektet imøtekommer de utfordringene som er beskrevet i St.meld. nr. 25 (Myskja og Håpnes, 2010).

I studien til Bragstad og Kirkevold (2010), er det gjort systematiske litteratursøk i databaser i 2009.

Denne studien endte opp med 11 artikler og består av alt fra små case-studier til større undersøkelser. Case-studiene tar for seg hvordan individualisert musikk kan gjennomføres og ha positiv effekt på individnivå, og de med større utvalg har utført denne intervensjonen på gruppenivå. Til sammen 263 pasienter har deltatt i disse studiene. Studiene hadde som mål å påvirke atferden til pasienter med demens, gjennom å motvirke verbal forstyrrende atferd, aggressiv atferd eller agitert atferd (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Alle studiene registrerer antall tilfeller av bestemte typer atferd i et fastsatt tidsrom, og måler effekten. CMAI – Cohen-Mansfield Agitation Inventory er et instrument som kartlegger 29 atferdstyper på en syv punkts skala fra ”aldri” til ”flere ganger i timen” i en to ukers periode. Facial Action Coding System - FACS – er en teknikk som identifiserer bestemte bevegelser i ansiktsmuskulaturen (Bragstad og Kirkevold, 2010).

I en studie ble utfordrende atferd telt og registrert på en liste med aktuelle atferdstyper. Alle studiene bortsett fra en, viser en betydelig reduksjon i antall og frekvens av utfordrende atferd. Den ene studien viser at halvparten av deltakerne hadde liten eller negativ effekt av intervensjonen. I tillegg bør en være åpen for at musikk også kan fremheve vonde og problematiske minner fra fortiden, og forverre atferden.

Konklusjonen er at individualisert musikk benyttes på ulike måter. Det er derfor viktig å være bevisst på hvordan man bruker og anvender intervensjonen. Det er allikevel enighet om at individualisert musikk har en positiv effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens. Det er gjort lite forskning på dette området og forskningen er av varierende kvalitet, må resultatene brukes med forsiktighet (Bragstad og Kirkevold, 2010).

## **2.4 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hva vitenskapelig forskningslitteratur sier om bruk av musikkterapi til pasienter med demens. Intensjonen er å finne hvilken innvirkning musikk har på atferd, hvilken type musikk som gir best effekt, og når musikken skal anvendes. Det er også et formål at litteraturstudiet har en praktisk betydning for sykepleiere og annet helsepersonell, og kan gi motivasjon til videre arbeid.

## 2.5 Presentasjon av problemstilling

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvilken effekt på atferd har musikk på pasienter med demens i sykehjem?*

Pico-skjemaet nedenfor er benyttet som et hjelpemiddel for å komme frem til en god problemstilling. Søkeordene vi har brukt, står i nederste rad i skjemaet. I rubrikken resultat/effekt, har vi skrevet hva som er ønsket resultat av intervensjonen.

### PICO- skjema

<b>Patients/population/ problem HVEM?</b>	<b>Intervention/initiativ/ action HVA?</b>	<b>Comparison ALTERNATIVER?</b>	<b>Outcome RESULTAT/ EFFEKT?</b>
<b>Beskriv typen pasienter</b>	<b>Hvilke tiltak vurderes?</b>	<b>Hvilke alternativer finnes til tiltakene?</b>	<b>Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?</b>
Demens/dementia Agitasjon/Agitation	Musikk/music Musikk terapi/ music therapy		Tilfredshet/ Satisfaction
← AND →			

↑  
O  
R  
↓

## 2.6 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven avgrenses til pasienter med demens på sykehjem. Den tar for seg pasienter med demens som har en mild, moderat og alvorlig grad. I denne oppgaven er ordet musikk brukt i betydning musikkterapi.

### 3.0 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte, som gjør at leseren kan følge undersøkelsen, og selv komme frem til samme resultat av beskrivelsen. Kjernen i vitenskap er metode og systematikk (Rienecker og Stray Jørgensen, 2013).

Vitenskap, som er et resultat eller produkt av en prosess, innebærer organisert, overførbar kunnskap. Det bygger på en systematisk og metodisk innhenting og klassifisering av data.

Vitenskapens mål er å gi ny og sannferdig kunnskap (Olsson og Sörensen, 2011).

Vitenskapelig fremstilling skal være systematisk, objektiv og preget av nøyaktighet (Bragstad og Kirkevold, 2010).

For å samle data som kan belyse og svare på problemstillingen, benytter vi litteraturstudie som metode.

Litteraturstudie kan defineres som en analyse og beskrivelse av forskning som er gjort på et aktuelt tema (Høgskolen i Gjøvik, 2014).

Vi søker systematisk i databaser med søkeord fra vårt picoskjema. Vi ønsker å samle data som gir et godt og saklig grunnlag for å belyse og svare på problemstillingen. Vi stiller derfor krav til at artiklene skal holde vitenskapelige mål, og ha tydelig beskrevet hensikt. Et annet krav er at artiklene benytter godkjente metoder for kartlegging av atferd.

Databasene vi har brukt, er Cinahl, SweMed+, Ovid Nursing, Medline og PsychInfo. Ifølge beskrivelsen på bibliotekets sider til Høgskolen i Gjøvik (2014), dekker disse databasene forskningsområder innen sykepleie og medisin.

### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier er at artiklene må være relevante for problemstillingen, og de skal ha en tydelig beskrivelse av hensikten med studien. Vi har sett etter artikler med IMRAD inndeling (introduksjon, metode, resultat AND diskusjon) fordi dette viser at artiklene har et tilfredsstillende forskningsnivå.

I de databasene det var mulig, søkte vi etter fagfelleverderte artikler.

Dette vil si at fagfolk har gjennomgått artikkelen, og gått god for dens faglige kvalitet (Rienecker og Stray Jørgensen, 2013).

Etiske betraktninger syntes vi også var viktig å ta med i studiene som gjelder pasienter med demens. Vi ønsket å ta med studier av pasienter med demens på sykehjem.

Eksklusjonskriterie er studier over ulike typer demens. Vi utelukket artikler som ikke var på engelsk, unntatt artiklene vi fant i SweMed+.

### 3.2 Søkeoversikt

Første søket vi gjorde var i Cinahl, og søkte med søkeordene dementia and music. Antall treff var 335. Siden vi fikk mange treff syntes vi det var riktig å begrense til siste fem år i søket. Vi la til peer reviewed, abstract og artikler skrevet på engelsk. Med dette søket fikk vi 88 treff. Deretter la vi til søkeordet satisfaction, og endte opp med 7 artikler. Etter å ha lest abstract, valgte vi ut tre artikler. Første artikkel var av Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen (2011), dreier seg om bruk av levende musikk til pasienter med demens. Det var en nederlandsk studie som brukte spesialutdannede musikere. Den andre artikkelen av Myskja og Håpnes (2010), er en norsk studie. Den undersøker hvordan kulturuttrykk som musikk kan brukes i helsevesenet. Den tredje artikkelen forkastet vi. Den viste et forslag til prosedyre for bruk av musikk under bading av pasienter med demens, i tillegg til at den manglet IMRAD-inndeling.

For å få opp flere nordiske artikler, prøvde vi å søke på SweMed+. Her søkte vi med søkeord demens, og la til kriterier peer-reviewed, les online og 2009-2014. Vi fikk her 126 treff. Vi søkte deretter på søkeord musikk, og med samme kriterier. Vi fikk da opp 39 artikler. Vi kombinerte disse to søkene, og fikk opp to artikler av Hamre og Zingmark (2012) og Bragstad og Kirkevold (2010). Vi har valgt å ta med disse to artiklene, da vi synes de var relevante og hadde en god fremstilling av temaet.



Videre søkte vi i Medline 2004-2014, og krysset av for engelske artikler med abstract. Når artiklene har abstract, er det lett å finne ut om artikkelen er relevant for vår problemstilling. Dersom vi begrenset søket i forhold til årstall, ville vi kunne miste relevante artikler. Vi kombinerte søkeordene dementia and music therapy, og fikk 56 treff. Dette var mye å lese gjennom, så vi la til ett nytt søkeord. Vi var ute etter musikk brukt som behandling. Dette var grunnen til at vi brukte music therapy som søkeord. Det ga færre treff enn ordet music. Vi endte opp med kombinasjonen dementia, music therapy and agitation. Dette ga 18 treff i databasen. Vi valgte 3 artikler som viste til motsatt resultat med samme intervensjon. Dette mener vi gir et bedre grunnlag for å drøfte problemstillingen vår, enn om vi viser til artikler som har lik konklusjon. Den ene artikkelen var av Ridder m.fl.(2010), og den andre var skrevet av Vink m.fl. (2012). Den tredje artikkelen er en review-artikkel, og er skrevet av Vasionytè og Madison (2013). Artiklene har kvalitative metoder. Det er en metode som egner seg i en hermeneutisk studie. En slik studie skal beskrive og vise forståelse for personers subjektive opplevelser. To av artiklene har med etisk vurdering. Det er viktig til personer med demens, fordi i løpet av sykdomsutviklingen vil de få nedsatt evne til å ivareta sine ønsker og behov.

For å finne artikler som hadde med studier over musikkterapi og bruk av psykofarmaka hos personer med demens, søkte vi i PsykInfo. Denne databasen har artikler fra tidsskrifter innen psykiatri, adferd og medisin. Vi begrenset søket til siste 12 år, fordi vi ønsket å finne igjen en artikkel.

Søkeordene music and dementia, ga 96 treff. Vi la til søkeordet satisfaction, men da fikk vi ingen treff. Vi endte opp med å kombinere søkeordene music and satisfaction, og fikk 30 treff. Vi valgte artikkelen av Hagen m.fl.(2003), som var den studien vi lette etter. Selv om dette var en 11 år gammel artikkel, mener vi at den er relevant for vår oppgave. Det er en studie som undersøker om musikk har langvarig virkning på personer med demens. Den har med etiske spørsmål i sin drøftingsdel. Den var fagfellevurdert og informert samtykke var gitt. Vi forkastet en annen artikkel. Vi fant ikke den relevant for vår problemstilling.

Vi søkte også i Ovid Nursing Database. Vi brukte søkeordene dementia, music, satisfaction, og kombinerte søkeordene med AND. Begrenset med abstract, english og siste ti år. Da fikk vi opp 4 artikler. To av artiklene hadde vi funnet før i andre databaser, og disse hadde vi allerede valgt. De to andre artiklene var ikke relevante for problemstillingen vår.

Artikkelen av Vink m.fl (2012), stod i tidsskriftet International Journal of Geriatric Psychiatry. Vi bestilte artikkelen fra biblioteket på Høgskolen i Gjøvik da tidsskriftet ikke var tilgjengelig i Bibsys.

Vi endte tilslutt opp med åtte vitenskapelige artikler, og forkastet fire.

For å få en god oversikt av artiklenes forfattere, hensikt, metode og resultater, har vi satt opp dette i en tabell. Dette har vi gjort for å få en systematisk oversikt. Vi har også skrevet egne kommentarer til artiklene i tabellen.

For å få fram essensen i artiklene, har vi skilt ut fire begreper som vi utdyper i oppgavens resultatdel.

## 4.0 Resultat

Nedenfor vises resultatene som skal gi svar på problemstillingen:

*Hvilken effekt på atferd har musikk på pasienter med demens i sykehjem?*

Resultatene som er analysert i denne litteraturstudien, er satt opp systematisk i skjemaet nedenfor:

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Van der Vleuten, M., A. Visser og L. Meeuwesen (2012). The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. <i>I: Patient Education and Counseling</i> , 89 (2012), s. 484-488.	Undersøke om levende musikk kan forbedre livskvaliteten til personer med demens i sykehjem. Studien peker på to viktige indikatorer på livskvalitet; mental helse og sosial evne.	Kvasi-eksperimentell design: sammenligner forskjell mellom grupper som ikke er tilfeldig gruppert. Regresjonsanalyse: statistisk metode der en søker å finne sammenheng mellom en eller flere variabler. 45 deltakende pasienter; 29 mild demens og 16 alvorlig demens. Levende musikk av musikere som er spesielt utdannet for å skape ikke-verbal kontakt med ulike pasientgrupper. 45 minutters opptreden for grupper på ti pasienter i dagligstua, eller på pasient rom. Tilpasset musikk. Observasjoner og resultatene ble ført av pårørende og helsepersonell, med økning, reduksjon eller ingen endring i mental helse og sosiale evner.	Mild demens: Levende musikk har positiv effekt på relasjonell evne og på mental velvære. Alvorlig demens: levende musikk har positiv effekt på relasjonell evne, liten effekt på mental velvære. Alvorlig demens: levende musikk har ikke vist å ha betydelig effekt på relasjonell evne og mental velvære. Bruk av levende musikk letter arbeidet for omsorgsgiverne. Bruk av levende musikk bør utvikles. Det bør bli flere musikere som læres opp til å skape kontakt med både personer med demens, og eldre i institusjon generelt.	Dette var en studie hvor musikerne var spesialutdannet i å skape kontakt med pasienter. Hvor mye betyr dette for resultatet i studien, i forhold til bruk av musikere som ikke har slik utdannelse?

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Myskja, A. og O. Håpnes (2010) Music and health in a local community. A coordinated teaching program in five nursing homes in Mid-Norway. I: <i>Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning</i>, 12 (1), s.3-15.</p>	<p>Undersøke hvordan kulturuttrykk som musikk kan brukes i helsevesenet, og hvordan kunnskaper om dette kan utvikles. Øke livskvalitet.</p>	<p>Innføring i, og opplæring i metoden individualisert musikk. Bruk av lokale ressurser. Tverrfaglighet som prinsipp. Kvalitativ forskningsmetode med intervju. Beskrivelse av tiltak, og opplevelse av virkning. Kvalitativ: et lite utvalg deltakere, som ved en analyse bringer frem spesielle egenskaper og kvaliteter.</p>	<p>Effekt av standardisert og individualisert musikk. Virker positivt på miljøstimulering og motorisk funksjon. Demper uro. Gir høydepunkter og gode øyeblikk. Virker positivt på arbeidsmiljø. Gjort gode metodeerfaringer, som grunnlag for videre kvantitative studier. Musikk gir trygghet og identitet. Musikk bør/kan integreres i helse- og omsorgstjenesten. Undervisning nødvendig og avdekker ressurser hos helsearbeidere. Ressursbesparende.</p>	<p>Prosjektet har ikke klart å skille mellom generelt stimulerende effekt av miljøtiltak, og musikkens virkning spesielt. Er det bra med stjernestunder, eller bedre med kontinuerlig stimulering?</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Hamre, K. og K. Zingmark (2012) Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg. I: <i>Socialmedicinsk tidskrift</i> 2012 (2), s.178-188.	Øke kunnskap om musikk og bevegelse som verktøy innen eldreomsorgen, og bidra til fysisk og psykisk velbefinnende.	Prosjektet ble gjennomført med 34 personer i alder 70-90 år, fra to sykehjem, og en gruppe eldre fra eget hjem med hjelp fra hjemmetjeneste. Antall treff 32 ganger. Hver deltaker deltok fra 1-24 ganger. Sang- og musikktreffene inneholdt blant annet sang, dans og rytmeinstrument. Hver og en deltaker ble bedømt etter en skala fra 0-4, der 0 var ingen tegn på glede, ro eller fornøydhet. Treffene ble gjennomført med både personal og eldre, for å få en forståelse for kulturen som et verktøy innen eldreomsorgen.	Pasienter med demens setter pris på sang, musikk og dans. Det sosiale nettverket utvides, og det blir sett på som viktig og lærerikt å være med å skape. Det fremmer kommunikasjonen med andre pasienter og helsepersonell. I tillegg gir det bedre helse, fordi man fikk nye bekjenskaper og kunne spasere og treffes mer. Helsepersonell mente dette ga dem et kompetanseløft, og det fører til bedre omsorg for de eldre. Noen av personalet så på dette prosjektet som en arbeidsbelastning i en allerede hektisk hverdag. Noen hadde mer tro på legemidler som behandling. I tillegg ble det å synge en belastning. De mente at de trengte å få støtte for at de hadde en stor arbeidsbelastning, og at de trengte mer kunnskap i forhold til kulturtilbud til eldre. Denne studien ble satt stor pris på av de eldre, de ble mindre urolige og kunne røre seg til musikken, viste livsglede og de fikk økt livskvalitet.	Kanskje gi bedre informasjon til helsepersonell, slik at man ikke får en negativ holdning til nye metoder som etter hvert letter en allerede belastet arbeidsdag.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Bragstad, L.K. og M. Kirkevold. (2010) Individualisert musikk for personer med demens. I: <i>Sykepleien forskning</i> 2010(2), s.110-118.</p>	<p>Ønsker å undersøke hva tilgjengelige forskningsartikler sier om bruk av individuell musikkterapi for personer med demens. Målet med denne studien, er å påvirke pasientens atferd; aggressivitet, agitert og verbalt forstyrrende atferd.</p>	<p>Elleve artikler ble inkludert. Aldersgruppe fra 65 år, og det er 263 pasienter som deltar. Intervensjon med individualisert musikk. Varigheten på musikkintervensjonen er fra 10-30 min. Musikken ble spilt av på cd-spiller, bærbar kassettpiller med hodetelefoner. I noen studier ble intervensjonen gitt av sykepleiere og hjelpepleiere, noen studier dro inn pårørende i tillegg. Noen studier hadde et strukturert opplæringsprogram, der både helsepersonell og pårørende var med. CMAI= Cohen-Mansfield Agitation Inventory er et instrument som kartlegger 29 agiterte atferdstyper på en syv punkts skala i en to ukers periode. Systematisk videoanalyse og Facial Action Coding System FACS, brukes i den ene studien. Denne identifiserer bestemte bevegelser i ansiktsmuskulaturen. I den siste studien ble utfordrende atferd telt og registrert på sjekklister.</p>	<p>Flere studier viser en forståelse av at musikk endrer pasientens fokus, og leder oppmerksomheten mot at pasienten kjenner igjen musikken, og vekker gamle minner knyttet til denne. I tillegg så hindrer man eller reduserer agitert atferd. Majoriteten av studiene viser en reduksjon av utfordrende atferd. Det er enighet at musikk kan brukes bevisst for å overskygge forstyrrende stimuli i omgivelsene, og bidra til gjenkjenning hos pasienten. Individualisert musikk fremmer velvære og trivsel, og er ikke bare atferdsmodifiserende . Uavklart når, hvor og hvordan musikkintervensjon skal brukes i forhold til agitert atferd. I hvilket rom, og varigheten på intervensjonen. Det konkluderes med at opplæring av helsepersonell og pårørende bør gis større fokus.</p>	<p>Kartlegging av musikkpreferanse viktig. Standardisert skjema pårørende, eller samtale med pasient.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Ridder, O.H.M., B.Stigen., L.G. Qvale og C. Gold (2013). Individual Music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. I: <i>Aging &amp; Mental Health</i>. 2013 (6), s. 667-678.</p>	<p>Undersøke effekt av musikkterapi på agitasjon, bruk av psykofarmaka og livskvalitet.</p> <p>Ikke vekt på reduksjon i aggresjon i seg selv, men på at reduksjon i aggresjon betyr at pasienten har fått hjelp til å innfri sine behov.</p>	<p>Kvalitativ studie fra ti sykehjem i Norge og fire i Danmark i 2010. 42 pasienter. Moderat til alvorlig demente pasienter. 69 % kvinner, gjennomsnittlig alder 81år. Halvparten standardterapi, halvparten individuell musikkterapi 2 ganger pr. uke i seks uker. Varte ca 38 min i gjennomsnitt, oftest på pasientens rom. Brukte 3 musikkterapi prinsipper til demente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Få oppmerksomhet</li> <li>2 Regulere følelser</li> <li>3 Sosial kommunikasjon</li> </ol> <p>Brukt aktiv musikkterapi, individuell. Kartlagt bruk av psykofarmaka og antidepressiva. Dataregistrering uke 0,7 og 14.</p>	<p>Aggressiv atferd minket betydelig i musikkgruppa. Statistisk holdbart utslag på effekt av musikkterapi.(signifikant)</p> <p>Livskvalitet økte mer i musikkgruppa enn i standardgruppa, men ikke mye.</p> <p>Hyppigheten av aggresjon minket i musikkgruppa og økte i standardgruppa. Her var det ikke statistisk holdbar effekt av musikkterapi. Bruk av psykofarmaka økte i standardgruppen. Bruk av psykofarmaka minket i musikkgruppen. Bruk av midler mot demens minket i musikkgruppen. Usikkert om livskvalitet ble bedre i musikkgruppa. Målinger en uke etter avsluttet forsøk viste at intervensjonen ikke hadde langtidseffekt. Peker på at det ikke er mulig å måle virkning av det relasjonelle forholdet i slike studier. Resultatene vil bli påvirket siden studier over miljøterapi har mange variable faktorer. Framhever god effekt av sang under daglig stell.</p>	<p>Artikkelen beskriver musikkterapi. Forutsetter spesialutdanning. Men er relevant fordi den beskriver metoder som kan anvendes av sykepleier, annet helsepersonell og pårørende. Virker å ha høyt vitenskapelig nivå, grundig, systematisk metodebeskrivelse. Nyere dato.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Vink, A., C. Zuidersma, M. Boersma, F. de Jonge, P. Zuidema og J.P.J. Slaets (2012). The effect of music therapy compared general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: A randomized controlled trial. I: <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 1 (10), s.153-171.	Sammenligne den umiddelbare og kortvarige effekten av musikkterapi i 4 måneder med andre rekreasjonsaktiviteter hos personer med demens i sykehjem.	Benyttet aktiv kontroll metode. Kvalitativ metode, 6 sykehjem i Nederland. 77 deltakere i grupper på 5. Gjennomsnittsalder 82 år. Intervensjon 2 ganger per uke i 40 minutter. Pasienter med demens og middels grad av adferdsforstyrrelser målt med metode Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Grad av demens målt ved GDS (global deterioration scale 50 % GDS 6 = alvorlig demens.) Registrert at 70 % av pasientene brukte psykofarmaka, og hvilken type. Pleierne visste ikke hensikt med studien for å unngå at de skulle påvirke registreringene. Sammenligningsgrupper drev med håndarbeid, pusling og matlaging. Musikkterapigruppen fikk ulike former for musikkterapi men rolig musikk brukt.	Konklusjon: både musikkterapi og rekreasjonsaktiviteter fører til en reduksjon i forstyrrende adferd. Begge intervensjoner har tilnærmet lik effekt.  Gir en biologisk forklaring på hvordan musikkterapi kan ha effekt.  Musikkterapi kan anvendes for å aktivere, roe ned, stimulere sosiale evner og redusere angst. Musikk kan virke på det autonome nervesystem, gi økt blodgjennomstrømming, øke cytokiner og katekolaminer. Kontroll av musikk på agitasjon. Konkluderer med at i slike studier er det mange variabler. Ikke mulig å si hvilken musikkterapi som har best effekt. Varighet og tidspunkt bør det forskes mer på. Grad av demens og understimulering kan påvirke resultatet.	Hvordan samle og kombinere på best måte kunnskap om bruk av musikk fra vitenskap, klinisk erfaring og pasientenes egen opplevelse?



Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Vasionytè, I. og G. Madison (2013). Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22 (2013), s. 1203-1216.	Undersøke effekt av 5 ulike intervensjoner med musikk på demente. Undersøke virkning på det følelsesmessige, adferdsmessige, kognitive og fysiologiske.	Review-artikkel: sammendrag av engelske artikler fra tidsrom 1990-2012. 19 studier av 478 pasienter. Inklusjonskriterier De 5 dimensjonene for musikkterapi. Benyttet standardisert metoder som MMSE(mini mental state examination), GDS (geriatric depression scale) for effekt, RAID (rating anquesity in depresion) for angst. Adferd målt ved CMAI (CohenMansfield Agitation Inventory) og MOSES (multidimensional observention scale for elderly subjects), = ulike agitasjonssjekklister. Kognisjon målt ved WAB metode for å kartlegge afasi. Fysiologiske mål, som blodtrykk, puls og respirasjon ble målt. Gruppekonsraststudie.	Musikk viser stor effekt på adferd, kognitiv og fysiologisk endring. Middels effekt på følelsesmessig endring hos demente pasienter. Siste kan skyldes lite utvalg i denne gruppen. ES = effect size. Gjennomsnitt= gj.sn. Atferd: gj sn ES 1,6 Følelser: gj.sn. ES 0,38 Kognisjon: gj.sn.ES 1,56 BT,P,Resp: gj.sn. ES 0,72 Gruppeterapi: ES middels Individuell terapi: ES høy Konklusjon: Musikkterapi kan forbedre kognitiv nivå hos demente. Potensial for å bedre livskvalitet, rimelig intervensjon, stort sett uten bivirkning. Musikkterapi anvendbart til alle stadier av demens. Begrensninger i studien; omfatter bare publiserte artikler. Disse har ofte positive resultater. Ikke publiserte studier kan omfatte negative /andre resultater, Ofte for små case/ grupper i musikkterapi. Opprinnelig ble musikkterapi brukt mot angst/følelsesregulering.	Studien sier ikke noe om virkningsmekanismen til musikk. Kommer fram til anbefalinger som er annerledes enn det de gjør i andre studier. Denne studien anbefaler: Gruppe musikk gir bedre effekt enn individuell Lytte til musikk bedre enn aktiv musikkterapi Musikk utvalgt av helsepersonell bedre enn pasientvalgt musikk. Avspilt musikk bedre enn levende musikk.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Hagen, B., C. Armstrong-Esther og C. Sandilands (2003) On a happier note: Validation of musical exercise for older persons in long-term care settings. I: <i>International Journal of Nursing Studies</i>. 40(4), s. 347-357.</p>	<p>Studere om forbedret fysisk, kognitiv, adferdsmessig og økt tilfredshet etter 10 uker fysiske øvelser til musikk til eldre i sykehjem. Hensikt også å undersøke om virkning var tilstede 10 uker etter avsluttet intervensjon.</p>	<p>60 deltakere gj.sn. 78,3 år fra tre sykehjem i UK. C=Kontrollgruppe (ingen intervensjon) Alle i denne gruppa kom fra sykehjem nr.1. OT=alternativ aktivitetsgruppe Håndarbeid, kunst, bingo, kortspill. Alle i denne gruppa kom fra sykehjem 2. Hensikten med denne gruppa var å utelukke at effekten i ET skyldes virkning av sosial kontakt. ET=Intervensjonsgruppe. 40 min 3 x i uka fikk høre musikk og trene bøye og strekkøvelser. Alle i denne gruppa kom fra sykehjem 3. Ikke individuell musikk men gjenkjennelig musikk fra populær musikk fra 20 årene.</p> <p>Måling av: CAS mål på grad av kognitiv funksjon BRS (behavior rating scale) mål på ADL, daglig funksjonsevne LSI (lifesatisfaction Inventory) livsglede Fysisk effekt målt ledd og balansefunksjon.</p>	<p>Kognitiv funksjon: Forbedret både i OT og ET. Størst økning i intervensjonsgruppa. Årsak antydnet. Ti uker etter avsluttet tiltak var det ingen effekt lenger. Tiltaket hadde ingen varig virkning. I C ble den kognitive funksjonsevnen redusert. Adferd ble roligst i ET. Livstfredshet: Ingen endring i OT og C og verdien var stabil i øvelses/musikkgruppa ET var det en jo-jo effekt. Livskvalitet økte betydelig men sank brått etter avsluttet tiltak. Balanseevnen økte og holdt seg lenge i ET. Ledd funksjon forbedret i ET men også i OT. Konklusjon: Øvelse til musikk forbedrer kognitiv evne, funksjonsevne daglig, følelse av tilfredshet med livet og ledd og balansefunksjon. Viktig å ha kontinuerlig tilbud. Forebyggende effekt. Frivillighet, oppmuntring til deltakelse gjort. Trening kan være alternativ til medisiner.</p>	<p>Er det etisk riktig å sette i verk et tiltak med effekt hos personer med demens dersom intervensjonen må avsluttes?</p> <p>Kan være vanskelig å få personer demens til å delta? Hvordan motiver personalet til å bruke øvelser til musikk? Det tar mindre tid å gi medisiner.</p>

## 4.1 Effekt av musikk

For å redegjøre for hvordan vi analyserer artiklenes resultater, har vi valgt å trekke frem fire begreper som er viktige i studiene. Begrepene er; atferd, trygghet/identitet, livskvalitet og medisiner. I studiene blir det vist at disse begrepene påvirker hverandre. Det er naturlig å velge atferd siden dette er hovedbegrepet i problemstillingen vår.

Trygghet og identitet er begreper som er viktige å legge vekt på i omsorgen for personer med demens, og i to av studiene vi har valgt, blir det referert til et teoretisk rammeverk som er basert på demensforsker Tom Kitwood. Ifølge denne teorien er det viktig å bygge opp følelse av identitet og trygghet gjennom å vise personen med demens respekt for hans individuelle ønsker og behov (Ridder m.fl., 2013).

Teoretisk rammeverk kan forstås som en teori for hvordan man skal forstå atferdsproblemer hos personer med demens (Bragstad og Kirkevold, 2010).

I følge St.meld. nr. 29 - Morgendagens Omsorg, ønsker en å skape livsglede for eldre i sykehjem ved å styrke kulturtilbud, og gi tilbud som er tilpasset brukernes individuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Siden livsglede og livskvalitet påvirker atferd (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003), har vi valgt å sammenligne og trekke ut hva artiklene sier om begrepet livskvalitet.

I St.meld. nr 29 - Morgendagens Omsorg, blir det nevnt at studier viser at systematisk bruk av musikk i daglige aktiviteter kan redusere bruken av medisiner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Ved å trekke ut begrepet medisiner, ønsker vi å se nærmere på hva forskning sier om bruk av musikk som supplement til, eller erstatning for, bruk av psykofarmaka.

### 4.1.1 Atferd

I de åtte vitenskapelige artiklene vi har valgt, viser fem av dem at musikk har effekt på atferd hos pasienter med demens. Disse fem artiklene konkluderer med at musikk reduserer uro. Av de tre siste artiklene, tar en artikkel for seg bedring i daglig funksjonsevne. De siste to artiklene undersøker hvilken effekt musikk har på livsglede generelt, og på evne til sosial fungering hos personer med demens.

Til å måle atferd er det i flere av studiene brukt Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Dette er et spørreskjema der 29 vanligste tegn på uro graderes fra 1 til 7. Grad 1 betyr det at pasienten ikke har symptom. Grad 7 betyr at pasienten har symptom flere ganger i timen. Ofte brukes en forenklet metode av CMAI til å måle atferd. Det sparer tid, men kan påvirke resultatet av studien (Vink m.fl., 2012).

To studier har et teoretisk rammeverk. Teorier om årsaker til uro hos personer med demens er beskrevet hos Bragstad og Kirkevold (2010) og Ridder m.fl. (2013).

Vasionytè og Madison (2013) konkluderer med at musikkterapi reduserer uro, men at det i tillegg har enda større effekt på å forbedre den kognitive evnen hos personer med demens. Det er ikke mulig å si hvilken type musikkterapi som gir best effekt.

Tre av studiene viser til at individuell musikk er den metoden som har størst effekt på å redusere uro. De to review-studiene konkluderer med at musikk blir anvendt på ulike måter for å endre atferd.

Det er store likheter mellom prosjektet til Myskja og Håpnes (2010), og Hamre og Zingmark (2012). I begge disse prosjektene er hensikten å undersøke om kulturtiltak som musikk, kan integreres i helse og omsorgstjenester til personer med demens, for blant annet å påvirke atferd og livsglede.

Myskja og Håpnes (2010) sier at de ansatte er positive til å lære om metoden individuell musikk, og å ta den i bruk. Hamre og Zingmark (2012) skriver at det ofte er motvilje blant ansatte i helse og omsorgstjenesten mot å anvende musikk. Ansatte er redd de ikke har kunnskaper om musikk, og at det er tungt å motivere pasientene.

Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands (2003) sin studie viser til at intervensjon med fysisk trening til musikk i ti uker forbedrer livskvalitet, kognitiv funksjon, balanse, leddfunksjon og atferd. I denne studien er det atferd i form av funksjonsevne i dagliglivet (ADL) som er målt. Resultatet viser at trening til musikk ikke har langvarig virkning for effekten opphører når intervensjonen avsluttes. I denne studien ble tre grupper sammenlignet.

Andre aktiviteter som bingo, kortspill og håndarbeid har omtrent lik effekt på atferd, men ikke på balanseevnen. Forfatteren skriver at effekten på atferd og forbedret fysisk evne også kan forklares med den positive virkningen det har å oppleve et sosialt fellesskap. Pasientene syntes det var moro å trene til musikk (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

Ifølge Vink m.fl. (2012) har ikke musikk mer effekt på atferd enn andre aktivitetstilbud til personer med demens. Det kan ha påvirket resultatet at pasientene i sammenligningsgruppa hadde høyere skår på depresjon. Tidligere studier viser et annet resultat. I disse studiene er det ikke brukt aktiv kontrollmetode. Det betyr at når en skal sammenligne ulike intervensjoner, må forskeren korrigere for at pasientene i musikkterapi får ekstra oppmerksomhet (Vink m.fl., 2012).

Studien til Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen (2012) viser at levende musikk bedrer evnen til å delta og være med sosialt men at levende musikk har mindre effekt hos personer med alvorlig demens.

I studien til Myskja og Håpnes (2010) har de også sett på virkningen av levende musikk. Når helsepersonell synger viser det seg å dempe uro hos pasienter med demens. I denne studien har en også hentet musikere fra kulturskoler for å kunne bruke levende musikk som intervensjon. Myskja og Håpnes (2010) viser generelt til positiv effekt av mange typer levende musikk på uro hos pasienter med demens. Denne studien sier ikke noe om effekten på atferd er avhengig av grad av demens. Myskja og Håpnes peker på betydningen av kulturelle stjernestunder som bidrar til avveksling i hverdagen og bryter med det monotone livet i sykehjem. Dette er forskjellig fra det som står i artikkelen til Hagen (2003). I denne studien blir det konkludert med at dersom musikk skal ha god og varig effekt, må personer i sykehjem få et kontinuerlig og stabilt tilbud om miljøterapi.

### 4.1.2. Trygghet og identitet

Disse begrepene blir nevnt i to av artiklene.

Individualisert musikk bidrar til å skape trygghet og identitet (Hamre og Zingmark, (2012). For en person med demens er dette musikk som vekker hukommelsen, fordi musikken er en del av hans livshistorie. Når personalet ser og respekterer det særegne ved pasienten, skaper det trygghet (Myskja og Håpnes, 2010).

Hamre og Zingmark (2012) viser til at korsang og musikk i grupper for personer med demens stimulerer gruppeidentitetsfølelse. I dette prosjektet blir det lagt vekt på musikkens evne til å skape sosiale relasjoner gjennom gruppetilhørighet. Trygghet og livsglede oppsto når de 34 deltakerne var med i musikkgrupper (Hamre og Zingmark, 2012).

I dette prosjektet er det ikke lagt vekt på å bruke individualisert musikk slik det er i studien til Myskja og Håpnes (2010).

### 4.1.3. Livskvalitet

Av de åtte valgte vitenskapelige artiklene, har seks studier fokus på livskvalitet.

Hamre og Zingmark (2012) og studien til Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen (2012), viser at levende musikk gir økt livsglede hos eldre med mild grad av demens. Forfatterne forklarer livsglede med evnen til å delta sosialt og til å føle mental velvære. For pasienter med sterk grad av demens er ikke levende musikk så egnet til å forbedre livskvalitet. Denne gruppen pasienter har vansker med å tolke det som skjer.

Myskja og Håpnes (2010) beskriver hvordan musikk kan skape gode øyeblikk for både pasienter og ansatte ved sykehjem. Artikkelforfatterne gjengir en rapport fra en ansatt, som beskriver gleden pasientene viste når de hadde "vaffelstund" og sang kjente sanger som "Vi har ei tulle med øyne blå".

I studien til Ridder m.fl. (2013) er det brukt en metode til å kartlegge livskvalitet. Alzheimer Disease related Quality of Life (ADRQL) er et mål på livskvaliteten hos personer med demens. Bruk av individualisert musikk to ganger i uka i seks uker, gir ikke sikker økning i livskvalitet. Studien til Vasionytè og Madison (2013) sier også at musikkterapi har potensialet for å øke livskvaliteten. Men de har kartlagt endring i følelser og ikke direkte livskvalitet.

Ridder m.fl. (2013) referer til et case for å beskrive hvordan en pasient viser livsglede.

Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands (2003) har sammenlignet effekt av musikk på livskvalitet mellom tre grupper. Her er også undersøkt hvor lenge virkningen av musikk varer.

I gruppa som fikk standard terapi og gruppa som drev med aktiviteter, holdt livskvaliteten seg stabil og endret seg lite. Livskvaliteten økte i gruppa som trente til musikk. Men effekten av musikk var kortvarig. For å måle tilfredshet ble det brukt Life Satisfaction Index (LSI) som består av 20 påstander som pasientene selv eller intervjueren svarer på (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

#### 4.1.4. Medisinering

I fire av de valgte artiklene, blir musikk framhevet som et tiltak med få bivirkninger i motsetning til bruk av medikamentell behandling.

I Hamre og Zingmark (2012), går det frem at enkelte av helsepersonellet i studien opplevde musikkintervensjonene som en ekstra belastning, og ikke en metode som kunne lette arbeidsdagen. Videre ble det påpekt av noen av personalet at musikk ikke har effekt på atferd hos personer med demens, og at medisinering ble valgt istedenfor. Noen av personalet var overbevist om at medisiner fungerer mye bedre enn musikk (Hamre og Zingmark, 2012).

I Ridder m.fl. (2013) var det en standardgruppe, som fikk vanlig ordinær pleie, og en musikkgruppe som fikk musikkterapi. Resultatene viser at forskrivning av psykofarmaka økte i standardgruppen, mens i musikkgruppen minket forskrivningen av både psykofarmaka og legemidler mot demens. Psykofarmaka har kortvarig effekt, samt bivirkninger. I tillegg kan det gi redusert livskvalitet, og økende kognitiv svikt. Det demper symptomene, men gjør ikke noe med aggresjonens årsaker (Ridder m.fl., 2013).

Det samme resultatet har også Vink m.fl. (2012). Den medisinske behandling har kortvarig effekt, og den gir bivirkninger. Her viser de til betydningen av å finne ikke-medikamentelle metoder for personer med demens, og musikken brukes for å redusere blant annet uro og angst (Vink m.fl., 2012).

I Myskja og Håpnes (2010) vises det til St.meld. nr. 25, som påpeker en stor kostnadsøkning med både medikamentell behandling og kulturtilbud i årene som kommer. I artikkelen skriver de om en pasient med demens som var urolig og hadde agitert atferd, selv om han hadde fått medisiner. En musikk-cd ble satt på, og pasienten roet seg nesten med en gang. Denne studien viser at musikk hjelper mot uro og agiterende atferd, samtidig som musikk kan kombineres med legemidler mot demens (Myskja og Håpnes, 2010).

## 5.0 Diskusjon

Artiklenes resultater drøftes i forhold til de fire valgte begrepene; atferd, trygghet/identitet, livskvalitet og medisinerings, sammen med sykepleiens betydning og teori.

*”Hvilken effekt på atferd har musikk på pasienter med demens i sykehjem?”*

### 5.1 Atferd og musikk

Musikk kan påvirke atferd og dempe uro hos personer med demens (Myskja og Håpnes 2010). Linda Gardner har utviklet en metode som heter Individualized Music Intervention for Agitation (IMIA). Metoden bygger på en hermeneutisk forståelse av hva som er årsaken til at pasienter med demens viser uro (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Siden personer med demens har nedsatt evne til å forstå, vil ulike stimuli lett oppfattes som stress. Når samtidig evnen til å uttrykke seg er redusert, vil personen vise atferd i form av uro. En kan se på uro som en mestringsstrategi (Bragstad og Kirkevold, 2010).

En annen måte å forklare årsaken til atferdsendringene, er at pasienter med demens har behov som ikke omgivelsene dekker. Pasienten vil da bli urolig. Musikkterapi vil ha to effekter. Den ene effekten forklares ved at musikk leder oppmerksomheten vekk fra de stressutløsende stimuli, og over på musikk. Dette er stimuli personen med demens forstår, og som skaper trygghet. Den andre effekten forklares ved at musikken kan vekke gode følelser. Det kan være minner om hyggelige hendelser. Når en bruker musikk er det med andre ord for å redusere stress (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Individualisert musikk kan redusere uro. Men det er usikkert hvordan man skal bruke intervensjonene. Når man skal bruke den, hvor lenge og i hvilket rom musikken skal avspilles. Det handler om at pasienten skal føle seg trygg (Bragstad og Kirkevold, 2010). Når en skal hjelpe pasienten til å få fram følelser er det viktig å finne musikk som pasienten har et forhold til. En kan spørre noen som kjenner pasienten eller observere hvilken musikk pasienten reagerer positivt på av populærmusikk fra ulike tidsepoker (Vasionytè og Madison, 2013). I stellesituasjoner som er vanskelig fordi pasienten er urolig vil det roe ned pasienten dersom helsearbeider synger (Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen, 2012).

Studier viser at å bruke sang som musikkintervensjon i slike situasjoner vil kunne ha tre effekter som påvirker atferden. Det bedrer samarbeidet fordi sang påvirker positivt det



relasjonelle forholdet mellom pasient og omsorgsgiver. Sangen gir dessuten vitalitet i hverdagen som kan være monoton. Den siste effekten er at musikk bedrer pasientens evne til å uttrykke følelser (Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen, 2012).

Musikk kan være en alternativ kommunikasjonskanal for personer som er kognitivt svekket. Hos personer med sterk demens og afasi, kan musikk åpne opp for at han kan uttrykke følelser gjennom musikken fordi evnen til å nynne og spille er bevart (Vasionytè og Madison, 2013).

Et biologisk syn på demens, er å se på symptomet agitert atferd som resultat av degenerative forandringer i hjernen (Ridder m.fl., 2013)

I vårt utvalg av artikler er det ikke gjort studier på effekt av musikkterapi på ulike former for demens. Men forskning viser at musikk virker på fysiologiske parametre som det autonome nervesystem, cytokiner og katekolaminer som noradrenalin og serotonin (Vink m.fl., 2012). En har også påvist at det frigjøres immunglobulin og det velværestimulende hormonet oksytocin under sang (Theorell, 2010).

Forskning viser at musikk har direkte virkning på hjerneceller og kan knytte nye forbindelser mellom cellene. Ord og tale når hjernen via andre baner enn det musikk gjør. Mens ord og tale går direkte til hjernebarken og tolkes der går musikk og kultur inntrykk til følelsesdelen i hjernen som kalles limbis. Deretter går impulsene videre i egne baner til hjernebarken (Theorell, 2010).

Musikken er med andre ord en alternativ kommunikasjonskanal for personer med demens (Myskja og Håpnes, 2010).

Det er ikke mulig å måle effekten av det relasjonelle forholdet til personer med demens og i hvor stor grad det virker inn i studier over effekten av musikk (Ridder m.fl., 2013).

Omsorgsteorien til Kari Martinsen fremhever betydningen av det relasjonelle forholdet mellom pasient og sykepleier (Martinsen, 2003).

Når atferden påvirkes og pasienten blir roligere, kan det skyldes både musikken og det relasjonelle forholdet til sykepleieren.

Miljøbehandling med musikk omfatter mange faktorer i miljø som påvirker resultatet av studier, for eksempel grad av demens og grad av understimulering før studien startet (Vink m.fl., 2012). Det betyr at studiene har begrenset verdi når resultatene skal overføres til bruk i klinisk praksis. Det blir heller ikke gitt konklusjon på hvilken musikkterapi man skal bruke.

Vink m.fl. (2012) peker på et forhold som det ikke er blitt korrigert for i tidligere studier, over effekten av musikk på atferd. Musikkterapien innebærer at pasienten får mer oppmerksomhet enn pasienter i alternative aktiviteter.

Nettopp det forholdet er viktig dersom musikk skal ha effekt på atferd. Mangel på oppmerksomhet kan nemlig i seg selv forårsake uro hos personer med demens (Vink m.fl., 2012). Når en korrigerer for at musikkterapi gir ekstra oppmerksomhet blir resultatet av studiene annerledes.

Vink m.fl. (2012) finner at musikkterapi i fire måneder to ganger i uka, ikke har mer effekt enn andre aktivitetstilbud.

Med andre ord blir konklusjonen at både tiltak med musikk og det å gi oppmerksomhet, kan bidra til å redusere uro.

Ifølge Bragstad og Kirkevold (2010) kan fysisk uro skyldes mangel på aktiviteter og en monoton hverdag i sykehjem. Verbal uro kan være forårsaket av ensomhet.

Når det blir lagt vekt på tilbud om miljøaktiviteter, vil det være i tråd med tiltak som er foreslått i St.meld. nr. 25. I denne meldingen blir det påpekt at det er på det sosiale og kulturelle område at de fleste tiltak innen demensomsorg bør settes inn (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006).

I studien til Vink m.fl. (2012) ble musikkterapi sammenlignet med aktiviteter som håndarbeid, matlaging, gåturer, spill og sang. Dette er viktige miljøterapi tilbud som er i tråd med det myndighetene anbefaler. Slike aktiviteter kan også påvirke og forbedre motorisk funksjon, ved at muskler og ledd blir brukt. Både denne studien og undersøkelsen til Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands (2003) viser til at aktiviteter generelt bedrer kognitiv funksjon. I sykehjem skjer det en gradvis forverring av kognitiv funksjon, dersom ikke pasienter med demens opprettholder aktivitet. Dersom en bruker musikk til trening eller annen miljøbehandling, virker dette forbyggende og det forbedrer aktivitet i dagliglivet.

Forklaringen kan være at disse aktivitetene øker blodsirkulasjon i hele kroppen (Hagen, Armstrong-Esther, og Sandilands, 2003).

Musikk i grupper bidrar til å dekke grunnleggende behov for sosial kontakt og å ha sysselsetting (Bragstad og Kirkevold, 2010).

Det er vist at ulike måter å bruke musikk kan gi forskjellig effekt på atferd. Musikkterapeuter anvender tre hovedprinsipper til personer med demens, og de dreier seg om å øke oppmerksomhet, regulere følelser og bedre sosial evne (Ridder m.fl., 2013)

I de åtte vitenskapelige artiklene som er valgt, er ulike former for musikk blitt brukt.

Resultatene kan ikke si hvilke metoder som er best egnet for å påvirke adferd.

Men musikk kan vekke vonde minner og forårsake uro hvis den brukes feil (Bragstad og Kirkevold, (2010).

I prosjektet til Myskja og Håpnes (2010) fikk helsearbeidere og sykepleier-studenter opplæring i metoden individuell musikk.

Det gir sikkerhet for at musikk anvendes på en god måte (Myskja og Håpnes 2010). Dette kan relateres til kvalitet i sykepleie (Høgskolen i Gjøvik, 2014).

St.meld. nr. 25 står det at det skal bli en opptrapping av midler til omsorgsforskning med spesiell vekt på demens. Myndighetene ønsker å stimulere til nyskaping og nye måter å tenke på i helse og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Det viser at myndighetene ønsker å finansiere tiltak som for eksempel opplæring i bruk av musikk til demente i sykehjem.

Det er lagt en plan for hvordan kunnskap om demens skal utvikles og være tilgjengelig for helsepersonell, pasienter og pårørende. I St.meld. nr 29 pekes det på betydning av innovasjon. Innovasjon blir her forklart med evnen til å møte utfordringer ved å tenke i nye baner for å finne nye løsninger. Det å utvikle et forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert tilbud om musikk til personer med demens er eksempel på dette. Kommunene skal legge vekt på aktivitetstilbud til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

## **5.2 Trygghet/identitet og musikk**

Myskja og Håpnes (2010) refererer til demensforsker Tom Kitwood, og begrepet personhood som forklarer betydningen av identitet.

Personhood kan oversettes til personsentrert eller individuell omsorg. Det betyr at helsepersonell hele tiden gjennom sykdomsforløpet må se personen med demens som et unikt individ. Helsepersonell må bidra til at hver enkelt pasient med demens får individuell og tilpasset omsorg ut i fra sine ønsker og behov. Dette styrker mestrings- og identitetsfølelsen til den som mottar hjelp og omsorg (Nasjonalt Kunnskapssenter for Aldring og Helse 2014).

Vasionytè og Madison (2013) viser til at musikkterapi i grupper hjelper til å skape identitet og mestringsfølelse. Det bedrer den sosiale evnen, for i disse musikkstundene knyttes det bånd mellom mennesker. I Hamre og Zingmark (2012) ble det også knyttet sterkere bånd mellom pasienter med demens og personalet, ved sang- og musikktreffene. Ved at det sosiale nettverket utvides, og kommunikasjonen fremmes, fører dette til trygghet i hverdagen.

Myskja og Håpnes (2010) viser til at musikk kan være supplement til medikamentell behandling ved ulike lidelser hos personer med demens.

Siden musikk kan bedre gangfunksjon kan det brukes på den måten at pasienten går i takt med musikken (Myskja og Håpnes, 2010).

Regelmessig trening hos eldre forbedrer også balanseevnen og siden trening til musikk er lystbetont kan musikk virke motiverende (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

Dette kan redusere fallulykker og på den måten øke trygghet og livsglede når eldre føler seg tryggere i forflytningssituasjoner. Dersom en bruker musikk som motivasjon til trening vil musikk kanskje kunne ha en forbyggende funksjon. Miljøterapi som musikk kan anvendes mot smerter og angst, og dermed bidra til trygghet (Vasionyte og Madison, 2013).

Blant sykehjemsbeboere i Norge er det funnet en smerteforekomst på 50 % hos de pasientene som selv kan si ifra. For sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvordan smerter kan observeres hos personer med demens. Hos eldre med kognitiv svikt kan smerter observeres som forandring i ansiktsuttrykk, verbalisering, vokalisering, og forandring i aktivitetsmønster og samhandling (Torvik, 2012). Ingen av studiene tar for seg hvordan musikk kan anvendes mot smerter, men resultatene til Vasionyte og Madison (2013), viser at musikk virker på fysiologiske funksjoner som blodtrykk og det autonome nervesystem. Forfatterne sier at man ikke har et sikkert svar på hva som er de grunnleggende mekanismer for hvordan musikk virker på kropp og hjerne.

Vasionyte og Madison (2013) viser at musikkterapi kan forbedre den kognitive evnen hos pasienter med demens. I de 19 studiene som er vurdert er det brukt ulike musikkintervensjoner, og det er ikke mulig å si hvilken musikkmetode som anbefales når hensikten er å forbedre kognitiv funksjon og identitetsfølelse. Selv musikk som er ukjent for pasienter med demens, kan forbedre den kognitive evnen. Forfatteren spør om musikkens rytme og faste struktur i seg selv kan påvirke den kognitive evnen på en positiv måte (Vasionyte og Madison, 2013).

Dersom effekten viser seg å være varig forbedring av kognitiv funksjon, kan musikk bidra til trygghet. Men forskning viser at sansestimulering trengs kontinuerlig. Forfatterne av denne studien skriver at lett trening til musikk i ti uker viser tydelig forbedring av balanseevne, leddfunksjon og kognitiv funksjon (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

Dette er eksempel på multimodal sansestimulering, som betyr at stimulering av flere sanser samtidig forsterker effekten på hjernen (Theorell, 2010).

Men ti uker etter at miljøtiltaket er avsluttet, er effekten av musikk borte. Miljøtiltak bør derfor være kontinuerlig (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

### 5.3 Livskvalitet og musikk

Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen (2012) sin studie viser at levende musikk til pasienter med mild demens, har positiv effekt på livskvalitet, positive og negative følelser, og mentalt velvære. Pasienter med alvorlig demens, har negativ eller ingen effekt av musikkterapi. Dette forklares med at pasienter med demens har svikt i evnen til å forstå, og motta nye inntrykk. Levende musikk bidrar til bedre relasjon mellom pasienter med mild demens og personell, på grunn av økt livskvalitet (Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen, 2012).

Myskja og Håpnæs (2010) har kommet frem til positive resultater med både standard-musikk og individuell musikk, til alle pasientene med demens. I denne studien er ikke grad av demens og antall deltakere oppgitt, slik at man ikke får riktig bilde når man sammenligner med studien til Van der Vleuten, Visser og Meeuwesen (2012).

Review-artikkelen til Vasionytè og Madison (2013) tar for seg 19 studier med 22 år som tidslengde. Her ble det brukt forskjellige metoder i fremføringen av musikk, både i grupper og individuelt. Resultatene viser middels effekt av musikk på livskvalitet. Dette forklares med at det har vært for små grupper, og for få holdepunkter for å oppnå et troverdig resultat. I tillegg trengs det mer forskning, for å finne ut mer om virkningsmekanismene, og hvordan musikk påvirker pasienter med demens (Vasionytè og Madison, 2013).

I studien til Ridder m.fl. (2013), har pasienter med moderat til alvorlig demens deltatt. En gruppe har fått musikkterapi, og den andre har fått vanlig behandling, individuelt.

Musikkterapien har gitt positiv effekt på livskvalitet, men det er ikke nok deltakere med i studien til at resultatet er pålitelig (Ridder m.fl., 2013). Det er felles for artikkelen til Ridder m.fl. (2013) og Vasionytè og Madison (2013), at det er for små grupper eller for få deltakere til å kunne gi et troverdig resultat. Det gis ikke et klart bilde på hvorfor.

Deltakerne i studien til Hamre og Zingmark (2012), viste derimot mye glede både før og etter musikktreffene. Her ble det lagt vekt på både sang, musikk og bruk av rytmeinstrumenter.

Dette ga et løft slik at deltakerne ble bedre kjent med hverandre, danset med hverandre og fikk økt livskvalitet. Det står imidlertid ikke noe om graden av demens hos deltakerne, noe som gjør det vanskelig med en konklusjon om effekt.

Enkelte av personalet syntes innføring av musikkterapi var en ekstra arbeidsbelastning (Hamre og Zingmark, 2012). Dette kan føre til musikkintervensjonene ikke ble gjennomført på en tilfredsstillende måte.

Studien til Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands (2003) har også fokus på livskvalitet. Her ble deltakerne inndelt i tre grupper. En gruppe får vanlig behandling. Den andre gruppen

driver med aktiviteter som håndarbeid og spill, mens den tredje gjør lette øvelser til musikk. Denne studien ville i tillegg fokusere på varigheten av eventuell effekt av behandlingen. Gruppen som fikk musikkintervensjoner var den eneste som oppnådde betydelig økning i livskvalitet. Ti uker etter intervensjonens slutt, så var effekten borte, og livskvaliteten sank. Dette viser hvor viktig det er at pasienter med demens får stabile og kontinuerlige behandlingstilbud.

I mange av studiene har det vært for liten deltakelse og det er ikke tatt hensyn til ulike grader av demens hos pasientene som er med. Dette forholdet kan påvirke resultatet av studiene. (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

Det beste for pasienter med demens er å ha en trygghet og samme rutine, slik at kvaliteten på behandlingen som gis er stabil (Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands, 2003).

Ut i fra alle typer og stadier av tilstanden demens, så kan man forstå at å gjøre studier som nevnt ovenfor, kan være en utfordring. En gjenganger har vært at det er for liten deltakelse i studiene, slik at resultatet blir usikkert. Noen studier har ikke oversikt over hvilken grad av demens deltakerne har, og resultatet blir også her påvirket.

Personer med demens er en gruppe som trenger hjelp og omsorg, og det er viktig å tilføre stimulering i deres hverdag. Dette kan bidra til å forbedre livskvalitet og atferd. Samtidig er det viktig at vi som sykepleiere og annet helsepersonell, samhandler oss imellom og med andre yrkesgrupper, slik at behandlingstilbudet blir stabilt og bra. Tverrfaglighet bidrar til et bredere vurderingsgrunnlag. Dette fører til en trygghet og stabilitet (Engedal og Haugen, 2009). I studien til Hagen, Armstrong-Esther og Sandilands (2003), blir det konkludert med at miljøterapi må være stabile og kontinuerlige behandlingstilbud dersom de skal ha varig effekt på atferd. Hvis musikkintervensjoner hadde blitt innført som en daglig rutine, i form av nynning eller sang av personalet, fører dette til en stabilitet og trygghet for pasienter med demens.

## 5.4 Medisiner og musikk

Myskja og Håpnes (2010), viser til St.meld. nr. 25, som påpeker stor fremtidig kostnadsøkning med medisiner og kulturtilbud. Studien deres har med et eksempel på en pasient med demens, som har blitt gitt medisiner mot uro. Atferden er fortsatt agiterende, og det blir satt på en cd med musikk. Pasienten roer seg ned (Myskja og Håpnes, 2010).

I Hamre og Zingmark (2012) derimot, går det frem at noen av personalet i studien har en overbevisning om at medisiner gir best effekt til personer med demens. Noen av personalet mente også at musikk som miljøterapi førte til en ekstra arbeidsbelastning. I tillegg rådde mye usikkerhet rundt temaet musikk, og her påpekes det hvor viktig det er med kunnskap og informasjon. Når personalet så effekten hos pasientene, forandret de mening. Det påstås her at musikk gir ingen bivirkninger, bare man bruker rett musikk til rett tid, og til rett person (Hamre og Zingmark, 2012).

I studien til Ridder m.fl. (2013), ble bruk av legemidler redusert i gruppen som fikk musikkintervensjoner, mens den økte i gruppen som fikk vanlig behandling. Psykofarmaka har bivirkninger, er symptomdempende og har en kortvarig effekt.

I Vink m.fl., (2012) påpekes det viktigheten av å finne ikke-medikamentelle metoder for personer med demens. For å redusere angst og uro, blir musikken brukt som behandling. Studier viser at musikk kan være et supplement til medisinsk behandling, og redusere bruken av medisiner.

Man skal være forsiktig med å si at musikk ikke gir bivirkninger, for det kan den gjøre. Musikk må tilrettelegges individuelt, slik at den gir en beroligende effekt og ikke fører til mer uro og agitasjon. Informasjon til personalet, som gir kunnskaper om musikk som behandling, er også viktig. Studier viser at noen av personalet kan være motvillige til å ta i bruk musikk som terapi i sykehjem. Det kan skyldes usikkerhet med nye metoder. Forskning viser at informasjon og kunnskap gir trygghet, og dette smitter også over på pasientene.

Gupta (2013) beskriver et miljøtiltak på en demensavdeling ved et sykehjem i Norge. Her er det brukt musikk daglig, på forskjellige tidspunkt, tilpasset hver pasient. Miljøtiltaket blir vurdert etter pasientens ressurser, behov og initiativ. Dette ble gjort ved hjelp av døgnregistreringsskjema og filming. Evalueringen skjer fortløpende, og endres etter behov. For å få dette til, ble pasientene observert nøye av personell og en musikkterapeut. En forutsetning for å få en god virkning av musikken, var at pleierne gjennomførte tiltakene likt, selv om de gikk i turnus. Miljøtiltaket skulle være like viktig som medisineren for pasienten. Gjennomføring av miljøtiltaket på samme måte, og på samme tidspunkt hver dag, fører til en forutsigbarhet og kontinuitet hos pasientene. Pårørende og nærstående personer til pasientene, ble med i kartleggingen av musikksmaken til hver enkelt. Et resultat av miljøtiltakene, er en pasient som hadde utfordrende atferd i form av agitasjon. Han fikk mye beroligende medisiner. Medpasienter og pårørende opplevde han som truende. Etter at han fikk høre musikk han var glad i, ble han mindre agitert og begynte å samarbeide bedre. Beroligende medisiner ble etter hvert seponert, og han begynte å delta i aktiviteter. Pleierne fikk mer fokus på hvordan pasientene hadde det, hva pasientene trenger og hvorfor. En sykepleier sier at de har lært mye om musikk, demens og betydningen av kartleggingsskjemaer (Gupta, 2013). Dette prosjektet viser betydningen av å bruke standardiserte kartleggingsskjemaer for å dokumentere viktige observasjoner av pasienter.

Ifølge demensplan i St.meld. nr. 25, fremheves det at personer med demens har forskjellige behov og ulike interesser. God omsorg handler om å møte personer med demens der han eller hun er. Regjeringen ønsker å skape gode omsorgstjenester, slik at personer med demens opplever trygghet, livskvalitet og mening i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).



## 5.5 Kildekritikk og etiske overveielser

Tre av artiklene er publisert i tidsskrift som har vitenskapelig nivå to. De resterende fem artiklene er publisert i tidsskrift med nivå en. Nivå to har høyeste vitenskapelige nivå. (Database for statistikk om høgre utdanning, 2014).

Alle artiklene har en tydelig beskrevet hensikt, bortsett fra Vasionytè og Madison (2013). Denne omfattende studien tar for seg mange effekter og metoder, og kan føre til risiko for systematiske feil. Etiske betraktninger er blitt lagt vekt på i fem av de åtte inkluderte artiklene. Informert samtykke er ivarettatt gjennom skriftlig informasjon og samtykke. Der pasienten ikke har vært i stand til å kunne gi samtykke, har det blitt gitt av pårørende eller andre nærstående personer. Ansatte har blitt gitt grundig informasjon om prosjektets innhold og metode, og informanter og pasienter er anonymisert (Myskja og Håpnes, 2010).

Forskningsartiklene skal opplyse om det er gitt informert samtykke og at studiens hensikt er gjort rede for. Dessuten skal opplysninger om deltakerne være anonymisert (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014). Personer med demens kan mangle samtykkekompetanse, og pårørende må da ha samtykke på vegne av vedkommende, i følge Pasient- og Brukerrettighetsloven § 4-3 (1999).

Tre artikler har ikke med etiske betraktninger, to av disse er review-artikler. Vi har ikke funnet at det er nødvendig å sjekke om oversiktsartikler har med et punkt om at etiske betraktninger er foretatt (Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten 2014). Den tredje artikkelen tar for seg ulike momenter som vi ønsket å ha med, og i tillegg er dette et prosjekt som undersøker grunnlaget for videre forskning.

Relevant stoff om Kari Martinsens sykepleieteori, har vi funnet i hennes eget verk. Det er en primærkilde, som inneholder ingen tolkning av hva andre har skrevet og kan sees på som mer troverdig enn sekundærkilder. Primærkilder kan sees på som råmaterialet, og sekundærkilder tolker råmaterialet (Rienecker og Stray Jørgensen, 2013). Om sykdommen demens, har vi funnet litteratur i fagbøker og i utvalgte vitenskapelige artikler. I Engedal og Haugen (2009), viser de til fagkunnskap via ICD-10, som er et klassifikasjonssystem for sykdommer. Når vi sjekket opp dette på nettsiden, kunne vi ikke gjenkjenne teorien slik som det var beskrevet i boken. Vi utelot derfor å ta den inn i oppgaven. Teori om musikk og musikkterapi, har vi kritisk plukket ut fra fagstoff og artikler. Vi finner denne teorien troverdig, siden forskjellig musikk er blitt anvendt i praksis og gjort forskning på.

Vurderingen av utvalgte artikler har vært kritisk, samtidig så har vi ønsket å ta med artikler som har hatt andre synspunkter og vinklinger i forhold til problemstillingen. Dette for å få til

en god diskusjon. Det finnes muligens andre artikler som kunne ha påvirket vårt resultat, hvis vi for eksempel hadde brukt andre søkeord. Vi hadde klare mål for hvilke søkeord vi ønsket å bruke, samt ønsket resultat.

I alle de vitenskapelige artiklene vi har funnet, er det samme konklusjon; at det trengs mer forskning på området, og at deltakermengden har vært liten i forhold til å få et troverdig resultat. I tillegg hadde det vært ønskelig at artiklene hadde mer sykepleiefaglig stoff, og ikke bare ren teori.

## 6.0 Konklusjon

Oppgaven har bidratt til å gi svar på problemstillingen "Hvilken effekt på atferd har musikk på personer med demens i sykehjem?"

Musikk kan dempe urolig atferd hos demente i sykehjem, og i motsetning til medisiner er det en behandlingsform som har få eller ingen bivirkninger.

Musikk skaper variasjon i hverdagen for pasientene. I en institusjon kan livet for beboerne bli monotont. Musikk er et miljøtiltak som bidrar til å stimulere sansene, skape sosiale fellesskap, gi gode følelser, og på den måten øke livskvaliteten. Når musikk brukes på en måte der pasientens ønsker og behov hele tiden er i fokus, kan musikk gi trygghet, styrke identitet og mestringfølelsen hos personer med demens.

Musikk er et tiltak som kan benyttes for å møte utfordringen i fremtiden, med økt antall personer med demens. Når pasientene blir roligere av musikk, trengs færre personal til å utføre arbeidsoppgaver. Musikk har vist seg å skape trivsel også for helsepersonell, og det kan bedre på kvaliteten av helsehjelpen personer med demens får.

Resultatet av vår litteraturstudie viser ulike forskningsresultater når det gjelder hvilken musikkterapi som har best effekt, og på hvilket tidspunkt den gir best effekt på atferd hos personer med demens. På disse områdene er det behov for mer kunnskap.

Forskning viser at musikk må være et kontinuerlig tilbud til personer med demens, hvis det skal ha langvarig effekt på atferd.

I tiden fremover er det et stort behov for forbedringer på sykehjem, i forhold til kulturelle og sosiale områder. Ved å bruke kultur og kunst på nye måter i sykehjem, følger en oppfordringen fra myndighetene.

Som miljøtiltak kan musikk gi personer med demens i sykehjem en bedre hverdag.

Litteraturstudiet har praktisk betydning for sykepleie, og det bringer frem ny kunnskap som danner grunnlag for videre arbeid innen demensomsorgen.

## 7.0 Litteraturliste

Andersen, E.A. og M. Munch (2012). *Utfordringer og muligheter – Samvær med personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Bragstad, L.K. og M. Kirkevold. (2010) Individualisert musikk for personer med demens. I: *Sykepleien forskning*. 2010 (2), s.110-118.

Database for statistikk om høgre utdanning. (2014). [online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (28.04.2014).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Forskningsetisk sjekkliste*. [Online]. URL: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/> (29.04.2014)

Engedal, K. og P.K. Haugen (2009) *Lærebok demens – fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Gupta, R.R. (2013) Kan musikk være et tiltak som beroliger personer med demens i sykehjem? I: *Demens & Alderspsykiatri*, (13) 3, s.19-23.

Hagen, B., C. Armstrong-Esther og M. Sandilands (2003) On a happier note: validation of musical exercise for older persons in long-term care settings. I: *International Journal of Nursing Studies*. 40(4), s. 347-357.

Hamre, K. og K. Zingmark (2012) Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg. I: *Socialmedicinsk tidskrift*. 2012 (2), s.178-188.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg*. St.meld. nr. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Henningstad, S., og H. Hustadnes (2013) *Demens – den nye folkesykdommen*. Oslo: Kagge Forlag AS

Høgskolen i Gjøvik/Biblioteket (2014) *Beskrivelse av databaser* [online]. URL: [http://hig.no/biblioteket/databaser2/database\\_info](http://hig.no/biblioteket/databaser2/database_info) (05.04.2014)

Høgskolen i Gjøvik/Biblioteket (2014) *Ordlister for studenter* [online]. URL: [http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste\\_oppg](http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste_oppg) (07.05.2014)

Høgskolen i Gjøvik/Forskning (2014) *Helse i dagliglivet* [online]. URL: [http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse\\_i\\_dagliglivet](http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet) (07.04.2014)

Høgskolen i Gjøvik/Forskning (2014) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (07.04.2014)

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Myskja, A. (2006) *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Myskja, A. og O. Håpnes (2010) Music and health in a local community. A coordinated teaching program in five nursing homes in Mid-Norway. I: *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 12 (1), s.3-15.

Nordahl, M. (2009) *Den dingsen oppå greia..*[online]. *Forskning.no*. URL: <http://www.forskning.no/artikler/206110> (07.04.2014)

Olsson, H. og S. Sörensen (2011) *Kvalitative och kvantitative perspektiv – Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient-og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (29.04.2014)

Ridder, H.M.O., B. Stige., L.G. Qvale og C. Gold (2013). Individual Music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. I: *Aging & Mental Health*. 2013 (6), s. 667-678.

Rienecker, L. og P. Stray Jørgensen (2013) *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skogum, B.T. (2009) *De nære ting – om bruk av musikk ved behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Theorell, T. (2010). Musik och folkhelsa. I: *Sosialmedisinsk Tidsskrift*, 2, s.51-60.

Torvik, K. (2012). Smertekartlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon. I: *Best Practice. Psykologi/nevrologi/geriatri*, 10(3), s.2-4.

Van der Vleuten, M., A. Visser og L. Meeuwesen (2012). The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. I: *Patient Education and Counseling*, 89, s. 484-488.

Vasionytè, I og G. Madison (2013). Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. I: *Journal of Clinical Nursing*, 22, s.1203-1216.

Vink, A.C., M. Zuidersma, F. Boersma, P. de Jonge, S.U. Zuidema og J.P.J.Slaets (2012). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: A randomized controlled trial. I: *International Journal of geriatric Psychiatry*, 1 (10), s.153-171.

## Søking og resultater (I)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>Søkedato: 03.03.2014</b>			
1Dementia 2Music 3satisfaction	Cinahl	1 and 2	335
		1 and 2 Peer reviewed, abstract, English. 2009-2014	88
		1 and 2 and 3 Peer reviewed, abstract, English. 2009-2014	7
<b>Søkedato: 03.04.2014</b>			
1. Demens 2. Musikk	SweMed+	1 Peer-reviewed, les online. 2009-2014	126
		2 Peer-reviewed, les online. 2009-2014	39
		1 and 2 Peer-reviewed, les online. 2009-2014	2

## Søking og resultater (II)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>Søkedato:</b> <b>06.04.2014</b>			
1. Dementia 2. Music 3. Music therapy 4. Agitation	Medline	1 Abstract, English. 2004-2014	11254
		2 Abstract, English. 2004-2014	3659
		3 Abstract, English. 2004-2014	873
		4 Abstract, English 2004-2014	4919
		1 and 3 Abstract, English 2004-2014	56
		1 and 3 and 4 Abstract, English 2004-2014	18



## Søking og resultater (III)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>Søkedato: 06.04.2014</b>			
1.Music 2.Dementia 3.Satisfaction	PsykInfo	1 2002-2014	6912
		2 2002-2014	33428
		1 and 2 2002-2014	96
		3 2002-2014	22658
		1 and 2 and 3 2002-2014	0
		1 and 3 2002-2014	30
<b>Søkedato 06.04.2014</b>			
1.Dementia 2.Music 3.Satisfaction	Ovid Nursing Database	2	1366
		1	7346
		1 and 2 English, Abstract 2004-2014	45
		3 English, Abstract 2004-2014	9998
		1 and 2 and 3 English, Abstract 2004-2014	4