

SPL 3903 BACHELOROPPGAVE

**BRUK AV MUSIKK I
DEMENSOMSORGEN**

FORFATTERE:
FREDERIK BJORDAL GRANDE, 470746
PERNILLE HORNNÆSS, 470644
INGRID KØHNCKE AASE, 470657

DATO: 15.05.18

SAMMENDRAG

Tittel:	Bruk av musikk i demensomsorgen	Dato : 15.05.18
Deltakere:	470746 Frederik Bjordal Grande	
	470644 Pernille Hornnæss	
	470657 Ingrid Køncke Aase	
Veileder:	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Demens, musikkterapi, utfordrende atferd, sykehjem	
Antall sider/ord: 55 / 10 777	Antall vedlegg: 8	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Bakgrunn: Om 30 år vil Norges ha en befolkning der 140 000 personer har en demenssykdom dersom det ikke utvikles kurerende behandling. I dag oppgis demens å være den hyppigste innleggelsesårsaken i sykehjem. Økt kunnskap om denne pasientgruppen og deres sykdomsforløp kan bidra til behandling av høyere kvalitet. Hensikt: Tilegne oss økt kunnskap om bruk av musikkbasert miljøbehandling, musikkterapi, i demensomsorgen i sykehjem. Vi ønsket å undersøke hvilken effekt musikk kan ha på denne pasientgruppen. Videre ønsket vi å se på hvordan musikken kan virke forebyggende for utfordrende atferd. Metode: Oppgaven er et litteraturstudie som bygger på fem kvantitative, og et kvalitativt studie. Funn av artikler ble gjort ved søk i databasene <i>Cinahl Complete</i>, <i>PubMed</i>, <i>MedLine</i> og <i>ProQuest</i>. Resultatene fra valgte artikler bidrar til å svare på problemstillingen. Resultat: Terapeutisk bruk av musikk gir økt livskvalitet, og gir med dette en betraktelig reduksjon av depressive symptomer opp til to - fire uker etter siste musikkintervensjon. Videre gir terapeutisk bruk av musikk en god og øyeblikkelig reduksjon av agitert atferd. Interaktiv musikkterapi gir større effekt enn passiv musikkterapi. Individualisert musikk reduserte over lenger tid angst, paranoia og fobier. Konklusjon: Utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem, kan i stor grad reduseres ved terapeutisk bruk av musikk. Musikken bør være individualisert for å oppnå ønsket effekt. Musikken kan gi høyere følelse av velvære ved å fremme positive minner og glede. Musikken har god øyeblikkelig og kortsiktig effekt på agitasjon. Videre bidrar musikkterapi til et stabilt stemningsleie og høyere selvtillit, hvilket som reduserer graden av utfordrende atferd.</p>		

ABSTRACT

Title:	Use of music in dementia care	Date : 15. 05.18
Participants/	470746 Frederik Bjordal Grande	
	470644 Pernille Hornnæss	
	470657 Ingrid Køhncke Aase	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Keywords (3-5)	Dementia, music therapy, challenging behavior, nursing home	
Number of pages/words: 55 / 10 777	Number of appendix: 8	Availability (open/confidential): open
<p>Background: In 30 years Norway will have a population of 140 000 people with dementia diagnosis, unless a cure is developed. Today dementia is listed as the main cause of admission to nursing homes. Increased knowledge of this patient group might contribute to a higher quality of treatment. Aim: Gain increased knowledge of the use of music based environmental treatment, music therapy, in nursing home dementia care. We wanted to explore what the effects of music may have on this patient group. Further on we wanted to investigate how music can affect challenging behavior. Method: This thesis is a literature study based on five quantitative studies and one qualitative study. The articles was found by searching in the following databases Cinahl Complete, PubMed, MedLine and ProQuest. The results from the selected articles contributes to answer our question. Result: Therapeutic use of music increases quality of life, and significantly reduces depressive symptoms up to two - four weeks after the last music intervention. Further on therapeutic use of music reduces agitated behavior immediately. Interactive music therapy improves the effect more than passive music therapy does. Individualized music did reduce anxiety, paranoia and phobias over longer periods of time. Conclusion: Challenging behavior in people with dementia in nursing homes can be significantly reduced by using music therapeutically. The music should be individualized to achieve the desired effect. The music may increase the sense of well-being by promoting happy memories and joy. The music has an immediate and short-term effect on agitation. Further on the music therapy contributes to a pleasant emotional state and a higher confidence which leads to reduced challenging behavior.</p>		

Ønskedikt

*Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt griset og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.*

*Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.*

*Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.*

*Så dør min mann,
jeg blir ensom med sorgen,
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn og hjem,
det er så mye som opptar dem.*

*Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot blir snart tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.*

*Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes:
barndom, ungdom, sorger og gleder, samliv,
mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.*

*Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!*

Hva ser du søster? - En tung og senil og trett gammel skrott?

- Nei. Prøv en gang til!

Se bedre etter - se om du kan finne:

et barn, en brud, en mor, en kvinne!

Se meg som sitter der innerst inne!

Der er MEG du må prøve å se - og finne!

(Ukjent, u. å.)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Hensikt	8
1.3 Problemstilling	9
1.4 Avgrensing	9
2.0 BAKGRUNN	10
2.1 Kari Martinsens omsorgsteori	10
2.2 Personsentrert omsorg ved demens	11
2.3 Hva er demens?	12
2.4 Musikk i demensomsorgen	16
2.5 Utdfordrende atferd	17
2.6 Sammendrag	19
3.0 METODE	20
3.1 Litteraturstudie som metode	20
3.2 Datainnsamling	20
3.3 Søkestrategi	21
3.4 Kvalitativ og kvantitativ metode	21
3.5 Kildekritikk	22
3.6 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	23
3.7 Analyse	24
4.0 RESULTATPRESENTASJON	25
4.1 Effekten musikk kan ha på depressive og psykiske symptomer	25
4.2 Effekten musikk kan ha på agitasjon og aggressiv atferd	25
4.3 De ulike fremstillingene av musikken	26
5.0 DRØFTNING	26
5.1 Resultatdiskusjon	28
5.1.1 Terapeutisk bruk av musikk mot depressive symptomer	28
5.1.2 Terapeutisk bruk av musikk mot agitasjon	31
5.1.3 Ulike fremstillinger av musikk	35
5.2 Metodediskusjon	39
6.0 KONKLUSJON	41
7.0 LITTERATURLISTE	43
VEDLEGG	48

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å fordype oss i demensomsorgen. Vi har satt vårt fokus på hvordan en ved bruk av musikkterapeutisk miljøbehandling kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens innlagt på sykehjem. Vi er nå i en periode der etterkrigsbarna er på vei inn i alderdommen. I tillegg til at antall eldre øker, *eldrebølgen*, har vi i Norge en allerede høy, samt økende gjennomsnittlig levealder. Det forventes en kraftig økning av antall eldre over 80 år de kommende tiårene (Ramm, 2013). Ved økende gjennomsnittlig levealder og høyere forekomst av demens i årene fremover, kan en hevde at dette møter konflikt med fremtidens sykepleiermangel, som også nevnt i Roksvaag og Texmon (2012).

Demensplan 2020 opplyser at det i dag lever over 77 000 personer med demens i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Engedal og Haugen (2016) skriver at i aldersgruppen 90 år og eldre, er forekomsten av demens på over 35%. Norges befolkning blir stadig eldre, og det vil med dette være flere personer som rekker å utvikle demens på sine eldre dager. Allerede om 30 år vil Norge ha en befolkning der 140 000 personer har demens, dersom det ikke blir utviklet kurerende behandling. Videre skriver Engedal og Haugen (2016) at rundt 60-65% av alle personer med demens bor i sitt eget hjem. De resterende prosentene bor enten på sykehjem eller andre tilrettelagte boforhold for personer med demens.

Engedal og Haugen (2016) skriver videre at angivelig 80% av alle sykehjemsbeboere har en grad av demens. Demens oppgis som den vanligste årsaken for innleggelse av personer i sykehjem. Da dette tilsier at majoriteten av norske sykehjemsbeboere har demens, ser vi det som nødvendig å få økt kunnskap om denne pasientgruppen og deres sykdomsforløp. En kan hevde at økt kunnskap om denne pasientgruppen og ulike behandlingsformer, kan bremse utviklingen av symptomer og med dette bidra til å øke behandlingens kvalitet. Dette bygger på Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) ved at beboerne som mottar helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får dekket sine behov med livsførsel, respekt og medbestemmelsesrett.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Oppgavens tema ble valgt da gruppen hadde en felles interesse for dette emnet. Alle gruppemedlemmene for denne bacheloroppgaven har tidligere erfaring med pasienter med demenssykdom, men da i varierende grad. Dette er et tema med høy sykepleiefaglig relevans da det stadig blir flere eldre, og høyere gjennomsnittlig levealder. I tillegg er økningen i antall personer med demens forventet til å fortsette og stige i fremtiden (Ramm, 2013). Det er rimelig å si at demens vil med dette være et felt sykepleiere bør være faglig forberedt på i møte med fremtidens eldrebølge og sykepleieansvar. Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på hvordan en kan forebygge utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens, ved bruk av musikkterapi.

I boken *Den Siste Song* av Audun Myskja beskrives musikkterapi som trolig er et av de mest undersøkte ikke-farmakologiske behandlingsformene tatt i bruk for pasienter innlagt på sykehjem. Musikkterapi kan brukes i livets slutfase som symptom- og smertelindring, og med dette gi økt følelse av velvære. Hos personer med kognitiv svikt har musikk og sang vist effekt på redusere uro. Musikkterapien har i tillegg og vist god effekt på pasienter med symptomer på depresjon og/eller angst (Myskja, 2006).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å tilegne oss mer kunnskap om musikkbasert miljøbehandling for pasienter med demenssykdom. Vi ønsker å finne relevant forskning på hvilken innvirkning musikk har på personers atferd, samt hvilken effekt bruken av musikk kan ha på utfordrende atferd. Vi vil undersøke i hvilken grad musikkterapi kan påvirke utfordrende atferd hos demensrammede i sykehjem.

1.3 Problemstilling

Som vår problemstilling vil vi ta for oss musikkterapi som et hjelpemiddel i møte med demensrammede personer. Vi vil sette fokus på hvordan musikkterapi kan bidra til å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens i sykehjem. Problemstillingen vår formuleres slik: *Hvilken effekt har musikk på utfordrende atferd hos pasienter med demens i sykehjem?*

1.4 Avgrensning

Vi vil her beskrive hvordan vi har valgt å avgrense denne besvarelsen av oppgaven. Demens er et omfattende felt, og har stor relevans innenfor flere områder i helse- og omsorgstjenesten. Vi har valgt å avgrense denne oppgaven til å omhandle pasienter med demensdiagnoser innlagt i sykehjem. Dette ble valgt på bakgrunn av vår hypotese om at musikkterapi har størst tenkelig effekt for pasienter innlagt i sykehjem. Vi har valgt å fokusere på demensrammede personer med utfordrende atferd, da vi selv har erfart betydelig endrede atferdsmønstre i møte med personer med demens, gjerne ettersom sykdommen utvikler seg (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

2.0 Bakgrunn

2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (1989) definerer omsorg som å *vise omtanke for* eller *ta hånd om*. Martinsen skriver at omsorg har med hvordan en opptrer i forhold til andre, og hvordan en viser at en bryr seg om noen i det daglige. Hun skriver videre at omsorg har også med forståelse å gjøre, og er et viktig begrep i sykepleien. “Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens” (Martinsen, 1989).

Martinsen (1989) oppsummerer de tre grunnleggende verdier ved omsorg slik:

Den første verdien er *relasjonelle verdier* som bygger på at omsorg har en sosial relasjon.

Fellesskap og samhørighet er to viktige ord som kan kobles opp mot relasjoner. En må ta hensyn til andre for sin egen skyld. Et eksempel på dette kan være at en sykepleier behøver pasienter, en gruppe mennesker å ta hånd om, for å kunne være en sykepleier. Den andre verdien er *forståelse* for andre. Forståelse for en person får man i samvær med den personen, for eksempel ved å gjøre noe for dem eller sammen med dem. På denne måten forsterkes felles erfaringer, og det er gjennom erfaring en bygger forståelse. Dette kan defineres som å vise empati, å sette seg inn i andres situasjon. Et eksempel kan være en sykepleier som setter seg inn i hvor skremmende det kan være for pasienten med demens å ikke vite hvor han er.

Videre beskriver Martinsen (1989) den tredje verdien som er *gjensidighet*. Det vil si at en må oppføre seg til den andre med en innstilling som aksepterer han ut i fra hans situasjon. Dette er utarbeidet gjennom et samarbeid i en praktisk jobbsituasjon.

2.2 Personsentrert omsorg ved demens

Psykologen Tom Kitwood dannet grunnlaget for en ny omsorgskultur, der hovedfokus var på selve personen som menneske, i stedet for på diagnoser og pleie. Kitwood (2003) mente at en skulle behandle *mennesket* med sykdommen, ikke kun sykdommen i seg selv. Dette omtalte han som *personsentrert omsorg*. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver at det finnes enda ikke noen behandlingsformer som kan kurere demens, og personsentrert omsorg vil her med dette omhandle behandlingen av selve *mennesket*. Personsentrert omsorg for personer med demens innebærer med dette å behandle pasientene med respekt, uavhengig av personens grad av kognitiv svikt. Pasientene skal behandles med *verdinormer*, noe som innebærer at de syke blir møtt med like mye respekt som hos de friske. En skal henvende seg til de demensrammede på lik linje som til friske. En skal ikke prate over hodet på den syke, en skal prate både direkte til pasienten, samtidig som man er vennlig og høflig. Kommunikasjonen skal være av respektfull art - både verbalt og nonverbalt (Kitwood, 2003).

Til tross for at Kitwoods definisjon er konkret og selvforklarende, kan begrepet forstås på ulike måter. Rokstad (2014) beskriver at en også kan se på personsentrert omsorg til personer med demens fra en filosofisk ved å tenke på hva det vil si å være en person. Videre trekker hun fram at dette kan definere hvordan vi som mennesker tenker, hvilke verdier vi har og hvordan vi engasjerer oss følelsesmessig. Dette legger grunnlag for hvordan vi møter personer med demens.

2.3 Hva er demens?

“Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på et tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd” (Engedal og Haugen, 2009).

Engedal og Haugen (2016) skriver at *International Classification of Diseases* satt opp en liste med ulike punkter som må være tilstede for diagnostisere en demensdiagnose. Her er disse punktene gjenforklart i tabellen nedenfor. Videre skriver Engedal og Haugen (2016) at symptomene må ha vært synlige i minst seks måneder. De diagnostiske kriteriene er presentert i tabell 1.

Diagnostiske kriterier	
1	Svikt av kognitive funksjoner (ofte da evne til planlegging og orientering, samt dømmekraft, prate og forståelse, logisk resonneringsevne).
2	Svekket hukommelse, da gjerne redusert korttidshukommelse.
3	Pasienten er klar og bevisst.
4	Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd.
5	Må ha et av følgende symptomer: <ul style="list-style-type: none">• Svingende stemningsleie• Irritabilitet• Mangel på synlige følelsesmessige reaksjoner, også kalt apati• Unyansert sosial atferd

Tabell 1 (Engedal og Haugen, 2016).

Ulike grader av demens

Grad	Beskrivelse
Mild	<ul style="list-style-type: none">• Evne til oppfatning og tenkning svekkes normalt først.• Hukommelse og språkevne reduseres i tidlig fase.• Personen får gjerne vansker med å kjenne seg igjen på mindre kjente steder.• Personen får vansker med å uttrykke seg verbalt, i tillegg til å få vansker med å oppfatte hva andre forteller.• Overlærte kunnskaper og gamle hobbyer er noe personene gjerne husker best.
Moderat	<ul style="list-style-type: none">• Hukommelses- og orienteringsevnen blir betydelig redusert.• Pasienten preges gjerne av hallusinasjoner, vrangforestillinger og avvikende atferd.• Vanlig å utvikle angst og depresjon.• Personlig hygiene og evne til ivaretagelse av eget bosted blir kraftig redusert.• Det er gjerne på dette stadiet en kommer i kontakt med helsevesenet.
Alvorlig	<ul style="list-style-type: none">• Ofte hardt rammet av handlingssvikt og hjelpeløshet.• Typisk at det oppstår inkontinens for urin og avføring.• Ofte ser en gang- og balanseproblemer.• Vedkommende klarer seg ikke i egen bolig, selv med kommunal støtte.• De fleste er nødt til å bo i institusjon da de er avhengige av kontinuerlig fysisk pleie.

Tabell 2 (Engedal og Haugen, 2016)

Symptomer på demens

- Svekket dømmekraft, språk, læringsevne, regning, orientering, forståelse, tenking og hukommelse.
- Endring i sosial atferd, motivasjon, personlighet og emosjonell kontroll.
- Svekket evne til å utføre dagligdagse gjøremål. Da for eksempel å kjøre bil, forstå penger og opprettholde personlig hygiene.
- Mental svekkelse som kan føre til utfordrende atferd og psykiske symptomer

(Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom rammer om lag 65% av alle personer med demens. Den demensrammede opplever økende svikt av kognitive funksjoner, og symptomene utvikler seg gradvis over lengre tid. Noen utvikler hallusinasjoner og vrangforestillinger, og andre vandrer mye. Langtidshukommelsen svekkes med tiden. Pasientens evne til å gjenkjenne, og ha glede av kjente sanger og melodier opprettholdes derimot lenge. Utover i sykdomsforløpet er det vanlig å utvikle det vi omtaler som *utfordrende atferd* (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Vaskulær demens

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver at vaskulær demens relateres til karsykdom i hjernen og hjerneslag. Når en har hatt en blødning eller blodpropp i hjernen, kan en få en kognitiv funksjonssvikt som utvikler seg til å bli demens. Videre skriver Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) at vaskulær demens også kan ses ved andre demenssykdommer, for eksempel en Alzheimer med vaskulær demens.

Frontotemporal demens

I følge Engedal (2016) angriper enkelte av disse sykdommene kun pannelappen, og andre kun tinninglappen, for deretter å spre seg videre til den andre lappen. Andre sykdommer angriper både panne- og tinninglappene samtidig. Sykdommen debuterer normalt i aldersgruppen 50-60 år. Engedal og Berentsen (2016) skriver utfordrende atferd utvikles normalt tidlig i sykdomsforløpet.

Behandling

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver at det enda ikke finnes kurerende metoder for demenssykdommer, og at ingen farmakologiske legemidler kan snu sykdomsforløpet til pasienten. Behandling av demenssykdom med dette, som formål å forsinke sykdomsforløpet og lindre symptomer i den grad det er mulig. I følge Engedal og Haugen (2016) er det ved demens gunstig å bruke behandling som kan trene pasientens kognitive funksjonsnivå.

Miljøterapi beskrives som en form for slik behandling. Ved bruk av miljøterapeutisk musikkbehandling, *musikkterapi*, i demensomsorgen har en da som formål at pasienten skal kunne finne metoder som lindrer symptomene. Videre skriver Engedal og Haugen (2016) at pasientene skal få en tilrettelagt hverdag, slik at de kan oppleve en økt følelse av velferd og mestring, og med dette beholde livskvalitet.

Basert på ovennevnte kilder vedrørende mangel på kurerende behandling for demens, har vi i denne oppgaven derfor valgt å ta for oss miljøbehandling. For å innsnevre feltet har vi videre valgt å skrive om musikkbasert miljøbehandling som en avgrenset del av miljøbehandlingen.

2.4 Musikk i demensomsorgen

I følge Engedal (2016) er musikk for personer med demens i sykehjem allerede et velutprøvd fenomen. Musikken blir tilpasset den enkelte, og pasientene får høre musikktyper de alltid har likt. Musikk vekker fjerne minner, og forbindes med følelser av glede. Når en spiller musikk hos denne pasientgruppen, trigges det frem gode følelser personen har hatt tidligere i livet, og pasienten kan da få hjelp til å huske klare minner. Videre skriver Engedal (2016) at pasienten ved dette kan oppnå økt følelse av velvære ved å høre på musikk. Det sies at musikk og sang kan gi en påminnelse om hvem den syke er, og har vært som et menneske. Musikk kan med dette styrke identitetsfølelsen. Når pasientene blir berørt av musikken, bidrar dette til økt følelse av velvære hos den syke, hvilket som gjør at pasienten fungerer bedre (Engedal, 2016).

Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) skriver at musikk stimulerer større områder av hjernen til å forstå kommunikasjon, enn hva verbalt språk gjør. Miljøbehandling har blant annet som formål at personen skal trives, oppleve glede og livskvalitet, samt å redusere angst og uro. For at en handling skal kunne kalles miljøbehandling, må pasienten inkluderes i handlingen. Musikk kan med dette være et miljøterapeutisk tiltak. Musikk som behandling kan defineres i fire metoder: musikkterapi, musikkmedisin, musikkbasert miljøbehandling og individualisert musikk (Tretteteig, Tangen og Storjord, 2016).

Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) definerer den første metoden, *musikkterapi*, som musikk og aktiviteter som praktiseres av fagpersoner med fagutdanning innen musikk. Videre beskrives *musikkmedisin* som et begrep for terapeutisk bruk av musikk i helsevesenet. Musikkmedisin utføres som oftest av helsepersonell, og går vanligvis ut på å bruke musikk som allerede er innspilt. Dette brukes for å redusere smerte, angst og depresjon hos personer med demens. Når en kombinerer metodene musikkterapi og musikkmedisin kalles det *individualisert musikk*. Denne metoden er spesialisert for personer som bor på sykehjem, og er en kombinasjon av pleie- og omsorgstiltak og musikkterapeutisk arbeid. Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) skriver videre at i den fjerde metoden, *musikkbasert miljøbehandling*, bruker man sang, musikk, rytmisk trening, dans og annen bevegelse som en del av helhetlig omsorg. Det kan utføres for enkeltindivider eller i grupper for trim, avspenning eller som lek.

I samfunnet pågår det en debatt om bruken av ordet *musikkterapi*. Kvamme og Stige (2016) skriver at musikk er en del av det å være menneske og brukes av alle. Derfor bør ordet *musikkterapi* kunne brukes av alle uavhengig av utdanning, som vil si at musikkterapeuter ikke kan legge beslag på ordet, selv om de har en spesialisert kompetanse. Selv om definisjonen tilsier at en bør ha spesialutdanning for å utøve musikkterapi, skriver Rokstad (2008) at mye av musikkterapien kan bli utført av andre faggrupper ved mangel på musikkterapeuter. Da vi ønsker å finne ut hvilken effekt musikk kan ha i demensomsorgen, velger vi å bruke begrepet *musikkterapi* som en paraplybetegnelse på all terapeutisk bruk av musikk i demensomsorgen.

2.5 Utfordrende atferd

Tretteteig (2016) forklarer utfordrende atferd som forstyrrelser i atferd og psykiske symptomer ved demens, *APSD*. Videre skriver hun at utfordrende atferd gjerne omhandler apati, agitasjon, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger og aggresjon. Myskja (2016) beskriver utfordrende atferd som en ofte stor følelsesmessig påkjenning for pårørende. Tretteteig (2016) skriver videre at *APSD* gjerne er grunnen til at personen med demens får behov for heldøgnsomsorg. Ifølge Myskja (2016) har omtrent 70% av alle sykehjemsbeboere med demens utfordrende atferd, *APSD*.

Hvordan utvikler adferden seg?

Jakobsen og Homelien (2012) beskriver utviklingen av utfordrende atferd hos denne pasientgruppen som et noe komplisert fenomen å forstå seg på. Videre skriver de at denne atferden kan utløses av ytre og miljøbaserte faktorer.

Nedenfor nevnes vanlige utløsende faktorer beskrevet av Lyktetsos et al. (1999) og Selbæk (2005), som sitert i Jakobsen og Homelien (2012).

- Å bli stilt for høye krav til, både fra pårørende og helsepersonell
- Anstrengt og negativ kommunikasjon
- Å stadig måtte omgås med mennesker den syke omtaler som *fremmede*
- Utbygging av lokaler, gjerne da flytting mellom institusjoner
- Hallusinasjoner, vrangforestillinger og depresjoner

Tretteteig (2016) skriver at ved at personer med demens utvikler utfordrende atferd, kan dette være en naturlig reaksjon på hvordan pasienten opplever sin situasjon. Utfordrende atferd kan utløses av angstopplevelser som oppstår da det muligens stilles for høye krav til pasienten fra omgivelsene rundt. Videre skriver hun at den utfordrende atferden også kan være et tegn på somatisk sykdom, at pasienten føler smerte, eller at vedkommende har udekkede behov. Utfordrende atferd kan i tillegg være handlinger som utføres da pasienten har erfart hensiktsmessige fordeler ved denne atferden. Tretteteig (2016) skriver at utviklingen av demens vil etterhvert føre til at pasienten opplever tap og begrensninger i hverdagen, hvilket som naturligvis vil utløse følelsesmessige reaksjoner som sinne, frustrasjon og depresjon. Engedal og Haugen (2016) skriver at språk normalt får en svekket funksjon, *afasi*, ved demensutvikling. Da pasienter med demens ofte har en svekket evne til verbal kommunikasjon, skriver Tretteteig (2016) at sykepleierens evne til å tolke non-verbal kommunikasjon her er svært viktig.

I denne oppgaven bruker vi begrepet *utfordrende atferd* om angst, depresjon, fysisk vold, aggresjon, agitasjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger, rastløshet og apatisk atferd. Hovedtyngden av valgte artikler fokuserer på agitasjon og depressive symptomer. Vi har derfor valgt å se nærmere på dette.

2.6 Sammendrag

Som tidligere nevnt, skriver Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) at det enda ikke finnes kurerende behandling for demenssykdom. Dagens behandling omhandler derfor hovedsakelig å forsinke sykdomsforløpet. Ramm (2013) skriver at den gjennomsnittlige levealder stadig øker, og flere vil med dette rekke å utvikle demens. Sykepleierne bør med dette være faglig forberedt på de kommende årenes sykepleieansvar. Engedal og Berentsen (2016) skriver at ingen enda vet bestemt hvorfor Alzheimer utvikles, hvilket som gjør det vanskelig å stanse utviklingen av denne demenssykdommen. Da utfordrende atferd i følge Myskja (2016) preger rundt 70% av alle sykehjemsbeboere med demens, er dette et felt vi mener det trengs mer kunnskap om. Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) opplyser at musikk kan bringe frem glede og motvirke ensomhet. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver i tillegg at pasientens evne til å ha glede av sang og melodi opprettholdes langt ut i sykdomsforløpet. Kan en hevde at musikken med dette kan gi følelse av velbehag i den grad at det kan forebygge utfordrende atferd? Hvordan kan en med dette forebygge vedvarende utfordrende atferd, og hvilken effekt kan musikkterapi ha på denne pasientgruppen? Dette kommer vi tilbake til i drøftingsdelen.

3.0 Metode

Bacheloroppgavens metodeavsnitt beskriver hvordan vi har organisert arbeidet for å kunne svare på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Innledningsvis i metodeavsnittet blir en gjerne introdusert for *forskningsdesign*, et samlebegrep som omhandler hvordan forskningen og data er organisert og gjennomført (Thidemann, 2017). Metoden omhandler hva slags verktøy en velger å bruke for å besvare problemstilling og eventuelle andre spørsmål i oppgaven. Valgt metode hjelper oss med å innhente informasjon vi trenger for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017).

3.1 Litteraturstudie som metode

Under denne bacheloroppgaven bruker vi metoden *litteraturstudie*. Ifølge Mulrow og Oxman (u.å.) i Forsberg og Wengström (2016) innebærer metoden at man har et tydelig formulert spørsmål som skal besvares systematisk gjennom å *identifisere, velge, vurdere* og *analysere* relevant forskning. Vi har innhentet data fra troverdige kilder, for eksempel pensumbøker brukt under vårt studieforløp, samt forskningsartikler funnet via skolens databaser. Vi har også tatt i bruk annen relevant litteratur fra troverdige kilder, blant annet lege og forfatter Audun Myskja. Ved å ta i bruk denne metoden finner vi studier som danner et grunnlag for våre vurderinger, diskusjon og konklusjon. Denne metoden vil også bidra til å belyse vår problemstilling.

3.2 Datainnsamling

Gruppen startet arbeidet med litteraturstudiet i desember 2017. Problemstillingen ble konkretisert i slutten av januar 2018, samtidig som en prosjektplan ble opprettet. Vi så da at musikkterapi som alternativ behandling ble et omfattende tema å skrive om, og problemstillingen ble konkretisert etter søk i databaser, i samråd med bachelorveileder. Vi ønsker å se hvilken effekt musikk har på utfordrende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.

3.3 Søkestrategi

I følge Thidemann (2017) innebærer *søkestrategi* seg om å utforme søkeord som beskriver innholdet i artiklene, og kombinasjoner for så å kunne gjøre søk i forskjellige databaser. Vi har valgt å utforme våre søkeord ut i fra valgt problemstilling, og hva slags resultater vi ønsket å finne. Vi brukte søkeord som *music therapy, dementia, alzheimers, behavior, agitation, depression, nursing homes* og *nurses*. Når en skal spesifisere søket er en nødt for å kombinere valgte søkeord. For å kombinere søkeord kan en bruke AND eller OR mellom søkeordene.

“De boolske operatorene AND, OR og NOT er de vanligste. Noen databaser vil automatisk kombinere søkeordene med AND dersom du ikke aktivt velger en annen operator. Bruker du AND mellom søkeordene, får du treff på referanser der både søkeord 1 og søkeord 2 forekommer samtidig” (Thidemann, 2017).

Vi har valgt å bruke AND i alle våre søk. Underveis i søkeprosessen dokumenterte vi våre søk i egne tabeller. Da vi fant en artikkel vi syntes virket relevant, så vi først om artikkelen hadde IMRaD-struktur. Dersom artikkelen fyller dette kravet har vi videre lest sammendraget, samt undersøkt om artikkelen er fagfelleurdert, og isåfall på hvilket nivå. Vi kontrollerte artiklene også jevnlig opp mot våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har valgt å bruke fire databaser, PubMed, Cinahl Complete, ProQuest og MedLine. Dette har har gitt oss muligheten til å søke i et stort antall forskningsartikler.

3.4 Kvalitativ og kvantitativ metode

Når det kommer til metoder så skiller man mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir data som er målbare. Dette gir oss muligheten til å kunne ta for oss utregninger av data, for eksempel kan vi finne ut hvor mange prosent av befolkningen som har demens. Kvalitativ metode har som hensikt å få dybdeforståelse og opplevelse som ikke nødvendigvis er målbart eller kan tallfestes (Dalland, 2017).

3.5 Kildekritikk

I følge Dalland (2017) handler kildekritikk om å finne frem til relevant forskning og litteratur. Et essensielt kriterie til data er at det må kunne relateres til vår problemstilling, både når vi finner pensumlitteratur og i databasesøk. Opplysningene må vurderes til om de er troverdige og faglig relevante. En skal redegjøre for vurderinger og beslutninger en har tatt for å belyse relevansen. I tillegg til at kildene er relevante, skal opplysningen også være relevante for problemstillingen. Et eksempel på irrelevant litteratur kan være oppslagsverket wikipedia.no, der hvem som helst kan redigere teksten. Et eksempel på relevant litteratur kan være en artikkel fra sykepleien.no eller en pensumbok.

Audun Myskja har vært sentral i arbeidet med denne oppgaven. Myskja er ledende innen musikkbasert miljøbehandling i Norge, og har en doktorgrad i bruk av musikk i eldreomsorgen. Myskja jobber også som fagveileder for nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, og har skrevet flere titalls fagbøker og annen litteratur. (Senter for livshjelp, u.å). Vi har valgt å bruke to bøker av Myskja, *Hjertet mitt har ikke demens* og *Den siste song*. I forordene i boken *Hjertet mitt har ikke demens*, skriver Myskja at boken ikke er en fagbok. Vi har likevel valgt å bruke denne boken da han videre skriver at boken er egnet for personer som ønsker seg økt kunnskap om demens. Videre beskriver han boken som et godt hjelpemiddel til nytte for helsepersonell som vil utvide perspektivet sitt i møte med personer med demens. Basert på Myskjas bakgrunn og erfaring innenfor feltet, velger vi ha med disse to bøkene i besvarelsen av oppgaven.

Vi har også valgt å bruke *En bok om demens - Husk meg når jeg glemmer* av Knut Engedal. Boken er ikke direkte rettet mot fagfolk, men Engedal fikk støtte fra *Det faglitterære fond* for å skrive boken. Han skriver i forordene at boken er rettet til alle som ønsker mer kunnskap om demens. I bokens omslag står det skrevet at Engedal har tidligere vært fag- og forskningssjef for *Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse*, samt seksjonsoverlege ved *Hukommelsesklinikken* ved Oslo Universitetssykehus. Basert på Engedal sin bakgrunn innenfor temaet, oppfatter vi boken som en troverdig og relevant kilde for å få en grunnforståelse for demenssykdom.

3.6 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

En oversikt over våre inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert i tabell 3.

Vi har valgt å ikke ha en grense på hvor gammel artikkelen skal være, men har likevel valgt hovedsakelig nyere forskning. Valgte artikler er skrevet på norsk eller engelsk, da dette er to språk gruppen behersker godt og sikrer forståelse av innhold. Artikkelen er fagfellevurdert, da dette er med på å kvalitetssikre at informasjonen er korrekt (Svartdal, 2014).

Artikkelen har IMRaD-struktur, som gir god oversikt, samt er et kjennetegn på at artikkelen er en vitenskapelig forskningsartikkel, og ikke en fagartikkel. En forskningsartikkel har som formål å fremstille ny lærdom, i motsetning til en fagartikkel som har som formål å fremheve lærdom som allerede er kjent (Lerdal, 2012).

Artikkelen skal være relevante for vår problemstilling, samt være overførbare til det norske helsevesenet og det norske samfunnet. Informasjonen vi samler må kunne anvendes av sykepleiere i arbeidshverdagen, men må også kunne anvendes av annet helsepersonell. Vi har valgt å søke etter artikler som omhandler diagnostisert demens generelt, da musikkbehandling i møte med pasientene er viktigere enn den spesifikke demensdiagnosen. Likevel ser vi tydelig at flesteparten av deltakerne som er med i studiene har Alzheimers.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Artikler med IMRaD-struktur.• Artikler som er fagfellevurdert.• Artikler som handler om effekt av musikk og musikkterapi.• Artikler som omhandler personer som er diagnostisert med demens.• Artikler på norsk eller engelsk.• Relevant for hva sykepleier og annet helsepersonell kan gjøre.• Overførbart til det norske samfunnet.	<ul style="list-style-type: none">• Artikler som ikke omhandler personer som er diagnostisert med demens.• Artikler som omhandler pasienter som ikke er innlagt i sykehjem• Artikler som ikke omhandler terapeutisk bruk av musikk

Tabell 3.

3.7 Analyse

Artiklene er analysert etter Evans (2002) firetrinns modell. Trinnene er beskrevet slik:

Trinn 1 handler om å presisere hva en er ute etter. Her velges type studier, samt at en lager inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deretter utføres et søk i databaser, med relevante søkeord. Til slutt velges studier ut ifra valgte inklusjonskriterier. Denne prosessen gjør at en kan velge artikler med samme tema.

Trinn 2 handler om å identifisere hovedfunnene. Artiklene leses gjentatte ganger for å få et helhetlig bilde. Detaljer synliggjøres for hver gang artiklene leses, og artikkelens budskap tydeliggjøres. Litteratormatrise lages for hver artikkel for å opprettholde kort og god oversikt.

Trinn 3 handler om å knytte stoffet fra de forskjellige artiklene opp mot hverandre. Artiklene og litteratormatrisene blir sammenlignet, samt informasjonen blir identifisert og sortert for å finne likheter og forskjeller mellom artiklene. Denne prosessen resulterer i en progressiv forbedring av forståelsen for fenomenet. Temaene og undertemaene blir revurdert for å tolke innholdet i hvert tema og identifisere konsistenser og uoverensstemmelser.

Trinn 4 handler om å beskrive fenomenet. Hvert tema i resultatpresentasjonen kontrolleres opp mot artikkelen for å undersøke temaets nøyaktighet. Hovedfunnene skrives opp og beskriver alle temaer og undertemaer, samt støtter hver artikkel med eksempler.

4.0 Resultatpresentasjon

En oversiktlig fremstilling av alle artikler fremstilles i egne litteraturmatiser. Se vedlegg 3-8.

4.1 Effekten musikk kan ha på depressive og psykiske symptomer

Ray og Mittelman (2017) fant at depressive symptomer ble betraktelig redusert etter to uker med musikkterapi. Dette synliggjøres og i studiet av Clement *et al.* (2012) hvor deltakernes økte grad av emosjonelt nivå hadde en positiv og vedvarende effekt frem til fire uker etter siste musikkintervensjon. Studiet til Cooke *et al.* (2010) viste at musikk kan gi økt selvtillit, og da lavere grad av depresjonssymptomer. Deltakerne kunne også få noe høyere følelse av tilhørighet, men i liten grad. Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) beskriver også musikkterapi som gunstig for å oppnå et mer behagelig stemningsleie hos pasientene på kort sikt, både ved passiv og interaktiv musikkterapi. Hos deltakerne i den passive gruppen så man en betydelig langsiktig effekt ved at atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ble betraktelig redusert. Personene i de interaktive gruppene viste derimot størst bedring av emosjonelt stadie. Både passiv og interaktiv individualiserte musikkintervensjoner reduserte stress og bidro til avslapping.

4.2 Effekten musikk kan ha på agitasjon og aggressiv atferd

I artikkelen til Ray og Mittelman (2017) kunne en se at musikkterapi har god effekt på agitasjon på kort sikt. To uker etter endt musikkintervensjon var det en økning i antall observerte tilfeller av agitasjon. Denne økningen var likevel så liten at forskerne likevel konkluderer med at musikken hadde både god øyeblikkelig og langsiktig effekt. I Ragneskog *et al.* (2001) sin kvalitative studie viste resultatene at én av deltakernes agiterte atferd forble uforandret gjennom studiet. Tre av fire deltakere hadde derimot god effekt av musikkterapi på kort sikt, og den agiterte atferden ble betydelig redusert. Dette viste seg også i artikkelen av Clark, Lipe og Bilbrey (1998). Den viste at i stellesituasjoner der de brukte individualisert musikk ble agitert atferd betraktelig redusert. Deltakerne hadde god effekt av musikken, uavhengig av lengden på stellet. I studiet av Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) ble aggressiv atferd, hvilket som også innebar paranoia, vrangforestillinger og depressive symptomer, redusert i den interaktive gruppen. Dette gjaldt også den passive gruppen, men da i mindre grad. Etter 3 uker var effekten borte hos begge gruppene.

4.3 De ulike fremstillingene av musikken

Fire av studiene anvender *interaktiv* musikkterapi. I studiet til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) har de delt deltakerne opp i to grupper, interaktiv og passiv. Passiv og interaktiv musikkintervensjon hadde god kortsiktig effekt. Interaktiv musikkintervensjon hadde her stor positiv effekt på depressive symptomer og grad av livskvalitet. Den langsiktige effekten var størst hos den interaktive gruppen. Dette støttes opp av studiet av Ray og Mittelman (2017) der de interaktive musikkintervensjonene ga god effekt både på kort og lang sikt hos deltakerne. Cooke *et al.* (2010) beskriver hvilken positiv effekt interaktiv livemusikk har på deltakernes livskvalitet, da spesielt en liten økning i følelse av tilhørighet, høyere grad av selvtillit, og reduserte depresjonssymptomer. Studien til Clement *et al.* viste at interaktiv musikkterapi hadde god effekt på humøret.

Tre av studiene anvender *passiv* musikkterapi. I studiet til Ragneskog *et al.* (2001) varierte det hva effekten av passiv musikkterapi hadde innvirkning på. Likevel oppnådde tre av fire deltakere god kortsiktig effekt av å passivt lytte til musikken som ble spilt for kun dem. Clark, Lipe og Bilbrey (1998) viser at passiv musikkintervensjon hadde god effekt i forhold til stellesituasjoner, da deltakerne viste mindre motstand enn tidligere. Som nevnt tidligere anvendte Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) passiv og interaktiv musikkintervensjon. Studiet viser at passiv behandling hadde god kortsiktig effekt, men at den interaktive behandlingen var mer effektiv på både kort og lang sikt.

Tre av studiene anvender *individualisert* musikkterapi. Artikkelen til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) viser at individualisert musikk redusert stress, samt fremmet positive minner hos deltakerne på kort sikt. På lang sikt viste studien at deltakerne lo mer enn tidligere, samt at angst, paranoia og fobier ble redusert. Ragneskog *et al.* (2001) fant at musikk hadde god effekt på tre av fire deltakere i studien. Deltakernes angst, agitasjon og irritabilitet ble noe redusert. Den siste deltakeren i studien til Ragneskog *et al.* (2001) hadde ingen effekt av musikkterapien. Studien til Clark, Lipe og Bilbrey (1998) viste betraktelig redusert agitert atferd i stellesituasjoner der deltakerne fikk individualisert musikk, med unntak fra gråting, fysisk motsettelse og kasting. Studien viste at ved bruk av musikk ble mengden agitert atferd mer forutsigbar.

Fire av studiene anvender *gruppebasert* musikkterapi. Som en ser i studiene av Ray og Mittelman (2017), Sakamoto, Ando, Tsutou (2013), Cooke et al. (2010) og Clement et al. (2012) kan musikkterapi i gruppe resultere i en betydelig reduksjon i graden av utfordrende atferd. I Cooke et al. (2010) resulterte gruppebasert musikkintervensjon også til at deltakerne fikk høyere grad av tilhørighet og økt selvtillit. I studiet til Clement et al. (2012) ble deltakerne oppmuntret til å snakke om hvilke minner som oppsto mellom hver sang, noe som førte til bedre humør hos deltakerne. I studiet til Ray og Mittelman (2017) fikk deltakerne forlate musikkintervensjonen når de selv ville. Grunnet forskjellig grad av demens var toleransen for gruppeaktivitet forskjellig.

5.0 Drøftning

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Terapeutisk bruk av musikk mot depressive og psykiske symptomer

Ut ifra egne erfaringer har vi sett at mange med demens i løpet av sykdomsforløpet utvikler depressive symptomer. Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke (2010) skriver at depresjon som følge av demens kan skyldes stress eller ukjente omgivelser, i tillegg til at symptomene kan utvikles som bivirkninger av medikamenter. Allerede her velger vi å trekke inn sykepleierens rolle. Holter og Grov (2015) skriver at sykepleierens funksjon innebærer ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov, både fysiologiske og psykososiale. Videre skriver de at sykepleieren skal iverksette nødvendige tiltak, og følge opp pasientene ved å gi støtte og informasjon. Det er rimelig å si at sykepleier har ansvar for å kartlegge og observere symptomer hos pasientene, og iverksette tiltak deretter. Etter oppstart av nye medikamenter, kan det tenkes at sykepleieren vil være en ressursperson for registrering og dokumentasjon av bivirkninger og symptomer pasientene utvikler. På denne måten kan sykepleier videre ta dette opp på legevisitt og deretter være med på å iverksette tiltak deretter for å stoppe utviklingen av depresjon. På samme måte kan en hevde at sykepleieren er en god ressursperson for å kartlegge effekten av musikkterapi hos denne pasientgruppen. Med sin faglige kompetanse og kliniske blikk, kan det tenkes at sykepleieren her på lik linje kan observere og dokumentere eventuelle bivirkninger pasienten skulle utvikle underveis. Ved å fange opp bivirkninger og symptomer underveis, kan man gjøre endringer i, eller stoppe musikkintervensjonene før det har gått for lang tid og pasienten har rukket å utvikle en annen form for utfordrende atferd. En viktig del av sykepleieryrket er i følge Kari Martinsen (1989) å vise omsorg og forståelse for den syke. Hvordan kan derimot sykepleier vise forståelse for en pasient med økende utfordrende atferd?

Her kan relasjonen mellom pasient og sykepleier trekkes inn. Martinsen (1989) sin omsorgsteori beskriver forståelse som en sentral verdi under omsorgsbegrepet. Videre skriver hun at sykepleierens evne til å vise empati og å kunne sette seg inn i pasientens situasjon er viktige egenskaper i møte med pasientene. Her kan Martinsen (1989) sin teori ses i sammenheng med pasientens egen opplevelse av sin situasjon. Ettersom pasientene eventuelt utvikler bivirkninger av medikamenter eller intervensjoner med musikkterapi, og da muligens også symptomer på utfordrende atferd, kan det tenkes at sykepleieren kan lette pasientens frustrasjon ved å vise *empati og forståelse* for deres situasjon.

Ut ifra egne erfaringer har vi observert god effekt av musikk hos deprimerte pasienter med demens. Ved å spille av musikk fra artister pårørende har fortalt at pasienten har vært glad i, har vi observert at dette har bidratt til et mer stabilisert stemningsleie hos pasienten. Pasientene fikk gjerne rett etter musikken mer energi, og de pratet ikke like mye på hvor håpløst livet var. Angående løftning av stemningsleiet, vises dette og i studiet av Sakamoto, Ando og Tsutou (2013). De beskriver musikkterapi som et gunstig terapeutisk tiltak for å oppnå et mer kortvarig, men behagelig stemningsleie hos deltakerne. Det kan dermed tenkes at musikk for denne pasientgruppen er et godt hjelpeverktøy for å oppnå et mer stabilisert stemningsleie, og dermed unngå utvikling av depresjon hos pasienten. Videre kan en hevde at dette sammen er med på å forebygge utfordrende atferd.

Studiet av Ray og Mittelman (2017) viser igjen at musikk reduserer depressive symptomer, og vedlikeholder denne reduksjonen opp til to uker. Dette kan sees i sammenheng med hva Rokstad (2008) skriver angående musikkens effekt i medisinsk behandling, da gjerne for å lindre angst og depresjon. Som vist i studiet av Ragneskog *et al.* (2001) kan man også erfare motsatt ønsket effekt. I dette studiet så man en av deltakerne skrek og ga et sterkt uttrykk for misnøye når rolig og avslappende musikk ble spilt. Dette støter imot det Tretteteig, Tangen og Størdjord (2016) skriver om at for mange kan musikken dempe blant annet angstfølelse. Videre skriver de derimot at musikken kan skape trivsel og glede, men poengterer at det ikke nødvendigvis er sånn for alle. Dette står i samsvar med resultatet i studiet av Ragneskog *et al.* (2001) der musikken hadde en beroligende på to av deltakerne, og mindre eller minimal effekt på de to siste deltakerne.

Samtidig kan en hevde at depresjon hos denne pasientgruppen kan utvikle seg som etterfølge av at personen kan føle seg utrygg grunnet mindre kontroll i sin hverdag. Dette støttes av Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) der de skriver at for hver grad sykdommen forverres, blir det vanskeligere for pasientene å opprettholde forståelse av egen identitet. Det kan tenkes at denne reduserte forståelsen av egen identitet skyldes en svekket følelse av tilhørighet og selvtillit som utvikles med sykdommen.

Studiet av Cooke *et al.* (2010) viste derimot at musikkterapi til studiets deltakere ga økt selvtillit, og ga mindre depressive symptomer. Deltakerne fikk også *noe* høyere følelse av tilhørighet. Den lille økningen av tilhørighet kan derimot sees på som en reaksjon av å delta i en gruppeaktivitet. Alle satt sammen og hørte på musikk, og deltok med sang og instrumenter. Selv om det ikke var direkte kommunikasjon mellom deltakerne om hva musikken gjorde med dem, kan den økte følelsen av tilhørighet ses i sammenheng med hva Martinsen (1989) skriver om at relasjoner, eller et fellesskap, er en av de viktigste verdiene ved omsorgsbegrepet. Det kan tenkes at deltakerne i dette studiet fikk en liten økning i tilhørighetsfølelsen ved at de så andre personer som sammen med dem selv, bidro til å skape en felles musikkstund. Ved at selvtilliten økte og depressive symptomer ble redusert, kan det tenkes at deltakerne ble mer mottakelige og positive til omgivelsene rundt dem. Ved å være åpne for inntrykkene rundt seg, følte de seg muligens mer inkludert i miljøet.

I studiet av Clement *et al.* (2012) deltok også deltakerne i musikkintervensjoner gruppevis. Disse deltakerne ble derimot oppfordret til å prate om følelser og minner etter hver enkelt sang som ble spilt. Selv om resultatet ikke nevner noe om grad av tilhørighet, skrives det at deltakerne fikk en positivt høyere grad av emosjonelt nivå, hvilket som i tillegg hadde en god vedvarende effekt. Ved at deltakerne i studiet av Cooke *et al.* (2010) viste at musikkterapien i gruppe ga økt tilhørighet, og deltakerne i studiet av Clement *et al.* (2012) fikk en vedvarende positiv løftning av emosjonelt nivå, kan vi anta at dette også innebærer økt følelse av tilhørighet. Dette kan ses i sammenheng med hva Tretteteig, Tangen og Størjord (2016) skriver om at det å høre på musikk sammen med andre gir en følelse av fellesskap. Ut ifra studiet av Clement *et al.* (2012) kan en tolke at en gruppevis musikkintervensjon, der følelser og minner står i sentrum, også kan gi en positiv økning av tilhørighetsfølelse.

Ut fra egne erfaringer har vi ofte sett at deprimerte pasienter med demens setter stor pris på å finne fellestrekk med andre pasienter. Et godt eksempel er to menn innlagt en demensavdeling, der begge hadde det samme yrket og var fra samme by. Den ene pasienten hadde sterke depressive symptomer og gikk til vanlig store deler av dagen og ristet i dører for å komme seg ut. Etter å ha blitt introdusert til medpasienten som delte mange av hans erfaringer, fikk den depressive pasienten ro til å sette seg ned og prate med medpasienten. Ved at de hadde mye til felles, og mange minner fra de samme stedene, førte dette til at pasienten som tidligere hadde sterke depressive symptomer ikke lenger ristet like ofte i dørene. Pasienten fortalte selv han følte seg mer *hjemme*. En kan hevde at deling av minner og følelser bidrar til økt tilhørighet, og at dette er med på å redusere utfordrende atferd ved at pasientens grad av uro reduseres.

5.1.2 Terapeutisk bruk av musikk mot agitasjon

Tretteteig (2016) skriver at personer med demens gradvis vil miste muligheten til å utføre praktiske dagligdagse handlinger selv. Engedal og Haugen (2016) tilføyer at agitasjon kan utløses av at personens følelse av intimsone blir overskredet. Dette medfører feiltolkninger hos pasienten, og vedkommende kan føle seg såret, krenket og skamfull. Situasjonen kan medføre at pasienten gjenopplever en tidligere traumatisk hendelse. Ut ifra egen erfaring har vi og sett at de forsøker å vri seg unna, og flykte fra hele situasjonen. Ofte har det å sette på musikk pasienten tidligere i livet har vært glad i, bidratt til mindre utagering i stellesituasjoner. Pasienten har ofte blitt mer samarbeidsvillig, og oppleves som glad og fornøyd i situasjonen. Kan vi med dette hevde at musikk for pasienter med demens, er med på å vekke positive minner og følelser? Dette er beskrevet av Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) der de skriver at musikken bringer frem gode følelser og fjerner minner pasienten forbinder med følelse av glede. Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) skriver at når pasientene lar seg påvirke av musikken, har dette en god innvirkning på personens følelse av velvære. Med dette kan en tenke at vedkommende fungerer bedre ved bruk av musikk. Vi tenker at det her kan trekkes inn sykepleierens ansvarsområde vedrørende ivaretagelse av grunnleggende behov hos pasienten. Ut ifra egne erfaringer har vi sett at pasientene lar seg ofte påvirke av musikken, og at musikken har hatt en god innvirkning på personens følelse av velvære, som kan ha bidratt til at vedkommende fungerer bedre. Man kan med dette hevde at musikkterapien har en innvirkning på pasientens psykososiale behov.

Dette står i tråd med egen erfaring der pasientene har blitt i stand til å utføre små deler av stellet, for eksempel vaske ansiktet eller brystet sitt selv. En kan med dette hevde at sykepleieren kan ved å utøve musikkterapi, gi pasienten følelse av å være akseptert og anerkjent, hvilket som er beskrevet som grunnleggende psykososiale behov av Holter og Grov (2015). I studiet av Clark, Lipe og Bilbrey (1998) innebar stellene uten musikk mye agitasjon. I dette tilfellet omtales agitasjon som roping, trakasserende språk, samt motsettelse for å motta hjelp. Slag mot personalet, og gråt var også vanlig under disse stellingene. Ved bruk av musikk førte dette til en mindre grad av agitasjon i stellesituasjoner i dette studiet. Antall tilfeller av roping ble redusert med 64%, og slag med 27%. Verbal motsettelse for å motta hjelp ble også redusert med 56%. Dette velger vi å sammenligne med egne erfaringer. I praksis erfarte vi at gjerne eldre kvinner med demens, som tidligere har vært utsatt for overgrep, har hatt lett for å rope, slå og gråte under stellesituasjoner. Som regel har det hjulpet å synge for disse pasientene.

Både resultatene fra ovennevnte studie og våre egne erfaringer, kan knyttes til teorien av Engedal og Haugen (2016) der de skriver at agitasjonen kan utløses av at personen blir minnet på en tidligere traume. En kan hevde at bruk av musikk her har bidratt til å redusere den utfordrende atferden, ved at musikken minner pasientene på gode tider, og at de med dette får en mindre følelse av krenkelse og skamfullhet. Som Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) skriver, kan musikk og det å synge sammen med noen føre til at personen husker steder og personer som har vært sentrale i deres liv. Med dette kan en si at musikken hjelper pasientene med å bekrefte hvem de er. Clark, Lipe og Bilbrey (1998) fant derimot en økning i antall tilfeller av gråting i deres studie, men uten en videre analyse av denne variabelen. Da de andre hyppigste agitasjonssymptomene ble tydelig redusert, og denne variabelen derimot økte, tenker vi at dette ikke nødvendigvis har noe med agitasjon å gjøre. Gråt kan her muligens forstås som en reaksjon på økt følelse av velferd og vekking av gode minner og følelser.

Ray og Mittelman (2017) beskriver hovedsakelig en god kortvarig effekt på agitasjon som følge av musikkterapi. To uker etter siste musikkintervensjon var det en liten økning i antall tilfeller av agitasjon. Siden graden av økning i tilfeller av agitasjon var så liten, beskrives effekten av musikkterapi likevel som god på både kort og lang sikt. Dette kan ses i sammenheng med hva Myskja (2016) skriver om at miljøterapeutisk behandling bør være det første tiltaket for å håndtere denne form for atferd.

Det kan tenkes at musikken, som her ble anvendt i grupper, var med på å gi en beroligende effekt ved at musikkterapeuter var tilstede under intervensjonene. Ved at deltakerne opplevde at det var en form for personale tilstede som hadde en rolig atferd, bygger dette på egne erfaringer vedrørende håndtering av denne atferdsformen. Ved å selv beholde roen i møte med agiterte pasienter, kan en hevde at dette har en smittende effekt over på pasientene. Dette støttes av Myskja (2016). Ved å kombinere denne erfaringen sammen med hva Tretteteig, Tangen og Storjord (2016) skriver om at musikk kan være et godt hjelpemiddel for å dempe aggresjon og uro, kan det tenkes at dette sammen resulterte i dempet agitasjon hos disse deltakerne.

Ragneskog *et al.* (2001) har valgt ut fire deltakere med alvorlig grad av demens, preget av angst, roping, rastløshet, aggressivitet eller kranglete atferd, hvilket som samlet omtales som *agitasjon*. Musikken var tilpasset den enkelte deltakeren, og preferanser og tips ble innhentet fra både deltakerne selv, deres hovedpårørende, i tillegg til sykepleierne og annet personale. Deltakeren fikk høre på musikken på sitt eget rom, eller ved bruk av hodetelefoner. Som resultat så man en reduksjon av agitert atferd hos to av deltakerne. Den tredje deltakeren hadde også noe positiv effekt da hun klarte å sitte en lengre periode i stolen sin, uten å bryte ut i gråt. Dette kan ses i sammenheng med hva Myskja (2006) skriver om musikk sin innvirkning på hjernens tolkning av smerte. Han fremhever at både musikk og smerter begge trigger frem emosjonelle prosesser i hjernen. Lydsignalene av musikken behandles, på liknende linje som smertestimuli, i det limbiske systemet. På denne måten skriver Myskja (2006) videre at flere forskere mener musikken kan overdøve smerten ved at det limbiske systemet fokuserer på musikken istedenfor smerteimpulsene. En annen tanke er at deltakeren klarte å sitte lenger i stolen uten å gråte ved at positive følelser og minner ble vekket. Kanskje minnet musikken henne om en viktig person eller hendelse i hennes liv?

En av deltakerne i studiet av Ragneskog *et al.* (2001) hadde ingen effekt av musikkterapien. I dette studiet ble deltakerne eksponert for musikk til faste tidspunkter på dagen, i tidsrommet hvor personalet erfarte deltakernes uro i størst grad. Sett ut ifra egen erfaring, opplever vi det som gunstig å starte musikkintervensjoner *før* pasientenes grad av uro blir for høy. I de fleste tilfeller har vi observert at disse pasientene lettere tar til seg musikken, og oppnår en bedre effekt enn pasientene som blir eksponert for musikk når uroen har nådd en mye høyere grad. Noen kan hevde at den siste deltakeren muligens kunne ha oppnådd effekt av musikkterapien om musikken ble anvendt på et tidligere stadie, for eksempel to timer før tidspunktet personalet erfarte størst grad av uro. Dette støttes av Myskja (2013) som skriver at personer med demens mangler intakte nerveforbindelser i nervefibrene i pannelappene. På grunn av disse nervefibrene som ikke lenger er intakte, skriver han at forebygging av utfordrende atferd vil være det beste tiltaket.

I studiet Ray og Mittelman (2017) har derimot valgt å anvende musikken i grupper, der det er samlet utvalgte sanger til hver deltaker og ikke til hele gruppen som en helhet. Den gode erfaringen på både kort og lang sikt, strider med vår egen erfaring fra liknende situasjoner. Våre erfaringer vedrørende å sette på musikk for en gruppe med pasienter preget av moderat til alvorlig demens, har musikken ofte ført til mer uro og agitert atferd hos pasientene. Enkelte pasienter lar seg i disse situasjonene provosere av småting, og utagerer da typisk mot andre pasienter eller personalet. Det kan med dette hevdes at musikken blir en form for unødvendig støy eller stimuli, som pasienten ikke forstår. Som følge av at pasienten ikke forstår stimulien rundt seg, kan det tenkes at dette kan føre til frustrasjon og følelse av manglende kontroll. I disse tilfellene kan en hevde at agitasjon er en fungerende metode for pasienten å få ut sin indre frustrasjon. Myskja (2006) støtter dette ved å skrive at når noen, i dette tilfelle sykehjemsbeboerne, gjennom livet er vært vant til et spesielt forhold mellom rytme og melodi, vil andre sjangere kunne virke fremmed for vedkommende. Forholdet mellom rytme og melodi samsvarer ikke lenger med hva pasienten er vant til. Musikken vil lett oppleves som støy.

Myskja (2006) hevder at man med levende musikk som oftest oppnår bedre resultater enn musikk som spilles fra en CD-spiller. Dette viser seg i studiet av Sakamoto, Ando og Tsutou (2013). Hos deltakerne som deltok aktivt i musikkintervensjoner, så man at graden av aggressivitet ble godt redusert hos disse personene. Deltakerne i den passive gruppen, som kun hørte musikk fra CD-spilleren, oppnådde ingen betydelig endring i grad av aggresjon. Selv om deltakerne i den interaktive gruppen også hørte på musikk fra en CD-spiller, kan dette anses som en form for levende musikk da de fikk være med å delta i intervensjonen med musikalske ferdigheter i form av klapping, sang og dans. Sett i et slikt lys samsvarer dette med Myskja (2006) sin teori om at levende musikk generelt sett gir bedre resultater enn musikk som kun spilles fra en CD-spiller.

5.1.3 Ulike fremstillinger av musikk

I studiene ser man at forskerne velger å presentere musikken med forskjellige metoder. Tre av studiene valgte å fremstille musikken på individuelt nivå, ved at deltakerne var alene med en observatør i nærheten når musikkintervensjonene foregikk. I følge Rokstad (2008) bør en kartlegge individuelle musikkpreferanser ved å snakke med pasienten, dersom en skal tilpasse musikkterapi. Dersom pasienten ikke kan svare adekvat, bør en snakke med både pasient og pårørende. Videre skriver hun at musikk kan fremme minner, som kan gjøre at pasient og pårørende kan dele noe som ikke lenger kan sies med ord. Avslutningsvis skriver Rokstad (2008) at dersom en velger musikk pasienten ikke liker kan han oppleve musikken som bråk, noe som skaper økt uro og utfordrende atferd.

Slik vi ser det er individualisert musikk gunstig for å sikre at pasienten får terapeutisk effekt av musikken. Dette støttes av studien til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) der de fant ut at både interaktiv og passiv individualisert musikkterapi reduserte stress, samt fremmet positive minner. I denne studien ble både deltakeren og pårørende intervjuet i forkant av intervensjonene, for å best mulig tilpasse musikken til hva deltakeren tidligere hadde vært glad i å høre på. Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) skriver også at deltakerne lo mer enn tidligere, samt at angst, paranoia og fobier ble redusert på lang sikt.

Det kan tenkes at ved individualisering av terapeutiskrettet musikk, fokuserer en på hvem personen en gang har vært for å fremme positive minner. Kitwood (2003) revolusjonerte demensomsorgen da han skrev om behandling av selve *mennesket* med sykdommen, som han valgte å kalle personsentrert omsorg. I studien til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) valgte de metoden individualisert musikk fordi de mente sannsynligheten var stor for at valgt musikk ville fremme positive minner samt glede. I studiet til Ragneskog *et al.* (2001) var de derimot ikke alltid like sikre på hvilken effekt individualisert musikk hadde. To av deltakerne ble spurt om de likte musikken, noe de svarte *ja* til. De argumenterte også med at de to som ble minst berørte av musikken også var de to med mest langtkommen demens.

Dette strider imot hva Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver vedrørende pasientens evne til å kjenne igjen, og ha glede av kjente sanger og melodier opprettholdes lenge utover i sykdomsforløpet. Det kan tenkes at disse to deltakerne muligens hadde andre årsaker som forårsaket den utfordrende atferden. Muligens var det grunnleggende behov som ikke var dekket, eller at deltakerne kjente smerte som utløste atferden.

Ragneskog *et al.* (2001) skriver også at de utførte intervensjonene da pleiepersonalet mente at agitasjonen var på sitt verste. Det kan tenkes at disse to deltakerne kunne hatt bedre effekt av musikken dersom den hadde blitt brukt som forebyggende i stedet for beroende. Med dette kan en tenke at musikken burde blitt spilt *før* deltakerne nådde agitasjonstoppen. På denne måten kunne muligens deltakerne hatt bedre effekt av musikkintervensjonen, uavhengig av grad av demens. Dette støttes opp av Ridder (2016) som skriver at en av hovedgrunnene for å bli henvist til musikkterapi er for å *forebygge* agitert atferd.

Rotegård, Solhaug og Grov (2015) skriver at sykepleierens oppgaver omfatter blant annet å observere og utføre kliniske undersøkelser. Det kan tenkes at sykepleier får gjort flere gode observasjoner under stell, av f.eks. hud, velvære, respirasjon. I tillegg kan en hevde at stell er gode tidspunkter for å observere psykiske symptomer. I artikkelen til Clark, Lipe og Bilbrey (1998) fortalte pleiepersonalet at de opplevde at deltakerne ble mer medgjørilige ved stell, samt smilte, klappet og lo mer enn tidligere. Dette ses i sammenheng med hva Martinsen (1989) skrev angående samhørighet og fellesskap som en del av hennes omsorgsteori. Ved at deltakerne i studien av Clark, Lipe og Bilbrey (1998) ble mer fornøyde og samarbeidsvillige, kunne sykepleierne lettere utføre jobben sin. Man kan med dette hevde at sykepleierne bør ta hensyn og sørge for tilfredshet og glede pasientene, for selv også å få økt tilfredshet på arbeidet sitt.

Vi ser at terapeutisk bruk av musikk som personen tidligere har likt, er med på å fremme gode minner, eller nostalgi. Ridder (2016) skriver at nostalgiske tanker ofte handler om personer vi har hatt et tett og godt samvær med. Det kan også handle om bestemte steder og betydningsfulle opplevelser, for eksempel med nær familie. En kan hevde at dette gjør pasienten i stand til å tilbakekalle gode minner, for å bedre sin nåværende situasjon. Nostalgi beskrives som en potensiell kilde til gode minner som bor i hver av oss. Musikk som man har hørt i en bestemt begivenhet eller bestemt periode kan vekke denne nostalgien. Denne opplevelsen er helt personlig og handler om oss selv og vår nære relasjoner.

Det kan være nyttig å skille mellom hvilke fordeler musikk i grupper har i forhold til hvilke fordeler musikk har på et individuelt plan. I studiet til Clement *et al.* (2012) ble deltakerne oppmuntret til å snakke om hvilke minner som oppsto mellom hver sang. Her var spillelisten sammensatt av hva deltakerne foretrakk å høre på i gruppe, og var ikke totalt spesialtilpasset til hver enkelt deltaker. Ridder (2016) skriver at det spekuleres i at nostalgi kan i enkelte tilfeller gjøre vondt verre, men at dette ikke er tilfellet. Dette kan ses i sammenheng med studiet til Clement *et al.* (2012) hvor de så at musikken av og til kunne bringe frem falske minner. Et eksempel var en av deltakerne som mente at sønnen hans hadde komponert en sang han hørte. Dette viste seg å ikke være sant, da deltakeren ikke hadde en sønn. Sangen var i tillegg en kjent sang av The Beatles. En kan undre seg om det faktisk har noen betydning i det hele tatt om minnene er falske eller sanne.

Det kan tenkes at det egentlig ikke har noen betydning. Deltakeren i studiet av Clement *et al.* (2012) oppfattet minnet som virkelighet, noe som vekket en god følelse hos han. Ved at deltakeren over lenger tid blir minnet på falske minner som bringer frem glede for han, kan det tenkes at dette kan gi en økt livskvalitet. En kan med dette hevde at det ikke i alle tilfeller er nødvendig med realitetsorientering i slike tilfeller. Muligens kan det å la pasientene leve i troen av minnene deres, falske eller ei, bringe frem en høyere selvfølelse og dermed økt livskvalitet.

I studiet til Ray og Mittelman (2017) ble deltakerne delt opp i små grupper og intervensjonen varte 15-60 minutter avhengig av hva deltakeren tolererte. Deltakerne fikk forlate musikkintervensjonen når de selv ville, og hadde moderat eller alvorlig form for demens. Dette ga dem ulike utgangspunkt for hvordan, og hvor lenge de tolererte gruppeaktiviteten. Musikken som ble brukt var skreddersydd til gruppen. I følge Ridder (2016) forteller musikk noe om hvem vi er, samt at det å dele musikkopplevelser med andre kan gi muligheten for å delta i sosiale felleskap. Det er her snakk om å bruke musikk i dagliglivet uten at det skal være fastlagt noe mål for at musikken skal føre til noe bestemt resultat. I denne sammenhengen er musikken både middelet og målet. Dette bygger videre på en av Martinsens tre verdier. Martinsen (1998) skriver at sosialt samvær bringer frem felles erfaringer, noe som fører til at man får forståelse for andre. I tillegg skriver hun at relasjoner, eller fellesskap, er en grunnleggende verdi i omsorgen. På den ene siden så har musikkterapi i gruppe sine fordeler ved at man har muligheten til å dele opplevelser sammen, og delta i et sosialt felleskap. På den andre siden er musikken skreddersydd til hele gruppen, hvilket som kan føre til at musikken som brukes ikke er gjenkjennbar for enkelte deltakere før deres ønskesang blir spilt.

Dette støttes av Myskja (2006) og Rokstad (2008) som begge skriver at ukjent musikk vil lett oppleves som støy. Det vil eksempelvis være en dårlig kombinasjon å ha en gruppesammensetning der en deltaker liker å høre på kristen musikk, og samtidig ha en deltaker som ikke liker religiøs musikk. Som en ser i studiene av Ray og Mittelman (2017), Sakamoto, Ando, Tsutou (2013), Cooke *et al.* (2010) og Clement *et al.* (2012) kan musikkterapi i gruppe resultere i en betydelig reduksjon i *graden* av utfordrende atferd.

Likevel er det viktig at musikkintervensjonene bør være frivillig, da en kan hevde ufrivillig deltakelse kan gi motsatt effekt. Fra egen praksis var vi vitne til en pasient som fikk tilrettelagt deltakelse på gudstjenester hver søndag. Pasienten var utdannet teolog, og hadde uttrykt ønske om å fortsette å delta på gudstjenester. På denne måten deltok pasienten i en gruppeaktivitet der han kunne møte folk han identifiserte seg med. Her fikk man kombinert gruppeaktivitet med individuell preferanse.

5.2. Metodediskusjon

Vi fant underveis et litteraturstudie som omhandlet et lignende tema som vår problemstilling. I denne artikkelen fant vi to vitenskapelige studier vi ønsket å se mer på; artiklene av *Clark, Lipe og Bilbrey (1998)* og *Clement et al. (2012)*. Dette er grunnen til at søkeordene til disse artiklene er noe annerledes enn søkeordene for de andre artiklene. Dette ble valgt å gjøre da vi fant studiene svært relevant for vår oppgave da den ene tok for seg musikkterapi i stellesituasjoner, og den andre omhandlet hvilken effekt musikken hadde på psykisk velvære på både kort og lang sikt hos denne pasientgruppen.

Artikkelen til Clark, Lipe og Bilbrey ble publisert i 1998. På en side kan en si at utførelsen av musikkterapi kan ha endret seg noe de siste 20 årene, for eksempel i lengde på intervensjonene. På den andre siden kan en hevde at effekten av musikken sannsynlig være tilsvarende som var tidligere. En kan hevde at omsorgen til personer med demens ikke har gjennomgått store endringer de siste 20 årene. Vi fant det med dette ikke problematisk at studiet er 20 år gammel. For å kvalitetssikre våre studier har vi undersøkt om tidsskriftene er fagfelleurdert, og da hvilket nivå. Dette gjorde vi ved å bruke nettsiden til Norsk senter for forskningsdata. Det at alle våre artikler er fagfelleurdert gir en styrke ved våre funn, samt vår oppgave (NSD, 2018).

I studiet til Clark, Lipe og Bilbrey (1998) ble foretrukken musikk spilt for deltakerne under stell. Det er ikke beskrevet i studien hvordan samlet data som utgjorde den foretrukne musikken. Muligens er det konferert med pleiepersonalet eller pårørende, men siden forskerne ikke oppgir denne informasjonen, blir dette bare antakelser. Det kan tenkes at dette kan være en svakhet ved denne artikkelen, spesielt når det kommer til spørsmål om musikken er individualisert. En kan med dette stille spørsmål om resultatet av studiet er troverdig. Ved denne studien er fordelen at det er enkelt å se effekten av musikkterapi ved stellesituasjoner.

Vi valgte å bruke både kvalitative og kvantitative studier. Hovedtyngden av våre artikler er kvantitative, og en av artiklene er kvalitative. Ved at det ikke er flere kvalitative studier, kan det tenkes at gruppen kan ha gått glipp av konkrete og detaljerte reaksjoner på musikkintervensjonene, for eksempel ved apati. Vi ønsket å inkludere et kvalitativt studie for å se nærmere på effekten på enkeltpersoner. Kvantitative studier kan derimot styrke oppgaven ved at en kan se effekten på en større gruppe mennesker. Ved at musikkterapien er testet på flere deltakere med ulike symptomer, gir dette oss målbar data som videre kan sammenlignes med andre parametere. I oppgaven har vi valgt å bruke primærkilder av Audun Myskja, Kari Martinsen og Tom Kitwood. Dette utgjør en styrke ved vår oppgave.

Artikkelen til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) er japansk, noe som kan være en svakhet ved oppgaven da det inngikk i inklusjonskriteriene våre at studiene skulle være gjenkjennbare for norske samfunnet. Ved å undersøke introduksjonen i artikkelen, så vi at forfatterne har henvist til vestlige forfattere og organisasjoner. Dette gjør at studiet trolig kan overføres lett til det norske samfunnet. De resterende artiklene vi har valgt er henholdsvis fra USA, Sverige, Australia og Frankrike. Dette er vestlige land, noe som gjør at det enkelt kan overføres til vårt samfunn. Dette utgjør en styrke ved vår oppgave.

Det finnes omtrent 50 millioner personer med demens i verden i dag (WHO, 2017). Samlet antall deltakere fra alle studier nevnt i denne besvarelsen er på 251 personer. Dette er et svært lite antall mennesker sett i sammenheng med hvor mange som på verdensbasis har en demensdiagnose, og i tillegg er innlagt i sykehjem. Da dette antallet er svært lite i forhold hvor mange som lever under disse forholdene, kan en ikke stadfeste en generell og konkret konklusjon som omhandler alle personer med demens innlagt i sykehjem. Likevel kan våre funn og diskusjon gi en god pekepinn på hvordan personer med demens kan reagere på musikkterapeutisk miljøbehandling.

Vi hadde underveis i perioden en tanke vedrørende forskning på denne pasientgruppen, da personer i denne pasientgruppen gjerne er fratatt samtykkekompetansen. Likevel anser vi denne pasientgruppen som en meget viktig gruppe å få en økt forståelse for. De nasjonale forskningsetiske komité for medisin (2009) skriver at man skal i utgangspunktet ikke forske på personer uten samtykkekompetanse. Videre skriver de at det derimot kan være to gyldige årsaker til å forske på denne gruppen. Den ene er dersom forskningen *ikke* kan gjøres på personer som har samtykkekompetanse, og den andre er at den aktuelle forskningen er en direkte og stor fordel for den gruppen det forskes på. Artiklene til Ray og Mittelman (2017), Clement *et al.* (2012) og Clark, Lipe og Bilbrey (1998) nevner innledningsvis i metoden at de har fått samtykke av hovedpårørende til å forske på disse deltakerne. Dette utgjør en styrke i vår oppgave. Artiklene til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013), Cooke *et al.* (2010) og Ragneskog *et al.* (2001) er godkjent av deres respektive forskningsetiske komiteer. Det at alle valgte studier inneholder forskningsetiske betraktninger, ser vi på som en styrke ved vår oppgave.

6.0 Konklusjon

For å svare på konklusjonen vil vi gjenta vår problemstilling:

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

Hensikten med oppgaven var å tilegne oss økt kunnskap om musikkterapeutisk miljøbehandling, *musikkterapi*, for demenssyke personer innlagt i sykehjem. Ut ifra valgte artikler er det rimelig å si at utfordrende atferd i stor grad kan reduseres ved bruk av musikkterapi. Slik vi ser det bør musikken være individualisert for å kunne oppnå ønsket effekt, uavhengig av om intervensjonen foregår i gruppe eller individuelt. Musikk som er individualisert kan bringe frem positive minner og følelser, noe som gir pasientene følelse av glede. Anvendelse av musikk kan bidra til et mer stabilt stemningsleie, ved at depressive symptomer betraktelig reduseres opp til to - fire uker. Musikken kan også fremme velvære da det gir høyere selvtillit og noe høyere tilhørighetsfølelse. Dette kan bidra til å redusere pasientens følelse av uro, og dermed grad av utfordrende atferd. Musikkterapi for agitasjon har en god øyeblikkelig og kortsiktig effekt, og vi ser at effekten er større ved bruk av interaktiv musikkterapi der pasientene selv deltar. Utfordrende atferd kan reduseres ved at musikken vekker positive følelser, og demper følelser av krenkelse. Den gode øyeblikkelige effekten utpeker musikken til et godt hjelpeverktøy i stillesituasjoner av personer med demens. Den gode effekten er til fordel for pasienter innlagt i sykehjem, der helsepersonellet kan anvende musikkterapi i flere sammenhenger. I sykehjem har sykepleier en sentral rolle med ansvar for å kartlegge pasientenes atferd gjennom hele døgnet. Med dette vil en kunne skaffe oversikt over om det er tidspunkt som utpeker seg der pasientens uro er høy. Dette vil da muliggjøre musikkterapi som forebyggende behandling.

7.0 Litteraturliste

Clark, M., Lipe, A, W. og Bilbrey, M. (1998) Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia, *Journal of gerontological nursing*, volum 24, side: 10-17.

Tilgjengelig fra:

<https://search.proquest.com/docview/204142424/3827FDAC458E42B2PQ/1?accountid=12870> (Hentet 10. april 2018)

Clement, S. Tonini, A. Khatir, F. Schiaratura, L. og Samson, S. (2012) Short and longer term effects of musical intervention in severe alzheimer's disease, *Music Perception: Berkeley*, volum 29, side 533-541. Tilgjengelig fra:

Berkeley, volum 29, side 533-541. Tilgjengelig fra:

<https://search.proquest.com/pao/docview/1021131088/5454534D12584D93PQ/1?accountid=12870> (Hentet 10. april 2018)

Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S. og Murfield, J. (2010) A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression, *Journal Of Health Psychology*. Vol 15(5). side 765-776. DOI: 10.1177/1359105310368188. (Hentet 8. februar 2018)

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. Utgave 6. Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Generelle prinsipper*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Generelle-prinsipper/> (Hentet 2. mai 2018)

Engedal, K. (2016) *En bok om demens, Husk meg når jeg glemmer*. Utgave 1. Oslo: Pax forlag.

Engedal, K. og Berentsen, V, D. (2016) *Sykdommer, tilstander og skader som kan føre til demens*. i Tretteteig, S. (Red.) (2016) *Demensboka - Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. utgave 1. Tønsberg: Aldring og helse. Side: 41 - 65.

Engedal, K. og Haugen, P. K. (2016) Hva er demens?, i Tretteteig, S. (Red.) *Demensboka - Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. utgave 1. Tønsberg: Aldring og helse. Sidetall: 13 - 38.

Engedal, K. og Haugen, P. K. (2009) *Demens. Fakta og utfordringer*. 5. utgave. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i: Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. Utgave 1, Oslo: Cappelen Damm, s. 887 - 907.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. (Internett), 20 (2), s. 22-26. Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (Hentet 22. april 2018).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie-> (Hentet: 9. mai 2018)

Holter, I. M. og Grov, E. K. (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. Utgave 1, Oslo: Cappelen Damm, s. 27 - 36.

Jakobsen, R. og Homelien, S. (2012) *Pårørende til personer med demens - om å forstå, involvere og støtte*. Utgave 1. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kitwood, T. (2003) *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. Utgave 1, opplag 2. København: Munksgaard Danmark.

Kvamme, T. S. og Stige, B. (2016) *Musikkterapi i praksis: en innføring*, i Ridder, H. M. (red) *Musikkterapi og eldre helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lerdal, A. (2012) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel> (Hentet: 8. mars 2018)

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin, historisk-filosofiske essays*. Utgave 2. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Myskja, A. (2013) *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.

NSD (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 14. januar 2018)

Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M. og Norberg, A. (2001) Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions, *International Journal of Nursing Practice*. Vol 7, issue 3, Side 146-155. DOI: 10.1046/j.1440-172X.2001.00254.x.

Ray, K. D. og Mittelman, M. S. (2017) Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia, *Dementia*, vol 16(6), side 689-710. DOI: 10.1177/1471301215613779.

Ramm, J. (red.) (2013) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. (SSB-rapport 05/2013). Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898 (Hentet: 9. mars 2018).

Ridder, H. M. (2016) Musik som hverdagsressource i ældrelivet: samvær og erindrig, i Stige, B. og Ridder, H. M. (Red.) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget. Sidetall: 59-67.

Ridder, H. M. (2016) Musikterapi i en psykosocial demensomsorg i plejebolig, i Stige, B. og Ridder, H. M. (red.) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 133 - 145.

Rokstad, A. M. M. (2014) *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M. (2008) Miljøbehandling, i Smebye, K. L. (red.) *Personer med demens - Møte og samhandling*. Utgave 1. Oslo: Akribe, s. 152 - 179.

Roksvaag, K. og Texmon, I. (2012) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. (SSB-rapport 14/2012) Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf (Hentet: 7.mai 2018).

Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i: Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. Utgave 1, Oslo: Cappelen Damm, s. 244 - 270.

Sakamoto, M., Ando, H. og Tsutou, A. (2013) Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia, *International psychogeriatrics*. Vol 25:5, side 775-784. DOI: 10.1017/S1041610212002256.

Senter for livshjelp (u.å) *Om oss*. Tilgjengelig fra: <http://www.livshjelp.no/omoss.html> (Hentet 22.03.18).

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) *Psykatrieboken Sinn - Kropp - Samfunn*. Utgave 1. Opplag 2. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stige, B. og Ridder, H. M. (2016) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Svartdal, F. (2014) Fagfelle vurdering, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelle vurdering> (Hentet: 8. mars 2018).

Thidemann, I, J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Opplag 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Tretteteig, S. (2016) *Utfordrende atferd*, i Tretteteig, S. (Red.) (2016) *Demensboka, Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. utgave 1. Tønsberg: Aldring og helse. Sidetall: 273 - 289.

Tretteteig, S., Tangen, G. G. og Storjord, M. B. (2016) *Miljøbehandling - ulike arbeidsformer og aktiviteter*, i Tretteteig, S. (Red.) (2016) *Demensboka - Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. utgave 1. Tønsberg: Aldring og helse. Sidetall: 324 - 366.

Ukjent (u. å.) *Hva ser du søster?* Oversatt av Oddny Reitan. Tilgjengelig fra: http://www.demensogtro.no/her-finner-du-gullkorn-og-d/hva_ser_du_soster.pdf (Hentet 10. mai 2018).

WHO (2017) *Dementia*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/dementia> (Hentet: 4. mai 2018).

Vedlegg 1 - Søkeshistorikk

Søkeord	Nr.	Database	Kombinasjoner (AND)	Antall treff	Tittel					
1. Music therapy 2. Dementia 3. Behavior 4. Depression 5. Agitation 6. Alzheimer 7. Individuality 8. Nursing 9. Nursing homes	Artikkel 1	PubMed	1+2+3+4+5+6	3	Music therapy: A nonpharmacological approach [...]					
						Artikkel 2	Cinahl Complete	1+2+7	3	Comparing the effects of different individualized [...]
	Artikkel 3	PubMed	1+2+3+5+7+8	13	Individualized music played for agitated patients [...]					

Vedlegg 2 - Søkeshistorikk

Søkeord	Nr.	Database	Kombinasjoner (AND)	Antall treff	Tittel
1. Music					
2. Aggressive	Artikkel 4	ProQuest	1+2+3+4	2050	
3. Behavior					
4. Dementia			1+2+3+4+9+10+11	39	Use of music to decrease aggressive behaviors in [...]
5. Shortterm effects					
6. Longterm effects					
7. Musical intervention	Artikkel 7	ProQuest	5+6+7+8	27	Short and longer term effects of musical intervention [...]
8. Severe alzheimer					
Tilleggsfiltre i databasen					
9. Article					
10. Scholarly Journals					
11. Journal of Gerontological Nursing					

Vedlegg 3 - Litteraturnmatrise 1

Referanse	Ray, K. D. og Mittelman, M. S. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. Dementia, 2017, s. 689 - 710. DOI: 10.1177/1471301215613779
Hensikt	Finne ut hvilken effekt musikkterapi gir på pasienter med langtkommen demens, og hvilke symptomer som endres.
Deltakere	132 deltakere med moderat til alvorlig demens.
Nøkkelord	Alzheimer's disease, Agitation, Depression, Music therapy, Wandering.
Metode	Det ble gjort to vurderinger før musikkintervensjon, to vurderinger etter, samt underveis i musikkintervensjonene. Deltakerne ble delt opp i grupper på fire til seks personer, og intervensjonen varte 15-60 minutter avhengig av hva deltakeren tolererte. Tre ulike intervensjoner ble brukt med ulikt musikkutvalg tilpasset til bevegelse, sang og nymning.
Hovedfunn	Musikkintervensjonen hadde god effekt på deltakere preget av depresjon og agitasjon, både på kort og lang sikt. Graden av vandring økte jevnt gjennom hele studiet.

Vedlegg 4 - Litteraturnmatrise 2

Referanse	Sakamoto, M., Ando H. og Tsutou, A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia International psychogeriatrics, 2013, s. 775-784. DOI: 10.1017/S1041610212002256
Hensikt	Finne ut hvilken effekt interaktiv og passiv musikk har på personer med demens på både kort- og lang sikt.
Deltakere	39 deltakere med alvorlig demens
Nøkkelord	Alzheimer's disease, behavioral and psychological symptoms of dementia, interactive music intervention, passive music intervention, the autonomic nerve index, the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, residual function, cognitive reserve.
Metode	Deltakerne ble delt opp i tre grupper: De interaktive gruppene ble oppfordret til å delta med å synge, klappe og nynne med. De passive gruppene fikk kun lytte til musikk. Kontrollgruppen ble ikke eksponert for musikk. Musikkintervensjonene varte i 30 minutter, en gang i uken i 10 uker.
Hovedfunn	Passiv og interaktiv musikkintervensjon hadde god kortiktig effekt på atferds- og psykiatriske symptomer. Interaktiv musikkintervensjon hadde størst effekt aggressiv atferd, noe som også innebar vrangforestillinger, depressive symptomer og deltakerens grad av livskvalitet. Den passive gruppen oppnådde også effekt i de tilsvarende symptomene, men av lavere grad. Den langsiktige effekten var størst hos den interaktive gruppen. Hos begge gruppene var effekten borte etter 3 uker.

Vedlegg 5 - Litteraturnmatrise 3

Referanse	Ragneskog, H., Asplund, K., Kilhgren, M. og Norberg, A. Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. International Journal of Nursing Practice, 2001, s. 146-155. DOI: 10.1046/j.1440-172X.2001.00254.x.
Hensikt	Denne studien undersøkte om individuell musikk brukes som en sykepleieintervensjon for å redusere agitasjonssymptomer hos fire deltakere med alvorlig demens
Deltakere	Fire deltakere med alvorlig demens.
Nøkkelord	Agitation, dementia, music, nursing, video-recording
Metode	Deltakerne ble filmet i løpet av fire sesjoner i fire perioder. To perioder med individuell musikk, en med klassisk og en periode uten musikk.
Hovedfunn	Alle fire deltakerne ble påvirket av musikken, men kun tre hadde positiv effekt. To av deltakerne fikk redusert agitert atferd, og en deltaker klarte å sitte lenger oppe i stolen sin uten å bryte ut i gråt. Deltakeren som derimot ikke hadde noe effekt, ropte at han ønsket musikken skulle stoppes. Tre deltakere ble roligere under noen av musikkintervensjonene.

Vedlegg 6 - Litteraturnmatrise 4

Referanse	Clark, M. E., Lipe A. W. og Bilbrey, M. <i>Use of music to decrease aggressive behavior in people with Dementia.</i> Journal of Gerontological Nursing, 1998, Thorofare Vol. 24, Iss. 7, s. 10-17.
Hensikt	Undersøke hvilken effekt innspilt og foretrukket musikk gir i stellesituasjoner på personer med demens og aggressiv atferd.
Deltakere	18 deltakere med moderat til alvorlig demens.
Nøkkelord	Behavior, dementia, aggressive, decrease
Metode	Studiet ble utført over en fire ukers periode. Det ble gjort 20 observasjoner. Halvparten av observasjonene ble gjort i stellesituasjoner med musikk. Resterende observasjoner ble gjort uten musikk. Deltakerne mottok stell, enten på rommet eller på badet sitt. Det ble målt totalt antall agiterte handlinger både med og uten musikk.
Hovedfunn	Det totale antallet av observerte agitasjons handlinger under musikkintervensjonen ble betraktelig redusert. Helsepersonellet rapporterte generell økning av samarbeid fra deltakerne i stellesituasjoner.

Vedlegg 7 - Litteraturnmatrise 5

Referanse	Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S. og Murfield, J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression Journal Of Health Psychology, 2010, s. 765-776. DOI: 10.1177/1359105310368188
Hensikt	Undersøke hvilken effekt live-musikk hadde på livskvalitet og depresjon hos eldre personer med demens. Hvor langvarig var effekten av denne musikken innenfor en tidsperiode på 5 uker.
Deltakere	47 deltakere med mild til moderat demens.
Nøkkelord	Dementia, depression, music, older people, quality of life
Metode	En musikkintervensjonsgruppe og en kontroll-lesegruppe. Intervensjonene varte i 40 minutter tre ganger i uka. De 10 første minuttene i musikkgruppa var forhåndsinnsplitt musikk, mens de resterende 30 var forbeholdt live-musikk. Deltakerne ble motivert til å delta aktivt. Etter åtte ukers intervensjon hadde deltakerne en pause på fem uker, for så å bytte grupper.
Hovedfunn	Musikk kan gi økt selvtillit, lavere grad av depresjonssymptomer. Musikkintervensjon hadde en liten positiv innvirkning på følelsen av tilhørighet. Selvtilliten økte fra starten til midten av studiet, og hadde deretter en betraktelig høyere økning frem til endt intervensjon. Deltakerne som var mest rammet av depresjon hadde størst utbytte av musikkterapi.

Vedlegg 8 - Litteraturnmatrise 6

Referanse	<p>Clement, S., Tonini, A., Khair, F., Schiaratura, L. og Samson, S.</p> <p>Short and longer term effects of musical intervention in severe alzheimer's disease.</p> <p>Music Perception: An Interdisciplinary Journal, 2012, Vol. 29, No. 5, s. 533-541.</p> <p>DOI: 10.1525/mp.2012.29.5.533</p>
Hensikt	<p>Undersøke hvilken effekt musikk (og matlagning) har på følelsesmessig velvære hos personer med alvorlig demens, både på kort og lang sikt.</p>
Deltakere	<p>11 deltakere med alvorlig Alzheimers sykdom.</p>
Nøkkelord	<p>Music, Alzheimer's disease, non-pharmacological treatment, emotion, mood</p>
Metode	<p>Deltakernes humør ble gjennom studiet evaluert totalt seks ganger. Humøret ble målt to ganger før første intervensjon, en gang underveis, og en gang rett etter siste intervensjon. Nye vurderinger av deltakernes humør ble også gjort to og fire uker etter siste intervensjon. Det ble gjennomført totalt åtte intervensjoner, med to intervensjoner per uke med varighet opp til to timer. Mellom hver sang ble deltakerne oppfordret til å prate om hva de syntes om musikken, og om minner som dukket opp underveis.</p>
Hovedfunn	<p>Musikkintervensjon har kortsiktig positiv effekt på emosjonelt nivå.</p> <p>Studiet viser en betydelig forskjell på følelsesnivåets utgangspunkt, og målingene gjort rett etter, samt fire uker etter endt studie. Dette viser at musikkintervensjon har både positiv og langvarig effekt på deltakernes humør og følelse av velvære.</p>