

Zhao Tian

Hvordan kan individuell musikkterapi forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Bernt Barstad

Mai 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Zhao Tian

Hvordan kan individuell musikkterapi forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Bernt Barstad
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan individuell musikkterapi forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem

Personer med en demensdiagnose som bor i sykehjem er en sårbar gruppe fordi de er avhengig av hjelp og støtte fra omsorgspersoner og helsepersonell. Hensikten med oppgaven er å undersøke om individuell musikkterapi kan forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem. I tillegg vil oppgaven undersøke hvilken mulig rolle vernepleiere kan ha i individuell musikkterapi. Oppgaven benytter seg av metoden litteraturstudie. I tillegg til relevant faglitteratur, tar oppgaven utgangspunkt i resultater fra fem ulike fagfellesvurderte artikler som er skrevet fra studier som omhandler musikkterapi til personer med demens. Studiene fant at individuell musikkterapi har effekt på BPSD symptomer, agitasjon og aggresjon, humør og depresjon på personer med demens. Individuell musikkterapi har også effekt på kommunikasjon og hukommelse, og forbedrer livskvalitet hos personer med demens. I denne oppgaven kan det konkludere med at individuell musikkterapi er et effektivt og ikke-farmakologisk tiltak som vernepleiere kan bruke for å forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem. Det trengs mer forskning på hvordan helsepersonell kan bruke individuell musikkterapi effektivt i praksis.

Nøkkelord: Demens, individuell musikkterapi, livskvalitet

Summary

Title: How can individual music therapy improve the quality of life for people with dementia in the nursing home

People living in the nursing home with a diagnosis of dementia are a vulnerable group because they are dependent on the help and support from carers. The purpose of this thesis is to investigate whether the individual music therapy can improve the quality of life for people with dementia living in nursing homes. In addition, this thesis will investigate the possible role the social educators can play in individual music therapy. The thesis uses the literature study method and based on the results from five representative peer-reviewed articles dealing with music therapy for people with dementia. It is found from these studies that individual music therapy has an effect on BPSD symptoms, agitation and aggression, mood and depression of people with dementia. Individual music therapy has also effects on improving communication, memory, and quality of life for people with dementia. It can be concluded in this thesis that individual music therapy is an effective and non-pharmacological measure that the social educators can use to improve the quality of life for people with dementia in nursing homes. More researches are still needed to find out how carers can use individual music therapy effectively in practice.

Keywords: Dementia, individual music therapy, quality of life

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt og problemstilling	2
1.3 Avgrensninger og begrepsavklaring	2
2.0 Teori	3
2.1 Demens	3
2.2 livskvalitet	4
2.3 selvbestemmelse	5
2.4 Personsentrert omsorg	6
2.5 Vernepleierens kjerneroller	6
3.0 Metode	7
3.1 Valg av metode	7
3.2 Litteratursøkeprosess	8
3.2.1 PICO-skjema	8
3.2.2 Søkehistorikk	8
3.3 Utvalg av fagfellevurderte artikler	10
3.4 Litteraturmatrise	10
3.5 Analyse artikler	16
4.0 Resultater	17
4.1 Forbedring av BPSD og mental helse	18
4.1.1 Forbedring av BPSD	18
4.1.2 Forbedring av mental helse	18
4.2 Effekt på kognisjon funksjon	19
4.3 Forbedring av livskvalitet	19
5.0 Diskusjon	19
5.1 Tilpasset musikk	20
5.2 Forbedring av BPSD, mental helse og kognitiv funksjon	21
5.3 Økt livskvalitet	23
5.4 Metodediskusjon	25
6.0 Konklusjon	25
Litteraturliste	27

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

I 2019 levde over 50 millioner mennesker med demenssykdom på verdensbasis, og antallet er anslått å øke til 152 millioner innen 2050. En regner med at noen utvikler demens hvert tredje sekund; og kostnaden for demens er beregnet til 1 trillion dollar per år og er anslått å dobles innen 2030 (Alzheimer's Disease International, 2019).

I Norge er ca. 101 000 mennesker diagnostisert med demenssykdom, noe som utgjør 1.88% av befolkningen (Aldring og helse, u.å.). Hvert år diagnostiseres 10 000 nye tilfeller. I 2050 antar vi at 238 000 nordmenn vil ha demens. Rapporten «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (REDIC 2015) viser at en person med demens gjennomsnittlig koster samfunnet 358 000 kroner per år, en total kostnad er på ca. 28 milliarder kroner årlig (Vossius et al., 2015, s. 13). Rapporten viser også at 80% av sykehjemsbeboere har demenssykdom, og at demens utgjør mesteparten av kostnader for kommunale tjenester (Vossius et al., 2015, s. 13). I de kommende 40 år er det forventet at samfunnskostnad for demens vil mer enn dobles (Hjort & Waaler, 2010, s. 1356).

Personer med demens kan oppleve å få dårligere kognitive funksjoner som igjen kan påvirke mestringsevne. Dette gjør at personer som diagnostiseres med demens har vanskeligere for å håndtere endringer i livsbetingelsene (Kirkevold, 2018, s. 265). Over 90% av personer med demens vil også utvikle atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (APSD) i løpet av sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2017). Neuropsychiatric symptoms (NPS) og behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD) er også brukt for å beskrive disse symptomene. Disse ikke-kognitive symptomer reduserer livskvalitet hos personer med demens, og øker omsorgsbyrden for pårørende og omsorgspersonell, misbruk av medisiner og økte helsekostnader (Cerejeira et al., 2012, s. 1; Selbæk, 2005, s. 1500).

Flere tidligere studier har vist at musikkterapi har en positiv effekt på personer med demens, ved å bidra til å redusere BPSD, samt forbedre emosjonell velvære og livskvalitet (Guétin et al. 2012, s. 620; Lyu et al. 2018, s. 1356; van der Steen et al. 2017, s. 1). Norsk forening for musikkterapi (NFMT, u.å.) definerer *Musikkterapi* som: er «studiet av sammenhenger mellom musikk og helse, som gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient. Prosessen er ofte ressursorientert og fokusert på aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, rehabilitering og omsorg». Musikkterapi har positiv innvirkning på fysiske og emosjonelt velvære. I tillegg kan musikkterapi redusere stress, og forbedre kommunikasjon, hukommelse og psykiske helse for individet (NFMT, u.å.; AMTA, 2005).

Musikkterapi kan brukes individuelt eller i grupper, i en tradisjonell differensiering mellom to teknikker er det aktiv og passiv intervensjon, i praksis er det vanlig å kombinere begge teknikker (Guetin et al., 2012, s. 623).

Som vernepleierstudent hadde jeg praksis på et sykehjem tre måneder hvor ni av pasientene var diagnostisert med enten Alzheimers demens, Lewylegemer demens eller uspesifisert demens i moderat og alvorlig grad. Jeg observerte at BPSD er vanlig hos pasienter. Symptomene er plagsomme for pasienten selv, og håndtering av symptomene gir utfordringer for helsepersonell (Kirkevold, 2018, s. 260). Blant annet påvirket det samarbeid mellom pasient og helsepersonell i stell situasjoner hvor pasient ikke ønsket i stell og dermed ble sint. Som student opplevde jeg at det kunne være lettere å samarbeide med pasienter under stell dersom det samtidig ble spilt musikk. Jeg observerte også at musikk hadde en positiv effekt på aktivitetsnivå hos pasienter med demens fordi de ønsket å delta i sang og dans, både individuelt og i gruppe.

Gjennom observasjon og samarbeid med pasienter observerte jeg at lytting til musikk hadde positiv effekt på humør, depresjon, agitasjon og kommunikasjon hos pasienten, samt også en positiv innvirkning på helsepersonell (Hsu, et al., 2015, s. 15; Raglio et al., 2015, s. 1356). Derfor tror jeg at musikkterapi kan være et interessant tema å forske på, både teoretisk og i praksis.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om individuell musikkterapi kan forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem, samt vernepleierens mulige rolle i det. Med bakgrunn i dette er denne problemstillingen utarbeidet:

Hvordan kan vernepleieren bruke individuell musikkterapi som tiltak for å hjelpe personer med demens å forbedre livskvalitet på sykehjem?

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaring

I denne oppgaven blir demens betegnet som Alzheimers demens og uspesifisert demens med moderat eller alvorlig grad. Orden pasient, bruker og beboer brukes om hverandre i oppgaven og referer til personer med demens som bor på sykehjem.

Helsepersonell menes i denne oppgaven: vernepleier, sykepleier, helsefagarbeider og assistent på sykehjem.

BPSD og NPS brukes om hverandre fordi artikler bruker ulike ord.

Individuell musikkterapi/intervensjon, lytting til musikk, individualisert musikkintervensjon/terapi brukes om hverandre i denne oppgaven, også fordi fagfellesvurderte artikler bruker ulike ord.

2.0 Teori

I dette kapitlet presenteres og redegjøres det relevant teori som skulle bidra til å belyse problemstilling (Thidemann, 2019, s. 105), blant annet demens, livskvalitet, selvbestemmelse, personsentret omsorg og vernepleierens kjerneroller.

2.1 Demens

ICD-10 definerer demens som et syndrom som skyldes sykdom i hjernen. Sykdommen er vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, som fører til en kroniske og irreversibel kognitiv svikt, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelsen i kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av i følelsesmessig kontroll, sosial atferd eller motivasjon. Dette syndromet forekommer ved Alzheimers sykdom, cerebrovaskulære sykdommer og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen (WHO, 2019).

Alzheimers sykdom utgjør ca.60% av demenstilfellene, vaskulær demens utgjør om lag 15% - 20%, og demens med lewylegemer utgjør rundt 10% - 15% (Helsedirektoratet, 2022).

Det er vanlig å dele forløpet av demens ved Alzheimers sykdom i tre grader: tidlig, moderat og alvorlig grad. I tidlig grad kan symptomer på sykdommen være små, og de fleste kan leve livet sitt som normalt. Ved moderat stadium har sykdommen utviklet seg slik pasienter trenger hjelp for å klare seg i daglige (Aldring og helse, u.å.). I alvorlig grad har pasienter behov for tilsyn og pleie hele døgnet, med kontinuerlig oppfølging i forhold til mat, påkledning og personlig hygiene. Spesielt i denne fasen trenger pasienten trygg og varm kontakt, og hverdagen er forutsigbar (Aldring og helse, u.å.; Engedal og Haugen, 2018, s. 81).

BPSD-symptomer er vanlige hos personer med demens, og består av ikke-kognitive symptomer, som inndeles i fire typer: 1) atferdsymptomer (agresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd); 2) psykotiske symptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner); 3) affektive symptomer (depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati); 4) vegetative symptomer (endringer i appetitt og søvn) (Helsedirektoratet, 2027; Selbæk, 2005, s. 1500). Årsakene til BPSD er samspill mellom

flere forhold som hjerneorganiske forandringer, psykososiale og miljøfaktorer, dårlig tilpasset fysisk miljø, mestringssvikt, premorbid personlighet og somatiske plager (Kirkevold, 2018, s. 262). Fordi ulike symptomer med ulike årsaker krever ulike behandlingstilnærming, kan behandling kombinere farmakologisk og ikke-farmakologiske behandling (Helsedirektoratet, 2017; Cerejeira et al., 2012, s. 1). Psykofarmaka blir brukt for å behandle BPSD, men har usikker effekt og kan gi alvorlige bivirkninger (Selbæk, 2018, s. 254). Derfor burde ikke-farmakologisk behandling som miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg være førstevalg med unntak av i krisesituasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Sang og musikk er eksempler på psykososiale tiltak (Ibid.).

I tillegg er det også vanlig at personer med demens kan lide av solnedgangsforvirring («sundown syndrome/sundowning»), med tilbakevendende konfusjon og økende agitasjon som kommer mot ettermiddag og kveld når pasienten er trett (Ranhoff, 2020, s. 460; Norsk legemiddelhåndbok, 2020). Symptomene som vises ved sundowning er en del av BPSD-symptomer, og inkluderer økt forvirring, agitasjon, aggresjon, rastløshet og manglende respons (Khachiyants et al. 2011 referert i Lineweaver, 2022), sundowning inkluderer ikke emosjonelle forstyrrelser som depresjon og mani, angst og rene atferdsforstyrrelser (Ranhoff, 2020, s. 460).

2.2 livskvalitet

Nes et al. (2018, s. 11-13) beskriver at livskvalitet har både subjektive og objektive komponenter dersom vi tenker på velferd og levekår. Den subjektive livskvaliteten har tre dimensjoner: kognitiv, affektiv og eudaimonisk. Kognitiv livskvalitet handler om hvor fornøyd en er med livet, både generelt og med viktig livsområder. Affektiv livskvalitet handler om opplevelser av både positive (lykke og glede) og negative følelser (sinne og nervøsit). I eudaimonisk livskvalitet er mening, tilhørighet og engasjement særlig sentrale. Objektiv livskvalitet og levekår er delvis overlappende. Levekår er de ytre livsbetingelsene som omfatter forskjellige aspekter ved en persons livssituasjon, og som er uavhengige av subjektive opplevelser. Høyere grad av frihet, trygghet, god helse, fellesskap og selvutvikling, betyr i denne sammenhengen høyere objektiv livskvalitet.

«Gode mål på livskvalitet både omfatter objektive og subjektive mål. Den subjektive livskvaliteten handler om hva oppleves for den enkelte, den omfatter både vurdering av livet (f.eks. livstilfredshet) og av fungering i det daglige (f.eks. opplevelse av mestring og mening), samt positive og negative følelser (som glede og tristhet). Den objektive livskvaliteten handler om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap og selvutvikling. livskvalitetsbegrepet er dermed delvis overlappende med

både psykisk helse og med levekår: den subjektive livskvaliteten over lapper særlig med psykisk helse; og den objektive med levekår». (Nes et al., 2018, s. 8).

Samspeilet mellom ressurser og krav/belastninger påvirker livskvalitet. Livskvalitet handler om «å ha ressurser til mestre krav og belastninger, slik at den enkelte både kan vurdere livet som bra, føle seg bra, og faktisk fungere og ha det bra på sentrale områder av livet». Gode liv bygges ikke først og fremst i helsevesenet. Gode liv bygges der folk lever livene sine (Nes et al., s. 8-13).

For å måle livskvalitet hos personer med demens, undersøkes både subjektiv og objektiv livskvalitet. Fordi personer med demens kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg på grunn av sin sykdom kan det være vanskelig å få beskrivelser av personens subjektive opplevelser. Det er derfor viktig med observasjon samtidig som det legges til rette for gode objektive levekår i pasientens omgivelser.

2.3 selvbestemmelse

Alle mennesker ønsker å bestemme over eget liv. Ifølge Grunnlovens § 92 skal myndighetene respektere og sikre menneskerettigheter slik at ethvert individ har rett til selvbestemmelse. Dersom myndigheter skal kunne gjøre inngrep i livet til den enkelte må dette ha grunnlag i loven (Grunnlov, 1814, §§ 113).

Prinsippet om selvbestemmelse er grunnlag for flere lover (Befring, 2020, s. 265). Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) §§ 3-1, 3-2, 4-1 flg. og 5-1 sier at pasienter har rett til medvirkning, informasjon, samtykke og selvbestemmelse. Ifølge pbrl. §§ 4-3 og 4A-1 kan «samtykkekompetanse bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av senil demens åpenbart ikke i stand til å forstå hva samtykke omfatter», men «tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett» (pbrl. 1999). Det betyr at personer med demens har rett til selvbestemmelse dersom det ikke er fare for liv og helse.

Ifølge helsepersonelloven (hpl.) § 4 har helsepersonell plikt til å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp (hpl. 1999, § 4). Begrepet «omsorgsfull hjelp» innebærer bruker med virkning. Helsepersonell skal følge opp pasientens basale behov og samtidig ivareta pasientens interesser, og vise respekt for pasientens bekymringer og verdier (Hauglid, 2023). Det vil si at helsepersonell har en lovpålagt plikt til å ta utgangspunkt i pasientens bakgrunn.

2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg handler om at helsepersonell skal møte personer med demens som et unike individer, og med hensyn til hvordan den enkelte pasient selv opplever sin situasjon og verden rundt seg (Aldring og helse, u.å.). Helsepersonell skal bruke personsentrert omsorg når de utfører tjenester og behandling til personer med demens. Det vil si at tjenester og behandling må ivareta den enkeltes personlighet, livshistorie, fysiske helse, demenssymptomer og sosialt miljø, da det er disse faktorene som bestemmer hvordan personen selv opplever sin situasjon (Aldring og helse, u.å.). Hovedelementene i personsentrert omsorg er *VIPS*: *V* står for at alle mennesker har samme Verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon; *I* legger vekt på Individuell omsorg; *P* er å se verden fra personer med demens egne Perspektiv, *S* er å skape et Støttende sosialt miljø (Ibid.).

Alle mennesker har de samme grunnleggende psykologiske behovene for å bekrefte deres opplevelse av å ha verdi: trøst, identitet, tilhørighet, inkludering og meningsfull aktivitet/beskjeftigelse. Personer med demens opplever tap av evner og ferdigheter, og de trenger derfor hjelp til å ivareta sine behov for å bekrefte sin opplevelse av verdi som mennesker (Aldring og helse, u.å.; Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). Helsepersonell skal anerkjenne, akseptere og støtte personer med demens som unike individer. Helsepersonell skal være åpne og ærlig på en måte som tar hensyn til den enkeltes behov og følelser. Og helsepersonell skal utrykke varme, omtanke, nærhet og omsorg slik at personer med demens kan oppleve tilknytning og trøst til andre (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). I tillegg har personer med demens hukommelsessvikt som kan føre til at de har problemer med å holde fast på egen identitet gjennom minner om egen bakgrunn, viktige hendelser og nære relasjoner i livet. Helsepersonell skal innhente kunnskap om livshistorien, og bruke denne som kilde for samtale, tilrettelegging av aktiviteter og til å anerkjenne personer med demens, slik at deres liv kan være kontinuitet (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). Personer med demens blir ofte sosialt isolerte og ekskluderte fra samfunnet når de bor på sykehjem, Det er derfor ekstra viktig å skape et sosialt fellesskap hvor personen med demens kan delta og bruke sine ressurser for å oppleve inkludering og et meningsfullt liv (Aldring og helse, u. å; Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302).

2.5 Vernepleierens kjerneverker

Vernepleierens partnerrolle, ansvarrolle, brobyggerrolle og pådriverrolle er viktig når det handler om omsorgstjenester til personer med demens. Vernepleierens partnerrolle innebærer at vernepleieren skal samarbeide, samhandle og ha dialog med den enkelte bruker (Brask et al., s. 41). I denne prosessen skal vernepleieren legge til rette for

brukerens selvbestemmelse med utgangspunkt i brukerperspektivet, som for eksempel kan være tilpasse kommunikasjon til enkeltes evne og forståelser (Ibid.).

Vernepleierens ansvarsrolle innebærer at vernepleieren skal ta selvstendig avgjørelser, f.eks. i å vurdere brukerens helse- og sikkerhetsrisiko, og ta hensyn til brukerens ønsker, interesser og behov fremfor hva som er lettest for vernepleier (Brask et al., 2016, s. 42).

Brobyggerrollen innebærer at vernepleieren skal samhandle med bruker, pårørende, tjenesteytere, institusjoner eller organisasjon i tverrfaglig samarbeid på systemnivå preget av dialog. Å skape tillit, lytte og å være åpen for andres ideer fremmer arbeid for felles løsninger til det beste for pasient (Brask et al., 2016, s. 42, 165).

I pådriverrollen har vernepleieren en rolle som tilrettelegger og pådriver på systemnivå. Vernepleieren som miljøarbeider skal ta brukerens perspektiver og opplevelser som utgangspunkt for tilrettelegging av ulike former for behandling og omsorg for å gi en best mulig tjeneste til personer som ikke selv kan uttrykke sine behov (Brask et al., 2016, s. 42, 206).

Vernepleieren som helsepersonell skal møte personer med demens med sine kjerne roller, og tilby behandling og omsorg å bygge på personsentrert omsorg. Det innebærer at vernepleieren skal tilegne seg kunnskap om den enkelte brukerens livshistorie, vise respekt ovenfor den enkeltes selvbestemmelse, samarbeide med brukeren og andre aktører, ta utgangspunkt i den enkeltes perspektiv og bruke den enkeltes ressurser å kombinere ulike behandlings og omsorgsmuligheter for å gi flere muligheter og yte tjenestene. Slik at personer med demens kan føle trøst, tilknytning, identitet, tilhørighet, inkludering og meningsfull i livet.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives det hvordan studien er gjennomført for å komme fram til de resultatene som presenteres (Thidemann, 2019, s. 106). Oppgaven brukte kvalitativ metode; PICO-skjema ble brukt for å operasjonalisere problemstillingen, slik at den ble presis og søkbar (Ibid., 82). Litteratursøk ble gjort i databasene PubMed og Medline. Litteraturmatrise ble brukt for å analyse de relevante artiklene.

3.1 Valg av metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten jeg benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Dalland (2012, som referert i Thidemann, 2019, s. 75) beskriver at den naturvitenskaplige, forklarende

kunnskapstradisjonen benytter kvantitativ metode for å observere kvantitativt og regne ut med logiske sanser. Den humanvitenskapelige forstående kunnskapstradisjon benytter kvalitative metode som er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres (Thidemann, 2019, s. 76; Malterud, 2017, s. 30).

Denne oppgaven samlet inn mange opplysninger fra få fagfellevurderte artikler, data var myke data, derfor brukte oppgaven kvalitativ metode (Thidemann, 2019, s. 76).

3.2 Litteratursøkeprosess

3.2.1 PICO-skjema

PICO-skjemaet har blitt brukt for å klargjøre problemstillingen for litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering av utvalgt litteraturen (Helsebiblioteket, 2021). Thidemann (2019, s. 83) beskriver at PICO betegner bestemte elementer: Hvilken pasientgruppe jeg er interessert i (P)? Hvilke tiltak er jeg vurderer (I)? Ønsker jeg å sammenligne to typer tiltak (C) og hvilke endepunkter er jeg interessert (O)? I tabell 1 viser det PICO til min problemstilling.

Tabell 1 PICO-skjema

Population/patient/problem Hvem/hvilke (P)	Intervention Hva (I)	Comparisjon Alternativer (C)	Outcomes Resultater (O)
Norsk (N): Demens Engelsk (E): Dementia	N: Emosjon E: Emotion		- Musikkterapi - Kommunikasjon
N: Demens E: Dementia	N: Individuell musikkterapi E: Individual music therapy		- Redusere angst og depresjon - Redusere aggresjon og agitasjon - Forbedre livskvalitet

(Tabell 1 viser pasient, tiltak og utfall for problemstillingen. Tabellen viser ikke Comparisjon på grunn av at problemstillingen ikke sammenlignet to typer tiltak. Ord «emosjon» er for problemstillingen: «hvordan kan vernepleier hjelpe personer med demens som bor på sykehjem å regulere emosjoner?» «Individuell musikkterapi» er for problemstillingen: hvordan kan vernepleie bruke individuell musikkterapi som tiltak for å hjelpe personer med demens å forbedre livskvalitet på sykehjem?)

3.2.2 Søkehistorikk

Da jeg bestemte meg for å skrive om temaet «emosjonsregulering» i bacheloroppgaven, søkte jeg på Google og Google Scholar for å få en oversikt på temaet. Etter at jeg startet i praksis hos et sykehjem i januar 2023, tenkte jeg at temaet skulle være demens og emosjonsregulering, og problemstillingen min skulle være «hvordan kan vernepleier hjelpe personer med demens som bor på sykehjem å regulere emosjoner?» (Se tabell 1). Etter

dette planla jeg et systematisk litteratursøk i databasen PubMed for å sikre at litteratursøk ble planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). For å gjøre litteratursøket mer hensiktsmessig ut fra problemstillingen, definerte jeg først inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, hvor inklusjonskriteriene var: søkeord skulle være på engelsk fordi de fleste vitenskapelig tidsskriftene publiseres på engelsk (Gjersvik, 2021), og fagfelleverderte artikler skulle være i de siste 10 år for å sikre at artikler er kvalitetssikret og at kunnskapen er ny. Eksklusjonskriterier var: artikler som ikke var fagfelleverderte, eller etisk vurdert, eldre enn 10 år og andre språk enn engelsk. PICO-skjema ble brukt for å finne søkeord og utfall klart (Se tabell 1). Søkeordene «dementia» and «emotion» ble brukt, og det ga så alt for mange treff. Ved å lese titlene til artikler fant jeg at det var mange artikler handler om «music» eller «communication». Gjennom å lese abstrakt valgte det noen artikler som kunne være relevante og interessant for problemstillingen, og ble satt inn i en tabellmatrise for å vurdere videre (Thidemann, 2019, s. 91).

Siden problemstillingen er om emosjonsregulering hos personer med demens, bestemte jeg meg for å bruke søkeordene «dementia» and «emotion regulation». Denne ganger ga det ikke mange treff. For å samle inn data om personer med demens på sykehjem, brukte det søkeordene «dementia» and «emotion regulatiion» and «nursing home». Det fikk veldig få treff.

Etter at veilederen i praksisstedet leste arbeidskrav til bacheloroppgaven, foreslo hun at problemstillen kunne være «*hvordan kan vernepleier bruke musikk og kommunikasjon som verktøy for hjelpe personer med demens å regulere sine emosjoner på sykehjem?*». Gjennom å lese grundig på artiklene fant jeg at individuell musikk intervensjon er interessant. Derfor ble problemstilling justert til: *hvordan kan vernepleie bruke individuell musikkterapi som tiltak for å hjelpe personer med demens å forbedre livskvalitet på sykehjem?* (Se tabell 1). Denne gangen brukte de søkeordene «individual music therapy» and «dementia». I tabell 2 viste søkehistorikk i databasen PubMed. I tillegg ble søkeordene «individual music therapy» AND «dementia or alzheimers» søkt også i databasen Medline(EBSCOhost), men søkeord «individual music therapy» søkte bare på abstract. Se tabell 3.

Tabell 2 Søkehistorikk i PubMed

Søke dato	Søke nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Data baser	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
18.02	1	«Dementia» AND «emotion»	PubMed	2013-2023	6986	9	4	0
18.02	2	«Dementia» AND «emotion regulation»	PubMed	2013-2023	185	11	4	0
18.02	3	«Dementia» AND «emotion regulation» AND «nursing home»	PubMed	2013-2023	10	6	2	0
09.04	4	«Individual music therapy» AND «dementia»	PubMed	2013-2023	336	9	6	4

(Tabell 2 viser søkehistorikk i databasen PubMed.)

Tabell 3 Søkehistorikk i Medline

Søke dato	Søke nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Databaser	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
22.4	5	AB* «Individual music therapy» AND «dementia or alzheimers»	Medline	2012-2023	10	2	1	1

(Tabell 3 viser søkehistorikk i databasen Medline. *AB-abstrac. Søkeord «individual music therapy» søkte bare i abstract, hadde ikke begrenset på søkeord «dementia or alzheimers».)

3.3 Utvalg av fagfellevurderte artikler

Etter å ha søkt i databasene begynte jeg å lese teksten i artiklene grundig, det vil si at jeg skal lese reflektert og kritisk (Thidemann, 2019, s. 91). I den prosessen ble irrelevante artikler forkastet, og de artiklene som var relevante ble videre vurderte ved å benytte «sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie» (2020) på helsebibliotiket.no. Gjennom kritiske vurderingene var det bare få artikler som var aktuelle og relevante for problemstillingen. Det ble så utarbeidet en litteratormatrise for hver enkelt artikkel for å ha god oversikt over de inkluderte artikler (Thidemann, 2019, s. 95).

3.4 Litteratormatrise

Litteratormatrise inkluderte hensikten med studien, metode, utvalg/populasjon, hovedfunn/resultater, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og relevans på problemstillingen, se tabell 4-8.

Tabell 4 Artikkel 1

Artikkel 1 Danmark og Norge	Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. og Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. <i>Aging & Mental Health</i> . Vol. 17, No. 6, 667–678, http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926
Hensikten med studien	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjonsfrekvens og agitasjonsforstyrrelse hos personer med moderat og alvorlig demens på sykehjem, og å utforske effekten på psykofarmaka og livskvalitet.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Forskingen ble designet som en randomisert kontrollert studie. - 42 deltakere med demens randomisert til en sekvens på seks uker med individuelle musikkterapi først og seks uker standardbehandling etterpå, eller seks uker med standardbehandling først og seks uker musikkterapi etterpå. Alle deltakerne fikk tilbud om minimum 12 musikkterapi sesjoner. - Randomisering fant sted etter datainnsamling ved baseline i uke 0. De primære resultatene, agitasjon og livskvalitet ble skåret ved baseline i uke 7 og uke 14. Uke 1-6 og 8-13 inneholdte enten musikkterapi eller standardbehandling. Bruk av psykofarmaka ble registrert sammen med baselinedata og demografiske data i uke 0, og registrert på nytt i uke 14. - Proxy-intervjuer vurdert utfallsmålene: agitasjon og livskvalitet. - En musikkterapeut var samspill med deltakerne under intervensjon.
Utvalg/populasjon	42 deltakere med moderat til alvorlig demens på 14 sykehjem og hadde agitasjon symptomer. 66-96 år gammel. Flere var kvinner (69%).
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denne studien viser at seks uker med musikkterapi reduserte agitasjon. 2. Psykofarmaka ble ikke økt under musikkterapi, men de ble økt i kontroll gruppe. 3. Livskvalitet ble økt under musikkbehandling, men det er ikke signifikant.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Studien er randomisert kontrollert forskning. Kontrollerte to grupper for å undersøke effektiv av musikkterapi. Resultatene av den studien kan generaliseres til å gjelde for alle personer med demens.</p> <p>Begrensninger: forskere mente at intervjuere og Proxy-intervjuer ikke ble blindet for behandlingstildelingen. Det manglet data i innsamlingen av demografiske data og diagnostiske og medisinske data. Denne studien var en liten prøver.</p>
Etiske overveieelse	Prosjektet ble godkjent av The Human Research Ethics Borad ved Det humanistiske fakultetet, Aalborg Universitet; det danske forskningsdataregisteret; og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vestland (REK Vest)
Relevans	Studien viste at individuell musikkterapi kunne redusere agitasjon og forbedre liten på livskvalitet som er relevante på min problemstilling. Det er vitenskapelig artikkel som er fagfellelvurdert. Den artikkelen er relevante.

Tabell 5 Artikkel 2

Artikkel 2 UK	Hsu, M. H., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J. og Odell-Miller, H. (2015). Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. <i>BMC Geriatrics</i> , 15:84. DOI 10.1186/s12877-015-0082-4.
Hensikten med studien	Artikkelen først vil illustrere at helsepersonell skulle involvere i intervensjonen. Deretter vil artikkelen diskutere spørsmålet om gjennomførbarhet, inkludere: akseptabilitet, rekruttering og oppbevaring, foreløpige utfall.

Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Brukte både kvalitativ og kvantitativ metode for å samle inn data. Randomisert kontrollert studie. - <i>Musikk intervensjon gruppe</i> fikk 1-1 aktiv musikkterapi en gang i uken i 5 måneder. Musikkterapi gikk i et stille rom på avdelingen og ble tatt opp video. Øktene var basert på interaktiv musikk intervensjon. Sanger var valgte fra kjente sanger. - <i>Kontrollgruppe</i> var standard omsorg uten musikkterapi. - Om gjennomførbarheten var basert på helsepersonells tilbakemeldinger gjennom semistrukturerte intervjuer, programevalueringer og registrering av studien.
Utvalg/populasjon	17 beboere og 10 helsepersonell fra to sykehjem. De fleste var kvinner (95%). 56-98 år. De fleste beboerne ble diagnostisert med Alzheimers demens (41%), har minst to NPI symptomer.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undersøkelsen viste at musikkterapi hadde potensielle effekter i 5 måneder intervensjonsperioden og to måneder etter intervensjonsperioden. NPS reduserte i 5 måneder og to måneder etter intervensjonsperioden. 2. Velvære var det en økning over tid fra baseline til måned 7. 3. Tjenesteytere rapporterte gunstige effekter av musikk intervensjon på <i>beboerne</i>, spesielt på humør, emosjonene og motorisk funksjon, også på selvtillit, kommunikasjon, hukommelse, agitasjon, apati, angst og avvikende motorisk adferd. 4. Undersøkelsen viste også at musikkterapi hadde også effekt på <i>helsepersonell</i>. De fikk økt innsikt inn i beboernes personlige historier, årsaker til symptomer og kognitiv funksjon, også effekt på interaksjonsteknikker, endret emosjon og forbedret kommunikasjon og forhold til beboerne. 5. Det viste at musikkterapi var akseptabilitet og gyldighet. Gjennomførbarheten kunne være gjennom helsepersonells opplæring.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Studien er kvantitativ og kvalitativ forskning, og kontrollerte to grupper for å undersøke effektivitet av musikkterapi, brukte semistrukturerte intervjuer å undersøke gjennomførbarhet.</p> <p>Begrensninger: Forskerne mente at begrensningene i denne forskningen er hovedsakelig skyldes at det blir utført i en mindre skala. Det er en liten prøve, og data er utilstrekkelig. Selv om noen av resultatene var statistisk signifikante, begrenset det effekt i å oppdage forskjeller mellom to grupper. På grunn av den utforskende karakteren til mulighetsstudien, ble det ikke utført flere utfall eller beregningen av utvalgsstørrelse. Derfor bør resultatene tolkes med en viss forsiktighet.</p>
Etiske overveieelse	Etisk godkjenning var gjennomgått og gitt av Nasjonal forskningsetikk Service, og gjennom Anglia Ruskin University Ethics Committees, i februar 2013. Fikk samtykke fra pårørende.
Relevans	Det er vitenskapelig artikkel som er fagfelleurdert. Studien viste at individuell musikk intervensjon viste effektivitet på NPS og velvære, og har også en positiv innvirkning på helsepersonell. Artikkelen er relevant.

Tabell 6 Artikkel 3

Artikkel 3	Sakamoto M, Ando, H. og Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. <i>International Psychogeriatrics</i> , 25(5):775-84. DOI:10.1017/S1041610212002256
Japan	
Hensikten med studien	Forskere antok at individualisert musikk intervensjon ville ha gunstige effekter sammenlignet med en tilstand uten musikk kontroll, og at effekten av interaktiv musikkintervensjon ville være større effekter enn effekter av passiv musikkintervensjon.

Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Forskere brukte kvantitativ forskning, randomisert kontrollert studie. Sammenlignet kontrollgruppe, passiv musikk intervensjon gruppe og interaktiv musikk intervensjon gruppe. Enhver intervensjon ble utført i 30 minutter en gang i uken i 10 uker. - 39 personer med alvorlig Alzheimers sykdom ble tilfeldig og blindt tildelt to musikkintervensjonsgrupper (passiv eller interaktive) og en kontrollgruppe uten musikk. Alle deltakere ble undersøkt individuelt i et kjent rom. - Hver kontrollgruppedeltaker brukte tid med en omsorgsperson på eget rom som vanlig, uten musikkintervensjon. - Deltakerne i den passive gruppen lyttet passivt til den valgte musikken via en CD-spiller. Hadde ikke interaksjon med andre. - Deltakerne i den interaktive gruppe lyttet ikke bare den valgte musikken via en CD-spiller, men deltok også i interaktive aktiviteter, f.eks. klapping, sang og dans ledet av en musikkformidler. - Forskere samarbeidet med pårørende å velge individualisert musikk som var relatert til spesielle minner for hver deltaker.
Utvalg/populasjon	<p>39 personer med alvorlig Alzheimers sykdom fra fire gruppe hjem og en spesiell demens sykehus.</p> <p>Kontrollgruppe: 75-90 år. 11 kvinner, 2 menn.</p> <p>Passiv gruppe: 76-92 år. 10 kvinner, 3 menn.</p> <p>Interaktiv gruppe: 77-89 år. 11 kvinner, 2 menn.</p>
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Studien viste at både passiv og interaktiv individualisert musikk intervensjon kunne reduserte stress og økt positive reaksjoner hos personer med alvorlig demens på kortsiktig effekter. 2. På langsiktige effekter i den passive gruppe viste studien at lytting til musikk stimulerte kognisjon hos personer med demens. Musikk intervensjon kunne redusere stress, framkalle latter og gjenkalle positive minner. 3. I den interaktive gruppen viste det at musikk intervensjon kunne redusere BPSD symptomer som affektive forstyrrelser, angst og fobier, paranoia, vrangforestillinger, aggressiv og atferdsforstyrrelser. 4. Interaktiv musikkintervensjon var effektiv for å gjenopprette kognitive og emosjonelle funksjoner og denne tilnærmingen kan være nyttig for å hjelpe alvorlige personer med demens å gjenopprette relasjoner med andre. Det kan føre til å forbedre livskvalitet. 5. I tillegg fant forskere også at disse endringene hadde forsvunnet inne tre uker etter intervensjonsperioden. Det viste at intervensjonen kunne regelmessig utføre for å utøve fortsatt gunstige effekter. 6. Musikk intervensjon reduserte også omsorgspersonsbyrden og forbedre livskvalitet.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Studien er kvantitativ forskning med randomisert kontrollert studie. Sammenlignet mellom passiv, interaktiv musikk intervensjon og standard omsorg. Resultater er pålitelige.</p> <p>Begrensninger: Forskere mener at intervensjoner ikke gjennomføre i det optimale tidspunktet, og målte kun effekten av intervensjon inntil tre uker etter slutten av intervensjonsperioden. Undersøkelser kun være individuell musikkintervensjon og sammenlignet ikke med effekten av gruppeintervensjon. Det er en liten prøve fordi de måtte kontrollere strengt for forstyrrende faktorer og utelukke komorbiditet tilstand, og pasienter kun være med alvorlig demens.</p>
Etiske overveielse	<p>Den studien ble gjennomført i samsvar med den Helsinki-erklæring, og ble godkjent og registrert av den etiske komiteen ved Kobe University Graduate School/School of Medicine, Japan.</p>
Relevans	<p>Artikkelen er vitenskapelig fagfelleverdert.</p> <p>Studien viste at musikk intervensjon kan redusere stress hos personer med alvorlig demens, med interaktive intervensjon viste det de sterkeste gunstige effektene. Det kunne gjenopprette gjenværende kognitiv og emosjonell funksjon, og forbedre relasjoner med andre og livskvalitet.</p> <p>Artikkelen er relevant.</p>

Tabell 7 Artikkel 4

<p>Artikkel 4 United States</p>	<p>Lineweaver, T. T., Bergeson, T. R., Ladd, K., Johnson, H., Bradi, D., Ott, M., Hay, D. P., Plewes, J., Hinds, M., LaPradd, ML., Bolander, H., Vitelli, S., Lain, M. & Brimmer, T. (2022). The effects of individualized music listening on affective, behavioural, cognitive, and Sundowning symptoms of dementia in Long-term care residents. <i>Journal of Aging and Health</i>, 2022, Vol. 34(1) 130-143. DOI: 10.1177/08982643211033407</p>
<p>Hensikten med studien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forskingen har tre måler. Det første måle var å gjenskape tidligere funn av positive effekter av individualisert musikklytting på affekt, atferd og kognisjon hos person med demens på sykehjem. - Det andre målet var å forlenge intervensjonstiden utover fra 3-4 måneder i de fleste tidligere studier til 6 måneder for å se om lengre intervensjoner ville føre til større positive resultater. - Det tredje målet var å finne ut om personlig tilpasset musikk hadde en positiv effekt på solnedgangssymptomer hos personer med demens.
<p>Metode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Studien brukte kvantitativ og kvalitativ metode, var en klinisk studie. 282 deltakerne med demens på sykehjem deltok i studien 8 måneder, de lyttet til personlig tilpasset musikkspillelister 1-3 ganger ukentlig i 30 minutter over 6 måneder. Personalet fylte ut en enkel lyttelogg hver gang de ga musikk til en beboer. - Musikkspilleliste ble utført med deltakerne, pårørende og ansatte på sykehjem og/eller Journal of Aging and Health. - Data ble samlet inn i de tre fase: baseline (før musikk intervensjon), midt i studien (3 måneder etter intervensjonen) og poststudien (etter de 6 måneder musikk intervensjonen). Individuelle musikkspillelister var bygget etter baselinevurderingen og ble kontinuerlig oppdatert gjennom de 6 måneders musikk intervensjon. - Standardiserte vurderinger av affekt, atferd og kognisjon og direkte observasjoner av solnedgangssymptomer omfattet resultatene.
<p>Utvalg/populasjon</p>	<p>282 deltakere fra 15 sykehjem med moderat til alvorlig demens. 51-102 år. 202 kvinner, 80 menn.</p>
<p>Hovedfunn/resultater</p>	<p>1. Studien viste at beboere med demens vist betydelige forbedringer av depresjon, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer i løpet av de første 3 månedene. Men ingen ytterligere forbedringer over de påfølgende 3 månedene.</p> <p>2. Det var betydelige kortsiktige forbedringer av solnedgangssymptomer (dvs. løsrivelse, forvirring, agitasjon, aggresjon, rastløshet, repetisjon og manglende respons) etter musikklytting, og var kontinuerlig gjennom alle 6 måneder.</p> <p>3. Individualisert (personlig tilpasset) musikklytting var en effektive ikke-farmakologisk intervensjon, kunne forbedre livskvaliteten til beboere med demens som bor i sykehjem.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Styrker: studien er en klinisk studie, forsket både musikk intervensjon og etter musikk intervensjon. Studien er pålitelige.</p> <p>Begrensninger: forskere mente at på den annen siden smålet de inn det store antallet lyttelogg gjennom studien kunne ha bidratt til at none av resultatene deres var statistisk signifikante, mens endringene dokumenterte vi ikke nødvendigvis var klinisk signifikante. På den andre siden ble ansatte og pårørende merket til forbedringer av engasjement, forvirring og reaksjonsevne, og ville være nye mer sannsynlig å resultere i meningsfulle endringer av hvordan beboerne samhandlet med andre i deres dagligliv.</p> <p>- Studien hadde ikke en kontrollgruppe.</p>
<p>Etiske overveielse</p>	<p>Studien ble gjennomført i samsvar med World Medical Association Declaration of Helsinki, og ble godkjent av Butler University i USA. Ansatte i sykehjem innhentet skriftlig samtykke fra beboernes verger.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Artikkelen er vitenskapelig fagfelleverdert.</p>

	Studien viste at musikk intervensjon hadde signifikante forbedringer av beboernes NPS, agitasjon og depresjon og solnedgangssymptomer. Artikkelen er relevante.
--	---

Tabell 8 Artikkel 5

Artikkel 5 Italia	Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zanaccbi, E., Granieri, E., Imbriani, M. & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multicenter randomized controlled. <i>Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)</i> , 63: 1534-1539. DOI: 10.1111/jgs.13558
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å vurdere effekten av aktiv musikkterapi (MT) og individualisert lytting til musikk (LtM) på atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD/BPSD) hos personer med demens. Hovedmålet var å evaluere effekten på BPSD (depresjon, angst, agitasjon, apati). Det sekundære målet var å evaluere effekter av behandlinger på livskvalitet. Til slutt ble en analyse av MT-sesjoner utført i en undergruppe av deltakere for å vurdere relasjonsprosesser og atferds reaksjoner på klangfulle musikkstimuli under interaksjonen mellom musikkterapeuten og personer med demens.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Studien var kvantitativ forskning med randomisert kontrollert studie. Deltakere ble randomisert til en av tre grupper: standardomsorg pluss aktiv MT, standardomsorg pluss LtM og standardomsorg alene. - Standardomsorg inkluderte pedagogiske og yrkesmessige, f.eks. avislesing, spillekort, personlig pleie, og fysiske (motoriske rehabiliteringsøker) aktiviteter utførte daglig med tilsyn av spesialiserte fagfolk. Standard omsorg inkluderte ikke musikk intervensjon. - Deltakerne i MT og LtM gruppene gjennomgikk 20 ganger økter, 30 minutter hver gang musikkterapi, to ganger i uken i 10 uker. - MT: gikk i et stille rom. Deltakerne og musikkterapeuten var samspill under musikk intervensjon. Musikkterapeuten fulgte deltakernes rytme og musikkproduksjon (også introduserte variasjoner) for å skape nonverbal kommunikasjon. Alle øktene ble filmet med et fastmontert videokamera for å utføre en musikkterapi vurdering. - LtM: under økten lyttet deltakerne til musikk fra en foretrukket spilleliste uten interaksjon med en musikkterapeut eller omsorgspersoner. Deltakerne var på egne rommene eller på et rolig, privat sted under økten. En musikkterapeut laget musikkspillelisten ved å intervju på deltakerne og omsorgspersoner.
Utvalg/populasjon	120 personer med moderat til alvorlig demens som bodde i 9 italienske institusjoner. Deltakere var 65 år og eldre.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle grupper viste signifikant forbedringer av BPSD, depresjon og livskvalitet, men ingen signifikante forskjeller ble observert mellom MT eller LtM og standardomsorg alene. 2. Atferds vurdering viste ikke signifikante forskjeller mellom tre grupper. 3. Det viste en positiv kommunikasjon og relasjoner mellom musikkterapeutene og deltakerne i MT-gruppen, til tross av at de viste ikke signifikante trender under behandlingen.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Studien var randomisert kontrollert studien. 120 deltakerne ble randomisert delt i tre gruppe, alle gruppe fikk standard omsorg, men en gruppe fikk aktiv musikk behandling og en gruppe fikk passiv musikk behandling i tillegg. Studien er pålitelige.

	<p>Begrensninger: forskere mente at det strenge utfallsmålet som var valgt for studiedesignet kan delvis forklare mangelen på signifikante forskjeller mellom de tre grupper.</p> <p>Forskjellene på standardomsorg kunne ha påvirket resultatene ved redusere effekten av musikk behandling.</p> <p>Antall økter valgt i studiedesignet kan ha vært for liten til å utvikle et signifikant forhold mellom deltakerne og musikkterapeuten.</p>
Etiske overveielse	Juridiske representantene til deltakerne ga skriftlig samtykke. Studien ble godkjent med den lokale etiske komiteen.
Relevans	Artikkelen er vitenskapelig fagfelleverdert. Studien viste at alle grupper reduserte BPSD. Artikkelen er relevante.

3.5 Analyse artikler

Denne oppgaven brukte Aveyards analysemodell, Thematic analysis for å analyse artikler fordi den passer best for de med liten erfaring på analysearbeidet (Ayeyard, 2019 i Thidemann, 2019, s. 96). I tabell 9 vises sammenfatninger av de utvalgte artiklene. I den første fasen gikk det direkte til hver artikkel å lese resultatdelen på nytt, deretter begynte det med å identifisere «tema» fra resultatene i hver artikkel; og beskrevet hovedfunnene som forskeren presenterte med egne ord (Thidmann, 2019, s. 97). Gjennom å lese resultatene i hver artikkel i tabell 9, ble det funnet noen gjennomgående temaer i alle artiklene som var relevante for problemstillingen. For det skulle resultatene i artiklene fortsatt vurderes, for å få en best mulig forståelse av materialet. I den prosessen ble temaene reformulert og passet til problemstillingen (Ibid. 98).

Tabell 9 Sammenligning av artikler

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Forfatter	Ridder et al. 2013	Hsu et al. 2015	Sakamoto et al. 2013	Lineweaber et al. 2022	Raglio et al. 2015
Type- studie	RCT* Kvantitativ studie	RCT Kvantitativ og kvalitativ studie	RCT Kvantitativ studie	Klinisk studie Kvantitativ og kvalitativ studie	RCT Kvantitativ studie
Antall deltakere	42	17	39	282	120
Diagnose	Moderat til alvorlig demens	Alzheimers demens	Alvorlig Alzheimers sykdom	Moderat til alvorlig demens	Moderat til alvorlig Alzheimers demens
Antall økter	12	20	10	24-72	20
Teknikkbruk	Aktiv individuell Musikkterapi	Interaktiv individuell musikkterapi	Passiv og interaktiv individualisert musikkterapi	Passiv individualisert musikk	Aktiv og passiv individuell musikkterapi
Resultater (Tema*)	Redusert agitasjon Lite økt livskvalitet	Redusert NPS Økt velvære	Forbedring av humør og emosjon Effekt på BPSD	Forbedring av NPS	Forbedringer av BPSD Forbedring av depresjon

	Ikke økt psykofarmaka	Effekt på kommunikasjon og hukommelse Effekt på humør og emosjon Effekt på helsepersonell.	Effekt på hukommelse	Forbedringer av agitasjon og aggresjon Forbedring av depresjon	Forbedring av livskvalitet Positiv i kommunikasjon og relasjoner
Land	Danmark og Norge	UK	Japan	USA	Italia

(*RCT: Randomisert kontrollert studie. *Tema brukes til tabell 10.)

I den andre fasen skulle det kartlegges om det var likheter og forskjeller i temaene, og vurdere hvordan temaene henger sammen (Thidemann, 2019, s. 98). I tabell 10 vises at tre hovedtemaer som ble funnet i søkematerialet skal presenteres i neste delen av oppgaven.

Tabell 10 Hovedtema

Tema fra artiklene (Ar.)		Hovedtema
Ar. 1: Redusert agitasjon Ar. 2: Redusert NPS Ar. 3: Effekt på BPSD Ar. 4: Forbedringer av agitasjon, aggresjon og BPSD Ar. 5: Forbedring av BPSD	Forbedring av BPSD	Forbedring av BPSD og mental helse
Ar. 2: Effekt på humør og emosjon Ar. 3: Forbedring av humør og emosjon Ar. 4: Forbedringer av depresjon Ar. 5: Forbedringer av depresjon	Forbedring av humør	
Ar. 2: Effekt på kommunikasjon og hukommelse Ar. 3: Effekt på hukommelse Ar. 5: Positiv i kommunikasjon og relasjoner		Effekt på kognitiv funksjon
Ar. 1: Lite økt livskvalitet Ar. 2: Økt velvære Ar. 5: Forbedringer av livskvalitet		Forbedring av livskvalitet

4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres de tre hovedtemaer som ble funnet gjennom litteratursøk: forbedring av BPSD og mental helse, effekt på kognitiv funksjon og forbedring av livskvalitet. Temaene skal presenteres i en hensiktsmessig og logisk rekkefølge (Thidemann, 2019, s. 96).

Alle inkluderte artiklene beskrev bruk av individuell musikkterapi. Artikkel 1 brukte aktiv individuell musikkterapi 12 ganger i 6 uker hvor deltakerne og musikkterapeut er interaktiv under musikkterapi gjennom sang, dans/bevegelse, lytting, samtale og gå en tur. Artikkel 2 brukte aktiv individuell musikkterapi en gang i uken i 5 måneder hvor det ble lagt vekt

på samspillet mellom deltager og musikkterapeut ved å velge sanger som var kjent fra deltakerens bakgrunn, og mer 2 måneder til for å vurdere varighet for individuell musikkterapi. Deltakerne kunne kommunisere med andre under musikkterapien. Artikkel 3 brukte individualisert musikkterapi en gang i uken i 10 uker med musikk som var valgt fra den periode som var knyttet til spesielle minner for hver deltaker og intervju med hver deltaker og pårørende (Sakamoto et. al., 2013, s. 777). Artikkel 4 brukte individualisert musikkterapi 1-3 ganger ukentlig over 6 måneder, musikkspillelisten som var intervjuet fra beboeren, pårørende og helsepersonell og var populært da beboerne var 15-22 gammel (Lineweaver et. al., 2022, s. 133). Artikkel 5 brukte både aktiv individualisert musikkterapi (MT) og individuell lytting til musikk 2 ganger i uken i 10 uker. Raglio et al. (2015, s. 1535) beskriver at ved aktiv individualisert musikkterapi (MT) blir personer med demens oppmuntret til å bruke instrumenter, og samspiller med musikkterapeut. Gjennom å synge og bruke melodiske og rytmiske instrumenter, bygges det opp en relasjon. Det er en nonverbal kommunikasjonsmåte for at personer med demens kan uttrykke seg. Raglio et al. (2015, s. 1535) beskriver også at musikkspillelisten for individualisert lytting til musikk (LtM) er laget i samarbeid med noen som kjenner deltakeren godt.

4.1 Forbedring av BPSD og mental helse

4.1.1 Forbedring av BPSD

Alle artikler viste at individuell musikkterapi hadde effekt på BPSD symptomer hos personer med demens. I artikkel 1 beskrev forskere at aktiv individuell musikkterapi reduserte agitasjon (Ridder et al., s. 675). Artikkel 2 viste at individuelle aktiv musikkterapi hadde effekt på NPS (Hsu et al., 2015, s. 15). Artikkel 3 viste at både aktiv og passiv musikkterapi reduserte BPSD (Sakamoto et al., 2013, s. 780). Artikkel 4 viste at lytting til personlig tilpasset musikk hadde signifikant effekt på NPS, agitasjon og aggresjon i de første 3 måneder etter individualisert musikk intervensjon, men hadde ikke ytterligere effekt etter 3 måneder (Lineweaver et al., 2022, s. 130). Artikkel 5 viste at både aktiv musikkterapi (MT) og Lytting til musikk (LtM) hadde forbedring av NPS (Raglio et al. 2015, s. 1536).

4.1.2 Forbedring av mental helse

Temaene forbedring av humør, emosjon og depresjon ble presentert i artikkel 2 til 5. I artikkel 2 dokumenterte forskere at aktiv musikkintervensjon hadde positiv effekt på humør og emosjoner hos personer med demens (Hsu et al., 2015, s. 13). Artikkel 3 viste at deltakerne hadde forbedring i humør, og evne til å uttrykke emosjon tydelig, inkludert latter og glede under passiv og interaktive individualisert musikk intervensjon (Sakamoto

et al., 2013, s. 779, 781). Artikler 4 viste studiene redusert følelse av depresjon i de første 3 måneder etter individualisert musikk intervensjon, men ingen ytterligere reduksjon utover de påfølgende 3 måneder (Lineweaver et al. 2022, s 138). Artikler 5 viste at deltakerne i standardomsorg gruppe, aktiv individualisert musikkterapi gruppe og individualisert lytting til musikk viste forbedring av depresjon (Raglio et al. 2015, s. 1536).

4.2 Effekt på kognisjon funksjon

En positiv effekt på kommunikasjon og hukommelse etter individuell musikkterapi ble funnet i artikkel 2, 3 og 5. Artikkel 2 viste at omsorgspersoner reporterte at deltakerne hadde forbedringer av kommunikasjon etter individuell musikkterapi (Hsu et al., 2015, s. 13). Forskere i artikkel 3 fant at deltakerne tydelig uttrykte erindring etter intervensjon (Sakamoto et al., 2013, s. 781). Artikkel 5 dokumenterte forskerne at kommunikasjon og relasjoner viste positiv, men ikke signifikant trend under intervensjonsperioden (Raglio et al., 2015, s. 1534).

4.3 Forbedring av livskvalitet

Artikler 1, 2 og 5 viste at individuell musikk intervensjon kunne øke livskvalitet og velvære hos personer med demens. Studien til artikkel 1 brukte ADRQL (Alzheimer's Disease-Related Quality of Life) som er et intervjuer administrert verktøy for å vurdere livskvalitet under individuell musikk behandling. Artikkel 1 presenterte at livskvalitet bare hadde økt litt etter intervensjon (Ridder et. al., s. 673). Artikkel 2 vurderte beboernes velvære ved bruk av Dementia Care Mapping (DCM), og for beboernes velvære var det en økning over tid under musikk intervensjonsperioden (Hsu et al., 2015, s. 13). I artikkel 5 brukte forskere Cornell-Brown Scale for Quality of lite in Dementia (CBS-QoL) å måle livskvalitet. Studien dokumenterte musikk intervensjon førte til at deltakerne fikk forbedret livskvalitet av individuell musikkterapi (Raglio et al. 2015, s. 1536).

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om individuell musikkterapi kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens på sykehjem, samt vernepleierens mulige rolle i det. I dette kapitlet skal teori og resultatene av litteratursøket brukes for å besvare problemstillingen:

Hvordan kan vernepleieren bruke individuell musikkterapi som tiltak for å hjelpe personer med demens å forbedre livskvalitet på sykehjem?

5.1 Tilpasset musikk

Beboeren opplevde selvbestemmelse og følelse av mestring og respekt under individuell musikkterapi, fordi individuell musikkterapi tar utgangspunkt i den enkeltes historie, interessert og behov, hvor personsentrert omsorg er spesielt viktig.

Vi mennesker er interessert i ulike musikksjangre, hvor noen liker rock og pop, noen liker folkemusikk, noen liker jazz og så videre. Individuell musikkterapi møter personer med demens som et unikt menneske med egen verdi (Aldring og helse, u. å.), fordi individuell musikkterapi tar hensyn til den enkeltes historie, interessert og behov. For eksempel, Lineweaver et al. (2022, s.132) laget en personlig musikkspilleliste fra da deltakerne som var 15-22 år gammel, fordi tidligere studier har vist at eldre voksne som lytter til musikk fra den perioden av livet, mer sannsynlig vil huske følelsesmessig, betydningsfulle og personlige hendelser fra den tiden. Sakamoto et al. (2013, s. 777) valgte individualisert musikk fra den perioden som beboere erindret seg ofte, som var relatert til spesielle minner for dem. Dette kan gjøre at beboeren har meningsfull aktivitet og kan holde fast på fakta på egen identiteten (Aldring og helse, u.å; Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301).

Individuell musikkterapi tar også hensyn til brukermedvirkning og respekterer den enkeltes selvbestemmelse (pbrl. 1999). Aktiv individuell musikkterapi legger vekt på aktivitet under terapi, og musikkspillelisten blir valgte gjennom samhandling med beboeren, pårørende eller helsepersonell som er kjent med beboeren (Sakamoto et. al., 2013, s. 777; Raglio et al., 2015, s. 1535). For eksempel vil kjent musikk gjøre det mulig for beboere kan være aktive i musikkterapien gjennom rytme, klapping, sang, improvisasjon, dans og ved å spille på instrumenter (Hsu et al., 2015, s. 4; Raglio et al., 2015, s. 1535; Ridder et al. 2013, s. 669). Fra egen praksis har jeg observert at beboere kunne synge med til kjente sanger, improvisere, danse og klappe under musikkintervensjon. Det åpnet også samtale da det ble snakket om hvem sin sang det er og hvem som synger, f.eks. barn eller Beatles. Beboeren kunne også bestemme hvilke instrumenteier de vil bruke, og de ble oppmuntret å bruke instrumenter. Musikkterapeuten spilte sammen med dem gjennom sang, dans, kommunikasjon og fulgte deres rytme (Hsu et al., 2015, s. 4, Ridder et al., 2013, s. 669). I tillegg kunne beboeren bestemme hvilke musikk de skulle lytte til, fordi den spillelisten ble valgte gjennom å intervju av beboeren, pårørende og helsepersonell (Lineweaver et. al., 2002, s. 133; Raglio et al., 2015, s. 1535; Sakamoto el al., 2013, s. 777).

Gjennom utvalgt spillelister kan helsepersonell vise respekt for den enkeltes selvbestemmelse. Vernepleiere som helsepersonell ivaretar den enkeltes perspektiv og historie, og tar hensyn til den enkeltes ønsker, interesser og behov (Brask et al., 2016, s. 42). Samtidig tilbyr helsepersonell omsorgsfull hjelp (hpl. 1999, § 4). Slik helsepersonell

skulle vurdere beboerens favoriserte musikalske sjangere, favorittartister og favorittsanger (Lineweaver et al., 2002, s. 133).

Studiene viste at både passiv og aktiv individuell musikkintervensjon hadde effekt på BPSD symptomer, depresjon, humør og hukommelse og kommunikasjon (Sakamoto et al., 2013; s. 780, 781; Raglio et al., 2015, s. 1534, 1536). Vernepleieren kan kombinere begge intervensjonene for å gi variasjon i tilbudet til beboeren, slik at beboeren kan ha et tilrettelagt liv (Brask et al., 2016, s. 42). For eksempel kan aktiv individuell musikkintervensjon brukes før eller etter stell, eller hvis beboeren er urolig; mens passiv individuell musikkintervensjon kan brukes under stell.

5.2 Forbedring av BPSD, mental helse og kognitiv funksjon

Siden individuell musikkintervensjon tar utgangspunkt i den enkeltes historie, opplever beboeren selvbestemmelse og mestring på sitt liv. Resultatene viste at individuell musikkterapi var effektiv på BPSD, mental helse og kognitive symptomer hos personer med demens (Hsu et al., 2015, s. 12-13; Sakamoto et al., 2013, s. 780-781), noe som kan gi bedre livskvalitet for beboeren.

For det første viste studiene at individuell musikkterapi har effekt på BPSD symptomer, spesielt på agitasjon og aggresjon (Hsu et al., 2015, s. 15; Sakamoto et al., 2013, s. 780; Lineweaver, 2022, s. 135, Raglio et al.; 2015, s. 1536; Ridder et al., 2013, s. 673). Dette kan redusere omsorgspersonsbyrden å gjøre helsepersonell mer motiverende til å bli engasjert i jobben, og til å bli kjent med beboerens historie, årsakene til symptomer og kognitiv funksjon (Sakamoto et al., 2013, s. 780; Hsu et al., 2015, s. 13). Dette igjen er med på å forbedre god kommunikasjon mellom helsepersonalet og beboeren (Hsu et al., 2015, s. 13). Ved god kommunikasjon fremmes respekt for beboerens verdier, synspunkter, og gjennom lytting og vilje til å løse konflikter (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 14), skapes et godt miljø rundt beboeren. I dette miljøet vil beboeren ha mindre atferdsforstyrrelse, agitasjon, aggresjon og BPSD symptomer, og tilrettelegger for den gode relasjonen mellom beboeren og helsepersonell (Hsu et al., 2015, s. 13). På denne måten skaper individuelle musikkterapi en god sirkel mellom beboeren og omgivelsen. Imidlertid viste artikkel 1 også at individuell musikk har en liten effekt på frekvensen av agitasjon (Ridder et al., s. 675). Det har jeg også observert gjennom praksis i sykehjem, hvor det i noen situasjoner ikke fungerte med individuell musikkintervensjon. For eksempel hadde beboeren avføring i bleien, men ville ikke skifte bleie selv om hun lyttet til musikk, til tross for at det fungerte bra under morgenstell. Det er vanskelig å si hvorfor det skjedde. Men i noen situasjoner er det sannsynligvis på grunn av at beboeren var sint på seg selv, fordi sykdom fører at de ikke kan mestre situasjonen og klare seg selv (Kirkevold, 2018, s. 260-265).

For det andre viste studiene at individuell musikkterapi virket positiv på humør og depresjon (Huse et al., 2015, s. 13; sakamoto et al., 2013, s. 779, 781; Lineweaver et al. 2022, s. 138; Raglio et al., 2015, s. 1536). Delvis fordi lytting til individualisert musikk kan stimulere de autonome nervesystemet til å frigjøre dopamin, som kan føre til at personers lystfølelse, glede og initiativ (Salimpoor et al., 2011 i Sakamoto et al., 2013, s. 776; Tanum, 2020, s. 403). Og delvis fordi individuell musikk terapi som er et miljømessig og psykososialt tiltak, hvor behandlingen ivaretar den enkeltes ønsker, ressurser, behov, verdi og selvbestemmelse, gjennom interaktivitet under individuell musikkterapi bygges det opp en relasjon, samtidig som det også skapes et støttende sosialt miljø rundt den enkelte bruker (Aldring og helse, u. å.; Helsedirektoratet, 2017; Raglio et al., 2015, s. 1535). I dette miljøet føler beboeren tilknytning, finner trøst og kjenner inkludering, som har et signifikant og komfortabelt humør og en god emosjonell tilstand, og beboeren er latter og glede (Aldring og helse, u.å; Hsu et al., 2015, s. 13; Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301; Sakamoto et al., 2013, s. 779, 781). I tillegg reduserer beboeren depresjon og angst, fordi beboeren føler seg ikke stresset og slapper av under musikkintervensjon (Lineweaver et al., 2022, s. 138; Raglio et al. 2015, s. 1536; Sakamoto et al., 2013, s 781). I likhet med forskere hadde jeg også observert i praksisperioden at beboeren viste latter og glede når de lyttet til sanger som de likte. Det kan også være på grunn av at den positive effekten individuell musikkterapi har, bidrar til å redusere BPSD-symptomer, bruk av psykofarmaka og dermed også uheldige bivirkninger denne typen medikamenter kan gi (Ridder et al., 2013, s. 675), slik at beboerne kunne føle seg mer komfortabel.

Imidlertid viste artikkel 5 også at BPSD, depresjon og livskvalitet ikke hadde signifikante forskjeller i standardgruppen, MT og LtM-gruppen, det kan være at alle grupper har interaktivitet med deltakerne, standardgruppe hadde for eksempel fysisk aktivitet, MT og LtM-gruppe hadde musikkintervensjon. I tillegg viste artikkel 4 også at NPS symptomer, agitasjon og depresjon hadde ingen ytterligere forbedringer utover de påfølgende 3 månedene. Det kan være fordi deltakerne var lei av spillelisten, eller musikklytting kunne bare ha effekten i begrenset grad og deltakernes affekt og atferd ble stabilisert, og nevrodegenerasjon ble endret underveis i løpet av individuell musikkintervensjon (Lineweaver et al. 2022, s 138-139). Det kan også være at musikk var en del av beboerens liv, de ble vant til å lytte musikk, det fører til at musikk er vanskelig å stimulere dem.

For det siste viste studiene at individuell musikkterapi har effekt på kommunikasjon og hukommelse (Hsu et al., 2015, s. 13; Sakamoto et al., 2013, s. 781; Raglio et al., 2015, s. 1534). På den ene siden på grunn av at individuell musikk utvelger av den enkeltes interesser, som har en betydning til dem, derfor kan det gjenkalle den enkeltes minner (Hsu et al., 2015, s. 13; Sakamoto et al., 2013, s. 781). På den andre siden ønsker beboeren å snakke med andre om deres livshistorie etter eller under lytting til

individualisert musikk. Her har vernepleieren en viktig rolle som lytter og som kan kommunisere med beboeren med individuelt tilpasset dialog (Brask et al., 2016, s. 41), noe som gjør at beboeren føler seg respektert, får en følelse av verdighet og dermed ønsker mer kommunikasjon med andre. Imidlertid viste artikkel 5 også at det ikke hadde signifikant trend på kommunikasjonsevne (Raglio et al., 2015, s. 1534), noe som for øvrig kan skyldes at sykdommen gjør det vanskelig for beboeren å kommunisere verbalt.

I tillegg viste studien at individuell musikk forbedret relasjoner mellom helsepersonell og beboerne (Hsu et al., 2015, s. 13). Dette er også noe jeg har erfart under praksis som vernepleierstudent. Etter at beboeren lyttet til musikk som hadde betydning for dem, snakket de lettere om sitt tidligere liv knyttet til musikk, f.eks. en konsert med venner, eller et godt minne fra barndommen. Men likevel er det vanskelig å si hvor signifikant effekt på kommunikasjon kan individuell musikkterapi ha, fordi det ikke kunne skille interaktiv med helsepersonell, og musikk seg selv.

Slik beskrev Guetin et al. (2009) at følelsene som utløses av musikk gir et middel til å stimulere de kognitive funksjonene og det selvbiografiske minnet, og til å uttrykke følelser så sterke som glede, velvære, avskalning eller ro, som ofte hemmes i løpet av en sykdom som endrer kommunikasjon, kognisjon og psykoatferdsmessige evner hos pasienter (Guetin et al. 2009 i Guetin et al., 2012, s. 628).

5.3 Økt livskvalitet

Studiene viste at individuell musikkterapi forbedret livskvalitet hos personer med demens (Hsu et al., 2015, s. 13; Raglio et al., 2015, s. 1536). Siden livskvalitetsbegrepet både har subjektive og objektive komponenter; den subjektive livskvaliteten overlapper med psykisk helse og den objektive livskvalitet med levekår (Nes et al., 2018). På ene siden kan det si at studien viste at individuell musikkterapi kan forbedre psykisk helse som depresjon, angst, humør, apati, irritabilitet og atferd (Hsu et al., s. 5; Raglio et al., 2015, s. 1535). På den andre siden kan vi si at studien viste at individuell musikkterapi kan forbedre på levekår som engasjement og interaksjoner (Hsu et al., s. 5).

Artikkel 2 vurderte beboernes velvære ved bruk av Dementia Care Mapping (DCM), hvor det ble registrert beboernes atferd, humør, engasjement og interaksjoner, og for beboernes velvære var det en økning over tid i musikk intervensjonsperioden (Hsu et al., 2015, s. 13). I artikkel 5 brukte forskere Cornell-Brown Scale for Quality of life in Dementia (CBS-QoL) å måle livskvalitet: angst, tristhet, mangel på reaktivitet til hyggelige hendelser irritabilitet, føler livet ikke er verdt å leve, vrangforestillinger osv. Studien dokumenterte at musikkintervensjon førte til forbedring av CBS-QoL (Raglio et al. 2015, s. 1536). Imidlertid viste artikkel 1 at livskvalitet var lite økt under musikk intervensjon (Ridder et

al., 2013, s. 673), ved bruk av ADRQL (Alzheimer's Disease-Related Quality of Life) som er et intervjuer administrert verktøy brukt til å vurdere livskvalitet under individuell musikk behandling. Det inkluderer: sosial interaksjon (SI), selvbevissthet (AS), følelser og humør (FM), gled av aktiviteter (EA) og respons til omgivelsen (RS).

Det kan være ulike årsaker på at resultater er forskjellige. Først kan det være på grunn av at forskere brukte ulike skalaer for å måle livskvalitet, som kan gi ulike resultater. Noen er lettere å bli observert og målt, f.eks. humør, angst. Noen er vanskelig å bli observert som selvbevissthet.

Deretter er det også sannsynligvis at deltakernes ulike helsetilstand og ressurser har betydning for ulike resultater. På den ene siden kan deltakernes sykdom bli verre og verre under musikk intervensjon, da de var vanskeligheter med å reagere på omgivelse. På den andre siden responderte noen deltakerne ikke på musikk dersom musikken ikke var tilpasset dem, eller de var i dårlig tilpasset fysisk og psykososiale miljø (Kirkevold, 2018, s. 263).

I tillegg påvirker antall økter også resultatene. Deltakerne i artikkel 1 fikk 12 ganger aktiv individuell musikkterapi, men artikkel 2 hadde 20 ganger aktiv individuell musikkterapi, og artikkel 5 hadde også 20 ganger både aktiv individualisert musikkterapi og lytting til musikk. Det kan tenkes at et mindre antall økter i individuell musikkterapis ikke klarer å vise signifikant forskjeller.

I tillegg hadde observatører ulike vurderinger på fenomenene, noe som også kan påvirke resultatene. På den ene siden har mennesker forskjellig forståelse av glede, interaktivitet, sinne, tristhet osv., som fører til at ulike observatører har forskjellige vurderinger på fenomenene og observasjonene. På den andre siden kan det være at noen observatører er forforståelse av musikkterapi, og de mener at individuell musikkterapi har god effekt på deltakernes humør og interaktiv, dette kan påvirke deres syn på deltakernes atferd og gir positive tilbakemeldinger (Gulliver et al., 2021, s. 9). Derfor har det ulike resultatene på artikkel 1, 2 og 5.

Imidlertid viste artikkel 2 også at velvære var en økning over tid i både aktiv musikkterapi gruppe og lytting til musikk gruppe fra baseline til måned 5. Men det viste også en nedgang i 2 måneder etter musikkintervensjon perioden (Hsu et al., 2015, s. 13). Det innebærer at varighet i musikkterapi er svært viktig dersom det skal opprettholde forbedring av livskvalitet.

Likevel tyder studiene på at studiene viste at musikk hadde forbedring av velvære og livskvalitet hos personer med demens (Gulliver et al., 2021, s. 8; van der Steen et al., 2018, s. 2).

5.4 Metodediskusjon

Denne oppgaven bruker kvalitativ metode for å svare på problemstillingen: *Hvordan kan vernepleieren bruke individuell musikkterapi som tiltak for å hjelpe personer med demens å forbedre livskvalitet på sykehjem?* Data er hentet fra fem fagfellesvurderte artikler. Dette er en svakhet. Mangler på kvantitativ metode kan føre til at svakhetene til kvalitativ metode ikke kan oppveies av sterke side ved kvantitativ metode (Thidemann, 2019, s. 77). I tillegg har forforståelsen av musikkterapi påvirkninger på utvalg av artikler. Artiklene som ble utvalgt, kan være preg av å ha blitt utvalgt for å underbygge min forforståelse av effekten av musikkterapi. Det kan ha ført til at relevante artikler for diskusjon av og konklusjon på problemstillingen har blitt valgt vekk. Det kan også ha fort til at sentrale punkter rundt tema i oppgaven ikke har blitt tilstrekkelig belyst. Alle artikler er også skrevet på engelsk. Det brukte lang og mye tid på å oversette og forstå artiklene. Likevel foreligger det risiko for misforståelser og feil oversettelse.

En styrke er at artiklene er fra forskjellige geografiske områder i verden, som understreker at individuell musikkterapi er et tema som forskes på ulike steder og som kan belyse ulike sider. I tillegg bruker alle artikler kvantitativ studie, og 1 artikler bruker i tillegg kvalitativ studie, og 1 artikkel bruker i tillegg kvalitativ og klinisk studie. Dette er styrke på oppgaven, og dette gir resultater bedre reliabilitet, og kan generaliseres.

Det er åpenbart at oppgaven ikke beskriver så dypt inn i vernepleierens rolle i musikkterapi, selv om helsepersonell er viktig i musikkterapi. På en ene siden, helsepersonells kompetanse om demenssykdom, personsentrert omsorg og behandling har en stor innflytelse på konsekvensene av musikk intervensjon. På den andre siden, helsepersonell er spesielt viktig for å gjøre individuell musikkterapi bærekraft. Artikkel 2 dokumenterte at helsepersonell kan få opplæring på musikkterapi for å gjøre den gjennomførbarhet (Hsu et al., 2015, s. 16). Men likevel er det vanskelig å være bærekraft, fordi personell har dårlig tid, mangler selvtillit til å synge og er utsatt for arbeidsrelatert stress (Garrett, 2019, i Gulliver et al., 2021, s. 9). Kanskje virksomheten kan gi en kurs for at helsepersonell kan få opplæring for å bruk individuell musikkterapi som miljømessige og psykososiale tiltak, og virksomheten kan etablere rutiner for å lytte til musikk, slik at musikkterapi kan være bærekraft.

6.0 Konklusjon

Studien viser at individuell musikkterapi er et godt ikke-farmakologisk tiltak, som tar utgangspunkt i den enkeltes livshistorie og interessert og har effekt på BPSD symptomer hos personer med demens. Individuell musikkterapi har vist forbedring av psykisk helse som depresjon, humør og emosjoner, samt positiv effekt på kommunikasjon og

hukommelse. På grunn av dette kan man konkludere med at individuell musikkterapi kan forbedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem. Vernepleier som helsepersonell kan bruke den enkelte beboers rest ressurser og tilbyr individuell musikkterapi for å hjelpe personer med demens å ha en bedre livskvalitet i siste fasen av livet på sykehjem. Dessuten kan det også redusere kostnader i kommunen. Men det er alltid lav bemanning på sykehjemmene, hvordan helsepersonell kan bruke individuell musikkterapi, trenger derfor mer forskning.

Litteraturliste

American Music Therapy Association (AMTA). (2005). What is Music Therapy? Hentet 16. april 2023 fra [What is Music Therapy? | What is Music Therapy? | American Music Therapy Association \(AMTA\)](#)

Alzheimer's Disease International (2019). World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia. Hentet 05.mai 2023 fra <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>

Befring, A. K. (2022). Helseretten. Cappelen Damm Akademisk.

Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A., (2016). Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell. Fagbokforlaget.

Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, Vol. 3, Artikkel 73 (21s). DOI: [10.3389/fneur.2012.00073](https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073)

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I Engedal, K. & Haugen, P. K. (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Aldring og helse akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom – den hyppigste årsaken til demens. I Engedal, K. & Haugen, P. K. (red.). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Aldring og helse akademisk.

Gjersvik, P. (2021). Alt som kan sies på engelsk, kan sies på norsk. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0260

Hauglid, M. (2023, 09 januar). Helsepersonelloven. Karnov lovkommentarer. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A74>

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, lest 17. april 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsepersonelloven (1999). Loven om helsepersonell m.v (Lov-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Hjort, P. F. & Waaler, H. T. (2010). Demens frem mot 2050. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 13-14, 130: 1356-8. DOI: 10.4045/tidsskr.09.1433.

Hsu, M. H., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J. og Odell-Miller, H. (2015). Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMC Geriatrics*, 15:84. DOI 10.1186/s12877-015-0082-4.

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). Tverrprofesjonell samhandling – en kompetanse som må læres. I Iversen, A. & Hauksdottir, N. (red.). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (s. 11-18). Gyldendal.

Gulliver, A., Pike, G., Banfield, M., Morse, A. R., Katruss, N., Valerius, H., Pescud, M., McMaster, M. & West, S. (2021). The music engagement program for people with Alzheimer's disease and dementia: pilot feasibility trial outcomes. *Evaluation and program planning*. 87 (2021) 101930. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2021.101930>.

Guétin S., Charras K., Berard A., Arbus C., Berthelon P., Blanc F., Blayac, J. P., Bonte, F., Bouceffa, J. P., Clement, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Anterion, C. T., Touchon, J. Vrait, F. X. & Leger, J. M. (2012). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. *Dementia*, 12(5):619-34. DOI: 10.1177/1471301212438290.

Grunnloven. (1814). Kongerike Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1814-05-17>

Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nervropsykiatriske symptomer. I Engedal, K. & Haugen, P. K. (red.). (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-275). Aldring og helse akademisk.

Lyu, J., Zhang, J., Mu, H., Li, W., Mei, C., Qian, X., Gao, T., Xie, L., Jin, W., Yang, W., Cui, M., Gao, M. & Li, M. (2018). The effects of music therapy on cognition, psychiatric symptoms, and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 64, no. 4, 1347-1358. DOI: 10.3233/JAD-180183

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utgave). Universitetsforlaget.

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse). (u.å.). Alzheimers sykdom. Hentet 16. april 2023 fra [Alzheimers sykdom - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse). (u.å.). Fakta om demens. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse). (u.å.). Hvor mange i Norge har demens. Hentet 14. april 2023 fra https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1646738914.7772479057312011718750

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse). (u.å.). Personsentrert omsorg. Hentet 16. april 2023 fra [Personsentrert omsorg - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Norsk forening for musikkterapi (NFMT). (u.å). Hva er musikkterapi? [Hva er musikkterapi? – Norsk forening for musikkterapi](#)

Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 27. oktober). T5 Psykiske lidelser: T5.2 Søvnvansker: T5.2.4 Søvnforstyrrelse hos eldre.

https://www.legemiddelhandboka.no/T5.2.4/S%C3%B8vnforstyrrelser_hos_eldre

Nes, R. B., Hansen, T. H. & Barstad, A. (2018, 27. august). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (Rapport IS-2727). Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Loven om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>

Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zanacchi, E., Granieri, E., Imbriani, M. & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multicenter randomized controlled. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 63: 1534-1539. DOI: 10.1111/jgs.13558

Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (Akutt forvirring). I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg. s. 459-471). Oslo: Gyldendal akademisk.

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I Engedal, K. & Haugen, P. K. (red.). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Aldring og helse akademisk.

Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 11; 125: 1500-2

Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I Engedal, K. & Haugen, P. K. (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-259). Aldring og helse akademisk.

Tanum, L. (2020). Psykofarmakologi. I Gonzalez, M.T (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglig perspektiver* (s. 299-405). Gyldendal.

Thidemann, I-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken akademisk oppgaveskriving (2. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget

van der Steen JT, Samling HJA, van der Wonden JC, Bruinsma MS, Scholten RJPM & Vink AC. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

Verdens helseorganisasjon (WHO). (2019). ICD-10: Mental and behavioural disorders: (F00-F09). [ICD-10 Version:2019 \(who.int\)](https://www.who.int/classifications/icd/10/version/2019/)

Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015, november). Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) (Kortversjon). [Vossius.pdf \(unit.no\)](https://www.unit.no/vossius.pdf)

