

Amalie Grønset

Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?

Antall ord: 8039

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2022

Amalie Grønset

Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?

Antall ord: 8039

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Kandidatnr:10001

Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?

SY300215 Bacheloroppgaven i sykepleie

Hovedveileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus

Antall ord: 8039

Antall sider inkl. Vedlegg: 40

Sammendrag

Hensikt: Målet med denne litteraturstudien var å se på hvordan musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem.

Metode: Systematisk litteraturstudie med sju kvantitative studier og en kvalitativ studie.

Resultat: Analysering av funnene resulterte i ulike kategorier under temaet livskvalitet. Disse kategoriene var humør og følelser, sosiale relasjoner og samspill, og atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens, APSD. APSD ble videre delt inn i underkategoriene depresjon og agitasjon.

Konklusjon: Denne litteraturstudien tyder på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan ha en positiv innvirkning på de delene av livskvalitet som har å gjøre med humør og følelser, samt sosiale relasjoner og samspill.

Funnene tydet også på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan være med å redusere depresjon og agitasjon, som er en del av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens, APSD. Siden APSD har en negativ innvirkning på livskvaliteten, vil en reduksjon i APSD sannsynligvis øke livskvalitet.

Nøkkelord: Musikkterapi, musikkbasert intervensjoner, demens, sykehjem, livskvalitet

Abstract

Aim: The aim of this literature study was to look at how music therapy and music-based interventions affect the quality of life of patients with dementia living in nursing homes.

Method: Systematic literature study with seven quantitative studies and one qualitative study.

Result: Analysis of the findings resulted in different categories under the theme of quality of life. These categories were mood and emotions, social relationships and interactions, and behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD. BPSD was further divided into the subcategories of depression and agitation.

Conclusion: This literature study suggests that music therapy and music-based interventions can have a positive impact on the parts of quality of life that have to do with mood and emotions, as well as social relationships and interactions.

The findings also suggest that music therapy and music-based interventions may help reduce depression and agitation, which are part of the behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD. Since BPSD has a negative impact on quality of life, a reduction in BPSD is likely to increase quality of life.

Keywords: Music therapy, music-based interventions, dementia, nursing homes, quality of life

A smile is quite contagious so I walked past (resident's name) one afternoon when she had her headphones on and she had this enormous smile on her face and my face mimicked hers. You know I've usually got the "work face" on, But I actually left the room with a grin and thought, "Oh she's having a lovely afternoon." She is someone that can become very agitated (Kuot et al., 2020, s. 75)

Innhold

1. Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1.1. Problemstilling.....	6
1.2.2. Begrepsforklaring.....	7
1.3. Oppgavens oppbygging.....	7
2. Teoribakgrunn.....	8
2.1. Demens.....	8
2.2. Personsentrert omsorg.....	9
2.3. Musikterapi og musikkbaserte intervensjoner.....	9
2.4. Livskvalitet.....	11
3. Metode.....	13
3.1. Systematisk litteraturstudie.....	13
3.2. Datasamling.....	13
3.3. Vurdering av kvalitet og relevans.....	15
3.4. Etske vurderinger.....	15
3.5. Analyse.....	15
4. Resultat.....	17
4.1. Livskvalitet.....	17
4.2. Humør og følelser.....	17
4.3. Sosiale relasjoner og samspill.....	18
4.4. Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens.....	19
5. Diskusjon.....	20
5.1. Metodediskusjon.....	20
5.2. Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1. Svar på problemstillingen.....	21
5.2.2. Livskvalitet.....	21
5.2.3. Humør og følelser.....	21
5.2.4. Sosiale relasjoner og samspill.....	23
5.2.5. Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens.....	24
5.3. Konklusjon.....	25
6. Referanser.....	26
Vedlegg.....	29

Antall ord:8039

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2020 var det hele 101 000 mennesker her i Norge som hadde demens, og man regner med at tallene vil mer enn fordoble seg innen 2050 (Strand et al., 2021). På grunn av den økende forekomsten av sykdommen, som vi per dags dato ikke har noen kur mot, vil jeg i denne oppgaven utforske om musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan være med å gjøre livet bedre til de som er rammet. Musikkterapi har den siste tiden vært et fremvoksende fag som har som formål og fremme helse og gi økt mulighet for deltagelse og felleskap (Stige & Ridder, 2016, s. 23). Musikk og sang er vanlige aktiviteter å finne på sykehjem. Det blir blant annet organisert konserter og sangstunder, og det er muligheter både for aktiv deltagelse eller lytting (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 431).

Jeg fanget interesse for bruk av musikk i sykehjem da jeg en sommer jobbet på en lukket demensavdeling. Pasientene der kom i kontakt med musikk i ulike sammenhenger, blant annet i en ukentlig sangstund som mange av pasientene virket å sette pris på. Jeg var selv ofte aktivt med i sangen sammen med pasienten jeg hadde ansvar for. Vi satt da i nærheten av hverandre og hadde øyekontakt, og ved hjelp av ansiktsuttrykk og annen nonverbal kommunikasjon, opplevde jeg at pasienten ble mer delaktig og følte seg trygg i situasjonen. Jeg observerte at pasienter som nesten ikke snakket ellers, kunne være med å synge, de bevegde seg etter rytmen, og det virket positivt inn på stemningen til flere av pasientene hele resten av dagen.

Ut i fra dette ble jeg nysgjerrig på hvordan livskvaliteten til pasienter med demens i sykehjem blir påvirket av musikk. Som sykepleier har vi et eget ansvar for å bygge på forskning, kunnskap ervervet gjennom egne erfaringer og brukerbasert kunnskap i vår yrkesutøvelsen (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 1.1). Derfor er det viktig å finne ut om det er forskning som sier noe om hvordan livskvalitet kan påvirkes av musikk. Jeg vil både se på musikkterapi drevet av sertifisert musikkterapeut, og musikkbaserte intervensjoner som ikke formelt oppfyller kravene til å bli kalt musikkterapi.

Temaet er relevant for sykepleie, da det i demensplan 2025 er et ønske om musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner i demensomsorgen (Regjeringen, 2020), og da det er få musikkterapeuter og et økende antall eldre, er det sannsynlig at sykepleiere vil bli involvert i økende grad.

1.2.1 Problemstilling

Med bakgrunn i dette har jeg valgt problemstillingen: «Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?» Jeg vil altså avgrense temaet til intervensjoner i sykehjem.

1.2.2 Begrepsavklaring

Musikkterapi: Den kliniske evidensbaserte bruken av musikkintervensjoner for å oppnå individualiserte mål innenfor et terapeutisk forhold av en sertifisert person som har fullført et godkjent musikkterapiprogram (Dahms et al., 2021, s. 13).

Musikkbaserte intervensjoner: Musikk med eller uten sertifisert terapeut, ikke alltid individualiserte (Dahms et al., 2021, s. 14).

Livskvalitet: Det finnes mange ulike definisjoner på livskvalitet. En som kan passe godt inn i denne oppgaven er Siri Næss sitt syn på livskvalitet: "Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv" (Kristoffersen, 2017, s. 55-56).

Demens: Demens brukes i dag som et samlebegrep om sykdommer som fører til kognitiv svikt og funksjonssvikt i dagliglivet (Juklestad & Aarre, 2018, s. 242).

Sykehjem: Ved et sykehjem får en et heldøgnsopphold der en får behandling og hjelp til gjøremål en ikke klarer selv, og derfor ikke kan bo hjemme. Årsakene til dette kan være normal aldring, sykdom eller annen skade. På et sykehjem får man sine faste medisiner og tilsyn av sykehjemslege (NHI, 2021).

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem kapitler. I første kapittel har jeg tatt for meg bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt, problemstilling og forklart begrep. I andre kapittel gjøres rede for teorigrunnlaget. Tredje kapittel tar for seg metode og analyse. Resultatene presenteres i kapittel fire. I femte kapittel kommer diskusjon av metodedelen og diskusjon av funnene, underbygget av aktuell teori. Til slutt kommer konklusjonen med anbefalinger for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

I teorigrunnlaget vil jeg gjøre rede for sentrale tema i problemstillingen, samt tema som hører naturlig sammen med problemstillingen. Demens og atferdsmessige- og psykologiske symptom ved demens blir belyst, videre personsentrert omsorg, musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner og til slutt livskvalitet.

2.1 Demens

Det finnes flere ulike typer demens, og de har forskjellige sykdomsforløp og prognoser. Vi kan dele de ulike formene inn i tre grupper, primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Under de primæredegenerative sykdommene finner vi demens ved alzheimers sykdom, frontotemporallappsdemens og demens med lewylegemer (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412-414). Ved utredning brukes screeningtester der man kartlegger funksjonsnivået i dagliglivet og kognitive funksjoner. I tillegg innhentes informasjon fra pårørende. Man skal utelukke annen sykdom som psykisk sykdom og andre sykdommer som kan føre til kognitiv svikt (Juklestad & Aarre, 2018, s. 244).

Kliniske kjennetegn ved demens er nedsatt hukommelse og evne til å lære nye ting, vansker med å orientere seg i og handle i rom, svekket evne til å orientere seg i tid, manglende evne til å utføre praktiske handlinger (apraksi) og manglende evne til å forstå sanseinntrykk (agnosi) (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417). Den nedsatte hukommelsen viser seg først ved at det er vanskelig å huske ting som nylig har skjedd. Det kan starte med at en glemmer og spør de samme spørsmålene opp igjen, glemmer hvor de har lagt ting og å holde avtaler. Dess lengre sykdommen utvikler seg, jo mer begynner personen å slite med abstrakt tenkning, forståelse og å orientere seg i hverdagen (Juklestad & Aarre, 2018, s. 242).

I begynnelsen av sykdommen kan språket være nokså intakt, men etterhvert kan det bli vanskelig å finne ordene, og det blir vanskeligere å føre samtaler. Det oppstår også problem med å forstå tale, og kommunikasjon gjennom språk blir på denne måten mer og mer begrenset. Etter hvert blir daglige gjøremål vanskelig, som å kle på seg og gjennomføre toalett besøk. De blir da avhengig av hjelp og veiledning og på et tidspunkt vil personen med demens trenge pleie og omsorg til enhver tid (Juklestad & Aarre, 2018, s. 242).

Som følge av sykdommen demens får mange etterhvert symptomer som angst, aggresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og agitasjon. Disse symptomene kaller vi for atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, APSD, og de er med å redusere livskvaliteten til personer med demens og deres omsorgspersoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424).

Det viser seg at 70 prosent av de som bor på sykehjem har APSD i Norge. Depresjon er en plagsom del av APSD, hele 20 % av de med demens har vist seg å ha depresjon (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417). Agitasjon kan defineres som verbal, vokal eller motorisk aktivitet som ikke virker å ha noe formål eller hensikt. Eksempler på slik atferd

kan være vandring, plukking og roping. Slik type atferd kan ofte skyldes ubehag eller misnøye, og det har en tendens til å fortsette dersom man ikke finner årsaken til ubehaget eller misnøyen (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 418).

Psykofarmaka, som for eksempel antipsykotika, kan brukes som behandling mot APSD (Ridder, 2016, s. 138). Men personer med demens kan være svært sensitive for bruk av antipsykotika, spesielt de med demens med levylegemer (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417). Dessuten er det risiko for at medisinene gir bivirkninger som redusert kognitiv funksjon, hjerneslag og til og med økt dødelighet. Det er vist at psykofarmaka, og særlig antipsykotika, kan nedsette livskvaliteten (Ridder, 2016, s. 138). Det er da behov for andre behandlingsformer.

Den viktigste delen av behandlingen til personer med demens, sett ut fra et sykepleier perspektiv, er tilrettelegging av sykepleie, miljø og aktiviteter (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 434). I følge nasjonal faglig retningslinje for demens, skal helse- og omsorgstjenester til personer med demens være personsentrerte (Aldring og helse, 2022).

2.2 Personsentrert omsorg

Kitwood presenterte i 1997 sine personsentrerte teorier om demens. Han var opptatt av "personhood", som går på at samspillet med en eller flere personer bekrefter en persons eksistens som menneske (Ridder, 2016, s. 40).

Han var ut fra dette opptatt av at omsorgsgivere skulle inngå i positive interaksjoner med personer med demens, og at dette ville føre til at personer med demens ville føle seg møtt og forstått, og slik få sine psykologiske behov møtt. For å inngå i slike positive interaksjoner måtte en ta hensyn til personen bak sykdommen. Musikkterapi er en form for personsentrert omsorg (Ridder, 2016, s. 41).

2.3 Musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner

Musikkterapi er klinisk bruk av musikkintervensjoner, der det er satt individualiserte mål som skal oppnås gjennom intervensjonen. For at det skal kalles musikkterapi må intervensjonen utføres av en person som har fullført et godkjent musikkterapiprogram (Dahms et al., 2021, s. 2). Som en samlebetegnelse på all annen bruk av musikk med et helsefremmende formål, som ikke oppfyller kravene til å bli kalt musikkterapi, har vi begrepet musikkbaserte intervensjoner. Dette kan da utføres enten med eller uten godkjent musikkterapeut, og intervensjonene har ikke alltid individualiserte mål (Dahms et al., 2021, s. 3.)

Musikkterapi faget kobler helse og musikk sammen, og har som hensikt å gjøre musikk helsefremmende og forebyggende. Musikkterapi kan foregå både i grupper og individuelt. Musikkterapeut er et eget yrke og de jobber ressursorientert og prøver å personsentrere terapien til brukeren (Stige & Ridder, 2016, s. 23). I tillegg til at musikkterapeuter jobber direkte med enkelt personer og grupper, er det også en viktig

del av jobben at de veileder helsepersonell i hvordan de kan bruke musikk som en helsefremmende ressurs i møte med pasienter (Kvamme & Stige, 2016, s. 112).

Musikkterapi kom inn på norske institusjoner for eldre en gang midt på 1980-tallet, og etter dette har det vært økning i både praksisutvikling, utdanning og forskning innen dette feltet. Mye av grunnen til at musikkterapi har blitt en del av moderne eldreomsorg, er at det har blitt mer fokus på ikke-farmakologiske tiltak og helhetlig tenkning (Stige & Ridder, 2016, s. 26).

Hva er det da som gjør at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner i det hele tatt kan fungere som et tiltak for å fremme helse i eldreomsorgen? For å finne svar på dette kan man belyse temaet fra et nevrobiologisk, et personsentrert og et sosiokulturelt perspektiv (Stige & Ridder, 2016, s. 26).

Med hensyn til det nevrobiologiske perspektivet så har vi i følge spedbarnsforskere en medfødt evne til å kommunisere gjennom lyd og bevegelse. Denne evnen til musikalitet blir hos mange bevart langt inn i forløpet av demenssykdommen (Ridder, 2016, s. 139). Dette danner grunnlag for at vi kan kommunisere gjennom musikk, også dersom vi skulle miste evnen til å kommunisere ved hjelp av språk. Personer med demens kan da oppleve kontakt og samvær gjennom sang og bevegelse, selv om de delvis eller helt har mistet språk (Stige & Ridder, 2016, s. 26).

Det viser seg at rytmen og harmonien i musikken kan påvirke oss i den grad at man blir roligere, eller mer urolig, tris eller glad (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 431). Ved hjelp av MR og PET undersøkelser av hjernen har man sett at ved å høre på musikk man liker godt aktiveres hjernens belønningssystem og dopaminproduksjonen øker. Dersom en hører på musikk en ikke liker, vil det være en aktivering i hjernen av de områdene som henger sammen med frykt og ubehag. Derfor er det viktig å ha både kunnskap og et åpent blikk med hensyn til den enkeltes forhold til de ulike typene musikk (Stige & Ridder, 2016, s. 32-33).

I dette perspektivet kan musikk ses på som en handling som konstruerer samvær, hvis den blir brukt på en personsentrert måte. Det er da samspillet som er viktig og at personen med demens blir sett på som en aktiv samarbeidspartner (Ridder, 2016, s. 39-43). Musikkterapi er da en form for personsentrert omsorg, da musikkterapeuter er utdannet for å engasjere deltakere, i motsetning til musikere som er utdannet for å engasjere tilhørere (Stige & Ridder, 2016, s. 27).

Det er da viktig å se etter enkelt menneskets interesse og funksjoner for å finne ut hvilken type aktivitet som er best for hvert enkelt individ. Hvilke interesser og hvilken kultur individet har vokst opp med har noe å si med tanke på hvilken type musikk de enkelte liker (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 431).

Musikk sett ut ifra et sosiokulturelt perspektiv handler om helheten omkring den musikalske situasjonen. Det handler om at musikken er en fellesmenneskelig ressurs som kan brukes til å skape samhandling og fellesskap. I det sosiokulturelle perspektivet fokuseres på at musikk er noe vi opplever sammen, og at dette er en betydningsfull del av musikkopplevelsen (Stige, 2016, s. 47-53).

Målet med musikk som terapiform i demensomsorgen er at personen med demens skal sitte igjen med en positiv opplevelse, og forhåpentligvis at de finner frem til gamle minner. Gjennom musikken kan de også føle på en tilhørighet med fellesskapet og det kan føre til økt aktivitetsnivå (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 431-432).

2.4 Livskvalitet

Økt livskvalitet har de siste tretti årene blitt godkjent som et mål i seg selv for pasientbehandlingen (Kristoffersen, 2017 s. 55). Dette kommer til uttrykk i blant annet lov om pasient- og brukerrettigheter (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2021).

Det blir da viktig å vite hva livskvalitet er, og hvordan det kan måles. Det finnes ulike definisjoner av livskvalitet. Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet på denne måten: "Livskvalitet er personens oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdssystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser" (Kristoffersen, 2017, s. 55). Denne definisjonen er da opptatt av personens tenkning omkring sin situasjon, og personens følelsesmessige opplevelse er ikke tatt med. Da personer med demens har svikt i sin kognitive funksjon og tenkning, vil en slik definisjon av livskvalitet være lite egnet for å fange opp livskvalitet hos denne gruppen (Kristoffersen, 2017, s. 55).

Siri Ness og hennes kollegaer har laget en definisjon av livskvalitet der psykisk velvære blir vektlagt. Ut fra denne definisjonen så er livskvalitet å ha det godt, og å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv. Næss kommer med eksempler på gode følelser som glede, engasjement og kjærlighet. Hun kommer også med eksempler på positive vurderinger som tilfredshet med eget liv, selvrespekt og opplevelse av mening med tilværelsen. Videre hevder hun at det å ha det godt i tillegg er avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger. Eksempler på vonde følelser som kan komme i veien for livskvaliteten er nedstemthet, angst og ensomhet. Negative vurderinger kan være misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukte evner (Kristoffersen, 2017, s. 55).

For mennesker med demens, er det den første delen av Næss sin definisjon av livskvalitet som er mest aktuell, den delen som handler om gode følelser og fravær av vonde følelser. Positive vurderinger av eget liv blir mindre og mindre aktuell ettersom demensen utvikler seg. Hva mennesket har, gjør eller omgis av, er ikke nødvendigvis av betydning for livskvaliteten i Næss sitt syn. Livskvalitetsbegrepet til Næss ser vekk i fra alle de objektive forholdene rundt personen, og kun enkelt menneskets subjektive følelse av livssituasjonen blir lagt til grunn. Ut fra dette, så kan man ikke si om en person har høy eller lav livskvalitet, ut fra om personen er frisk eller syk (Kristoffersen, 2017, s. 56-57).

Begrepet helserelatert livskvalitet omfatter menneskets funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Dette er da et nyttig begrep når en i forskning vil måle den innvirkning som sykdom og behandling har på livskvaliteten. Det er vanskelig å måle graden av livskvalitet ved sykdom siden det er en subjektiv følelse hvert enkelt individ kjenner på. Derfor har forskere utviklet flere forskjellige måleinstrument for å kartlegge graden av

livskvalitet. Flere av disse måleinstrumentene er laget for å kartlegge livskvaliteten til pasienter med bestemte sykdommer, men det finst også kartleggingsinstrumenter knyttet til sykdom og behandling generelt. Flere sykepleiere har vært med på å etablere kartleggingsverktøy som omhandler hvordan sykdom eller plage kan påvirke livskvaliteten (Kristoffersen, 2017, s. 56).

Skalaen for livskvalitet ved Alzheimers sykdom, QoL-AD, har i flere studier vist høy grad av pålitelighet. Det ble utviklet for bruk blant pasienter med alzheimers sykdom, men har etterhvert blitt brukt blant eldre med annen demens og dessuten hos eldre uten demens. Det er et intervju der det blir stilt spørsmål til individet med demens innen 13 ulike områder av livskvalitet: Fysisk helse, energinivå, humør, bosituasjon, hukommelse, relasjon til familiemedlemmer, ekteskap, vennerelasjoner, selvfølelse, selvstendighet, evne til å gjøre ting for moro skyld, økonomisk situasjon og livet som helhet (Torisson et al., 2016).

QUALIDEM er et annet validert måleinstrument for livskvalitet ved demens. Det foreligger i to versjoner. Den første versjonen gjelder for de med mild til moderat demens og består av 37 spørsmål fordelt på 9 ulike kategorier: Relasjon til hjelpere, positive følelser, negative følelser, rastløs atferd, positivt selvbilde, sosiale relasjoner, sosial isolasjon, føle seg hjemme, ha noe å gjøre. I den andre versjonen som er for de med alvorlig demens er kategoriene positivt selvbilde, føle seg hjemme og ha noe å gjøre tatt bort fordi det er vanskelig å skåre disse kategoriene ved alvorlig demens (Dichter, 2016).

3 Metode

3.1 Systematisk litteraturstudie

I en systematiske litteraturstudie skal en systematisk gjennomgå forskningsmaterialet for å finne svar på den konkrete og tydelige formulerte problemstillingen. Når en gjør en systematisk litteraturstudie så skal man gjøre kritisk utvalg av materiale, analysere og anvende relevant forsknings matriale (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 27). I en systematiske litteraturstudie er det viktig å være nøye med å vurdere artiklene, slik at man klarer å skille ut de artiklene som har høy kvalitet fra de som har dårligere kvalitet (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 75).

3.2 Datasamling

Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?» Jeg valgte musikkbaserte intervensjoner i tillegg til musikkterapi, fordi jeg ikke bare var opptatt av hvordan musikkterapi drevet av sertifisert musikkterapeut kan virke inn på livskvaliteten, men også musikkbaserte intervensjoner som ikke formelt oppfyller kravene til å bli kalt musikkterapi.

For å løse oppgaven min har jeg kommet frem til at kvantitative studier med eksperimentelt design kan være nyttig for å avgjøre om musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner har en effekt på livskvalitet eller ikke, og hvilke områder av livskvaliteten det har en effekt på. Kvalitative studier kan belyse mer om opplevelser omkring et tema, og kan sånn sett berike oppgaven (Dalland, 2020, s. 54-55). Jeg hadde også med en kvalitativ studie.

Jeg søkte i databasene CINAHL complete og Psych Info for å finne relevante forskningsartikler. Se tabell over søkehistorikk i vedleggene. Søkeordene *dementia*, *music therapy*, *music intervention*, *quality of life* og *nursing home* framkom etter oversettelse til engelsk av aktuelle søkeord fra problemstillingen. For å utvide søket ble det funnet synonymer til disse søkeordene, disse kom som forslag inne i databasene: *alzheimers*, *cognitive impairment*, *memory loss*, *well being*, *well-being*, *health-related quality of life*, *long term care facility* .

PICO metoden ble brukt til å finne relevante søkeord, der P står for patient/population, I står for intervention, C står for control og O står for outcome (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 60-61). Kolonne C står åpen fordi det ikke var noen sammenligning i oppgaven min. Ved hjelp av et PICO skjema ble søkeordene så kombinert med enten AND eller OR, dette dannet grunnlag for søkestrategien i databasene. I tillegg til detaljene som kommer fram av PICO skjemaet under, ble søkeordene kombinert med AND nursing home/ long term care facility, for å sikre at studiene handlet om beboere i sykehjem.

P		I		C		O
dementia	AND	music therapy	AND		AND	quality of life
OR		OR				OR
alzheimers		music intervention				well being
OR						OR
cognitive impairment						well-being
OR						OR
memory loss						health-related quality of life

Søkene ble begrenset med årstall 2012-2022, engelsk språk, samt at kun fagfelleverderte artikler ble tatt med. Dette resulterte i 33 treff i CINAL og 10 treff i Psych Info. Leste gjennom overskrift på alle artiklene, og leste abstract på alle artikler som handlet om musikk eller musikkterapi ved institusjoner. De artiklene som kun handlet om implementering av musikkterapi, og ikke om effekter av musikkterapi, ble ekskludert. Jeg satt da igjen med fire relevante artikler funnet på CINAL, og tre artikler funnet på Psych Info. Det var en artikkel som ikke nevnte livskvalitet spesifikt, men den omhandlet depresjon og agitasjon, som i stor grad vil kunne virke inn på livskvaliteten. Se teoridel. Da det var vanskelig å finne nok artikler som omhandlet musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner og livskvalitet spesifikt, ble denne inkludert selv om den ikke målte livskvalitet direkte. Fortsatt var det for få artikler i oppgaven min. Det ble gjort et nytt søk på CINAHL der jeg kun brukte søkeordene *dementia* AND *music therapy*. Begrensninger var årstall 2012-2022, fagfelleverdert, full tekst, engelsk språk. Det kom da opp 73 treff. Deretter ble det gjort tilsvarende søk i Psyk Info. Det kom da kun opp en artikkel. Begrensningen full tekst ble fjernet i et forsøk på å få flere treff, og det resulterte i 151 treff. Fant da flere relevante studier, hvorav en var den samme som dukket opp på tilsvarende søk på CINAHL. Den som hadde flest deltakere ble inkludert, da flest mulig deltakere øker overføringsverdi av forskning til klinisk praksis (Forsberg og Wengstøm, s. 78). Jeg hadde da i alt åtte artikler.

3.3 Vurdering av kvalitet og relevans

Alle artiklene som virket aktuelle ut fra tittel og lesing av abstrakt ble sjekket for om de var bygget opp etter IMRaD struktur. Dette er med og sannsynliggjør at det er en forskningsartikkel, og ikke bare en fagartikkel. Imrad står for I=introduksjon, M= metode, R= resultat, D= diskusjon (Trygstad & Dalland, 2020, s. 157). Alle artiklene som var plukket ut hadde denne strukturen. Alle artiklene var fagfellevurderte. Også dette kan være med å skille forskningsartikler fra fagartikler. Når en artikkel er fagfellevurdert er dette et tegn på at den holder vitenskapelig standard (Trygstad & Dalland, 2020, s. 145).

Deretter ble det gått inn i NTNU sitt universitetsbiblioteket Oria. Her ble det sjekket ut om hver enkelt artikkel var vurdert som gode kilder. Jeg tok ISSN nummeret fra Oria og søkte opp alle artiklene i Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse (HKDIR, 2022). Inne på HKDIR så finner man informasjon om artikkelen er fagfellevurdert (Sykepleien, 2012).

3.4 Etiske vurderinger

Forskningsetiske retningslinjer er viktig å ha med seg underveis når man leter etter artikler og gjør litteratursøket. Etikk handler om uskrevne lover i samfunnet med normer og verdier. Etikken kan hjelpe oss med å ta vanskelige avgjørelser og gi oss veiledning i livet, og gi oss mulighet til å tenke før handling. Derfor var det viktig for meg at alle artiklene var godkjent av en etisk komite og at personvernet ble ivaretatt.

Forskningsetiske retningslinjer skal ikke bli nedprioritert på bekostning av ønsket resultat (Dalland, 2020, s. 167-169 og s. 175). Det er viktig å skjerme deltakerne for unødig belastninger, fremme helse, ivareta velvære og rettighetene til deltagerene (WMA, 2018).

3.5 Analyse

Ikke alle artiklene klarte å vise signifikante effekter på livskvalitet og atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens, men det var nok artikler som viste effekter til at jeg kunne finne felles tema på tvers av artiklene som belyste hvordan musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker inn på livskvalitet.

Evans metode for analyse ble brukt. Innholdsanalyse er en forenklet måte å beskrive informasjon på, og i dette tilfellet er det artikler (Evans, 2002). Når en analyserer en tekst deler man opp teksten i mindre deler og undersøker hver av de forskjellige temaene hver for seg (Forsberg & Wengstrom, s. 152) .

I første fase av metoden ble det valgt ut artikler (Evans, 2002). Senere ble hver enkelt artikkel nøye gjennomgått, og nøkkelfunn og hovedresultat ble identifisert og satt inn i en egen tabell. Nøkkelfunnene ble videre gruppert i kategorier, og de kategoriene som var relevante for problemstillingen i oppgaven ble tatt med videre, og det ble da dannet tre hovedtema med en rekke undertema. Se tabell under.

Av de inkluderte forskningsartiklene var det sju artikler som hadde livskvalitet eller emosjonelt velvære som et eget tema. Av disse var det to artikler som bare oppga livskvalitet som en totalskåre, og livskvalitetsmålingene i disse artiklene bidro da ikke til å danne grunnlag for analysen av på hvilken måte livskvalitet ble påvirket. Imidlertid omhandlet begge disse artiklene depresjon, og en av de omhandlet agitasjon. Dette bidro til analysen av hvordan livskvalitet blir påvirket, ved at det er en del av APSD, som i stor grad kan virke inn på livskvalitet (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424).

Fire artikler hadde humør og følelser som et eget tema, og fire artikler hadde sosiale relasjoner som et tema. Humør, følelser og sosiale relasjoner er tema som vil kunne beskrive hvordan livskvaliteten blir påvirket av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner, da de er underkategorier under temaet livskvalitet i flere godt validerte måleskjema for livskvalitet, for eksempel QOL-AD og QUALIDEM (Torisson et al., 2016; Dichter, 2016).

Det var altså en artikkel som ikke nevnte livskvalitet spesifikt, men den omhandlet depresjon og agitasjon, som i stor grad vil kunne virke inn på livskvaliteten (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424).

Hovedtema	Undertema
Humør og følelser Artikkel 1 ,3 ,6 ,8	Egenrapportert humør og subjektivt vurdert emosjonelt velvære Humør og følelser rapportert av pleiepersonalet, omsorgsgivere og familie
Sosiale relasjoner Artikkel 1, 3, 4, 8	Vennerelasjoner Kommunikasjon Samhandling med omsorgsgivere
Atferdsmessige og psykiatriske symptom ved demens Artikkel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	Depresjon Agitasjon

4 Resultat

4.1 Livskvalitet

Tre av de inkluderte artiklene som omhandlet livskvalitet klarte ikke å vise noen signifikante effekter av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner (Raglio et al., 2015; Ridder et al., 2013; Dahms et al., 2021). Disse presenterte ikke undertema som kunne belyse hvordan musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kunne påvirke livskvaliteten. I det følgende presenteres resultat fra de artiklene som viste effekter, og som hadde delt livskvalitet inn i undertemaene humør og følelser, og sosiale relasjoner og samspill.

4.2 Humør og følelser

Forskningen som kom fram i denne litteraturstudien viser at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker positivt inn på humøret og følelsene til personer med demens (Chen et al., 2019; Vleuten et al., 2012; Gulliver et al., 2021; Kuot et al., 2021).

Egenrapportert humør og subjektivt vurdert emosjonelt velvære viste seg å øke i forbindelse med musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner (Gulliver et al., 2021; Chen et al., 2019).

Intervjuer med pleiepersonalet ved sykehjemmene og observasjonslister fylt ut av omsorgspersoner og familier til personene med demens, gav et tydelig bilde av hvordan humør og følelser endret seg i positiv retning etter intervensjonene (Kuot et al., 2021; Gulliver et al., 2021; Vleuten et al., 2012). Pleierne fortalte at de fleste virket lykkeligere. De var roligere og mer avslappet, mindre opprørt og opphisset, de virket mer fornøyde og de så ut til å kose seg, de kunne syng høyt og le (Kuot et al., 2021; Gulliver et al., 2021). Her er noen eksempel på utsagn fra omsorgspersonalet som beskriver en positiv endring i humør: "...improved mood during the music being played and afterwards" (Kuot et al., 2021 s. 74) "...And just a general sense of happiness, I thought her happiness levels just seemed to be lifted a lot more", "...she was clapping her hands, holding her hands together, smiling" (Gulliver et al., 2021, s. 7).

Observasjonslistene fylt ut av omsorgspersoner og familier til personene med demens, viste at det var økning i positive følelser og nedgang i negative følelser, og dette viste seg i form av kroppsspråk og kommunikasjon (Vleuten et al., 2012). De positive følelsene inkluderte å føle seg fornøyd, tilstedeværelse av humor, føle lykke, være avslappet, føle uavhengighet, ha selvtillit, være hengiven og føle fred (Vleuten et al., 2012). Nedgang i negative følelser viste seg i form av mindre ensomhet, frykt, dystrehet, tristhet, gråting, nervøsitet, irritabilitet og aggressivitet (Vleuten et al., 2012).

4.3 Sosiale relasjoner og samspill

Funnene i studien min viser at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker positivt inn på sosiale relasjoner og samspill til personer med demens (Chen et al., 2019; Vleuten et al., 2012; Raglio et al., 2015; Kuot et al., 2021).

Flere av artiklene viste en forbedret relasjon til venner (Chen et al., 2019; Vleuten et al., 2012; Kuot et al., 2021). Det var tilbakemeldinger fra pleierene der det kom frem at samspillet mellom beboerne var blitt bedre, og at gruppeaktivitetene fremmet gjensidig kommunikasjon og bidro til å etablere vennskap mellom beboerne (Chen et al., 2019; Kuot et al., 2021). Observasjonslister fylt ut av pårørende viste det samme, det var bedre kontakt med andre beboere, de følte seg mer vel i selskap med andre og de var mer engasjert i andre mennesker (Vleuten et al., 2012).

Bedret kommunikasjon var et funn som gikk igjen i forskningen (Chen et al., 2019; Vleuten et al., 2012; Raglio et al., 2015; Kuot et al., 2021). Det viste seg gjennom bedret kommunikasjon mellom beboere og musikkterapeut (Raglio et al., 2015), beboerne imellom (Chen et al., 2019; Vleuten et al., 2012; Kuot et al., 2021) og mellom beboere og ansatte (Vleuten et al., 2012; Kuot et al., 2021). Følgende utsagn illustrerer hvordan kommunikasjon mellom beboere og ansatte ble påvirket: "I think music is a conversation point now that we didn't have before. It has given us something else to chat to our residents about" (Kuot et al., 2021).

Det var også forbedret kommunikasjon mellom personene med demens og deres omsorgspersoner og familie (Vleuten et al., 2012).

Et annet viktig funn i forskningen var at samhandlingen mellom beboere med demens og omsorgsgiverne i pleiesituasjoner ble bedret (Vleuten et al., 2012; Kuot et al., 2021). En av pleierne i studien til Kuot og medarbeidere sa for eksempel at:

...I went to go take her blood one morning and told her that the doctor wanted me to take your blood, and she just kicked that basket out of my hand and she was ready to kill me, so I'm like, "Okay, okay, we'll go", and then we went back a bit later when she was in the dining room and she had music on, completely different person, completely different. "Oh here you go, of course. As much as you want, take it." (Kuot et al., 2021, s. 75).

Det sosiale samspillet mellom beboere med demens og ansatte ble også bedre (Vleuten et al., 2012; Kuot et al., 2021). Et uttrykk for dette ser vi i et utsagn fra en annen pleier i Kuot og medarbeidere sin studie: "If you've got the music on...you actually find yourself mucking around with the residents more" (Kuot et al., 2021, s. 74).

4.4 Atferdsmessige- og psykiatriske symptom ved demens, APSD.

Av de inkluderte studiene var det syv studier som hadde atferdsmessige- og psykiatriske symptomer som et av temaene. Seks av disse viste signifikante positive effekter av musikkterapi og eller musikkbaserte intervnsjoner på depresjon, agitasjon eller begge deler.

Fire av de inkluderte artiklene viste nedgang i depressive symptom hos beboere med demens (Chen et al., 2019; Vleuten et al.; Gulliver et al.; Ray & Mittelman, 2015). To av studiene viste dette med et måleinstrument spesielt designet for å måle depressive symptom, Cornell Scale for Depression in Dementia (Gulliver et al., 2021; Ray & Mittelman, 2015). En studie målte depresjon ved hjelp av den kinesiske versjonen av Neuropsychiatric Inventory, CNPI (Chen et al., 2019). En av studiene viste nedgang i negative følelser rapportert gjennom observasjonslister (Vleuten et al., 2012).

Forskningen viste også at agitasjon ble redusert etter musikkterapi og musikkbaserte intervnsjoner (Dahms et al., 2021; Ridder et al., 2013; Ray & Mittelman, 2015; Kuot et al., 2021). To av studiene hadde målt dette ved hjelp av Cohen Mansfield Agitation Inventory, CMAI (Ridder et al., 2013; Ray & Mittelman, 2015), og en studie målte agitasjon med NOSGER, sykepleierenes observasjonsskala for geriatiske pasienter. I den kvalitative studien kom det fram i intervjuer med de ansatte at beboeren var blitt mye roligere og mer stille, og ikke så opprørte: "They(residents) are a lot calmer and a lot quieter after listening to their own music." (Kuot et al., 2021, s. 74).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien er det med en kvalitativ studie, resten er kvantitative studier. Det er styrke med mange kvantitative studie når en skal måle effekten av en intervensjon, men kan være en begrensning når en skal belyse tema som har en subjektiv karakter.

Livskvalitet er et tema som har en subjektivt karakter, men livskvalitet kartlegges ofte gjennom kvantitative verktøy, slik som QoL-AD og QUALIDEM. Det ville kunne ha fått fram mer om beboere med demens sin opplevelse av å få musikkterapi, dersom flere kvalitative studier var blitt inkludert. Valget falt likevel på å ha med flest kvantitative studier. Dette da mange av artiklene brukte måleinstrument som i seg selv fokuserte på subjektive opplevelser hos beboere med demens. Dette gjaldt spesielt måleinstrumentene som gikk på livskvalitet.

Underveis i søkestrategien ble det brukt ulike søkeord for å få nok relevante treff, se metodedelen. Dette svekker den systematiske delen av studien, men ble sett på som nødvendig for å få nok studier innen temaet. Imidlertid dukket flere av de samme artiklene opp ved ulike søk. Dette er en styrke ved søkene. Det var en utfordring å finne nok studier som omhandlet musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner og livskvalitet spesifikt, derfor ble en studie inkludert som ikke handlet om livskvalitet direkte. Se argumentasjon for hvorfor denne allikevel regnes som relevant under 3.2 datasamling.

5.2 Resultatdiskusjon

Stadig flere når en høy alder, og demens har blitt en økende utfordring i samfunnet vårt (Strand et al., 2021). Ut i fra demensplan 2025 er det ønske om nyere kompetanse og andre faglige metoder inne i demensomsorgen. Det er blant annet nevnt at musikkbaserte intervensjoner kan bli brukt til dette (Regjeringen, 2020). Problemstillingen i denne studien var "Hvordan virker musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner inn på livskvaliteten til pasienter med demens som bor i sykehjem?" Dette belyses helhetlig med informasjon fra pasienten selv, pårørende og ansatte ved sykehjemmene.

Jeg vil først komme med en oppsummering av hva jeg har funnet som svar på problemstillingen, deretter vil jeg begrunne svaret ut fra resultatene og teori på dette området. Konsekvenser for sykepleie vil bli diskutert fortløpende.

5.2.1 Svar på problemstillingen

Ut fra de inkluderte artiklene i oppgaven ser det ut til at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan ha en positiv innvirkning på de delene av livskvalitet som har å gjøre med humør og følelser, samt sosiale relasjoner og samspill.

Artiklene tydet også på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan være med å redusere depresjon og agitasjon, som er en del av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens (APSD). Siden APSD har en negativ innvirkning på livskvaliteten (Skovdahl og Berentsen, 2018, s. 424), vil en reduksjon i APSD sannsynligvis øke livskvalitet.

5.2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er et sammensatt begrep som kan analyseres og kartlegges på mange ulike måter (Kristoffersen, 2017, s. 55-56). I studiene jeg så på ble det brukt ulike måleinstrumenter for å måle livskvalitet. Dette gjør at de ikke uten videre kan sammenlignes. Men det kan også være med å gi et bredere bilde av livskvaliteten til beboere med demens i sykehjem, da de ulike måleinstrumentene hadde med litt ulike tema.

Tre av de inkluderte artiklene som omhandlet livskvalitet klarte ikke å vise noen signifikante effekter av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. Det ble anbefalt flere deltakere i fremtidige studier for å kunne vise effekter. Å intervju personene med demens og deres omsorgspersoner sammen, var en annen anbefaling. Dette da det kan være uoverensstemmelser mellom oppfatningene til omsorgspersonene og de faktiske følelsene og humøret til personene med demens. Det kan ta tid før det utvikler seg et forhold mellom musikkterapeuten og pasienten med demens, og at dette kan være noe av forklaringen for at man ikke klarte å påvise noen effekt av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner i studier som hadde få antall musikkterapisesjoner (Dahms et al., 2021; Raglo et al., 2015; Ridder et al., 2013).

I det følgende diskuteres resultatene innen de områdene av livskvalitet som studiene tydet på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner hadde innvirkning på.

5.2.3 Humør og følelser

Funnene i studien min viser at humør og følelser blir påvirket i positiv retning av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. For å kunne knytte dette opp mot livskvalitet, trenger vi å se på hva humør og følelser er. Følelser kan i følge Håkonsen (2018) være nokså kortvarige, de kan være intense, og de kan oppstå på bakgrunn av noe som skjer i omgivelsene til personen. Humør varer lenger enn følelser, og denne opplevelsen er svakere enn følelsene. Humøret er noe som ligger i bunn og gir en disposisjon for hvordan en reagerer på følelsemessig på ting som skjer med personen (Håkonsen, 2018, s. 80). Humør og følelser henger da sammen og er uttrykk for noe av det samme, forskjellen ligger i varighet og styrken av opplevelsen.

I Næss sitt syn på livskvalitet, så er følelser en sentral del. Næss definerer livskvalitet som psykisk velvære, bestående av gode følelser og positive vurderinger av eget liv. For gruppen med demens, vil positive vurderinger bli mindre og mindre aktuelt ettersom sykdommen forverres (Kristoffersen, 2017, s. 55).

Vi sitter da igjen med gode følelser som det mest sentrale for livskvaliteten for pasienter med demens, dersom vi legger Næss sitt syn på livskvalitet til grunn. Funnene i studien min tydet på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner fører til en økning i gode følelser hos pasienter med demens i sykehjem. Hvilke konsekvenser har dette for sykepleie? Livskvalitet er blitt et mål for helsehjelp til pasienter, nedfelt i politiske føringer. I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer så har sykepleiere ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019, pkt.2.1). Livskvaliteten til pasientene er da noe som sykepleiere har plikt til å bry seg om. Som sykepleier er man pliktig til å ivareta og jobbe helsefremmende for at pasientens livskvalitet skal være best mulig. Dette gjenspeiler seg også i sykepleier Katie Erikssons helsebegrep, der menneskets subjektive opplevelse er en viktig side ved helse (Kristoffersen, 2017, s. 58).

Musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan da fremme helse ved at det fører til positive følelser som øker livskvaliteten. En del av sykepleiernes oppgave blir da å legge til rette for at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner blir tilgjengelig for de som kan ha nytte av det. Her blir det viktig å samarbeide med musikkterapeuter som har som del av sin utdanning at de skal kunne veilede helsepersonell i hvordan de kan bruke musikk som en helsefremmende ressurs i møte med pasienter (Stige & Ridder, 2016, s. 112). Det er ikke bare det å gjøre musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner tilgjengelig for pasientene som er viktig. Like viktig er at intervensjonene skal være personsentrert (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 433).

Musikk skaper følelser med bakgrunn i at ulike deler av hjerne blir aktivert. Om det er positive eller negative følelser som blir aktivert, er avhengig av om den som hører musikken liker den eller ikke. Det kan igjen ha å gjøre med hvilke erfaringer personen har fra tidligere med den musikken, og hvilke minner som blir aktivert (Skeie & Brean, 2016, s. 32-33). Det er her det personsentrerte perspektivet kommer inn. Når studiene har klart å vise at humør ble bedret som følge av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner, tyder det på at de har klart å velge ut musikk som har framkalt positive følelser hos den enkelte person med demens.

I personsentrert omsorg er det viktig at omsorgen skal være individuell, og ta hensyn til personen bak sykdommen (Ridder, 2016, s. 41-42). Ved gjennomgang av studiene ser vi at musikken var tilpasset på en eller annen måte for å øke sjansen for å fremkalle positive følelser hos den enkelte person med demens. Dette er viktig å ha med seg når vi som sykepleiere skal legge til rette for økt livskvalitet og helse gjennom bruk av musikk. Det er viktig å gjøre seg kjent med livshistorien til pasienten, den enkeltes forhold til musikk, og hvilken type musikk som kan bidra til glede eller ubehag hos den enkelte (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 431).

5.2.4 Sosiale relasjoner og samspill

Studien min viste at sosiale relasjoner og samspill ble bedret av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. Dette viste seg i form av bedre kommunikasjon, styrking av vennerelasjoner og bedre samhandling mellom beboere med demens og omsorgsgivere.

Et av de grunnleggende psykologiske behovene som mennesker har, er kontakt med andre mennesker, og Kitwood går så langt som å hevde at samspillet med andre bekrefter en persons eksistens som menneske (Ridder, 2016, s. 40-41).

Mange med demens har mistet evnen til å kommunisere gjennom språk, helt eller delvis. (Juklestad & Aarre, 2018, s. 242). I følge personsentrert omsorg, så har de fortsatt grunnleggende psykologiske behov (Ridder, 2016, s. 41). Den medfødte evnen til å kommunisere gjennom lyd og bevegelse beholdes hos mange til tross for fremskreden demens sykdom (Ridder, 2016, s. 139).

Musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan da være et middel til å dekke personer med demens sine grunnleggende psykologiske behov for å oppleve kontakt og samvær (Stige & Ridder, 2016, s. 26). Dette kan skje både i individuell musikkterapi der det blir dannet en relasjon mellom personene med demens og den som utfører musikkterapien, og i gruppemusikkterapi der det kan dannes relasjoner mellom personene med demens.

Hvordan henger da dette sammen med livskvalitet? I de anerkjente måleinstrumentene for livskvalitet ved demens QoL-AD og QUALIDEM, er relasjon til familiemedlemmer, vennerelasjoner, relasjon til hjelpere og grad av sosial isolasjon, tema som blir berørt når livskvaliteten skal vurderes (Torisson et al., 2016; Dichter, 2016). Da sosial kontakt altså er en viktig del av livskvaliteten til personer med demens, vil bedring i sosiale relasjoner føre til en økning i livskvaliteten.

Dette har konsekvenser for sykepleie. Som sykepleiere kan vi bidra til at pasientene får anledning til å delta på gruppemusikkterapi drevet av musikkterapeuter. Musikken er en fellesmenneskelig ressurs, og kan brukes til å skape samhandling og fellesskap. Musikken blir da noe vi opplever sammen, og rammen rundt blir en betydningsfull del av musikkopplevelsen (Stige, 2016, s. 47-53). Som sykepleiere kan vi både bidra til at rammen omkring opplevelsen blir så god som mulig, og vi kan også selv delta, og på den måten styrke relasjonen mellom oss og pasientene. Vi kan også få veiledning av musikkterapeuter om hvordan gjennomføre et gruppetilbud selv. Ulike gruppemusikktilbud kan være musikk og bevegelse, lytting til musikk og allsang (Sandve & Enge, 2014, s. 19).

Aggresjon i pleiesituasjoner er ofte en del av atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (Hyldgaard, 2016, s. 216). Artikkelen tydet på at samhandling mellom beboere med demens og omsorgsgivere i pleie- og omsorgssituasjoner ble bedret når de lyttet til musikk. Dette betyr at vi som sykepleiere kan foreslå bruk av musikk dersom det er problemer i pleiesituasjoner. Vi kan få undervisning av musikkterapeuter i hvordan

musikk kan brukes i utfordrende pleiesituasjoner, og slik kan vi aktivt bruke musikk til pasientens beste (Sandve & Enge, 2014, s. 19)

Mer om APSD og hvordan musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker på det i neste avsnitt.

5.2.5 Atferdsmessige og psykiatriske symptomer på demens

Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens (APSD) er med å redusere livskvaliteten til personer med demens og deres omsorgspersoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424). APSD er da relevant å ta med i en vurdering av hvordan livskvaliteten til personer med demens blir påvirket av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. APSD kan vise seg som en eller flere av disse symptomene: Angst, apati, aggresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og agitasjon (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417).

Funnene i min litteraturstudie viste at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner virker på noen deler av APSD, nemlig depresjon og agitasjon. Bare en av studiene som hadde APSD som tema, hadde manglende funn på dette området. Denne studien angir at man burde velge måleverktøy som evaluerer atferd mer spesifikt, og ikke kun generelle måleverktøy slik som ble gjort i deres studie (Raglo, 2015).

Cornell Skala for Depresjon ved Demens, CSDD, er et eksempel på et måleinstrument som er spesielt utviklet for depresjon ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417). Skalaen måler mange ulike symptomer ved depresjon, som angst, tilstedeværelse av vonde følelser (tristhet), negative vurderinger av egen livssituasjon (pessimisme). I tillegg måles agitasjon, som kan være en del av depresjonen (Aldring og Helse, 2019). Vi ser her at det er mange sammenfallende punkt med Næss sitt syn på livskvalitet. Hun argumenterer for at det å ha det godt er avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger. Hun hevder at nedstemthet, angst og ensomhet kommer i veien for livskvaliteten (Kristoffersen, 2017, s. 55).

Vi ser da at depresjon er et hinder for livskvaliteten og slik bidrar til lidelse for de som er rammet av det. Når musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner har vist å redusere depresjon hos pasienter med demens i sykehjem, så har dette konsekvenser for sykepleie.

I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer så har sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019 ,pkt.2.10). Som sykepleiere kan vi da være med å foreslå musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner som tiltak når en pasient med demens i sykehjem er deprimert.

Agitasjon er en stor utfordring i pleien da det er en uro som ofte gir seg uttrykk i problematisk aggressiv atferd, forstyrrende roping, formålsløs vandring eller annen repetitiv atferd (Juklestad & Aarre, 2018, s. 246). Bak denne typen atferd kan det ligge plager som pasienten med demens ikke klarer å formidle. Det kan være fysisk eller følelsesmessig smerte som ligger bak, og den reduserte evnen til å kommunisere gjør at de ikke får uttrykt hva som plager dem, og det skaper enda mer frustrasjon. Angst og depresjon kan ligge bak. Personen med demens kan oppleve omgivelsene som kaotiske og på grunn av det føle seg truet eller krenket. Alt dette kan gi seg utslag i agitasjon, og

det er viktig at det blir utredet i hvert enkelt tilfelle hva som ligger bak atferden (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424).

Antipsykotika er mye brukt som behandling mot APSD (Ridder, 2016, s. 138). Men mange med demens tåler antipsykotika dårlig (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 417). Medisinene kan gi redusert kognitiv funksjon, hjerneslag og økt dødelighet. Det er dessuten vist at psykofarmaka, og da særlig antipsykotika, kan nedsette livskvaliteten (Ridder, 2016, s. 138). Det er da viktig å finne andre behandlingsformer.

Funnene i denne litteraturstudien tyder på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner reduserer agitasjon. Musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan da brukes til å øke livskvaliteten, da APSD, og derunder agitasjon, reduserer livskvaliteten. Det vil da være naturlig at sykepleiere er pådrivere for at det kan vurderes om musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan forsøkes i behandlingen av agitasjon hos pasienter med demens som bor i sykehjem.

5.2.6 Konklusjon

Denne litteraturstudien tyder på at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan ha en positiv innvirkning på de delene av livskvalitet som har å gjøre med humør og følelser, samt sosiale relasjoner og samspill. Sykepleier kan være pådriver for bruk av musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner for å øke livskvalitet til personer med demens som bor i sykehjem. Vi kan bidra til at pasientene får anledning til å delta på gruppemusikkterapi drevet av musikkterapeuter. Vi kan også bidra til at rammen omkring opplevelsen blir så god som mulig, og vi kan selv være aktive deltakere. Vi kan i tillegg få veiledning av musikkterapeuter om hvordan vi kan gjennomføre et gruppetilbud selv. Ulike gruppemusikktilbud kan være musikk og bevegelse, lytting til musikk og allsang.

Det kom også fram at musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner kan være med å redusere depresjon og agitasjon. Dette er symptomer som hører inn under kategorien atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens, og som virker negativt inn på livskvaliteten.

Det sykepleier kan bidra med i forhold til dette, er å være oppmerksom på pasienter som kan ha behov for musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. Sykepleier kan være med å foreslå musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner som tiltak for pasienter med demens i sykehjem som er deprimerte eller ved agitasjon. Vi kan få undervisning av musikkterapeuter i hvordan musikk kan brukes i utfordrende pleiesituasjoner, og slik kan vi aktivt bruke musikk til pasientens beste.

Denne litteraturstudien har tatt for seg både musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner og sett på effekter av det under ett. Noe som kunne ha vært interessant å finne ut, er om det er forskjeller mellom musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner med hensyn til hvordan det virker inn på livskvaliteten. Her trengs videre forskning.

6.1 Referanser

Aldring og helse. (2019). Cornell skala for depresjon ved demens. *Aldring og helse, Nasjonalt senter*. https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Cornell-skjema_2019_INT00011_WEB.pdf

Aldring og helse. (31.01.2022). *Personsentrert omsorg. Aldring og helse , Nasjonalt senter* <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/?fbclid=IwAR0Nj9IJKMhP8iGuIV1DdwoNFBOH3-S0-VV5Uku5pC6CWoNaNvoW6cL-By0>

Chen, X., Li, D., Xu, H. & Hu, Z. (2019). Effect of traditional opera on older adults with dementia, *Geriatric Nursing (vol:41, issue .2, s.118-123)* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457219300060?via%3Dihub>

Dahms, R., Eicher, C., Haesner, M. & Mueller-Werdan, U. (2021). Influence of Music Therapy and Music-Based Interventions on Dementia: A Pilot Study, *Journal of Music Therapy*, Volume 58, Issue 3, Fall 2021, Pages e12–e36 <https://academic.oup.com/jmt/article/58/3/e12/6265007>

Dalland, O. (2020). Etske overveielser og personvern. O., Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave, s. 54-55, 167-169, 175). Gyldendal.

Dichter, M. N., Ettema, T. P., Schwab, C. G. G., Meyer, G. (2016). Bartholomeyczik, S., Halek, M. & Dröes, R. M. *QUALIDEM - User Guide*. DZNE/VUmc, Witten/Amsterdam. https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/06/QUALIDEM_User_Guide.pdf

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive reserch: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Volum 20. Nr.2 (s. 22-26) <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 utgave). Natur & kultur.

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 outcome. *ScienceDirect (volum:87.s 1-11)* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718921000252?via%3Dihub>

HKDIR (2022, 15 mars) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregisteret <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Hyltdgaard, Å. (2016). Musikterapi, magtanvendelse og arbeidsmiljø. Kap 19. B, Stige & H.M., Ridder. (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 216-218). Universitetsforlaget

Håkonsen, K. M. (2018) Følelser og motivasjon. *Psykologi og psykiske lidelser* (5 utgave, s. 80-81). Gyldendal.

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Alderspsykiatri, kap 11. T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2.utgave., s. 241-249). Fagbokforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2017) Helse og sykdom -utvikling og begreper, kap 2. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G.H. Grimsbø. (red.), *Grunnleggende sykepleie (bind 1, sykepleie-fag og funksjon)* (3. utgave , s. 55-58) Gyldendal.

Kuot, A., Barton, E., Tiri, G., McKinlay, T., Greenhill, J., & Isaac, V. (2021). Personalised music for residents with dementia in an Australian rural aged-care setting. *Australian Journal of Rural Health*, 29(1), 71–77.

<https://doi.org/10.1111/ajr.12691>

Lerdal, A. (2012) Forskningsartikkel eller fagartikkel, *Sykepleien*.<https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>

Kvamme, T.S. & Stige, B. (2016) Musikkterapi i praksis: en innføring. B. Stige & H.M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 112). Universitetsforlaget

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2021). Pasient- og brukerrettighetsloven. (LOV-2021-05-07-31) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

NHI (2021) *Innleggelse i sykehjem*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer* Norsk sykepleierforbund (pkt.2.1 & 2.10) <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Chiara, M., Zancacchi, U.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 Trial. *Geriatrics Healthcare Professionals*(volum:63.Issue.8 s.1534-1539).
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13558>

Ray, K. D. & Mittelman, M. S. (2017) Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Sage journals*.(vol:16. s.689-710)
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301215613779>

Regjeringen (2020, 2. november). Demensplan 2025.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Ridder, H. M. (2016) Musikk i et personsentrert perspektiv. B. Stige & H.M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 39-44). Universitetsforlaget

Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L.G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial, *Aging & Mental Health*, vol:17. Issue.6, s. 667-678.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.790926>

Sandve, O. & Enge, K. E (2014). Musikkterapeutens rolle vs. andre faggruppers rolle. I: B. Stige (red.), *Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen. Nettverket musikk og eldre: Samarbeid for forskning og kunnskapsutvikling om musikk, musikkterapi og eldre (2008-2014)*. (s.19)Bergen: GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, Uni Research Helse.

Skorvdahl, K & Berentsen, V, D & (2018). Kognitiv svikt og demens kap.29. Brodtkorb, K. Kirkevold, M & Ranhoff, H, A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave, s. 408-434). Gyldendal.

Stige, B. & Ridder, H. M. (2016) Musikk som mulighet og rettighet. B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 23-27). Universitetsforlaget.

Stige, B. (2016) Helsemusikkering i et sosiokulturelt perspektiv. B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 47-53). Universitetsforlaget.

Stige, B. & Ridder, H, M. (2016) Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig *Musikkterapi og eldrehelse* (s.133-141). Universitetsforlaget.

Skeie, G.O. & Brean, A. (2016). Musikk og hjerne i et nevrobiologisk perspektiv. B. Stige & H.M. Ridder (Red.) *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 32-36) Universitetsforlaget.

Strand, B. H., Skirbekk, V. F. & Vollrath, M. E. M, T. (2021). Folkehelse rapporten- helsetilstanden i Norge (Ikke-smittsomme sykdommer, demens).FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/?term=&h=1>

Torisson, G., Minthon, L. & Stavenow, L. (2016) *Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients*. Health Qual Life Outcomes 14, 90. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0493->

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020) Kunnskapskilder og kildekritikk kap 7 O. Dalland. (Red) *Metode og oppgaveskriving* (7 utg, s. 145, 157). Gyldendal

Vleuten, M., Visser, A. & Meeuwesen, L. (2012). The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. *ScienceDirect* (vol.89, Issue.3 s.484-488).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112002303?via%3Dihub>

WMA (2018). *WMA Declaration of Helsinki-ethical Principles for medical research involving human subjects*. World medical association <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteraturmatriser.

Vedlegg 2: Søkehistorikk.

Litteratormatrise 1: "Effect of traditional opera on older adults with dementia"

Referanse	Chen, X., Li, D., Xu, H. & Hu, Z. (2019). Effect of traditional opera on older adults with dementia, <i>Geriatric Nursing</i> (vol:41, nr 2, s.118-123) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457219300060?via%3Dihub
Studiens hensikt/mål	Målet med studien var å vurdere effekten av tradisjonell kinesisk opera som intervensjon hos demente eldre menneske. Hva gjorde musikk intervensjonene med pasientene?
Nøkkelbegrøp	Dementia, traditional opera, music therapy, structural group
Metode	<p>Metode: I denne studien ble det brukt et kvasi- eksperimentelt design med en ikke ekvivalent kontrollgruppe.</p> <p>Utvalg: Pasientgruppen var eldre demente pasienter. Det var 22 personer i intervensjonsgruppa, og 21 i kontrollgruppa.</p> <p>Datasamling: Den tradisjonelle kinesiske operamusikken ble presentert for intervensjonsgruppen i 12 uker. Kognitiv funksjon, adferdsmessige og psykiatriske symptomer og livskvalitet ble testet med henholdsvis MMSE (The Mini-Mental State Examinatoin), CNPI (den kinesiske versjonen av neuropsychiatric inventory) og QOL-AD (Quality of Life in Alzheimers disease). Dette ble gjort før forsøket ble gjort, 6 uker ut i forsøket og etter 12 uker da forsøket avsluttet.</p>
Resultat/konklusjon	Denne studien tyder på at tradisjonell kinesisk opera virker positivt på kognitiv funksjon, atferdsmessige- og psykiatriske symptom, samt livskvalitet hos personer med demens.
Relevans	Denne studien er relevant i bachelor oppgaven da den viser sier noe om effekten av musikkbaserte intervensjoner på livskvalitet. Studien er gjort i Kina, men er relevant for min studie siden den handler om musikk.

Litteratormatrise 2: "Influence of Music Therapy and Music-Based Interventions on Dementia: A pilot study"

<p>Referanse</p>	<p>Dahms, R., Eicher, C., Haesner, M. & Mueller-Werdan, U. (2021) Influence of Music Therapy and Music-Based Interventions on Dementia: A Pilot Study, <i>Journal of Music Therapy</i>, Volume 58, Issue 3, Fall 2021, Pages e12–e36 https://academic.oup.com/jmt/article/58/3/e12/6265007</p>
<p>Studiens hensikt/mål</p>	<p>Undersøke forholdet mellom bruk/aksept av musikkintervensjoner og sosiodemografiske data, innvirkning av lav/høy bruk av musikkintervensjoner på BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) hos personer med demens og undersøke ulike musikkintervensjoners innvirkning på BPSD over tid.</p>
<p>Nøkkelbegrep</p>	<p>Music therapy, music-based interventions, BPSD, dementia, nursing home</p>
<p>Metode</p>	<p>Metode:Ikke-randomisert, ikke-kontrollert intervensjonsstudie. Utvalg:Tre sykehjem, to i Berlin og ett i Stuttgart, Tyskland, deltok i studien. Inklusjonskriteriene var alder på minimum 65 år, evne til å delta selvstendig i musikkintervensjonen og klinisk demens diagnose. 30 deltakere ble inkludert, 60 % kvinner, alder 52 til 97 år. Gjennomsnittlig demensskåre var 8,5 poeng, tilsvarende alvorlig grad av demens. Eksklusjonskriterier:Manglende evne til å uttrykke seg verbalt. Datasamling:Studien ble delt inn i fire faser: Baselinefasen (T1) varte i to uker, intervensjonsfasen i 8 uker (denne ble delt i to faser: T2 og T3) og oppfølgingsfasen (T4) varte i to uker. Det ble tilbudt seks ulike musikkintervensjoner. De ulike intervensjonene var gruppemusikkterapi, individuell musikkterapi, bakgrunnsmusikk, gruppemusikk med bevegelser, musikkprogram i fellesrom og individuell radio. T1: Deltakerne ble evaluert med MMSE (Mini-Mental-Status Examination). T2-T4: Deltakerne ble evaluert for forstyrrende atferd/agitasjon og sosial atferd/apati, målt med NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients). De ble evaluert for depresjon ved hjelp av CDS (Cornell depression Scale), livskvalitet ble målt med QUALIDEM.T2: Det ble stilt spørsmål om forventninger til musikkterapi(MT) og teknologibasert musikkintervensjon(TBMI). T3: Det ble stilt spørsmål om bruksfrekvens og aksept av MT og TBMI. Analyse:For å undersøke påvirkningen av bruksfrekvens på observert BPSD, ble det gjort beregninger ved å bruke data fra variabelen "bruksfrekvens" på tidspunktene T2 og T3. Det ble gjennomført en Fridman-test for å undersøke påvirkningen av MT og TBMI på agitasjon, apati og depresjon på ulike tidspunkt.</p>
<p>Resultat/konklusjon</p>	<p>Resultatene tyder i retning av at bruk og aksept av MT er høyere enn for TBMI. Både MT og TBMI viste effekt på agitasjon og apati, med større endringer observert i gruppen med høy bruk av MT og TBMI. Forskjellene i livskvalitet mellom de beboerne som brukte lite og mye musikkterapi var ikke statistisk signifikante. Videre forskning trengs for å sammenligne effekten av MT og TBMI.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Studien tar for seg flere ulike musikkintervensjoner, og viser at ikke bare musikkterapi ledet av musikkterapeut kan ha effekt på APSD. Selv om resultatene på livskvalitet ikke var statistisk signifikante, så er det sannsynlig at reduksjon i agitasjon og apati også virker inn på livskvaliteten.</p>

Litteratormatrise 3: "The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia"

Referanse	Vleuten, M., Visser, A. & Meeuwesen, L. (2012). The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. <i>ScienceDirect</i> (vol. 89, Issue. 3 s. 484-488). https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112002303?via%3Dihub
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å vurdere om små musikkopptredener ville bedre livskvaliteten til sykehjems beboere med demens
Nøkkelbegrep	Live music performance, intimate contact, quality of life, dementia nursing homes, complementary care
Metode	Metode: Kvasi-eksperimentell design. Utvalg: Studien ble gjennomført på et sykehjem der 54 pasienter med ulik grad av demens deltok. Datasamling: Livskvaliteten til pasientene ble vurdert av et kvasi-eksperimentelt opplegg, der man så på grad av deltagelse, menneskelig kontakt, kommunikasjons evne og hvordan omsorgsrelasjonen var. De vurderte også psykisk velvære, og følelser som var både positive og negative. De rangerte alle disse behovene og evnene ut ifra en observasjons vurderingsskalaer, dette ble gjort av familie eller øvrige omsorgspersoner som kjente pasientene.
Resultat/konklusjon	Resultatet var at intime livekonserter gav en positiv effekt på omsorgsforholdet, følelser, og kommunikasjon mellom mennesker. Konklusjonen er at konserter med musikkfremførelse, er et gjennomførbart opplegg som ser ut til å forbedrer livskvaliteten til personer som lider av demens.
Relevans	Denne studien er relevant for min bachelor siden den tar for seg konsert som en musikkbasert intervensjon.

Litteratormatrise 4: "Effect Of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial"

Referanse	Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Chiara, M., Zancacchi, U.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 Trial. <i>Geriatrics Healthcare Professionals</i> (volum:63.Issue.8 s.1534-1539). https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13558
Studiens hensikt/mål	Vurdere effekten av aktiv musikkterapi og individualisert lytting til musikk på atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens.
Nøkkelbegrep	Music therapy, listening to music, dementia, behavioral disturbances
Metode	<p>Metode:Randomisert kontrollert studie</p> <p>Utvalg:120 personer med moderat til alvorlig grad av demens fra ni italienske institusjoner.</p> <p>Datasamling:Deltakerene ble randomisert til tre grupper. Alle gruppene mottok standardbehandling, og to grupper deltok på individualiserte lesjoner med aktiv musikkterapi eller individualisert lytting til musikk. Før behandling, eller behandling og ved oppfølging ble Nevropsykiatrisk intervju(NPI), Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD) og Cornell-Brown SCALE for Quality of Life in Dementia(CBS-QoL) administrert. Dette for å vurdere atferds- og psykologiske symptom.</p> <p>Analyse:Alle gruppene viste en reduksjon i NPI global skåre.</p>
Resultat/konklusjon	Det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til atferdsmessige og psykologiske symptom.
Relevans	Det er viktig å få med ikke bare de resultatene som viser effekt av musikkterapi, men også de som ikke klarer å vise noen signifikant effekt.

Litteratormatrise 5: "Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial"

Referanse	Ridder, H. M. , Stige, B., Qvale, L.,G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial, <i>Aging & Mental Health</i> , vol:17. Issue.6, s. 667-678. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.790926
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjon hos personer med moderat til alvorlig demens som bor i sykehjem. Man utforsket også innvirkningen individuell musikkterapi hadde på bruk av psykofarmaka og på livskvalitet.
Nøkkelbegrep	Agitation disruptiveness, psychotropic medication, quality of life, person-centered care, caregiver burnout
Metode	<p>Metode: Randomisert kontrollert kryss studie med to studiearmar. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til å motta enten individuell musikkterapi eller standardbehandling først, og midtveis i studien byttet man behandlingsform. Alle deltakerne fikk tilbud om minimum 12 musikkterapi sesjoner fordelt over en 6 ukers periode.</p> <p>Utvalg:Deltakerne ble rekruttert fra 14 ulike sykehjem, 4 i Danmark og 10 i Norge. Kriteriene for å delta i studien var sykehjemsbeboer med moderat til alvorlig demens, demensdiagnose nedfelt i journal, henviset til musikkterapi i henhold til etablerte henvisningsprosedyrer, symptomer på agitasjon og foreliggende samtykke til å delta. 42 deltakere ble inkludert. 40% hadde alzheimers sykdom, 38% hadde uspesifisert demens, 22 % hadde atypisk demens(vaskulær demens, blandingsdemens, alkohol induisert demens, Lewy body demens eller frontotemporal demens).</p> <p>Datasamling:Agitasjon og livskvalitet ble skåret ved baseline, i uke 7 og i uke 14 med henholdsvis Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og Alzheimers Diseases-Related Quality of life (ADRQL). Bruken av psykofarmaka ble registrert i uke 0 og i uke 14</p>
Resultat/konklusjon	Seks ukers musikkterapi reduserte grad av agitasjon hos personer med demens, sammenlignet med standard behandling. Man fant også at det ikke var noen økning av forskrivning av psykofarmaka i den perioden da deltakerne fikk musikkterapi, mens det ble gjort under standard behandling.Det var også positive funn i favør av musikkterapi mht redusert frekvens av agitasjon og økt livskvalitet, men disse funnene var ikke statistisk signifikante og det anbefales flere studier med flere deltakere for å bekrefte disse funnene.
Relevans	Studien sammenligner individuell musikkterapi med standard behandling for å se om det er forskjeller i forhold til livskvalitet og agitasjon. Dette kan være med å besvare problemstillingen min, om hvordan musikk og musikkterapi virker inn på livskvaliteten til demente pasienter i sykehjem.

Litteratormatrise 6: "The Music Engagement Program for people with Alzheimer's disease and dementia: Pilot feasibility trial outcomes"

Referanse	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 outcome. <i>ScienceDirect</i> (volum:87.s 1-11) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718921000252?via%3Dihub
Studiens hensikt/mål	Målet med studien var å evaluere effekten av The Music Engagement Program (MEP), et spesialisert musikk program. Hvor stor effekt har det for å forbedre livskvalitet, følelsesmessig velvære og depresjon hos sykehjemsbeboere med demens sykdom og Alzheimers sykdom? Det var også et mål å finne ut om MEP var gjennomførbart og bærekraftig i et sykehjem.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Alzheimers disease, dementia, depression, music, feasibility, intervention
Metode	<p>Metode: Utforskende pilotstudie, kvasi-eksperimentelt design.</p> <p>Utvalg: 16 beboere, seks ansatte og tre pårørende/omsorgspersoner tilknyttet et sykehjem i Canberra, Australia, deltok i studien. Alle deltakerne leve hadde alvorlig demens sykdom, og bodde på sykehjemmet i Canberra i Australia.</p> <p>Datasamling: Musikk programmet varte i 8 uker. Etter studien var over ble de ansatte intervjuet av forskerne, dette ble også pårørende invitert til å være med på. I MEP deltar beboerne i gruppemusikk økter som er ledet av en tilrettelegger. For at beboerne skulle kjenne igjen sangene, ble fødselsår og kulturelle bakgrunn tatt med i betraktning når musikken skulle velges ut. Øktene ble ledet av erfaren musikk tilrettelegger.</p> <p>Hovedpoenget var at sykepleierne skulle etterhvert lede MEP, men dette ble gjort i minimal grad, da det ble slik at sykepleierne gjorde sine vanlige oppgaver under MEP. Det ble gjennomført kvantitative data samlinger før og etter økten, dette ble også gjort før forsøket startet og etter 8 uker med musikkprogrammet. Beboerne ble spurt om forskjellige spørsmål i henhold til hvordan de følte seg etter økten, der de enten bekreftet verbalt eller ved kroppsspråk ga en subjektiv følelse hvordan de kunne ha oppfattet musikk økten.</p> <p>Analyse: Flere ulike metoder ble brukt for å analysere de innkomne data. Beboernes depresjonssymptomer ble vurdert kvantitativt med Cornell skala før og etter intervensjonen. Beboernes velvære ble også vurdert kvantitativt før og etter musikkøkten. Aksept av MEP og den potensielle bærekraften til prosjektet ble evaluert kvalitativt ved hjelp av intervjuer med ansatte, familiemedlemmer og omsorgspersoner.</p>
Resultat/ konklusjon	Etter åtte uker med MEP var det reduksjon i depresjonsskår. Intervjuene avdekket forbedret humør, ro og nedgang i aggresjon. Det emosjonelle velvære økte etter økten, dette ga de uttrykk for via fem ansikt de kunne peke på og identifisere seg selv med. Pårørende forteller at deres beboer var mere tilstede og hadde mere klarhet og sammenheng i samtalene etter musikkøkten. Personalet trodde det ville være vanskelig og fortsette med MEP programmet uten en MEP tilrettelegger, siden det både er ressursmangel og mangel på ansatte som vil synge framfor gruppen. Finansiering vil være nødvendig.
Relevans	Studien er relevant siden den evaluerer effekten av musikkterapi på livskvalitet.

Litteratormatrise 7: "Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia."

Referanse	Ray, K.D.& Mittelman M. S.(2017) Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. <i>Sage journals</i> .(vol:16. s.689-710) https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301215613779
Studiens hensikt/mål	Målet med studien var å undersøke effekten av musikkterapi på depresjon, agitasjon og vandring.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Alzheimers disease, agitation, music therapy, wandering
Metode	<p>Metode: Studien har en utforskende design, der hver deltaker var sin egen kontroll. Dette er da et kvasi-eksperimentelt design. Man vurderte effekten av musikkterapi på depressive symptomer, agitasjon og vandring. Effekten av to uker med standard pleie ble sammenlignet med to uker der deltakerne fikk musikkterapi og en to ukers periode etter at musikkterapien hadde blitt gitt.</p> <p>Utvalg: Deltakerne måtte ha en av de tre problematferdene depresjon, agitasjon eller vandring for å kunne bli inkludert i studien. De måtte også skåre fem eller høyere på Reisbergs Functional Assessment Screening Test (FAST), noe som indikerte at de hadde moderat eller alvorlig demens.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert av forskningsassistenter fra tre sykehjem: Menorah Center for Rehabilitation and Nursing Care, det tidligere Shorefront Center for Rehabilitation and Nursing Care, og det tidligere Metropolitan Jewish Geriatric Center, alle lokalisert i Brooklyn, New York. Av de 132 deltakerne var det 31 stykker som hadde alzheimers sykdom, 12 hadde vaskulær demens, 3 hadde demens med parkinsons sykdom som årsak, 28 hadde blandingsdemens, og 58 hadde annen type/uspesifisert demens.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter som nylig hadde startet på en ny medisin, var på et korttidsopphold, hadde komorbide sykdommer som ikke var stabilisert eller som hadde ikke korrigerbart hørselstap ble ekskludert fra studien.</p> <p>Datasamling: Deltakerne deltok på tre felles musikkterapi sesjoner per uke i to uker. Sangene var valgt ut ved at musikkterapeuter snakket med familiemedlemmer, personalet og pasientene selv om deres preferanser.</p> <p>Deltakerne ble evaluert for depressive symptomer (The Cornell Scale for Depression (CSD)), agitasjon (The Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)) og vandring (The Algase Wandering Scale(AWS)) to ganger før intervensjonen med to ukers mellomrom. Etter to uker med musikkterapi ble deltakerne evaluert to ganger til, også da med to ukers mellomrom.</p> <p>Analyse: Det ble brukt en variansanalyse (ANOVA) for å analysere resultatene.</p>
Resultat/ konklusjon	Etter to uker med musikkterapi ble symptomer på depresjon og agitasjon signifikant redusert. Det var ingen endring i vandring.
Relevans	En må anta at en reduksjon i depresjon og agitasjon vil ha innvirkning på livskvaliteten. Det gjør at jeg vurderer denne studien som relevant for oppgaven.

Litteratormatrise 8: "Personalised music for residents with dementia in an Australian rural aged-care

Referanse	Kuot, A., Barton, E., Tiri, G., McKinlay, T., Greenhill, J., & Isaac, V. (2021). Personalised music for residents with dementia in an Australian rural aged-care setting. <i>Australian Journal of Rural Health</i> , 29(1), 71–77. https://doi.org/10.1111/ajr.12691
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å finne ut av effekten av musikkterapi ved eldreheim med beboere med demens. Studien fant sted ved et eldreheim på landsbygda med lite ressurser, noe som tidligere ikke har blitt gjort.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Behavioral and psychological symptoms of dementia, dementia, personalized music, rural
Metode	<p>Metode: Kvalitativ pilotstudie</p> <p>Utvalg: I studien var det ti beboere med demens og 15 ansatte ved eldreheimet som deltok i et åtte ukers musikkprogram.</p> <p>Datasamling: Alle beboerne fikk utlevert en iPod med individualisert spilleliste for hver enkelt pasient. Sykepleier og forskningsassistent laget musikk spillelisten etter de forskjellige kvalifikasjonskriteriene eller ekskluderingene studien skulle ha med. Egentlig var det beboernes pårørende som ga en liste over musikk og sanger de trodde deres pårørende likte før de ble sykdommen inntraff. Beboerne fikk lytte til egen designet musikk nesten hver dag i 30 minutter. Alle beboerne var med på minimum 54 av 60 økter, utenom en beboer som nektet å ta del i forsøket. Musikken var av sjanger som var anbefalt fra familie, eller fra observasjoner ansatte hadde observert under tidligere musikklytting. Musikken den enkelte beboer fikk var i henhold til tidsepoke beboeren var født i. Det ble eksperimentering av disse to strategiene i iTunes-biblioteket, der forskningsassistent og sykepleier hadde ansvaret for utvalget og eventuell unnlattelse av sanger som fremkalte negative reaksjoner for beboerne. Etter de åtte ukene med musikkterapi ble det fire fokusgrupper, der forskningsforfatterne, førstelektor, forskningsassistent og de femten sykehjemsansatte skulle evaluere hvilken påvirkning musikkterapien hadde for beboerne på sykehjemmet. Dette ble evaluert etter Kirkpatrick's evalueringsmodell, respons, læring, adferdsendring og resultat. De fire fokusgruppene var det minimum fire deltagere. Der deltakerne fikk tildelt oppdiktet navn (pseudonymer) for å unngå identifikasjon av deltakerne.</p>
Resultat/ konklusjon	Temaene fra fokusgruppene var livskvalitet, personlig omsorg, bedre miljø for ansatte og beboere. Livskvaliteten ble bedre etter musikkterapien i følge sykepleiere. Flere rapporterte at etter musikkterapien har flere beboere fått bedre søvn, appetitt, sosiale settinger og virket generelt lykkeligere i form av bedre humør og flere av beboerne var lettere å være i samspill med både andre beboere og ansatte. Den personlige omsorgen ble bedret i form av at beboerne ble mindre opphisset og stresset. Flertallet av pasientene ble mere avslappet og under lyttingen startet de å synge og trampe i takt med musikken. Det viste seg at musikk anbefalingene fra pårørende ikke alltid stemte overens med beboerens preferanser, det ble derfor underveis endret på spillelistene etter observasjoner av sykepleier som så hva beboerne uttrykte. Det ble totalt sett bedret miljø for både beboer og ansatt, i form av en mer positiv og avslappet atmosfære. Og bedre samhandling mellom personale og beboere.
Relevans	Denne artikkelen er relevant siden det er en av få forskningsartikler som gjør studier der sykepleier er direkte med på musikkterapi forsøket.

Vedlegg 2: Tabell over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Data-base	Avgrensning	Antall treff	Leste abstract er (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
<p><u>Keyword:</u>Dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss AND music therapy OR music intervention AND quality of life OR well being OR well-being OR health-related quality of life AND nursing home OR long term care facility</p>	16.04.22	CINAHL	<p>Årstall: 2012-2022. Språk: Engelsk Fagfelleverdert</p>	33	15	5	<p>4 Chen, X., Li, D., Xu, H. & Hu, Z. (2019)</p> <p>Vleuten, M., Visser, A. & Meeuwesen, L. (2012).</p> <p>Ray, K. D., Mittelman, M. S. (2017).</p> <p>Kuot, A., Barton, E., Tiri, G., McKinlay, T., Greenhill, J., & Isaac, V(2021).</p>
<p><u>Keyword:</u>Dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss AND music therapy OR music intervention AND quality of life OR well being OR well-being OR health-related</p>	16.04.22	PsycInfo	<p>Årstall: 2012-2022. Fagfelleverdert.</p>	10	5	4	<p>3 Dahms, R., Eicher, C., Haesner, M. & Mueller-Werdan, U. (2021).</p> <p>Ridder, H. M. , Stige, B.,</p>

quality of life AND nursing home OR long term care facility							Qvale, L.,G. & Gold, C. (2013). Gulliver, A., Pike, G., Banfield, M., Morse, A, R., Katruss, N., Valerius, H., Pescud, M., McMaster, M. & West,S. (2021)
Dementia AND music therapy	22.04. 22	CINAH L	Årstall: 2012-2022, fagfelleverd ert, full tekst, engelsk språk	73	7	1	0
Dementia AND music therapy	22.04. 22	Psycin fo	Årstall: 2012-2022, fagfelleverd ert, full tekst, engelsk språk	1	1	0	0
Dementia AND music therapy	22.04. 22	Psycin fo	Årstall: 2012-2022, fagfelleverd ert, engelsk språk	151	4	4	1 Raglio, A., Bellan di, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Chiara, M., Zanacchi, U.E., Granieri,

							E., Imbriani, M. & Stramba- Badiale, M.(2015).
--	--	--	--	--	--	--	---

