



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Musikkterapi ved demens

Martine Jagedal

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie
Førde

Veileder Aud Berit Fossøy

Innleveringsdato 01.06.2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Kjære farmor

Nynne gjorde du alltid, du så oss alltid

Men nå, ser vi deg, det er vår tur nå

Jeg nynner med deg, musikken gjør deg så glad, det gjør oss
så glad

Demensen har tatt nok, men nynningen skal ingen ta fra oss!

Sammendrag

Hensikt: Hensikten og bakgrunnen med denne oppgaven var å svare på problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleiere bruke musikk for å skape trivsel for personer med demens?*» For å kunne svare på min problemstilling har jeg drøftet en del om virkningen av musikkterapi hos personer med demens og hvor lett tiltaket kan praktiseres i hverdagen. For å kunne svare på problemstillingen har jeg også valgt å se på utfordringer ved musikkterapi.

Metode: Jeg har brukt litteraturstudie som metode.

Funn: Musikkterapi er et godt tiltak som kan skape trivsel hos mennesker. Musikk som terapi treffer ikke hos alle, verken i grupper eller hos enkeltpersoner. I oppgaven kommer det også frem at musikkvalg har betydning, og at individualisert musikk er den beste metoden for terapeutisk effekt.

Drøfting: I oppgaven ble funn av forskningsartiklene og teori drøftet opp mot hverandre. Drøftingen er sykepleierfaglig, og rettet mot problemstillingen. Det er også drøftet ulike situasjoner der musikk kan brukes som terapeutisk verktøy. Jeg har også vært kritisk til musikkterapi for å kunne se begge sider av saken. Oppgaven kommer frem til at musikkterapi er et effektivt verktøy for å skape både trivsel og trygghet for personer med demens.

Nøkkelord: *Musikkterapi, demens, trivsel og sykepleie*

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | <i>Bakgrunn for valg av tema</i> | 1 |
| 1.2 | <i>Problemstilling</i> | 2 |
| 1.3 | <i>Avgrensning av problemstilling</i> | 2 |
| 2 | Metode | 3 |
| 2.1 | <i>Valg av metode</i> | 3 |
| 2.2 | <i>Kildekritikk</i> | 3 |
| 2.3 | <i>Litteratursøk</i> | 3 |
| 2.4 | <i>Manuelt søk</i> | 4 |
| 3 | Teori | 5 |
| 3.1 | <i>Hva er demens?</i> | 5 |
| 3.2 | <i>Hva er musikkterapi?</i> | 6 |
| 3.3 | <i>Hva gjør musikk med et menneske?</i> | 7 |
| 3.4 | <i>Individualisert musikkterapi</i> | 7 |
| 3.5 | <i>Trivsel og god livskvalitet</i> | 8 |
| 3.6 | <i>Hvordan sykepleiere møter pasienter med demens</i> | 9 |
| 4 | Presentasjon av funn | 11 |
| 4.1 | <i>Artikkel en</i> | 11 |
| 4.2 | <i>Artikkel to</i> | 11 |
| 4.3 | <i>Artikkel tre</i> | 11 |
| 4.4 | <i>Artikkel fire</i> | 12 |
| 4.5 | <i>Artikkel fem</i> | 12 |
| 5 | Drøfting | 13 |
| 5.1 | <i>Hvordan skal vi skape trivsel hos demente ved hjelp av musikk</i> | 13 |
| 5.2 | <i>Musikk skaper trivsel i ukjente omgivelser</i> | 14 |
| 5.3 | <i>Utfordringer ved musikkterapi</i> | 16 |
| 5.4 | <i>Reduserer musikkterapi symptomer hos demente?</i> | 16 |
| 6 | Konklusjon | 19 |
| 7 | Litteraturliste | 20 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min bacheloroppgave har jeg valgt å skrive om musikkterapi til menneske med demens, da dette er en sak jeg brenner for. Jeg har selv en farmor som har denne sykdommen og vil det beste for henne. Jeg har selv observert i farmors hverdag at musikk er terapi for både hjerte og sinn.

I verden i dag er det i overkant av 45 millioner mennesker med demens, og tallet er beregnet til å stige til 75 millioner til 2030. Vi lever lengre enn før og forekomsten av demens vil stige betraktelig (Dahm, 2017). Dette er en sykdom som er veldig tung og svært vanskelig å takle, både for personen som får sykdommen og pårørende. Pårørende vil miste sine kjære gradvis, og dermed kjenne på en stor belastning og en smertefull og langvarig prosess. Det er per i dag ikke noen medikamenter som hjelper mot sykdommen demens (Ranhoff, Skirbekk, Tambs & Vollrath, 2015).

Musikalitet er vår evne til å reagere følelsesmessig på musikk, eller til å bruke musikk som uttrykk. Musikk kan påvirke oss på mange forskjellige måter. Det er flere årsaker til at musikk virker godt ved sykdommer som demens. Når en lytter til musikk, aktiveres mange deler av hukommelse-funksjonene i hjernen samtidig. Om personen synger selv aktiveres hjernen enda mer (Skogum, 2009, s.7).

I følge demensplanen 2020 er regjeringen sitt formål å skape et bedre vilkår for pasienten sin helse og omsorgstjeneste. Målet med denne planen er å skape et mer demensvennlig samfunn, kunne ta vare på de menneskene som er berørt av denne sykdommen og å intrigere de i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

Som sykepleierstudent i praksis har jeg selv sett hvor stor andel av pasienter som mottar medikamenter med beroligende eller sedativ effekt. På norske sykehjem står hele 3 av 4 beboere på antipsykotiske medikamenter (Helmers, 2017). Derfor er det viktig for min egen del å lære om andre tiltak som kan erstatte eller få ned bruken av denne typen behandling. Et av tiltakene kan være musikkterapi. Myskja (2005, s. 1497) hevder at medikamentell behandling kan gi plagsomme bivirkninger, spesielt hos eldre. Musikkterapi kan være med på å dempe indre støy, motvirke ensomhet og isolasjon. Det er også trolig med på å dempe depresjonssymptomer.

1.2 Problemstilling

Studien sikter på å belyse problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere bruke musikk for å skape trivsel for personer med demens?»

1.3 Avgrensning av problemstilling

I problemstillingen valgte jeg å få frem bruk av musikk som et verktøy. Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til skjermet avdeling på sykehjem. Videre er problemstillingen rettet inn mot hvordan sykepleiere bruker musikk som et tiltak på en avdeling. Oppgaven er mest spisset inn mot individualisert musikkterapi, men har også tatt med gruppeterapi for å vise effekten om dette også.

Oppgaven vil omhandle aldersgruppen 65+, dette er for å avgrense og få den mer spisset mot eldre med demens. Oppgaven går ikke i dybden på hver enkelt demenssykdom, men nevner de mest vanlige. Oppgaven er sykepleiefaglig rettet. Oppgaven sin helhet skal beskrive hvordan en som sykepleier kan gjøre enkle tiltak for å kunne skape bedre trivsel hos personer med demens ved hjelp av musikk. I oppgaven er det beskrevet situasjoner fra tidligere praksis som jeg har valgt å ta med. Forskning som er brukt i oppgaven er avgrenset fra 2006 -2017.

2 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere oppgaven sine metodiske diskusjoner, framgangsmåte og valg som er gjort undervegs i prosessen. Innledningsvis vil valg av metode bli kort skissert. Deretter følger en beskrivelse av kildekritikk. I kapittel 2.3 og 2.4 vil litteratursøk og manuelt søk bli gjort rede for.

2.1 Valg av metode

Jeg har søkt etter forskningsartikler som kan belyse mitt tema og gi svar på min problemstilling. Metoden jeg har brukt er systematisk fremgangsmåte. Når en utfører systematisk gjennomgang er det viktig å sortere og sette i sammen opplysningene en har samlet inn, dette vil da hjelpe til å besvare problemstillingen. Da kan en se hvilken opplysning en har fått og hva en mangler (Dalland, 2012, s. 144).

Etter valg av tema og problemstilling, var litteratursøk en god metode å bruke. Det er masse forskning innen dette tema, som kan belyse og svare på min problemstilling. Det handler også om at min kompetanse og ressurs som sykepleierstudent skulle kunne få tid og mulighet til å skrive en slik oppgave, at jeg som student tar for meg systematisk litteraturstudie.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikken skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kilden en bruker i oppgaven.

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere litteraturen som en bruker. Dette er en metode en bruker for å se om kilden er sann eller ikke (Dalland, 2012, s. 72). Jeg har vært kritisk når jeg skulle finne mine forskningsartikler, og kan med alle mine søk ha oversett noen artikler som kunne vært mer relevant til problemstillingen. Jeg har tatt med engelsk artikler, og det kan ha oppstått feiltolkning av tekst når jeg har lest, men har tatt utfordringen, selv om engelsk er utfordrende for meg. Ved å velge ut forskningen, har jeg ikke valgt artikler som er eldre enn 2006, for å ha oppdatert kunnskap.

2.3 Litteratursøk

En av mine første databaser var Svemed+, denne brukte jeg til å finne ut hvilket søkeord jeg skulle bruke i søkeprosessen min. *Music therapy & dementia* var det jeg søkte opp først. Ordene Svemed+ anbefalte var: ((**Demens** = dementia & **musikk**= music, melodies & **Helse**= Therapy, health care)). I min oppgave har jeg derfor brukt ordene *Dementia, music, melodies, therapy* og *health care*. Et

verktøy vi ble anbefalt av skolen til å bruke heter PICO-skjema. Dette er et skjema som gjør søkene våres lettere.

Søk nummer en var utført i Google scholar, der mine søkeord var *musikkterapi ved demens*. Dette fikk jeg 245 treff på. Av disse artiklene fant jeg en som var relevant til min oppgave ved hjelp av en bacheloroppgave ved å leite i litteraturlisten. Artikkelen heter: *Individualisert musikk for personer med demens* (Bragstad og Kirkevold, 2010). Jeg brukte Google scholar igjen med samme søkeord og fant en bachelor oppgave som handlet om musikkterapi. Artikkelen heter: *An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease* (Ledger & Baker, 2007).

Ved hjelp av Cochrane Library brukte jeg søkeord, *Dementia music therapy*, der jeg fikk 118 treff. Årsaken til at jeg valgte å søke med engelske ord var for å utvide søket til flere treff. Artikkelen heter: *Music-based therapeutic interventions for people with dementia* (Van der Steen, J.T., Van Soest-Poortvliet, M.C., van der Wouden, J.C., Bruinsma, M.S., Scholten, R.J.P.M. & Vink, A.C, 2017).

Ved hjelp av Academic Search elite avanserte jeg søket mitt ved å velge flere databaser, medline og cinahl. Søkeordet jeg brukte var, *Music therapy dementia*, dette ga 270 treff. Artikkelen heter: *Individual music therapy for agitation in dementia* (Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013).

2.4 Manuelt søk

Jeg ble tipset av en lærer om artikkel «Musikk og helse i et lokalsamfunn- et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt- Norge» (Myskja, 2009). Her brukte jeg Google for å søke opp forskningen.

3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere den teoretiske forankringen i oppgaven. Jeg vil først gjøre rede for demens som sykdom. Deretter vil jeg legge fokus på musikkterapi. Videre vil jeg gjøre rede for hvilken virkning musikk har på mennesker. Individualisert musikkterapi vil bli presentert i kapittel 3.4. Trivsel og god livskvalitet, og hvordan sykepleiere møter pasienter med demens vil bli lagt fram i kapittel 3.5 og 3.6.

3.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en kronisk tilstand som kan skyldes ulike sykdommer i hjernen. Demens kan deles inn i ulike grader og typer. De ulike typene er, Alzheimers sykdom, vaskulær demens, frontallappdemens, demens med lewy-legemer, Parkinsons demens og sekundær demens. (Engedal & Haugen, 2016, s. 13). Det er flere årsaker til demens, det kommer an på hvilke symptomer som kommer først og hvor intense de er. Noen kan leve med demens i 4-5 år, andre kan leve med sykdommen i opptil 20 år (Engedal & Haugen, 2016, s. 14).

Sykdommen har tre ulike grader:

Mild grad av demens. I denne fasen er det som oftest tankegang og oppfatning som endrer seg. Hukommelsen er redusert og språkevnene endrer seg. En person med demens vil få problemer med å sette ord på ting og utrykke seg. I startfasen vil de også slite med å finne frem til plasser de ikke er så kjent med. Ved å bruke sin vanlige mestring og forsvarsmekanismer kan personen med demens skjule symptomene om de ønsker de. Personligheten er ikke endret stort i denne fasen. Om personen med demens har vært litt engstelig fra før, kan angst, depresjon og isolasjon bli mer utpreget i denne fasen (Engedal & Haugen, 2016, s. 17).

Moderat grad av demens. Er den fasen der pasienten sliter med å mestre hverdagen. Personen mister grepet på tilværelsen sin. Psykotiske trekk kan komme frem i dette forløpet, foreksempel vrangforestillinger og synshallusinasjoner. Talefunksjonen er dårlig på grunn av manglende taleflyt, evnen til å kunne utføre personlig hygiene og av og på kledning vil bli svekket i denne fasen (Engedal & Haugen, 2016, s. 18).

Alvorlig grad er den siste fasen. Det å skal klare seg selv blir vanskelig, personene føler seg hjelpeløs, selv om familie og helsepersonell er der. Kontrollen på urin og avføring svekkes. Finmotorikken blir svekket, for eksempel å føre vannglasset til munnen kan være utfordrerne. Grovmotorikken blir svekket, balanse og gange kan bli en utfordring for personene med demens. Personen havner ofte i

rullestol i denne fasen. I den siste fasen trenger de ofte hjelp til det meste i hverdagen og må derfor ofte flytte hjemmefra til institusjon (Engedal & Haugen, 2016, s. 18).

Nasjonalforeningen (2017) for folkehelse forteller om de mest vanlige symptomer demens kan medføre. Depresjon, tilbaketrekning og isolasjon, angst og vrangforestillinger, personlighetsendringer og motorisk rastløs atferd. Humørforandringer ses ofte og personen kan fort bli irritert. Forandring i døgnrytme og repeterende handlinger er også normalt.

3.2 Hva er musikkterapi?

Norge tok i bruk musikkterapi først på 1980-tallet ved institusjoner for eldre. Ingrid Sløgedal var en viktig del av dette og i ettertid har musikkterapi vokst både i Danmark og Norge. Forskning og bruk av musikkterapi i praksis og utdanning har økt. Musikkterapiens fremvekst i moderne eldreomsorg har ført til større forståelse for betydningen av ikke-farmakologiske tiltak (Stige & Ridder, 2016, s. 26).

Bruk av musikk er en av de største formene for miljøbehandling. Musikk kan bli brukt i ulike tiltak. Lytte, synge eller aktivisering ved hjelp av musikk. En kan bruke musikk ved aktivisering for personer med mild, moderat eller alvorlig grad av demens. Å bruke musikk i en del av behandlingen kan ha to gode hensikter: Øke velværet eller aktivitetsnivå og redusere spesifikke symptomer (Tretteteig, Tangen & Storjord, 2016, s. 327). Om en sitter i grupper og lytter til musikken viser det seg at en får økt glede, økt sosialisering og trivsel på sykehjemmene (Tretteteig et al., 2016, s. 330). De forteller også at musikk kan være med på å få ned uroen, spesielt om de får tilpasset musikk etter eget behov. Dette blir kalt individualisert musikk på fagspråk.

Musikk er med på å stimulere store deler av hjernen. Dette fører gjerne til at personen tenker og tolker det sangen forteller. Musikk er derfor et godt alternativ for personer med kognitiv svikt eller språkvansker (Tretteteig et al., 2016, s. 327).

Musikk kan være med å trene opp eller vedlikeholde mentale og kroppslige funksjoner, skape sosial kontakt og øke livskvaliteten. Musikk kan være med på å fremkalle minner hos pasienter med demens. Det første som møter en i musikken er følelsen (Solheim, 2009, s. 198).

En del av målet med musikkterapi er at en skal bevare livskvalitet og helsen til pasienten. Evnen til å kjenne på følelser som glede, sorg, vemod eller velværet bevares selv om en får demens. Musikk som vekker følelser og gjenkjennelser, er virksom til tross for reduksjon i korttidshukommelse og språkfunksjoner. Mennesker har betydningsfulle minner som kan være knyttet til musikk, og det musikalske minnet er noe av det siste som forsvinner (Skogum, 2009, s. 7-8).

Det er en del spørsmål rundt hvem som kan drive med musikkterapi. Trenger en utdanning for å utføre musikkterapi? Audun Myskja, referert i Stige & Ridder (2016, s. 27) som har stor betydning for musikkterapi og eldre. Han er opptatt av hvordan sykepleiere og musikkterapeuter kan samarbeide og utfylle hverandre. I denne boken forklarer de at alle som har en godkjent utdanning, kan drive musikkterapi. Han nevner også frivillighet innen å drive med musikk til eldre. Musikkterapeuter og sykepleiere har ikke alltid samarbeidet like tett, det er først nå i de senere år at samarbeidet har blitt bedre og at en ser at det er et godt team (Myskja, referert i Stige & Ridder, 2016, s. 27).

3.3 Hva gjør musikk med et menneske?

Menneskehjernen er en av de mest komplekse strukturene vi kjenner til. Den unike kroppsdelene veier bare 1,4 kg. Det er ca. 2 % av kroppsmassen vår. Hjernen mottar ca. 20 % av blodforsyningen. Energiforbruket til hjernen er stort, og det vil si hjernen er et svært privilegert organ. Hjernen har omlag 80 milliarder nerveceller og er et komplisert nettverk (Skeie & Brean, 2016, s. 28).

Det som er mest spennende er at hjernen vår kan forandre seg. Alt en lærer og opplever setter fysiske spor i hjernen. Når hjernen vår skal oppfatte og analysere musikk, er det flere utfordringer den står ovenfor. Klang, tonehøyde og akkorder, alle lydmønstre er til stede når en skal analysere musikk. Samtidig bearbeides tonegang, melodilinje, rytme og tempo. Dette gjør at hjernen får mange inntrykk samtidig. Dette kan føre til at en får motsatte effekter av musikken enn de en ville oppnå. En person med demens vil ofte respondere bedre på bare ett instrument da vil hjernen få mindre lyder å bearbeide (Skeie & Brean, 2016, s. 28).

Ved hjelp av musikk kan kroppens vitale målinger endres. Blodtrykk og respirasjonsfrekvensen kan endres og hjernebølgefrekvensen har blitt påviselig endret vist med EEG-måling. En kan også se forandringer ved kroppstemperatur. Om en skal bruke musikk til muskelavspenning kan en ha lavt volum og finne rolig musikk. Urolige pasienter kan ha nytte av å bruke musikk som angstdempende virkemiddel (Myskja & Lindbæk, 2000).

3.4 Individualisert musikkterapi

Individualisert musikkterapi er når musikken er tilpasset den enkeltes preferanser og blir brukt til bestemte formål. En kan bruke musikken i stell for å skape ro i situasjonen. Noen sykehjem bruker CD-plater som er tilpasset hver enkelt pasient, ulike sanger i ulike situasjoner. Tilpasset musikk er med å skape minner (Fermann, 2012, s.54). For personer som ikke ønsker å stille seg eller ha kroppskontakt, kan en som sagt bruke individuelle CD-plater. Da er det lurt å bruke rolig musikk og

sanger som er kjent for pasienten og som oppleves trygghetsskapende. Å ha en rolig rytme i sangen, gjør til at kroppen roes ned og pasienten slapper mer av (Tretteteig et al., 2016, s.331).

Ved hjelp av musikkterapeuter kan en kartlegge og finne ut hvilke musikksmaker hver enkel pasient har, og hvilken musikk som er betydningsfull for pasienten. En kartlegger pasienten sin musikkhistorie. En sang eller melodi kan vekke gode følelser og minner hos noen, mens den samme sangen eller melodien kan virke som støy for andre. For å finne ut hvilken musikk hver enkelt person liker, er det viktig å observere i rolige omgivelser. Når en har kognitiv svikt er korttidshukommelsen dårlig, men følelser fra da pasienten var ung kan komme frem ved bruk av musikk. Med hjelp av musikken de kjenner, kan en finne frem hvem personen en gang var. Vi vet at mennesker med demens kan ha utfordringer med å holde på identitet og selvfølelse (Knardal & Hynninen, 2016, s. 126).

Individualisert musikkterapi har tre nøkkelområder. Målet er å kartlegge musikkpreferanse på individuell basis hos den demensrammede, iverksette musikkstund som systematisk tiltak for å øke velvære og å evaluere effekten av tiltaket. Skogum (2009, s. 9), forteller når en skal kartlegge innen musikkterapi er målet å finne ut hvilken musikk personen liker. Vi mennesker reagerer forskjellig på musikk. Noen kan bli lei seg, og andre bli glad, det spørres hvilket minne en har fra musikken. Før en iverksetter tiltaket må en ha pasienten i trygge og rolige omgivelser (Skogum, 2009, s.9). Dette er for å kunne se hvilken reaksjon eller følelser personene får av musikken. Pasienter kan ha ulik musikkpreferanse. Personalet må vurdere når et musikalsk tiltak skal iverksettes, hvilket tidspunkt og situasjon pasienten kan ha effekt av dette. Når en skal evaluere om tiltaket har fungert er personalet og pårørende gode ressurser for å se om musikkterapi har god effekt på pasienten (Skogum, 2009, s. 17).

3.5 Trivsel og god livskvalitet

Trivsel og god livskvalitet er viktig på et sykehjem. Livskvalitet kan være ulik fra menneske til menneske. Hvilken egenverdi en har er også forskjellig. Å føle seg nyttig og ha retten til å bestemme over seg selv er avgjørende for mange. Å ha støtte fra de rundt seg, være trygg og oppnå mestring er med å skape god trivsel. Å være aktiv og ha god helse vil for de fleste gi god livskvalitet, og kan gi energi og overskudd til å gjøre ting en liker. Samhørighet og vennskap handler om å ha kontakt med andre og gir fellesskapsfølelse. Selvfølelse betyr å være sterk og selvsikker og kjenne på dyktighet hos seg selv. Det å kunne klare oppgaver en står ovenfor og være fornøyd med egeninnsats. Det å kunne godta seg selv for den en er, og ikke kjenne på skam eller skyldfølelse.

Glede vil si å kjenne på harmoni, trygghet, lyst og velvære, og ikke å ha bekymringer og angst, uro,

eller føle seg deprimert. Smerte og ubehag vil også redusere livskvaliteten (Tretteteig, 2016, s. 242-243).

Bergland (2012, s. 25) forteller at skal en skape trivsel på et sykehjem må pleiere, familie, venner og andre beboere på sykehjem ha en god relasjon til pasienten. Det å kunne bli kjent med personene, og ikke bare ha et pleier - pasient forhold. Dette vil skape trygghet og samhørighet.

3.6 Hvordan sykepleiere møter pasienter med demens

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for hvert enkelt menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygges opp på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleieforbund, 2016).

Som helsepersonell spiller holdninger og handlinger stor rolle for hverdagen til en person som har demens. De yrkesetiske retningslinjene forteller at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. Dette er retningslinjer vi skal være oppdatert på både for pasienten og sykepleieren sin del (Norsk sykepleieforbund, 2016).

Når pasienter kommer på sykehjem får de trygghet og døgkontinuerlig kontakt med helsepersonell. Ofte er grunnen til at de kommer på sykehjem at de ikke klarer å ivareta seg selv hjemme. Personene er ofte bekymret for å være alene store deler av døgnet. Når de kommer på sykehjem blir ofte denne bekymringen borte. Pasienten vil også legge merke til at helsepersonell observerer og gir kvalifisert hjelp. Vurdering av helsetilstand og sykdomsutvikling er en del av tilbudet sykehjemmet gir, og dette bidrar til å trygge pasientene (Hauge, 2010, s. 227).

Personsentrert omsorg er et begrep som blir brukt ved god omsorg. Det går ut på at en skal kunne løfte frem personer med demens som fullverdige personer. Å se at personen har følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie bak seg. Personsentrert omsorg var et begrep som holdt på å forsvinne, så det ble skrevet en modell som heter, VIPS-praksismodell: **V**: Å verdsette personen med demens. Krav og rettigheter skal bli tatt vare på uansett alder eller kognitiv funksjon. **I**: Individuell tilnærming, kunne behandle hver enkelt person. Personer som har fått demens har en unik livshistorie bak seg og har en personlighet. **P**: Kunne forstå livet fra personens sitt perspektiv, alle har ulik livserfaring og bakgrunn, det er da viktig at vi møter personen med en empatisk tilnærming og erkjenner at den enkeltes unike erfaringer har verdi i seg selv. **S**: Å kunne bygge opp et støttende sosialt miljø, å kunne forstå at all menneskelig atferd har sitt grunnlag i mellommenneskelig relasjoner, og personer med

demens har behov for å bygge opp et støttende sosialt miljø, som kan kompensere for svakhetene og gir mulighet for personlig vekst (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228).

Kitwood, referert i Tretteteig & Røsvik (2016, s. 228) som har utviklet denne modellen, mente at mennesker med demens ofte ble ignorert. At personene med demens sine følelser og behov ble borte med den kognitive svikten. Helsepersonell som jobber med mennesker med demens er en viktig del av miljøet personen lever i, og kan være med på å påvirke hvordan et menneske med demens mestrer livet og opplever sin hverdag (Kitwood, referert i Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228).

Identitet handler om å vite hvem du er. Med sykdommen demens vil det blir utfordrerne å holde på hvem du er. Det er da viktig at andre mennesker er med på å huske hvem personen var, men også verdsetter oss som vi er nå. Tilknytning handler om å knytte bånd, som tillit og relasjoner. Inkludering handler om å være del av gruppa. Når en får demens kan en stå i fare for å bli sosialt isolert. Det er viktig at helsepersonell er flinke til å inkludere alle, ser personene og inviterer de med i felleskapet. Å kunne le sammen og bruke humor har vist seg å være inkluderende. Å føle seg inkludert dekkes gjennom å anerkjenne personenes verdi. Demens innebærer at en mister evnen til oppfatning og tenkning. Personer med demens kan ha utfordringer med å vise at de trenger trøst. (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 231-232).

4 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funn som er gjort i mine utvalgte forskningsartikler.

4.1 Artikkel en

«Individualisert musikk for personer med demens»

Av: Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold (2010).

Studien benyttet individualisert musikk som atferdsmodifiserende tiltak med atferd som er utfordrende. Forskningen forteller at dette har en positiv effekt på utfordrende atferd. Systematisk søk i databaser som ble gjennomført i 2009. 11 empiriske studier ble inkludert i gjennomgangen av litteratur. Resultatene har store deler gode resultater men viser også at en trenger mer forskning innen musikkterapi.

4.2 Artikkel to

“An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer’s Disease”

Av: Allison J. Ledger & Felicity A. Baker (2006).

Denne studien handler om langtidseffekt av gruppeterapi. Der ene gruppa fikk ukentlig musikkterapi, og ene gruppa fikk vanlig hverdagstilbud på sykehjem. Studien vart målt fem ganger i løp av et år. Studien fikk ikke signifikante forskjeller på gruppene ved dette forsøket, og en trenger flere tiltak for å forstå langtidseffekten av musikkterapi.

4.3 Artikkel tre

“Individual music therapy for agitation in dementia”

Av: Hanne Mette O. Ridder, Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale & Christian Gold (2013).

Målet med studien var å kunne måle effekten av individualisert musikkterapi hos personer med moderat/alvorlig grad med demens. Denne studien viser at seks uker med musikkterapi reduserer uroforstyrrelser og forhindrer medisineren hos personer med demens. Om livskvaliteten økte under studien trenger de en mer komplisert og større studie for.

4.4 Artikkel fire

“Music- based therapeutie interventions for people with dementia”

Av: Van der Steen, J.T., Van Soest-Poortvliet, M.C., van der Wouden, J.C., Bruinsma, M.S., Scholten, R.J.P.M. & Vink, A.C. (2017).

Det var 17 forsøk de analyserte med 620 mennesker med, alle bodde på pleiehjem. Personer med all form av demens er med. Noen av studier er med musikk basert pleie, noen er med musikk og aktiviteter som å male og lage mat. Får denne studien forteller de at de er ganske sikker på at musikk basert behandling fungerer på symptomer depresjon men ikke på aggressiv atferd. På livskvalitet og vevlær er de usikre på resultatene, at det er ingen eller lite effekt på dette.

4.5 Artikkel fem

«Musikk og helse i et lokalsamfunn- et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge».

Av: Audun Myskja (2010).

Dette er en kvantitativ studie for å vise effekt av musikktiltak. Der avdelingsleder, ansatte, pasienter og pårørende ble intervjuet. Studien kom frem til individualisert musikk har fungert som en basismetode som gir grunnlag til å finne musikken til hver enkelt pasient.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg ta utgangspunkt i den valgte problemstillingen min og både belyse og være kritisk til forskningen og teorien som jeg har valgt å bruke i teoridelen tidligere i oppgaven. For å kunne drøfte funnene og teorien opp mot hverandre har jeg valgt å dele drøftingen i fire deler. Den første delen handler om hvordan vi skal skape trivsel hos demente ved hjelp av musikk. Den andre handler om hvordan musikk skape trivsel i ukjente omgivelser. Den tredje drøfter jeg et lite avsnitt om utfordringer med musikkterapi. Den siste er om musikk hjelper på symptomer hos pasienter med demens.

5.1 Hvordan skal vi skape trivsel hos demente ved hjelp av musikk

Som sykepleier er en del av jobben å kunne legge til rette slik at hver enkelt person har det best mulig, har god trivsel og gode omgivelser rundt seg. For at personer med demens skal kunne ha en god trivsel på sykehjem, må en kunne se hver enkeltperson. Bergland (2012, s. 25), forteller at personene rundt pasienten er viktig. Som sykepleier må en skape relasjon med pasienten, slik at de ikke blir et pleier-pasient forhold, at en faktisk kjenner pasienten (Bergland, 2012, s. 25). En del av symptombilde innen demens er at pasientene ofte viser uro. I følge Myskja (2010) er bruk av CD plater som er tilpasset hver enkelt person den mest effektive metoden ved uro, som en for eksempel kan bruke ved stell og andre prosedyrer. Annen teori forklarer at ved uro er det mest effektivt å bruke musikk som inneholder kun instrumenter, der en har lavt volum, for at dette skal bli et vellykket tiltak der en skaper trygghetsfølelse. Når en er trygg vil også trivselen bli bedre (Tretteteig, Tangen & Storjord, 2016, s. 331). I studien til Myskja (2010), forklarer anonymiserte sykepleier om en pasient som ikke ville bli stelt, som måtte ha med tre ansatte under stell til vanlig, trenger kun en ansatt ved hjelp av musikk. Dette vil øke livskvaliteten til pasientene og øke trivselen på et sykehjem.

Ved hjelp av musikk, skaper og gjenskaper en gode minner som er med på å trygge pasienter, dette er med på å finne igjen identiteten bak sykdommen (Ridder et al., 2013). Ved å skape minner er det viktig at en vet personene sin bakgrunnshistorie, hvordan personen en gang var. Kitwood, referert i Tretteteig & Røsvik (2016, s. 229), var opptatt av at personer med demens ble sett. Han mente at personer som var demente ble oversett, og forsvant med den kognitive svikten. At en ikke ser personen som han en gang var. Ridder et al. (2013), nevner også Kitwood. Han mener at en opprettholder psykososiale behov med positivt personarbeid som «Vips - modellen» forklarer, å styrke personligheten til mennesker med demens. Dette er en viktig del for å skape trivsel hos personer med demens (Kitwood, referert i Ridder et al., 2013).

Det fineste med musikkterapi er at en skaper minner. Minner er det mest kostbare et menneske kan ha. Men med sykdommen demens, vil det bli svekket. Derfor er det viktig at sykepleiere får frem gode minner, altså minnearbeid. Bragstad og Kirkevold (2010) forklarer i sin studiet at pasienten sin tidligere fortid med musikk kan være med på å vekke minner som er knyttet til en positiv følelse. Musikk som er med på å få frem positive minner fra fortiden til pasienten, er med å lindre eller reduserer agitert atferd. Som sykepleierstudent i praksis observerte jeg ei eldre dame, hun var ei veldig bestemt dame som hadde sykdommen demens. Hver søndag hadde sykehjemmet musikk og hørte på salmer. Observasjonen min var at hun ble en ny dame etter den timen med musikk og salme. Dette var hun vant med siden hun var et lite barn. Det viste seg at hun hadde vokst opp med en far som var prest. Etter den timen med musikk og salme var det lettere å stelle hun, måltidene gikk mye lettere. Hun blomstret opp, hun fant identiteten sin tilbake i dette øyeblikket. Det er en del av sykdommen demens, å miste seg selv og sin identitet. Dermed er det godt vi har musikk som kan være et hjelpemiddel til å få frem gamle minner (Kitwood, referert i Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228).

Ved å skape trivsel på et sykehjem ved hjelp av musikk er det et tiltak som ikke er så avansert. Skogum (2009, s. 16) forteller om en urolig og aggressiv pasient, personalet ville prøve musikk som et tiltak på denne pasienten. To av personalet fulgte han til kjøkkenet, der hadde de laget til en rolig og fin atmosfære til pasienten. Ved hjelp av et sanghefte fant personalet ut at «fyrste song» likte han. De plukka ut flere sanger av denne musikeren. Pasienten smilte bredt da hans type musikk kom på. Dette skaper samhandling mellom personal og pasienten. Det er beskrevet flere slike situasjoner i heftet, og viser at musikk kan være med på å skape trivsel og godt velvære.

Som pårørende til en person med demens, har jeg sett hvor stor virkning dette har på min farmor. Hun kan være svært urolig og deprimeret til tider. Da har vi en CD - plate en kan sette på, og vi synger med, da er glade farmor tilbake.

5.2 Musikk skaper trivsel i ukjente omgivelser

Som helsepersonell er en stor del av oppgaven å kunne tilpasse og trygge pasienter for å skape trivsel på en best mulig måte. I følge Nasjonalforeningen for folkehelse (2017) er det vanlig med angst og depresjon hos eldre med demens. Dette kan som nevnt være knyttet til ensomhet og isolasjon. Sykepleiere kan da hjelpe den demente til å mestre, tilpasse og øke livskvaliteten, slik at tilbaketrekningen og isolasjon ikke oppstår. Ved hjelp av musikk i gruppe kan en være med å øke sosialiseringen. Som nevnt tidligere i oppgaven som er dette med på å øke trivsel på et sykehjem (Solheim, 2009, s. 198). Tretteteig & Røsvik (2016, s. 231-232) forklarer at gruppeterapi skaper et

sosialt samvær med å lytte på musikk med noen, og føle seg en del av gruppen. Når en er i fellesskap med noen får en fellesskapsfølelse. I følge forskningen om musikk - gruppeterapi, forklarer den at musikkterapi har som hensikt å skape sikre, stimulerende miljøer, for å møte sosiale og emosjonelle behov (Ledger & Felicity, 2006). Mens Bragstad og Kirkevold (2010) forteller musikk er med på å opprettholde de fysiske, psykiske og sosiale forhold, og har som målsetting å bedre funksjonen i hverdagen, øke trivsel hos pasientene og livskvaliteten. Så ved hjelp av musikk kan en skape trivsel i ukjente omgivelser.

Ved tidligere praksis har jeg sett at når nye pasienter kommer inn på avdelingen, er de svært urolige, forvirret og ofte sinte. De forstår ikke hvorfor de har endt opp på et sykehjem. Pasienten vil ofte hjem, for hjemme er de tryggere i omgivelsene. Dermed er det viktig å bygge opp relasjoner med pasientene, bli kjent med dem, lytte og vise empati. Dette vil gjør at pasienten føler trygghet og blir sett. Pasienten vil også merke at sykepleieren følger opp helsetilstand, observerer om det er noe som er gale. Dette er med på å øke tryggheten til pasientene (Tretteteig, Røsvik, 2016, s. 231-232). Når en bygger opp trygghet, kommer også trivsel. Ved hjelp av pårørende kan de fortelle hvordan pasienten er, og en kan også spør om hvilken type musikk pasienten liker. Pårørende er en veldig god hjelper når en har nye pasienter. De har kjent pasienten lengst og vet det beste for pasienten. Når en spiller musikk som pasienten liker kan det være med å øke trivsel og kan hjelpe på muskelavspenning, som vil si at pasienten slapper mer av. Men det er ikke alle som har pårørende, ved hjelp av Vips-modellen kan en komme godt inn på pasienten, for å se hvordan pasienten er. Det er nemlig viktig å se hver enkelt person (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228).

Flere undersøkelser forteller at individualisert musikkterapi er den beste metoden innen musikkterapi. Ved hjelp av individualisert musikkterapi må en tilpasse musikk til hver enkelt person. Når en tilpasser musikk må en kartlegge og iverksette musikkstund som et systematisk tiltak og evaluere effekten av tiltaket. Individualisert musikkterapi blir diskutert om en trenger fagfolk får å kunne tilpasse musikk til pasientene. I forskning som har vært lest, finnes et kartleggings skjema en kan bruke til pasient, pasient og pårørende eller pasient og personal. Via samtaler har noen komt frem til hvilken type musikk pasienten liker (Skogum, 2009, s. 9; Tretteteig et al., 2016, s. 331; Ridder et al., 2013; Bragstad og Kirkevold, 2010).

Musikkterapi er et godt og enkelt verktøy som kan bli utført av fagfolk. Forskning går innpå hvilken oppgave musikkterapeutene har gjennomført, men forteller ikke om hvem som har lov til å utføre musikkterapi. Musikk er noe som mennesker ofte utfører frivillig på sykehjem. Kor, barnekor og konserter kan være eksempler på dette (Stige & Ridder, 2016, s. 25.) Dette er en form for musikkterapi, som en ser mange eldre synes er veldig kjekt. Musikkterapeuter kan kartlegge og finne

ut hvilken musikk pasienten liker (Bragstad og Kirkevold, 2010). Dette kan sykepleier utføre ved situasjoner der pasienten ønsker det, og bruke musikken som musikkterapeuten har kompt frem til at pasienten liker. Da kan en i følge Skogum (2009, s. 9) sin kartlegging, iverksetting og evaluering, få et godt resultat, og finne ut hvordan en skal finne hvilken musikk pasienten liker.

5.3 utfordringer ved musikkterapi

Det er ikke alle som liker alle typer musikk, vi er alle forskjellige. Som nevnt kan en ved hjelp av individualisert musikk, kartlegge og se om pasienten har en interesse for musikk. Musikk kan øke uro hos noen. En pasient som ikke har interesse for musikk, kan oppfatte dette som støy. Dette kan føre til at pasienten isolerer seg mer på rommet. Isolasjon kan føre til depresjon, derfor er det viktig å ta hensyn med tanke på musikk i felleskapet (Skogum, 2009, s. 17). I studien til Ledger & Baker (2006) forklarer de at musikkterapi i grupper har enten en non- effekt, altså ingen effekt eller en kortvarig effekt. Når en lytter på musikk jobber hjernen ubevisst effektivt. Dette på grunn av at hjernen skal ta til seg ord og lyder (Myskja & Lindbæk, 2000). Hos en person som er urolig, og ikke liker musikk kan dette bli et uromoment.

Mange eldre har også redusert hørsel, om det blir for masse støy kan dette være plagsomt for pasienter som hører dårlig. Da kan en bruke høretelefoner for å utelukke annet støy, forteller Bragstad og Kirkevold (2010).

I de aller fleste forskningsartiklene jeg har lest igjennom står det at musikkterapi er et verktøy som trenger mer forskning, og trenger større forskningsprosjekt for å få bedre resultat (Ridder et al., 2013; Ledger & Baker, 2006). I følge de etiske retningslinjene i sykepleien står det at: 1.1 sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og 1.4 sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Dette er retningslinjene sykepleiere skal forholde seg til. Om det kommer mer forskning innen musikkterapi kan en dermed si at en selv har ansvar for å lese om dette.

5.4 Reduserer musikkterapi symptomer hos demente?

Når en får sykdommen demens vil en få personlighetsendringer og atferden vil bli forandret. Pasientene vil ofte bli mer urolige, noen kan bli mer sinte eller deprimerte (Nasjonalforeningen i folkehelse, 2017). Ved hjelp av musikkterapi viser forskning at reduksjon av spesifikke symptomer

kan endrer seg. Ved hjelp av musikkterapi vil en oppnå akkurat dette. En del av miljøbehandlingen kan være med å redusere utfordrende atferd. Bragstad og Kirkevold (2010) forteller at musikk viser seg å ha potensiale til reduksjon av utfordrende atferd. Ridder et al. (2013) forteller at for mange eldre med demens er det en del bivirkninger med medikamenter. Ved medikamenter var det en signifikant økning ved gruppen med standard behandling, og med gruppen med musikkterapi var det ikke økning av medikamenter. Når en blir eldre øker risikoen for bivirkninger (Helmers, 2017). Derfor er musikkterapi et attraktivt tiltak der en ikke skaper bivirkninger. Det er med på å dempe indre støy og ytre støy. Ved hjelp av musikk kan en få endringer i vitale målinger, som gjør at kroppen slapper mer av (Myskja & Lindbæk, 2000).

Å kritisere medikamenter ønsker en ikke, medikamenter er livsviktig for noen. Tre av fire eldre står på antipsykotisk legemidler i norske sykehjem. Psykofarmaka hos demente bør en ikke bruke for mye av, for bivirkning er en høy risiko (Helmers, 2017). Musikk er med å skape ro, så en kan se musikk som et godt tiltak for å skape trivsel, framfor å bruke for mye psykofarmaka.

Ridder et al. (2013) forklarer en case om en pasient som var begynt å få aggressive og paranoide symptomer. Datteren til pasienten er med på å velge ut en sang moren liker å lytte til. Ved hjelp av musikken ser de endringer. Pasienten begynner å smile, hun viser mer og mer tillitt, og virker tryggere. Pasienten begynner å hilse på personen som utfører musikkterapien. Når de 6 vekene med musikkterapi var ferdig, forklarer den ansatte at hun er mindre aggressiv, hun viker mer lykkelig og smiler mye mer. Personalet har fått en CD-plate de bruker til henne, og dette viser gode resultater på pasienten. Myskja (2005) forklarer en case der en pasient viste uro og ikke var lett å hjelpe. Ved hjelp fra pårørende, tok de med seg en CD-plate pasienten likte. Pasienten viste raske resultat ved hjelp av denne CD-platen, der pasienten ble roligere.

(Nasjonalforeningen, 2016) forteller at personer med demens ofte viser symptomer på uro, angst og depresjon. Musikkterapi har som funksjon å øke det psykiske velværet og møte psykososiale behov. Angsten øker når personen føler seg utrygg. Det er en naturlig følelse når får en alvorlig sykdom som demens. En person med demens som viser uro kan det være forårsaka av angst. Når en person er utrygg og viser dette, er det viktig at sykepleiere øker tryggheten hos pasienten. Det kan være den viktigste oppgaven for at en person med demens skal kunne ha en trivelig hverdag (Tretteteig, 2016, s.243). Etter å ha lest så mye forskning om musikkterapi nevner omtrent samtlige at musikk hjelper ved uro. Gjennom praksis observerte en at pasienter med demens ofte vandrer. Vandring kan forklare at pasienten kan oppleve angst, og føler ubehag. Det er nærliggende å tro at vandring kan være en måte de uttrykker seg på. Utfordrende atferd ser en hos de fleste som har demenssykdommen. Ved å dempe uro hos pasienter med demens, kan en som sykepleier være med å gjøre

hverdagen bedre og skape mer trivsel hos denne pasientgruppen. Dermed kan musikk være et bra alternativ hos pasienter med uro.

Tretteteig et al. (2016, s. 327), forteller at ved kognitiv svikt kan språk og talefunksjonen forsvinne hos noen dementpasienter. En kan også legge merke til at pasienten prøver å forklare noe, men med feil ord. Ved å høre på stemmen til pasienten, kan en høre om pasienten er trist eller sint. Dette kan være en utfordring hos personer med demens, da de ikke får uttrykke seg på riktig måte. Når en har problemer med å uttrykke seg verbalt kan dette være med å ødelegge hverdagen og trivselen til personer med demens, der de kan bli usikre og irritert. I følge Van der Steen et al. (2017) forteller de i forskningen at musikk er med på å bidra til å lette talefunksjon til personer med demens og verbale utfordringer. Musikken er med å stimulere språkdelen i hjernene. Ved hjelp av musikkgrupper såg de også at musikk er med på å forbedre kommunikasjonen til pasientene. De husker plutselig en sang som skaper minner fra gammelt av og har et tema og snakke om. Om en mister ord og språket kan musikken være med på å huske igjen, dette skaper trygghet og trivsel hos personer med demens forteller forskningen (Van der Steen et al., 2017). Artikkelen Myskja (2005) forklarer hun at musikkterapeuter bruker musikk til å få talen tilbake. Der bruker de sangstrofer for å stimulere tale. Dette blir ofte brukt i rehabiliteringsprosessen etter slag, og viser seg å ha et effektivt resultat. Dermed kan en si at sang og musikk gir en helhetlig stimulering av hjernen, som igjen fører til at en kan bruke musikk som hjelpemiddel hos personer som har kognitiv svikt og språkproblemer (Tretteteig et al., 2016, s. 327). Om en skal være litt kritisk til dette, blir det å trekke frem personer som ikke er glade eller ikke har lyttet til musikk før, ikke vil ha samme virkning.

Vi har alle hørt om at sykepleiere har så dårlig tid på jobb, en går hjem med dårlig samvittighet for en ikke har nådd rundt til alle. Mange sykehjem har ansatt musikkterapeuter. Dette har skapt mer tid til pasientene, musikk og glede. Min farmor er så heldig som har en musikkterapeut, som fyller dagen med glede og trivsel. Når musikkterapeuten går med gitaren i gangen, eller bare synger, merker en freden som senker seg og gleden som stiger på avdelingen.

6 Konklusjon

I denne oppgaven hadde jeg som hovedmål å få diskutere problemstillingen min: «*Hvordan kan sykepleiere bruke musikk for å skape trivsel for personer med demens?*» Etter å ha brukt relevant pensum og artikler ved hjelp av databaser føler jeg at problemstillingen min har blitt belyst på en god måte. Musikkterapi trenger fortsatt mer og større forskning, for å kunne svare helt sikkert at dette har sikre resultat. Men jeg har troen på forskningen som er gjort, og håper musikkterapi blir brukt og mer brukt i de norske sykehjem.

I oppgaven hadde jeg mest fokus på individualisert musikkterapi. Dette med bakgrunn i tidligere forskning på området, og at jeg selv synes dette er en god metode innen musikkterapi. I tillegg kommer det frem at relasjonen mellom sykepleier og pasient er uerstattelig, og hvor viktig det er å se, lytte og vise omsorg for pasientene. Ved å øke trivsel skaper vi en bedre hverdag for pasienter med demens. I mine øyner er trivsel er en faktor som aldri bør undervurderes. Det er ikke noe som er bedre enn det, for jeg ønsker at farmor får en trygg, gledelig og musikkrik hverdag.

7 Litteraturliste

- Bergland, Å. (2012). Hvilken faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem?. *Geriatrisk sykepleie*. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronicissues/articles/hvilke_faktorer_kan_bidra_til_trivsel_i_sykehjem.pdf
- Bragstad, L.K & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien.no*, 110-118. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/394357.pdf?c=1410453150>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahm, K.T (2017, 25.august). Personer med demens kan få det bedre med musikkterapi. *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/08/personer-med-demens-kan-fa-det-bedre-med-musikkterapi>
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2016). Hva er demens? S., Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13-40). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fermann, T. (2012). Miljøbehandling i praksis. A., Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens* (s.47-61). Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. A.H Ranhoff, & K. Brodtkorb, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020* (I-1170). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helmers, B. (2017, 10. August). Høy bruk av psykofarmaka på norske sykehjem. *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/06/hoy-bruk-av-psykofarmaka-pa-norske-sykehjem>
- Knardal, S. E. & Hynninen, M. (2016). Musikkterapi i alderspsykiatrien - Utredning og behandling. B. Stige & H.M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s.120-132). Oslo: Universitetsforlaget.

- Ledger, A. J. & Baker, F. A. (2007) An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's disease. *Aging & mental Health*, 11(3), 330-338.
Hentet fra
<https://pdfs.semanticscholar.org/2464/204e1e33b7f3b92094efbde1a9e9374f9df8.pdf>
- Myskja, A. (2005, 02. Juni) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 11, 1497-1499. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2005--1497-9.pdf>
- Myskja, A. (2010) Musikk og helse i et lokalsamfunn – Et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning*, 1(12), 3-15.
- Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000, 20. April). Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 10 (120): 1182-1185. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/hvordan-virker-musikk-pa-menneskekroppen>
- Norsk sykepleieforbund. (2016, 23. Mai). *nsf.no*. Hentet 20. April, 2018 fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nasjonalforeningen for folkehelse. (2017, 12. Desember). *Symptomer og tidlige tegn*. Hentet 8.mai 2018 fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/symptomer-og-tidlige-tegn/>
- Ranhoff, A.H., Skirbekk, V., Tambs, K & Vollrath, M. (2015, 14. Mai). *Demens* (Folkehelseinstituttet) Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens---folkehelse rapporten-2014/#referanser>
- Ridder, H. M. Stige, B. Qvale, L. G. & Gold, C. (2013) Individual music therapy for agitation in dementia. *Aging & mental health*, 17(6), 667-678. doi: 10.1080/13607863.2013.790926
- Solheim, K. (2009). *Demensguide - Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skreie, G.O., & Brean, A. (2016). Musikk og hjerne i et nevrobiologisk perspektiv. B. Stige, & H M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s.28-37). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogum, B.M. (2009). *De nære ting - om bruk av musikk ved behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Stige, B. & Ridder, H.M. (2016). Musikk som mulighet og rettighet. B. Stige, & H M. Ridder (Red), *Musikkterapi og eldrehelse* (s.21-27). Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Tretteteig, S., Tangen, G., & Storjord, M.B. (2016). Miljøbehandling – Ulike arbeidsformer og aktiviteter. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s.325-366) Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Tretteteig, S & Røsvik, J. (2016). Personsentrert omsorg. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s.227-240). Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Tretteteig, S. (2016). Livskvalitet og mestring hos personer med demens og deres pårørende. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s.241-257). Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Van der Steen, J. T., Van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M. & Vink, A. C. (2017) Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.