



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 418

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9880

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 58

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Musikk som smertelindring – *Til palliative pasienter som bor hjemme*

Music as pain relief – *To palliative patients who live at home*

**Kandidatnummer: 418**

Bachelor i sykepleiefag/ BSS9  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse og omsorg vitenskap  
Bachelorprogram 3-årig

Antall ord: 9880

Innleveringsdato: 24. Mai 2019

## **Abstract**

### **Background:**

Only 13% died at home in 2017, despite the fact that several people wanted this. Palliative patients are familiar with pain and optimal pain relief is complicated. It has been proven through research that music has the ability to both lower and raise the heartrate and blood pressure, thus having an activating and relaxing effect. Nursing is the profession that works most closely with the patient during this phase and is responsible for ensuring that the patient is adequately relieved.

### **Aim:**

The purpose of the bachelor's thesis is to investigate if music has a pain-relieving effect and how nurses can implement this when they work with palliative patients living at home.

### **Method:**

To elucidate the issue, literature study is chosen as a method. Findings from five research articles are included along with other relevant literature.

### **Result:**

The findings in the five research articles indicate that music has a pain-relieving effect with palliative patients. Prescriptive form of music is prominent. As a nurse, it is important to develop a relationship of trust with the patient and relatives, and also map the patient's condition, needs and wishes.

### **Conclusion:**

Music has a proven pain-relieving effect and should be implemented more in the palliative care. As a nurse, one should therefore be more aware of this as a concrete complementary treatment method.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2 Avgrensning av oppgave.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Inklusjons-og eksklusjonskriterier.....	4
2.3 PICO-skjema.....	5
2.4 Litteratursøk.....	5
2.5 Analyse og syntese.....	6
2.6 Kvalitetsvurdering.....	7
2.7 Etske overveielser.....	8
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>9</b>
3.1 Palliativ fase.....	9
3.2 Smerte.....	10
3.3 Kartleggingsverktøy.....	12
3.4 Musikk som smertebehandling.....	12
3.5 Hjemmedød.....	14
3.6 Sykepleieteoretiker.....	15
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>17</b>
4.1 Hadde musikkterapi en lindrende effekt på smerten?.....	17
4.2 Hvilken musikkterapi er brukt?.....	18
4.3 Hvor lenge varte musikkterapien?.....	19
4.4 Resultat fra kritisk vurdering av artiklene.....	19
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>21</b>
5.1 Har formen for musikkterapi noe betydning for effekten?.....	21
5.2 Har varigheten av intervensjonen noe betydning?.....	23
5.3 Begrepet «total pain».....	24
5.4 Hvordan implementere musikkterapi i hjemmesykepleie?.....	24
5.5 Drøfting av metode.....	27

<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>30</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE.....</b>	<b>31</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>I</b>
<b>Vedlegg 1 - Litteraturmatrisen.....</b>	<b>I</b>
<b>Vedlegg 2 - Flytskjema.....</b>	<b>A</b>
<b>Vedlegg 3- Søkehistorikk.....</b>	<b>a</b>
<b>Figur 1.....</b>	<b>5</b>

## 1.0 Innledning:

I Norge er det mange som ønsker å dø hjemme, likevel viser det seg at det *bare* var 13% som døde hjemme i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2019). Forskning gjort ved Senter for alders- og sykehjemsforskning viser at det i Sverige dør 20% hjemme og i Italia 34% (Fonn, 2015). Det gjør at Norge havner på en jumboplass sammenliknet med andre land. Selv om det ikke finnes noe norsk forskning som støtter ønsket om å dø hjemme, vises dette i en forskning gjort i Tyskland. Studien viste at av 272 pasienter med kreft, ønsket 75% å dø hjemme, likevel var det bare 32% som fikk ønsket sitt oppfylt (Van Oorschot et al, 2004, s. 995).

Hjemmet representerer for mange det trygge, et sted som er kjent og normalt. I mange hjem er det praktisk vanskelig å få til hjemmedød, eller at ønsket om å dø hjemme ikke er der, men at en ønsker tiden helt frem til siste dager/timer skal tilbringes i hjemmet. Dette er noe en som helsepersonell skal legge til rette for på best mulig måte (Loge & Kaase, 2016, s.162). En av flere forutsetninger for at pasienten skal få være hjemme, er at pasienten har pårørende som er ressurssterke og som kan være tilstede. Videre må det være kompetente sykepleiere i nærheten som kan dekke pasientens grunnleggende behov, samt et godt samarbeid mellom de tjenestene pasienten har (Fjørtoft, 2016, s.81).

Å leve med en alvorlig sykdom, enten det er kreft eller hjerte-og lungesykdom, innebærer det flere utfordringer (Fjørtoft, 2016, s.81). Mange har vært gjennom en rekke av følelser. De har opplevd å miste en eller flere funksjoner og de har fått flere plagsomme symptomer som kommer ved gradvis forverring av sykdommen. Symptomer som smerte, tretthet, kvalme og pustebesvær er vanlige i den palliative fasen. Disse somatiske symptomene kan ofte forsterke hverandre. Å vite at livet går mot slutten er en stor belastning for den enkelte, og behovet for å bli sett, få respekt, omsorg og støtte er viktig (Fjørtoft, 2016, s.79). Ifølge Loge & Kaase viser det seg at om lag to tredjedeler til over 90% av pasientene som har kreft i palliativ fase er smerteplaget (Loge & Kaase, 2016 s.372).

Allerede på tidlig 1900-tallet ble det observert effekt av musikk på blodtrykk, puls, respirasjon og muskeltonus. Lyden av musikk kan både senke og øke puls og blodtrykk, og dermed ha en avspennende og aktiviserende effekt (Myskja & Lindbæk, 2000b). Jecklin &

Emerson viser også i sin forskning fra 2012 at musikk har en innvirkning på menneskekroppen. Her viser også musikk å redusere respirasjon, blodtrykk og puls (Jecklin & Emerson, 2010, s. 11-12). Musikk har vist seg å ha en smertelindrende og angstdempende effekt, som har blitt tatt i bruk iblant annet intensivmedisin, indremedisin og onkologi. Musikk blir brukt som en komplementær behandling og derfor mener Myskja & Lindbæk at musikk har en naturlig del i den palliative omsorgen. Det er videre også et hjelpemiddel som er lite ressurskrevende, enkelt, billig, utgjør en høy pasienttilfredshet, krever lite spesialkompetanse og gir få bivirkninger (Myskja & Lindbæk, 2000a). Det er likevel mye man ikke vet om musikkens innvirkning på smerter hos den palliative pasienten i hjemmet. Hvilken type musikkterapi gir best effekt, hvor lenge varer musikk intervensjonen som viser å ha best virkning og hvor stor forskjell er det egentlig på smerten før og etter intervensjonen?

### **1.1 Presentasjon av problemstilling**

Derfor blir min problemstilling slik:

*Har musikk en smertelindrende effekt og på hvilken måte kan sykepleier bruke dette hos voksne palliative pasienter i hjemmet?*

### **1.2 Avgrensning av oppgave:**

I min oppgave har jeg valgt å ha fokus på musikkterapi som en konkret komplementær smertebehandling. Dette har jeg valgt på bakgrunn av en selvopplevd hendelse. Et nært familiemedlem var lenge syk og opplevde mye angst og smerte. I perioden før vedkommende døde, brukte hun å sette på musikk fra en spesiell artist. Når musikken spilte, så man hvor rolig og avslappet hun ble. Å se hennes endring, har i ettertid gitt meg et ønske om å finne ut mer om musikkens innvirkning på mennesket og spesielt som smertelindring hos den palliative pasienten.

Jeg avgrenser ikke i forhold til intensiteten på smerten, oppgaven vil videre ta for seg voksne (+18 år-) hvor det er lindring av smerte som er i fokus. Denne litteraturstudien har ikke fokus på medikamentell smertebehandling ei heller pårørendes rolle i den palliative fasen.



### **1.3 Begrepsavklaring**

#### Palliasjon

Palliasjon defineres i følge verdenshelseorganisasjon (WHO) som «en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter og familier som står overfor problemer forbundet med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse ved tidlig identifisering, vurdering og behandling av smerte og andre problemer som; fysisk, psykososial og åndelig» (Verdenshelseorganisasjon, 2019).

#### Musikkterapi

Musikkterapi er en mulighet for å skape utvikling eller endring gjennom en musikalsk opplevelse, sammen med et mellommenneskelig forhold (Norsk Forening For Musikkterapi, u.d).

#### Smerte

Smerte er i følge International association for the study of pain: «En kompleks, subjektiv og ubehagelig opplevelse med sensoriske og emosjonelle elementer og som er assosiert med vevsødleggelse eller truende vevsødleggelser» (Stubberud, Grønseth, Almås, 2016. s.383).

## 2.0 Metode:

### 2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode, da jeg mener det vil belyse min problemstilling best mulig. I følge Forsberg & Wengström vil en litteraturstudie innebære å gjøre systematiske søk, etterfulgt av kritisk vurdering av det du har funnet, for til slutt å sammenstille litteraturen i et valgt tema (Forsberg & Wengström, 2016, s.30).

I følge Dalland er begrunnelsen for å velge en metode at vi mener den kan gi oss relevant informasjon og belyse den valgte problemstillingen på en måte som skaper interesse, samtidig som den er faglig (Dalland, 2017, s.51). Min problemstilling besvares best med forskningsartikler som har kvantitativ metode. Dette på bakgrunn av at jeg ønsker å undersøke om smerteintensiteten hos palliative pasienter endrer seg etter musikkterapi. For å måle smerteintensitet er det hensiktsmessig å bruke en kvantitativ metode da en gjerne måler smerteintensiteten ved hjelp av kartleggings skjema basert på tall. Likevel kan det være hensiktsmessig å bruke den kvalitative metoden, da en kan spørre pasientene spørsmål angående smerteintensitet før og etter musikk intervensjonen. Dette vil kunne gi en dypere forståelse. På bakgrunn av dette har jeg inkludert en artikkel som både tar for seg kvantitativ og kvalitativ metode.

### 2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Jeg velger å sette opp inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å spesifisere søk og finne de mest relevante artiklene for min bacheloroppgave.

Inklusjonskriterier:

- Pasienter i palliativ fase
- Kvantitative studier
- Musikkterapi som smertelindring
- Artikler fra 2009-2019
- Artikler fra land med overføringsverdi (vestlige land)

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleie til barn og unge under 18 år
- Manglende IMRaD-struktur

### 2.3 PICO-skjema

For å bygge opp og gjennomføre strukturerte søk brukte jeg PICO-skjema som rammeverk for søkeordene. PICO står for: P for Population, I for Intervention, C for Comparison og O for Outcome (Helsedirektoratet, 2016). I min litteraturstudie har jeg valgt å bruke et PIO- skjema (Figur 1). Har derfor ekskludert comparison fordi jeg ikke ønsker å sammenligne musikk sjanger opp mot smerteintensitet.

Figur 1.

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
Eldre palliative i hjemmet	Ikke-medikamentell smertelindring – Musikk terapi	Smerte
<p>Søkeord:</p> <p>Nr1. Palliative, end-of-life-care, Palliative medicine, palliative care, palliative treatment.</p> <p>Nr 2. Home care services, community care, home based care, home health care nursing, home nursing.</p>	Søkeord: Music therapy, music intervention, music.	Søkeord: Pain, pain relief, pain reduction, pain management, pain alleviation

### 2.4 Litteratursøk

For å finne forskning til denne litteraturstudien er det brukt databasene: PubMed, CINAHL, Cochrane, Svemed, Embase og Medline. For å gjennomføre søk i de ulike databasene og finne forskningsartikler som har relevans til problemstillingen, er det brukt søkeordene som

vises i PIO-skjemaet. Søket er fremstilt i vedlegg 2, som viser trinnene i søkene ved hjelp av flytskjema og utfyllende søkehistorikk i vedlegg 3.

Søkeordene under «P», nr.1 ble søkt med OR imellom: Palliative OR end-of-life-care OR Palliative medicine OR palliative care OR palliative treatment. Dette ble gjentatt under nr. 2 ved “P” og videre ved “I” og “O”. Disse fire søkene ble til slutt kombinert med AND. I alle databasene resulterte dette i for få artikler. Derfor bestemte jeg meg for å søke uten å bruke nr. 2 ved «P». Da omhandlet ikke søket «i hjemmet», dette resulterte derimot i flere artikler. Det er disse søkene fra hver database jeg har presentert i vedlegg 2. Når jeg gikk inn på resultatet fra hvert søk, så jeg først på overskriften om den var relevant til min problemstilling. Om den så var relevant leste jeg abstractet og så om inklusjonskriteriene- og eksklusjonskriteriene mine ble oppfylt. Om disse ble oppfylt leste jeg hele artikkelen. Artiklene jeg har inkludert i litteraturstudien er: tre kvantitative studier, en kvantitativ & kvalitativ og en systematisk oversikt. Jeg har bevisst valgt å bruke flere ulike databaser, for å få et bredt spekter av artikler vurdert for oppgaven, for så å spesifisere og konkretiserte søket etter hvert.

Til tross for at fire av fem artikler ikke omhandler pasienter hjemme, inkluderes disse. Den siste artikkelen omhandler musikkterapi i hjemmet og er en oversiktsartikkel. Smerte og palliasjon er her ikke hovedtema. Inkluderes likevel da det er en klar overføringsverdi. I drøftingsdelen vil jeg fremdeles bruke rammen i hjemmet.

## **2.5 Analyse og syntese**

I følge Forsberg & Wengström betyr analyse å dele opp et materiale i mindre deler for så å undersøke delene adskilt fra hverandre. Deretter settes delene sammen til en helhet igjen, det er dette som kalles syntese (Forsberg & Wengström, 2016, s.152). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Forsberg beskrivelse av innholdsanalyse. En skal i følge Forsberg først i en analyse lese igjennom teksten flere ganger, dette for å bli kjent med studiene en skal arbeide med. Deretter skal en se hva hver enkelt studie handler om, gjerne sette opp temaer. Videre ser en på temaene som er satt opp for så å sette dette i kategorier. Når dette er gjort skal en prøve å sammenstille temaene. Når en sammenstiller temaene søker en som forsker

mønster, dette kan både fremstilles som likheter og ulikheter. Til slutt i en innholdsanalyse skal en tolke og diskutere resultatet. (Forsberg & Wengström, 2016, s.153).

For å være sikker på at jeg forstod artiklene brukte jeg oversettelsesverktøy og deretter leste artiklene flere ganger, både norsk og engelsk versjon. Dette gjorde at jeg etter hvert så funnene og resultatet fra hver studie. Videre satt jeg opp en liste over temaene fra de ulike artiklene. Når jeg fikk en oversikt over disse, så jeg hva som gikk igjen og dette ble derfor slått sammen. Av temaene dannet jeg tre forskjellige kategorier, som er presentert i resultatdelen. For å sammenfatte kategoriene, har jeg valgt ut hovedtemaet som er: «effekten av musikk», som også er i problemstillingen min. Litteraturmatriksen (vedlegg 1), har i likhet med analysen, en tematisk inndeling. Denne inndelingen er også basert på funn, men har bevisst valgt å ha flere kategorier, som vil gjøre helhetsforståelsen bedre.

## **2.6 Kvalitetsvurdering**

De 5 inkluderte studiene er hentet fra anerkjente databaser. Først når jeg kritisk vurderte så jeg på oppbygning av tekstene, om den var oppbygget ved hjelp av IMRaD-struktur. I følge Dalland står denne forkortelsen for introduksjon, metode, resultat (and) diskusjon. Dette er en av de vanligste formene for struktur i oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2017, s.163). De fem inkluderte artiklene har IMRaD-struktur. Jeg har videre bevisst valgt å inkludere så ny forskning som mulig, på bakgrunn av Forsberg & Wengström sitt utsagn om at forskning er «ferskvare» og forandrer seg hele tiden (Forsberg & Wengström, 2016, s.104). Derfor satt jeg inklusjonskriteriet mitt til 2009-2019, men prøvde likevel å finne nyest mulig forskning innenfor tidsrammen. Forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven er fra land jeg mener har en overføringsverdi, mer spesifikt vestlige land.

Når forskningsartiklene skal vurderes er dette noe som ifølge Forsberg & Wengström bør gjøres i flere steg (Forsberg & Wengström, 2016, s.104). Kvalitetsbedømming bør minst inneholde studiens formål, problemstillinger, design, utvalg, måleinstrumenter, analyse og tolkning (Forsberg & Wengström, 2016, s.104). På bakgrunn av Forsberg & Wengström sin beskrivelse har jeg valgt å ta utgangspunkt i sjekklister fra helsebiblioteket (2016). Her har jeg brukt sjekklister basert på artikkelens form og derfor brukt; sjekklister for randomisert kontroll studie i to av artiklene, sjekklister for kohort studie i to artikler og sjekklister for

oversiktsartikkel i en artikkel. Når jeg gikk gjennom artikkelen og brukte sjekklisten, laget jeg meg et poeng system. Poengene er regnet sammen ved at hvert «ja» svar i sjekklisten gir et poeng. Om svaret er enten «nei» eller «uklart» regnes det ikke som et poeng. Jeg har unnlatt å regne med beskrivende spørsmål, disse trekker jeg derfor fra når jeg regner total poengsum. Dette vises i litteratormatrisen (vedlegg 1) og det står også av (/) mulige poeng totalt.

## 2.7 Etske overveielser

For å være sikker på at etiske prinsipper blir fulgt, ble Helsinki-deklarasjonen dannet av World Medical Association i 1964 (Loge & Kaase, 2016, s. 53). Denne skal gjelde ved all medisinsk forskning hvor pasienter er en del av forskningen. Den inneholder viktige elementer for å ivareta pasientens rettigheter. Sentralt er blant annet; informert samtykke. Der farene er større enn fordelene skal man ikke forske, noe som er mer utfordrende innen palliasjon enn andre områder. Denne forskning omhandler ofte skrøpelige eldre, som kan ha redusert kognitiv funksjon (Loge & Kaase, 2016, s. 57). Videre viser jeg også til Forskningsetikkloven paragraf 4 hvor det står: «Forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Dette gjelder også under forberedelser til forskning, rapportering av forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter» (Forskningsetikkloven, paragraf 4, 2017).

På bakgrunn av helsinki-deklarasjonen og forskningsetikkloven har jeg valgt ut artikler som har informert samtykke. Selv om litteraturstudien omhandler voksne mennesker i en sårbar situasjon, går forskningen ut på å bruke musikk som en tilleggsbehandling for å dempe smerten. Det er viktig å poengtere at det ikke kommer istedenfor annen smertelindring. For at jeg som forsker skal ivareta de etiske overveielserne er det viktig å være kritisk til egne tolkninger av resultatet, samt skille mellom forfatterens og egne tolkninger (Fangen, 2015). Funnene blir presentert uten egne tolkninger i resultatdelen. Egne tolkninger i diskusjonsdelen blir tydelig merket med for eksempel: «Jeg tenker at..», og jeg vil spesifisere om jeg skriver om forfatterens tolkninger.

## 3.0 Teoridel:

### 3.1 Palliativ fase

I dagligtalen vil begrepene «palliasjon» og «palliative medicine» bli brukt om hverandre, selv om teorien påpeker skille mellom disse ordene (Loge & Kaase, 2016, s. 35). Palliativ omsorg er en tverrfaglig omsorg som omfatter medisin, sykepleie, sosialt arbeid og andre spesialiteter når og hvis det er aktuelt. Fokuset er å forbedre livskvaliteten til personen som lever med en alvorlig sykdom (Kelley & Morrison, 2015, s. 747). På den andre siden er ordet «palliative medicine» betegnelsen for spesialisert omsorg for personer som lever med alvorlig sykdom. Fokuset vil være symptomlindring og forbedring av livskvalitet med kurative og livsforlengende behandlinger (Finn, Green, Malhotra, 2017, s. 393).

Palliasjon er en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindrende tiltak rettet mot pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige problemer (Fjørtoft, 2016, s.79). Et symptom hos den palliative pasienten er aldri bare fysisk. Det kan forstås fra minst tre forskjellige synsvinkler; Ved å lytte til pasientens selvoppfattede opplevelse, ved å observere pasientens atferd (og spørre pårørende om deres observasjoner) og ved å undersøke de observerbare sykdomstegnene og underliggende biologiske mekanismer (Loge & Kaase, 2016, s. 63). Derfor er et symptom aldri enten fysisk eller psykisk, men alltid begge deler.

Ved å oppnå optimal palliativ behandling må en planlegge og igangsette nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdommens forløp (Loge & Kaase, 2016, s.43). For lettere forstå hva som regnes som den palliative fasen kan en i følge Loge & Kaase dele behandlingsintensjonen inn i 4 hovedgrupper. Til tross for inndeling vil det være en glidende overgang mellom de 4 fasene. Inndelingen er teoretisk fundert. Først tar den for seg kurativ, hvor målet er å helbrede pasienten for den aktuelle sykdommen. Hvis dette ikke lykkes går en videre til livsforlengende behandling, her er målet å forlenge pasientens liv. Den tredje fasen er den palliative fasen, hvor en skal forebygge og lindre plagsomme symptomer. Deretter kommer fasen hvor pasienten er døende. Denne fasen kan være vanskelig å fastslå, her bør diagnostiske prosedyrer og intensiv symptomlindrende behandling vurderes før det blir iverksatt. (Loge & Kaase, 2016, s.44-45).

Behandlingen som pasienten får skal være pasientorientert. Med dette menes at pasienten i størst mulig grad skal bli involvert i beslutninger om behandling, pleie og omsorg. Dette er noe som støttes opp under pasient-og brukerrettighetsloven. I lovdata står følgende under paragraf 3:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 3, 2018).

### **3.2 Smerte:**

Smerte er i følge International association for the study of pain: «En kompleks, subjektiv og ubehagelig opplevelse med sensoriske og emosjonelle elementer og som er assosiert med vevsødleggelse eller truende vevsødleggelser» (Stubberud et al, 2016 s. 383).

Ved at smerten er subjektivt, vil smerten til tross for identisk skade/sykdom være forskjellig fra person til person. For at en som sykepleier skal kunne diagnostisere smerte og behandle den på best mulig måte er det nødvendig å ha god nok kunnskap om de patofysiologiske mekanismene som ligger bak fornemmelse av smerte (Loge & Kaase, 2016, s.328-329).

Smerte kan deles inn på forskjellige måter. Ofte skiller en mellom akutte og kroniske smerter. Akutte smerter varer kortere enn kroniske og avtar når årsaken til smerten behandles. Kroniske smerter varer mer enn tre måneder og er ofte daglig (Stubberud et al, 2016, s.386).

En annen måte å dele inn smerte på er å se på smertens mekanisme. Nociseptiv smerte skyldes vevsskade. Den kan være akutt, hvor den er kortvarig og avtar etter dager eller uker. Om derimot smerten vedvarer vil den kalles kronisk nociseptiv smerte (Knutstad & Nielsen, 2006, s.210). Nociseptiv smerte kan for eksempel skyldes en kreftsvulst, metastaser som komprimerer strukturene rundt eller en blødning i svulsten (Money & Garber, 2018, s.142).



Ved nociseptiv smerte vil smerten kunne endre seg, og en vedvarende nocisepsjon kan gjøre at smerten kan likne en nevropatisk smerte (Knutstad & Nielsen, 2006, s. 210). Nevropatisk smerte kan forklares ved at det er en skade som påvirker det perifere eller sentrale nervesystemet. Det kan oppstå som følge av strålebehandling, kirurgisk inngrep eller kroniske inflammatoriske sykdommer. Om nerveskaden er mer sentral vil et større område av kroppen kjenne smerten (Stubberud et al, 2016, s.387). Visceral smerte er smerte fra de indre organene. Det sitter smertereseptorer på hinnene som dekker de indre organene som for eksempel: perikard, peritoneum og kapslene rundt nyrene. Smertene kan kjennes som verkende, borende, klemmende eller krampeliknende (Stubberud et al, 2016, s.387).

Når akutt smerte inntreffer vil smertesystemet aktiveres og forklares slik: Smertesystemet består av perifere nerver som er første nevron, disse omkobles til andre nevron i ryggmargens bakhorn (Drews, 2006, s. 1941). Dette nevronet transmitterer informasjon til hjernen, hvor det tredje nevronet sitter. Her vil informasjonen igjen sendes videre til flere forskjellige steder i hjernen, og de ulike stedene i hjernen vil bearbeide smertestimulien (Drews, 2006, s. 1941). De perifere nervene har nociseptorer, som både finnes i a-delta fibre og c-fibre. Forskjellen på disse er at a-delta fibre er myeliniserte fibre, disse forårsaker den første og stikkende smerten. C-fibre er umyeliniserte fibre og gjør at vi opplever den senere smerten, som kan føles brennende (Drews, 2006, s. 1941). Vedvarende smertestimuli, som ved kroniske smerter, kan føre til endringer på perifere nerver. Endringen kan gjøre at opplevelsen av smerte blir forsterket i områder som før ikke var smertefulle, eller at smerteintensiteten generelt øker (Drews, 2006, s. 1942).

Pasienter som har flere typer smerter krever en kombinasjon av behandlinger. Nociseptiv smerte er tilstede hos ca. 60% av pasientene som har kreft, nevrologisk smerte er tilstede hos 20%, og blandet nevropatisk og nociseptiv smerte er tilstede hos 20% av pasientene med kreftsmerte (Money & Garber, 2018, s.142). Kreftsmerte er ofte forårsaket av primær svulst, metastatisk sykdom, eller kreft-relaterte behandlinger. Imidlertid kan ikke den primære årsaken til smerte alltid identifiseres (Money & Garber, 2018, s.142).

Når man nevner smerte i sammenheng med palliasjon, kommer ofte ordet total smerte opp. Dette er noe den engelske damen Cicely Saunders har uttalt seg om. Hun er en av flere som

har hatt betydning for sykepleiens utvikling. Det var Saunders som kom med begrepet «total pain» og tilnærmet seg døende mennesker på en ny måte. Dette på bakgrunn av hennes tanker om at smertelindring hos palliative pasienter er mer kompleks enn *bare* den fysiske smerten. Dette begrepet og tilnærmingen bredte seg til flere land på 1960- og 70-tallet. Denne tilnærmingen så på smerte som en av flere faktorer og kombinerer oppmerksomheten rundt sosiale, åndelige, psykiske og følelsesmessige problemer som en kan oppleve når døden nærmer seg. På bakgrunn av dette regner en Cicely Saunders som den moderne palliative pleiens grunnlegger og pionér (Palliasjonens mor, 2017). Smerte er som nevnt ikke bare en sensorisk karakter, men også en emosjonell. Dette gjør at pasientens opplevelse av smerte kan gi en frykt og engstelig følelse, samt at kronisk smerter kan gi depresjon (Stubberud et al, 2016. s.384).

### **3.3 Kartleggings verktøy**

Kartlegging av smerte kan gjøres ved hjelp av flere verktøy. Numeric Rating Scale (NRS) er en av de vanligste måtene å kartlegge smerte på og gjøres på en skala som går fra 0-10. Her symboliserer 0 ingen smerte og 10 verst tenkelig smerte. Et annet verktøy som kan kartlegge smerteintensiteten er Visuell Analog Skala (VAS). Her ber man pasienten sette et kryss på den 10 cm lange linjalen på bakgrunn av hvor lav/høy smerteintensiteten er akkurat da (Knutstad & Nielsen, 2006. s.214-215). Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) kartlegger 9 ulike symptomer, hvor smerte i ro og smerte i bevegelse er to av de 9. En svarer ved hjelp av en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage. Ved hjelp av ESAS får en frem pasientens helhetsfølelse av situasjonen (Myhra & Grov, 2010, s.211).

### **3.4 Musikk som smertebehandling**

Musikkterapi defineres som: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1990, s. 24). En kan forklare det som at musikkterapi er bruk av musikk for å fremme helse (Aasgaard, 2006, s.66). I følge Schmid og Skrudland skiller en i hovedsak mellom aktiv og reseptiv musikkterapi. Aktiv musikkterapi kan beskrives som handlinger hvor en er i aktivitet, som når en synger eller improviserer på et instrument eller med stemmen. På den andre siden har en reseptiv musikkterapi, som er aktiviteter hvor en lytter til musikken som enten blir fremført eller spilt på CD (Stige & Ridder, 2016, s.179).

Musikken påvirker flere områder i menneskekroppen, den vil kunne gå igjennom filtre som styrer logisk og analytisk tenkning, musikken vil da kunne få direkte kontakt med følelsene våre. Lyd, defineres som kinetisk bevegelse energi, noe som igjen vil danne bølgende svingninger (Johannessen, 2008, s.77-78). Det kan være flere teorier på hvordan musikk virker smertelindrende. I følge Aasgaard kan smerte beskrives som en tredimensjonal opplevelse som består av tre aspekter; sensorisk, affektiv og kognitiv. Disse tre aspektene kan påvirke spesialiserte portceller i ryggmargen til enten å lukke eller åpne for den smerten som kommer. Musikken vil da påvirke slik at porten i ryggmargen tilstoppes for smerten som kommer. Videre er det en teori om at musikk lindrer smerten ved at musikken har en distraherende effekt, som igjen får kroppen til å se forbi smerten eller ikke registrere den. Dette på grunn av at lyden oppfattes i samme system som smerteimpulsene. Fysiologisk så ligger thalamus i hjernen, her registreres smerteimpulsene og sendes videre til den prefrontale hjernebarken. Her vil en da istedenfor å bli oppmerksom på smerten, bli oppmerksom på lyden/musikken. Smerte kan og fremme produksjonen av endorfiner, avlede oppmerksomhet og fremme opplevelsen av kontroll i en situasjon hvor en føler manglende kontroll (Aasgaard, 2006, s. 100-102).

Professor i musikk, legor Reznikoff mener den menneskelige stemmen er det instrumentet med kraftigst virkning, noe han selv har forsket på. Professoren mener videre at stemmen trenger dypere inn i bevisstheten enn andre stimuli. Menneskestemmen, som han omtaler som en spesielt ren lyd, har en helbredende effekt. Desto renere lyden er, desto kraftigere virkning har det. Dette gjelder på både fysiske og psykologiske plan (Johannessen, 2008, s.80).

Ved palliativ smertebehandling vil alltid medikamenter ligge som grunnbehandling, mens ikke-medikamentelle tiltak bør inkluderes som en del av den palliative smertebehandlingen (Loge & Kaase, 2016, s.383).

### 3.5 Hjemmedød

Omsorg og pleie ved livets slutt kan innebære flere utfordringer. Som sykepleier skal man ha kunnskaper om hva som skjer ved livets slutt, men liksom må man ha god holdning. En god omsorg kan en gjøre ved å vise interesse, engasjement og ha en erfaring (Kirkevold, Brodtkorb, Ranhoff, 2010, s.447).

For å ha den palliative behandlingen i hjemmet er det viktig at personer som kan tilrettelegge for dette blir kontaktet. Hjemmesykepleien fungerer ofte som en koordinator og er sentral når det skal samarbeides med andre helse-og-sosialtjenester (Kirkevold et al, 2010, s.204). I noen områder finnes det tverrfaglige palliative ressursgrupper, dette er en gruppe som har ekstra kompetanse i lindrende behandling. De kan bistå annet personale eller ta ansvar for pasienter og pårørende selv (Fjørtoft, 2016, s.82). Hjemmesykepleien er ansvarlig for at pasienten opplever god lindrende omsorg og pleie. I situasjoner hvor pasienten skal ha lindrende behandling i hjemmet er det viktig at en så godt som det lar seg gjøre har en kontinuitet i personalet og utpeker en pasient- ansvarlig sykepleier (Fjørtoft, 2016, s.82).

Studier viser at ved bevisst satsing på å øke kompetanse innen palliasjon, samt styrke hjemmesykepleien bidrar til flere tilfeller av hjemmedød. Det er viktig at de organisatoriske forholdene er lagt til rette for at en skal få dø hjemme (Loge & Kaase, 2016, s.165).

Organisatoriske forhold som gjør at flere dør hjemme er:

Økt satsing på palliativ kompetanse, økt satsing på hjemmebasert omsorg, kontakt med fastlegen, planlegging av hjemmedødsfall sammen med pasient og pårørende, godt planlagt overføring fra sykehus til hjem, tilgjengelig kompetent helsepersonell døgnet rundt, kontinuitet i oppfølging, opplæring og undervisning av hjemmetjenesten ved behov, tilrettelegge slik at man unngår bruk av legevaktt i akutte situasjoner, forutseende forskrivning av symptomlindrende medikamenter organisert avlastning for de pårørende, systematisk informasjon til pårørende om pleiepenge for å pleie nærstående i hjemmet i livets siste fase. (Loge & Kaase, 2016, s.165).

Ved hjemmedød er det viktig at helsepersonell og pasienten sammen med pårørende har god kommunikasjon og samhandling. Det krever god tilrettelegging og planlegging ved hjemmedød. En må kartlegge om pasienten har et nettverk og ressurser rundt seg. Har pasienten et ønske om å avslutte livet hjemme og hvor stort er dette ønsket, hvordan skal de håndtere hvis sykdommen utvikler seg slik at det blir vanskelig å være hjemme og hva bidrar til at pasient og pårørende er trygg i en slik situasjon? (Loge & Kaase, 2016, s.166). Å ha pårørende som gode støttespillere er en forutsetning for at en skal kunne gjennomføre hjemmedød (Fjørtoft, 2016, s.81). En palliativ plan, som inneholder kontaktinformasjon til hjemmesykepleie og fastlege, samt en plan på symptomlindring som både inneholder medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, bør opprettes. Dette vil gi en sikkerhet både hos pasienten, pårørende og personalet (Loge & Kaase, 2016, s.167).

### **3.6 Sykepleieteoretiker**

Joyce Travelbee, som var utdannet sykepleier i 1946 er kjent for sin teori om det mellommenneskelige forholdet (Travelbee, 2007, s.5). Hun definerer menneske-til-menneske-forholdet som «Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2007, s.177). En kan forklare begrepet ved at begge, både pasient og sykepleier må oppfatte den andre som et unikt individ. Når en jobber med pasienten må en som sykepleier tenke på pasienten som et likeverdig menneske og ikke på sykdommen til pasienten eller at dette bare er jobb som må gjøres. Den andre veien må pasienten oppfatte sykepleieren som et unikt individ og ikke som en sykepleier lik alle andre sykepleiere. Målet er å få et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient og at de sammen jobber i prosessen om å danne et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2007, s.178). Videre definerer Travelbee sykepleie som: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2007, s.29). Hun var videre opptatt av å finne mening i lidelse og formidle håp. Ordet lidelse er et ord som kan ha flere beskrivende meninger, som «Å være utsatt for fysisk eller psykisk smerte» (Travelbee, 2007, s.99). Lidelse, så vel som sykdom, er noe hvert enkelt individ erfarer på sin egen måte. Å finne mening i lidelse

avhenger av om individets evne til å gå igjennom denne lidelsen og erfaringen en har til det. (Travelbee, 2007, s.98). Sammen med ordet lidelse, kommer ofte begrepet smerte frem. Smerte er noe Travelbee mener gjelder hele menneske, derfor vil det være urett å kategorisere det som enten fysisk eller psykisk smerte (Travelbee, 2007, s.112-113). Når et menneske lider er det viktig at en som sykepleier formidler håp. Håp kan forklares som en mental tilstand hvor en forventer og ønsker å oppfylle et mål som er innenfor det oppnåelige (Travelbee, 2007, s.117). For mange mennesker som nærmer seg slutten av livet kan det være vanskelig å ha et håp, og følelsen av håpløshet blir sterkere. Det er da spesielt viktig at den profesjonelle sykepleies oppgave kommer frem ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe. Den profesjonelle sykepleie blir definert som: «Den profesjonelle sykepleies oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp». (Travelbee, 2007, s.123). Syke mennesker trenger i følge Travelbee både fysisk og psykisk støtte. Ved å være uoppmerksom på personens behov vil en kunne frata personen håpet. Spesielt da mange har vanskeligheter med å si ifra eller spørre om hjelp. Dette er noe en som sykepleier har ansvar for og skal tilby hjelp uten at pasienten skal føle at hen må spørre. Ordet håp er beslektet med valg og tillit. Derfor er det viktig at en som sykepleier lar pasienten ta del i hvilke beslutninger som tas. Likså som tillit er det noe en må opparbeide seg gjennom atferd. Til slutt mener Travelbee at en ikke kan gi håp til pasientene, men at en kan tilrettelegge for at den som lider kan finne håpet selv. Hun mener videre at temaet håp og hvilke metoder som kan brukes for å få mennesker som lider til å oppleve håp, er noe som bør forskes videre på (Travelbee, 2007, s.124).

## 4.0 Resultat

Funnene fra de inkluderte artiklene vil struktureres ut fra de forskningsspørsmålene som var satt opp og tema resultatet viste. Oppgaven prøver å besvare problemstillingen som omhandler om musikk har en smertelindrende effekt hos palliative pasienter. De tema som er satt opp: Hadde musikkterapi en lindrende effekt på smerten, Hvilken type musikkterapi er brukt, Hvor lenge varte musikkterapien. To av studiene er randomisert kontrollstudier (Gallagher, Lagman, Rybicki, 2018) og (Bieligmeyer, Helmert, Hautzinger, Vagedes, 2018), to er kohortstudier (Gutgsell et al, 2013) og (Peng, Baxter, Lally, 2019) og den siste er en systematisk oversiktsartikkel (Schmid & Ostermann, 2010).

### 4.1 Hadde musikkterapi en lindrende effekt på smerten?

Overordnet viste studiene at musikk har en smertelindrende effekt hos (Gallagher et al, 2018, Bieligmeyer et al, 2018, Gutgsell et al, 2013, Peng et al, 2019, Schmid & Ostermann, 2010). I studien til Gutgsell et al ser man at både musikkterapi gruppen (n=99) og kontrollgruppen (n=99) viste en nedgang i smerteintensitet etter musikkintervensjonen. I musikkterapi gruppen har det endret seg henholdsvis fra 6,69 av 10, på NRS-skala, før intervensjonen til 4,74 av 10. I kontrollgruppen var endringen fra 6,41 av 10 før musikkterapi til henholdsvis 5,86 av 10. Signifikant endring i begge gruppene ( $p < 0,0001$ ) (Gutgsell et al, 2013, s.827-829).

Av de 293 pasientene som deltok i undersøkelsen til Gallagher et. al, viste endringen å være fra henholdsvis 2,8 av 10 til 2,2 av 10 på VAS ( $p\text{-verdi} = < 0,001$ ). I denne studien skulle pasientene sette opp et til seks mål for musikkterapien av totalt 20 mål. Musikkterapeuten dokumenterte om målene ble nådd eventuelt ikke nådd. 56% hadde valgt ut redusert smerte som et mål. Det var 56,7% som nådde målet, 41,5% som ikke fikk innfridd målet og 1,8% var uvisst om målet var blitt innfridd eller ikke. Forskeren spurte etter musikkintervensjonen om hvordan smerten til pasientene var. 95 svarte at de hadde mildere smerte, 185 hadde samme smerte og 13 hadde forverret smerte (Gallagher et. al, 2018, s.252-254).

Ved Peng et al sin studie vises det en endring hos de totalt 43 pasientene som deltok, fra henholdsvis rett under 3,5 av 10 til rett over 1,5 av 10 på ESAS-skjema ( $p\text{-verdi} = < 0,001$ ). I

denne studien skulle pasientene også svare på fire spørsmål og det var flere positive tilbakemeldinger. Den ene pasienten beskrev at hun følte hun kunne rømme fra øyeblikket og spesielt smerten, og med en gang musikken stoppet kom smerten og øyeblikket tilbake igjen. Hun følte hun klarte å fokusere på musikken når den spilte. En annen pasient svarte at musikken tok henne med til en plass som ikke kan beskrives (Peng et al, 2019, s. 46-47).

Studien gjort av Bieligmeyer et al viste at hos musikkterapi gruppen (n=21), endret smerten seg fra henholdsvis 12,88 til 10,00 av 100 (p-verdi=0,21). I kontrollgruppen (n=23) endret smerteintensiteten seg fra henholdsvis 12,75 til 15,36 av 100 (p-verdi=0,07) (Bieligmeyer et al, 2018, s. 174-175).

#### **4.2 Hvilken type musikkterapi er brukt?**

Det blir i studiene brukt forskjellig form for musikk i intervensjonen (Gallagher et al, 2018, Bieligmeyer et al, 2018, Gutgsell et al, 2013, Peng et al, 2019, Schmid & Ostermann, 2010).

Gutgsell et al brukte i sin undersøkelse havtrommel, om pasienten ønsket dette, i tillegg til harpespill. Harpe ble spilt i et sakte tempo, på en beroligende måte. Pasientene ble også bedt om å se for seg trygt sted, puste rolig, slappe av i muskler og få en autogen avslapping (Gutgsell et al, 2013, s.825-826).

I studien gjort av Gallagher et al er det brukt seks former for musikkterapi som ble kategorisert slik: musikklytting, verbal/kognitiv, vokaldeltakelse, fysisk deltakelse, verbal/emosjonell deltakelse og musikkassistert avslapning. Totalt ble det funnet 37 forskjellige musikkstiler som pasientene foretrakk, hvor live-musikk og pasient foretrukket musikk er det som ble brukt i de fleste intervensjoner (Gallagher et al, 2018, s.251).

Undersøkelsen utført av Peng et al brukte levende musikk. Musikken ble spilt av en musiker som hadde et bredt repertoar og pasientene kunne foretrekke og velge sanger eller melodier (Peng et al, 2019, s. 46).



Bieligmeyer et al brukte i sin studie vibrasjonsakustisk musikk. Pasientene lå på en lydseng, mens musikkterapeuten spilte på lydbunnen som inneholdt 48 strenger (Bieligmeyer et al, 2018, s. 173).

Den systematiske oversikten skrevet av Schmid & Ostermann tar for seg 11 kliniske studier og 9 rapporter. Her er det brukt flere forskjellige musikkterapi og teknikker som inkluderer aktiv og mottakelig musikkterapi, hvor musikklytting har en fremtredende rolle. I noen få studier blir både aktiv og mottakelig musikkterapi tilbydd (Schmid & Ostermann, 2010, s.3).

### **4.3 Hvor lenge varte musikkterapien?**

Ikke alle studiene har gjort rede for hvor lang tid musikkterapien varte. I den randomiserte undersøkelsen hadde musikkterapien en varighet på 20 minutter (Gutgsell et al, 2013, s.825). Videre i artikkelen fra Gallagher et al ble det ikke spesifisert hvor lenge musikkterapien varte. (Gallagher et al, 2018, s.252). Studien skrevet av Peng et al spesifiserte ikke hvor lenge musikkterapien varte. Det står skrevet i teksten at det var begrenset med tid, da det bare var juni & juli 2017 som ble inkludert i studien, derfor ble det et begrenset antall pasienter. De hadde heller ikke inkludert en kontroll gruppe, da de ønsket at flest mulig skulle få mulighet til å oppleve musikkintervensjonen (Peng et al, 2019, s. 47-49).

Intervensjonen i studien til Bieligmeyer et al varte i 10 minutter (Bieligmeyer et al, 2018, s.171). Fra oversiktsartikkelen til Schmid & Ostermann er varigheten av musikkterapien forskjellig. De fleste forfatterne rapporterte at gjennomsnittlig varighet av en musikkterapi var mellom 20-60 minutter (Schmid & Ostermann, 2010, s.7).

### **4.4 Resultat fra kritisk vurdering av artiklene:**

Studien til Gutgsell et al (2013) scoret 8 av 9 poeng ved bruk av RCT-sjekkliste (Helsebiblioteket, 2016). Forfatteren manglet blinding av deltakere og helsepersonellet som var med på gjennomføring av undersøkelsen. Studien hadde gjort tydelig rede for hva målet med undersøkelsen var, samt at gruppene (musikkterapi og kontroll) hadde et så godt som likt utgangspunkt ved starten av intervensjonen (Gutgsell et al, 2013).

Gallagher et al (2018) manglet identifisering av alle viktige forvekslingsfaktorer og uklart hvor godt pasientene ble fulgt opp i ettertid av undersøkelsen. Forfatteren hadde rekruttert

pasientene på en tilfredsstillende måte. Studien ble scoret til 10 av 12 poeng ved bruk av kohort sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

Studien til Peng et al (2019) scoret 10 av 12 poeng ved bruk av kohort sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). Studien hadde ikke målt utfallet presist, ei heller ikke identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer. Forfatteren hadde gjort tydelig rede for hva målet med undersøkelsen var (Peng et al, 2019).

Bieligmeyer et al (2018) gjorde fordelingen (randomiseringen) av pasientene på en tilfredsstillende måte. Nyttene av studien og om fordelene er større enn ulempene er uklare. Undersøkelsen er scoret til 8 av 9 poeng ved bruk av RCT-sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

Studien til Schmid & Ostermann (2010) scoret 7 av 8 poeng ved bruk av sjekklister for oversiktsartikkel (Helsebiblioteket, 2016). Forfatteren har ikke fremstilt resultatene i en metaanalyse. De inkluderte studiene er dog tilstrekkelig vurdert og sjekket av en uavhengig anmelder (Schmid & Ostermann, 2010)

## 5.0 Drøfting

I drøftingen vil jeg se på ulike vinkler i forhold til problemstillingen som omhandler om musikkterapi har en smertelindrende effekt og på hvilken måte man som sykepleier kan bruke dette hos hjemmeboende palliative pasienter. Jeg vil diskutere dette ut fra mine tre hovedfunn; 1. Hadde musikkterapi en lindrende effekt på smerten? 2. Hvilken type musikkterapi er brukt? Hvor lenge varte musikkterapien? Til slutt i drøftingen vil jeg ta for meg metoden som er brukt, og se på positive og negative sider ved den.

### 5.1 Har formen for musikkterapi noe betydning for effekten?

Reseptiv musikkterapi er brukt gjennomgående i alle de fem inkluderte artiklene (Gallagher et al, 2018., Bieligmeyer et al, 2018., Gutsgell et al, 2013., Peng et al, 2019., Schmid & Ostermann, 2010). Reseptiv form er aktiviteter hvor en lytter til musikken som enten blir fremført eller spilt på CD (Stige & Ridder, 2016, s.179).

Det ble sett en signifikant nedgang i smerteintensitet hos Gutsgell et al (2013) og Peng et al (2019). Undersøkelsen gjort av Gallagher et al (2018) viste en liten nedgang i smerteintensitet etter intervensjonen og i studien til Bieligmeyer et al (2018) ble det sett minimal effekt.

Standardisert musikkterapi ble brukt i studien til Bieligmeyer et al (2018) og Gutsgell et al (2013). Bieligmeyer et al (2018) brukte vibroakustisk musikk. Vibroakustisk musikk er i følge forfatteren musikk som pasienten både hører og sanser. Pasienten ligger på en lydseng og føler strengenes vibrasjon på kroppen (Bieligmeyer et al, 2018, s.173). Gutsgell et al brukte live-musikk hvor harpe og eventuelt havtrommel ble spilt, om pasientene ønsket det.

Forfatteren i studien skriver i sin diskusjon at han tidligere har observert at pasienter i smerte ofte er sårbare og ønsket deres om å håndtere smerten overstyrer valg av musikk. Pasientene rapporterte ofte lavere smerte etter at forskeren hadde valgt ut musikk etter nøye gjennomgang. På bakgrunn av dette ønsket forfatteren å ha en standard musikk i sin musikkterapi (Gutsgell et al, 2013). På den andre siden kan en stille seg spørrende til om standardisering til alle er det som gir best lindring for smerte?

På motsatt side er Gallagher et al (2018) sin forskning friere ved at pasientene kan foretrekke musikk og velge mer enn en type om ønskelig. Her viste det seg at nesten alle (96%) ønsket å lytte til musikk og forfatteren kommenterer i sin artikkel at det ble brukt pasientforetrukket musikk i de fleste musikkterapi. Pasientforetrukket musikk av den reseptive formen ble også brukt hos Peng et al (2019). Her kunne pasientene legge frem sine preferanser for musikk. Musikeren som spilte prøvde å møte pasientens preferanse så godt det lot seg gjøre. Gallagher et al (2018) kommenterer i sin studie at pasientforetrukket musikk har i litteraturen vist seg å ha best effekt. Peng et al (2019) begrunner også det frie valget av musikk og skriver at ved å gi pasientene mulighet til å ta et valg, vil det kunne gi tilbake den viktige drivkraften og kontrollen mange har mistet gjennom sykdomsforløpet. På den måten kan en gjennom forskning se både fordeler og ulemper med pasientforetrukket musikk av den reseptive formen i palliativ omsorg.

Aktiv form for musikkterapi er forskjellig fra reseptiv form og kan beskrives som handlinger hvor man er i aktivitet, som når en synger eller improviserer på et instrument eller med stemmen (Stige & Ridder. 2016, s.179). Den aktive formen for musikk ble sett i undersøkelsen til Gallagher et al (2018). Her kunne pasientene velge å ha verbal/kognitiv deltakelse (30%), vokal deltakelse (ca.30%) og fysisk deltakelse (ca.13%) som et av målene.

På bakgrunn av at resultatene ikke skiller mellom type intervensjon, vil det være vanskelig å se om det er mer smertereduksjon hos den ene formen enn den andre. Smerte er i tillegg en subjektiv følelse (Loge & Kaase, 2016, s.328-329). Derfor vil den oppleves forskjellig fra person til person. Gallagher et al (2018) konkluderer likevel med at vokal og verbal/emosjonell musikkterapi har størst innvirkning på symptomene. Dette er dog noe som også blir nevnt i litteraturen av professor Igor Reznikoff. Han mener den menneskelige stemmen er det instrumentet med kraftigst virkning, noe han selv har forsket på. Professoren mener at stemmen trenger dypere inn i bevisstheten en andre stimuli (Johannessen, 2008, s.80). Schmid & Ostermann (2010) kommenterer i sin forskning at selv om både reseptiv og aktiv form for musikk kan finnes i hjemmebasert omsorg, er musikklyttende intervensjon fremtredende.

Da den aktive formen for musikkterapi også kan gjøres ved å lytte til musikk kan en ikke se bort ifra at enkelte pasienter både kan ha brukt reseptiv og aktiv form for musikk. Dette kan en for eksempel ved synge med eller tappe med foten/klappe i takt med musikken som blir spilt. Dette er heller ikke noe som kommer frem i artiklene.

Som kommende sykepleier tenker jeg at mennesker i den palliative fasen er individer som har levd et liv og har for det første forskjellig musikkpreferanser, og for det andre forskjellig symptomer og smerteintensitet. Derfor vil det kunne være forskjell på hva som gir best effekt for den enkelte. For en som har spilt piano vil effekten kanskje være større om han selv får spille, enn å høre på annen musikk. Sett ut ifra at han er i stand til å spille piano. Derimot kan det være motsatt hos andre.

## **5.2 Har varigheten av intervensjonen noe betydning?**

Varigheten av musikkterapien er forskjellig, alt fra 10 til 60 minutter, samt at enkelte studier ikke har gjort rede for lengden av intervensjonen (Gallagher et al, 2018, Bieligmeyer et al, 2018, Gutgsell et al, 2013, Peng et al, 2019, Schmid & Ostermann, 2010). Ut ifra studiene ser man at musikkterapi har effekt, derfor kan det bli vanskelig å trekke frem en spesiell lengde på musikkterapien. Likevel kan man på den ene siden tenke seg at 10 minutters - musikkterapi kan være for kort til å gi ønsket effekt, med tanke på undersøkelsen til Bieligmeyer et al (2018). På den andre siden så skilte denne studien seg ut fra de andre studiene når det gjaldt type musikk. Derfor vil det være vanskelig å si om det er lengden eller type musikk som gir den manglende effekten. Imidlertid tenker jeg det ikke er varigheten som er viktig, men om pasienten opplever effekt og når dette inntreffer. Effekten vil kunne oppnås på ulike tidspunkter hos de forskjellige pasientene, på bakgrunn av og som nevnt tidligere, at smerte er en subjektiv følelse (Loge & Kaase, 2016, s.328-329). Teorien om hvordan musikk virker på menneskekroppen er også forskjellig. En teori er at musikk lindrer smerten ved at musikken har en distraherende effekt, som igjen får kroppen til å se forbi smerten eller ikke registrere den (Aasgaard, 2006, s. 100-102). Som sykepleier tenker jeg det derfor vil være viktig å ha god kommunikasjon med pasienten og samhandle med pårørende, slik Loge & Kaase nevner i forbindelse med hjemmedød (Loge & Kaase, 2016, s.166). Ved å kommunisere godt med pasienten vil man i fellesskap kunne finne ut om musikken gir effekt, og hvor lang intervensjon pasienten synes er behagelig og nødvendig.

### 5.3 Begrepet «total pain»

RCT studien gjort av Gutgsell et al (2013) viste at smerten ble redusert i begge grupper, selv om musikkterapi-gruppen hadde høyest smertelindrende effekt. En kan tenke at den reduserte smerten også kan ha sammenheng med hvordan forskningen ble gjennomført. Begge gruppene ble innledet ved at lysene ble dempet, fikk tilbud om teppe og slo av telefoner og pasientene ble bedt om å slappe av. En kan derfor undre seg over om dette i seg selv kan ha en dempende og beroligende effekt, som videre kan gi en smertelindrende effekt. Dette på bakgrunn av Saunders begrep om «total pain», hvor hun mener smerte aldri bare er fysisk, men at det kan være preget av psykisk og følelsesmessige faktorer også (Palliasjonens mor, 2017). Musikk kan i følge Johannessen også bidra til å slippe ut følelser og ved å få kontakt med følelsene, vil det virke helsefremmende (Johannessen, 2008, s. 82). For øvrig kunne man se at angst, depresjon og kortpusthet også ble redusert etter musikkterapi i artiklene fra Gallagher et al (2018) og Peng et al (2019). Samt i undersøkelsen til Bieligmeyer et al (2018) ser en at tilfredshet, kroppsvarme og varmfordeling er bedre i musikkterapi gruppen enn kontrollgruppen. Med tanke på begrepet «totalt pain» og Fjørtoft sin beskrivelse om at de somatiske symptomene ofte også forsterker hverandre i den palliative fasen (Fjørtoft, 2016, s.79), tenker jeg også muligheten for at de kan redusere hverandre er der. Med dette tenker jeg det er viktig at man som sykepleier er bevisst på at også andre symptomer kan reduseres med musikkterapi.

### 5.4 Hvordan implementere musikkterapi i hjemmesykepleie?

På bakgrunn av egne erfaringer fra hjemmesykepleie praksis og gjennom samtale med studievenninner, sitter vi igjen med et inntrykk av at musikk blir benyttet lite i palliativ omsorg. På en måte kan man undre seg over om det skyldes lite fokus på alternative behandlingsmetoder under sykepleieutdanningen. På den måten vil muligens ikke alle sykepleiere ha kunnskapen og ideen om at musikk faktisk kan brukes som supplerende behandlingsmetode mot smerter og andre symptomer.

På en annen måte kan en ikke være sikker på hvor mye musikk er brukt i hjemmebasert omsorg. Dette basert på at man som sykepleier *bare* er innom pasientene en til flere ganger daglig. Ut ifra dette vil det være vanskelig å si hvor mye pasientene selv bruker musikk, som

ikke blir rapportert. Derimot er musikkterapi noe enhver sykepleier kan gjøre, da det finnes ulike former for musikkterapi. Dette blir også styrket av forskningen som er blitt presentert, som legger frem reseptiv form som et godt alternativ. I litteraturen blir musikk beskrevet som et verktøy som er lite ressurskrevende, enkelt, billig, utgjør en høy pasienttilfredshet, krever lite spesialkompetanse og gir få bivirkninger (Myskja & Lindbæk, 2000a).

I den kvalitative og kvantitative undersøkelsen til Peng et al (2019) beskriver den ene pasienten at det hver dag kommer noe nytt medisinsk sett, og at musikken er det eneste som er konstant. En annen pasient følte at musikken bragte med seg gode ideer, og vedkommende gledet seg til å komme hjem og gjøre hobbyene sine. På den måten kan en tenke at musikk kan gi pasienter håp. Håp til å utnytte og ha det godt den siste tiden, håp om at døden skal bli fredfull og fin. I følge Travelbee henger ofte lidelse og smerte sammen (Travelbee, 2007, s.112). Når et menneske er ved slutten av livet og føler lidelse, vil mange også kunne miste håpet og føle en håpløshet. Her mener Travelbee at det er en sykepleiers oppgave å hjelpe den syke til å unngå håpløshet og holde fast ved håpet som er. På den andre siden mener Travelbee at man som sykepleier skal hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håpet (Travelbee, 2007, s.123).

I følge Erikson kommer håpet ut av et positivt forhold mellom tillit og mistillit og grunnlaget for tillit er at man vet hjelpen er der når en trenger det (Travelbee, 2007, s.118). På den måten tenker jeg det er viktig at man som sykepleier bygger opp et tillitsforhold mellom seg selv og pasienten. Tillit tenker jeg på en måte kan skapes ved å vise god omsorg. Dette på bakgrunn av Travelbee`s mening om at tillit er troen på at andre yter hjelp når det trengs (Travelbee, 2007, s.120). Ifølge Kirkevold kan en gi god omsorg ved å vise interesse, engasjement og ha erfaring (Kirkevold et al, 2010, s.447). Interesse og engasjement er noe som kan vises gjennom handlinger og holdninger. Ettersom Travelbee mener tillit er noe en må opparbeide seg gjennom atferd (Travelbee, 2007, s.124).

Ved hjelp av ESAS kartleggings skjema kan man som sykepleier kartlegge pasientens symptomer, også smerte (Myhra & Grov, 2010, s.211). Kartlegging av blant annet pasientens interesser, ønsker og behov tenker jeg også er viktig. Basert på Travelbee`s mening om at en vil ved å være uoppmerksom på personens behov kunne frata personen håpet. Spesielt da

mange har vanskeligheter med å si ifra eller spørre om hjelp. Dette er noe en som sykepleier har ansvar for og skal tilby hjelp uten at pasienten skal føle at hen må spørre (Travelbee, 2007, s.124).

Travelbee mener at håp ikke er noe som kan gis til pasientene, men at en kan tilrettelegge for at den som lider kan finne håpet selv (Travelbee, 2007, s.124). På den måten tenker jeg at som sykepleier kan man ved å ha kunnskaper om musikk som en alternativ behandlingsmetode, informere om musikkens virkning på smerte. Dette vil kunne gi pasientene håpet tilbake. Å forklare om musikkens innvirkning på smerte er noe Johannessen nevner i sin liste om hvordan musikk kan være (Johannessen, 2008, s. 86). Hun skriver videre på listen at man som sykepleier skal legge frem hvilken musikk pasienten skal få høre og spørre pasienten om å ta imot tilbudet (Johannessen, 2008, s. 86). Her tenker jeg det kan være hensiktsmessig å legge frem forskjellige måter å gjøre musikkterapi på. Ved å være oppdatert på forskning vil man også kunne vite hva som fungerer, og eventuelt hva som ikke fungerer. Pasienten vil da kunne være inkludert i sin behandling og på den måten vil man også ivareta paragraf 3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (2018). Sørge for at pasienten ikke blir forstyrret mens intervensjonen pågår og tilrettelegge omgivelsene (dempet belysning og frisk luft) er også noe Johannessen mener er en sykepleiers oppgave (Johannessen, 2008, s. 86). Da musikkterapien her skal foregå i hjemmet, vil pasientenes hjem være like forskjellig som pasientene selv. Dette gjør at man vil møte mange forskjellige hjem, både hjem som er tilrettelagt for at intervensjonen kan gjøres i rolige omgivelser, men også ikke. Likevel tenker jeg at man som sykepleier kan som Johannessen nevner dempe belysningen og se til at pasienten har frisk luft. Andre tiltak jeg tenker kan være med på å gjøre atmosfæren bedre er å ha telefonen på lydløs, se til at pasienten har god ligge eller sittestilling og om ønskelig ha et teppe over seg.

I oversiktsartikkelen til Schmid & Ostermann (2010) kommer det frem at noen pasienter fikk med seg grunnleggende teknisk utstyr som kassettspiller, hodetelefoner og en spilleliste med forhåndsvalgt musikk. På den ene siden vil dette kunne bli et spørsmål om økonomi. Som en følge av at økonomi ligger til grunn for enhver omorganisering for å spare penger i hjemmesykepleier (Kattouw & Wiig, 2019). Og om dette vil bli prioritert er et spørsmål. På den andre siden kan en stille seg spørrende til om dette på sikt kan være lønnsomt og gi en



bedre og mer tilfreds smertelindring hos pasientene? Dette med tanke på bruken av medikamenter, bivirkninger det gir og hvor store kostnader dette utgjør. Studien til Peng et al (2019) omhandler i tillegg til spørsmålet om smerteintensiteten går ned etter musikkterapi, også bruken av medikamenter. Det var totalt 33 pasienter som var inkludert i medikament analyse. Resultatet viste en tendens til nedgang ( $p=0,10$ ). Før intervensjonen var morfinbruk per os på mellom 40 og 50mg til henholdsvis mellom 30 og 40mg etter musikkterapi. Tidsperioden som morfinbruken ble målt var varierende og avhengig av når pasienten kom til avdelingen og når pasienten fikk intervensjonen (Peng et al, 2018, s. 46). På bakgrunn av denne studien kan en tenke seg at ved å ha kunnskaper om bruken av musikk som en komplementær behandlingsmetode, kan bruken av opioider reduseres. Ved å redusere bruken av medikamenter vil dette være med på også å redusere bivirkningene det gir. I følge felleskatalogen kan morfin gi bivirkninger som blant annet: obstipasjon, hallusinasjoner, kløe, døsighet og kvalme (Felleskatalogen, 2019).

Det kan tenkes at mange også har utstyr til musikkterapi eller kjenner noen som har det. Derfor kan en også som sykepleier legge til rette for at pasientene selv kan ta i bruk musikk. Ved å lage en spilleliste på telefonen, finne frem ønsket artist eller legge frem forslag om CD-er vil dette være oppnåelig. I artikkelen til Gutgsell et al (2013) ble musikken som var brukt i terapien lagt frem i metoden. Ettersom resultatet i artikkelen tilsa en reduksjon av smerte, vil musikken ha en bevist effekt og lett kunne implementeres hos andre. Som sykepleier kan man også undersøke nærmiljøet og hvilke muligheter det finnes. Er det mulighet for musikkterapi med musikkterapeut? Og er det mulig å få dette til i hjemmet?

### **5.5 Drøfting av metode**

Bruken av musikk kan være forskjellig fra land til land. Derfor vil forskning fra Norge være av høyest kvalitet. Men dette er noe som ikke lot seg gjøre. Derimot er funnene fra forskningsartiklene relativt like, til tross for at det er fra forskjellige land. Med dette som bakgrunn kan en tenke seg at landene har overføringsverdi til det norske samfunnet.

Studien til Peng et al (2019) har inkludert 46 pasienter og Bieligmeyer et al (2018) har inkludert 48 pasienter i studiene, noe som gjør at det er relativt få personer med. På en måte kan en tenke at funnene er troverdig på bakgrunn av resultatet. På en annen måte bør

en stille seg litt kritisk til resultatet. Når få pasienter er inkludert vil resultatet kunne være mer påvirket av den enkelte og bredden vil ikke være like stor. Dette gjør at studier av større omfang har et sterkere resultat.

Ikke alle studiene inkluderte alle komponenter i problemstillingen. Likevel tenker jeg at overføringsverdien er stor, dette på bakgrunn av at musikkterapi er et hjelpemiddel som er lite ressurskrevende, enkelt og krever lite spesialkompetanse (Myskja & Lindbæk, 2000a). Likevel ser en i artikkelen til Schmid & Ostermann (2010) at til tross for lik intensjon og mål, var resultatet slående. Her fant forskeren ut at det faktisk er en forskjell. Ved at musikkterapi-besøket i hjemmet ofte varer lenger, musikkterapeuten kan oppleves mer påtrengende i hjemmet enn på sykehuset, men på den andre siden inkluderer musikkterapien lettere pårørende i hjemmet. Pårørende kan gi presis informasjon om pasientens tilstand evt. og være med på intervensjonen. Derfor konkluderer forskeren med at musikkterapi i hjemmet også kan være gunstig for pårørende til pasienten. Det blir i midlertidig ikke sett på bruken av reseptiv musikkterapi som ved å lytte til CD opp mot levende musikk fra en musikkterapeut. En kan tenke seg at bruk av CD eller musikk fra telefon kan føles mindre invaderende enn en musikkterapeut. Det vil kunne være lettere å styre og finne musikktypen man selv ønsker.

Som tidligere nevnt har jeg ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) kritisk vurdert artiklene og laget et poengsystem. På en måte kan en si at ved å gjennomføre en kritisk vurdering som dette, vil gjøre at man blir mer bevisst på positive og negative sider ved hver studie. Likevel tenker jeg det er viktig å være bevisst på at vurderingen er tatt av en person, noe som gjør at det bare er en tolkning bak. Videre er vurderingen tatt av en med lite erfaring på feltet, på den måten tenker jeg en bør være kritisk også til annen kritiske vurderingen som er gjort.

Et av spørsmålene som ikke ble tilfredsstillende besvart i vurderingen, omhandlet om pasientene ble blindet tilstrekkelig. I forskningen til Gutsgell et al (2013) var forskeren bevisst på å minimere risikoen for bias, likevel forblir det en bias. Studien krever en tilstedeværelse av musikkterapeuten. Når deltakerne ikke kan bli blindet kan det være en mulig bias når de skal rapportere subjektive utfall, som ved smerte. Når musikkterapeuten

må være i rommet for at musikkterapien skal gjennomføres kan en stille seg undrende til om tilstedeværelsen av musikkterapeuten kan gi effekt i seg selv. Dette ble i midlertidig kommentert i artikkelen til Gallagher et al (2018) at musikkterapeuten ble sett på som en pasientene lett kunne betro seg til, på bakgrunn av intensjonen og at de ikke var hvitkledde slik som annet helsepersonell.

Et annet spørsmål som ikke hadde tilfredsstillende svar, omhandlet om forfatteren hadde identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer, noe jeg mener var uklart i både forskningen til Gallagher et al (2018) og Peng et al (2019). Dette på bakgrunn av at forfatteren tar med kjønn, alder og hvilken sykdom. På den andre siden er det ikke gjort rede for sosial status, utdanning, økonomisk situasjon og miljøfaktorer. Selv om forfatteren begrunner målet for studien kan det være interessant å se på faktorene som ikke er gjort rede for. Likevel kan en spørre seg selv om hvor vesentlig disse faktorene er for målet undersøkelsen har.

Siste spørsmålet som jeg velger å ta med fra den kritiske vurderingen er om fordelene med studien er større enn ulempene. Her svarte jeg «uklar» i studien til Bieligmeyera et al (2018). Dette på bakgrunn av at smerteintensiteten var så liten og en kan undres over om pasientene synes det var ubehagelig å ligge på trebjelkene uten at musikk ble spilt. Spesielt med tanke på at pasientene som er inkludert er palliative og dermed i en sårbar situasjon. Likevel er det fordeler ved at denne type musikkterapi ga annen effekt som: økt velvære, kroppsvarme og humør.

## 6.0 Konklusjon:

Hovedspørsmålet i litteraturstudien var om effekten av musikk kan brukes som smertelindring hos palliative pasienter. Funnene indikerer at musikkterapi, som en alternativ behandlingsmetode, viser effekt som smertelindring hos palliative pasienter. Den reseptive formen for musikkterapi trekkes frem, noe som også støttes av litteraturen. Varigheten av intervensjonen er varierende. Det er dog viktig at man som sykepleier samhandler med pasienten om hva hen synes er behagelig. Videre er det viktig at sykepleieren blant annet skaper tillit, kartlegger og tilrettelegger for at musikk kan brukes som en behandlingsmetode. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått erfart at det er vanskelig å finne forskning og litteratur som treffer alle elementer i problemstillingen. Det en ser er at på områder som omhandler palliativ pleie og smertelindring finnes det mye, men lite som tar for seg dette sammen med musikkterapi i hjemmet. Dette gjør at det blir vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner. Det bunner ut i at det trengs mer forskning på musikkterapi som smertelindring for palliative pasienter som bor hjemme.

## 7.0 Referanseliste:

- Aasgaard, T. (2006). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Bieligmeyer, S., Helmert, E., Hautzinger, M., Vagedes, J. (2018). Feeling the sound – short – term effect of a vibroacoustic music intervention on well-being and subjectively assessed warmth distribution in cancer patients – A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 171-178. DOI: 10.1016/j.ctim.2018.03.002.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drewes, M. A. (2006). Smertefysiologi. *Videnskap og praksis, statusartikkel*, 1941-1943. Hentet 10. Mai. 2019 fra:  
[http://ugeskriftet.dk/files/scientific\\_article\\_files/2013-11//artikel\\_3905.pdf](http://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2013-11//artikel_3905.pdf)
- Fangen, K. (2015. 17. juni). Kvalitativ metode. Hentet 20. Mai.2019 fra:  
<https://www.etikkom.no/fbib/introduksjon/metoder-og-tilnarminger/kvalitativ-metode/>
- Felleskatalogen (2019, 22. januar). *Morfin*. Hentet 14. Mai. 2019 fra:  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/morfin-takeda-561671>
- Finn, L., Green, R. A., Malhotra, S. (2017). Oncology and Palliative Medicine: Providing Comprehensive Care for Patients With Cancer. *Ochsner Journal*(4), 393-397. Hentet 9. Mai. 2019 fra:  
<http://www.ochsnerjournal.org/content/17/4/393.full>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 24. januar). *De fleste dør på sykehjem*. Hentet 7. Mai. 2019 fra:  
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Fonn, M. (2015, 17.november). *Vil ha døden tilbake i hjemmet*. Hentet 29. Mars. 2019 fra:  
<https://sykepleien.no/2015/11/vil-ha-doden-tilbake-til-hjemmet>
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskningsetikkloven. (2017). Forskerens aktsomhetsplikt (LOV-2017-04-28-23). Hentet 4. April. 2019 fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Gallagher, M. L., Lagman, R., Rybicki, L. (2018). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*(2), 250-257. DOI: 10.1177/1049909117696723  
[journals.sagepub.com/home/ajh](http://journals.sagepub.com/home/ajh).

- Gutgsell, J. et. al. (2013). Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 822-831. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008.
- Helsebiblioteket. (2016. 3.juni). *Sjekklistor*. Hentet 1. Mars. 2019 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2016, 3. juni). *PICO*. Hentet 24. April. 2019 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Jecklin, S. K & Emerson, H. (2010). The Impact of a Live Therapeutic Music Intervention on Patients' Experience of Pain, Anxiety and Muscle Tension. *Holistc Nursing Practice*, 7-15. Hentet 7. Mai.2019 fra: [https://ovidsp-dc1-ovid-com.galanga.hvl.no/sp-3.33.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BHNKFPDFDFACOCBCKPDKEGDKDNELAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00004650-201001000-00003%26S%3dBHNKFPDFDFACOCBCKPDKEGDKDNELAA00&directlink=https%3a%2f%2fovidsp.dc1.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPACKPDKEGBCFF00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00004650%2f00004650-201001000-00003.pdf&filename=The+Impact+of+a+Live+Therapeutic+Music+Intervention+on+Patients%27+Experience+of+Pain%2c+Anxiety%2c+and+Muscle+Tension.&pdf\\_key=FPACKPDKEGBCFF00&pdf\\_index=/fs047/ovft/live/gv031/00004650/00004650-201001000-00003](https://ovidsp-dc1-ovid-com.galanga.hvl.no/sp-3.33.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BHNKFPDFDFACOCBCKPDKEGDKDNELAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00004650-201001000-00003%26S%3dBHNKFPDFDFACOCBCKPDKEGDKDNELAA00&directlink=https%3a%2f%2fovidsp.dc1.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPACKPDKEGBCFF00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00004650%2f00004650-201001000-00003.pdf&filename=The+Impact+of+a+Live+Therapeutic+Music+Intervention+on+Patients%27+Experience+of+Pain%2c+Anxiety%2c+and+Muscle+Tension.&pdf_key=FPACKPDKEGBCFF00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv031/00004650/00004650-201001000-00003)
- Johannessen, B. (2008). *Komplementær og alternativ behandling- En grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2019). *Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet*. Hentet 30. April. 2019 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/12/organiseringen-av-hjemmesykepleien-kan-ga-ut-over-sikkerhet-og-kvalitet>
- Kelley, A. S. & Morrison, S. R. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The new England Journal of medicine*(8), 747-755. DOI: 10.1056/NEJMra1404684.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, H. A. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Knutstad, U. & Nielsen, B. K. (2006) *Sykepleieboken 2* (2.utg.). Akribe AS.
- Loge, S. & Kaase, H. J. (2016). *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Money, S. & Garber, B. (2018). Management of cancer pain. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 141-146. DOI: 10.1007/s40138-018-0170-9.

- Myhra, B. C & Grov, K. E. (2010) Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Forskning*, s. 210-218. Hentet 30. April. 2019 fra:  
<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/524309.pdf?c=1410453150>
- Mykja, A. (2008). *På vei mot en integrert medisin. En innføring i komplementær og alternativ behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Mykja, A., Lindbæk, M. (2000a) Eksempel på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Hentet 15. Februar 2019 fra:  
<https://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/eksempler-pa-bruk-av-musikk-i-klinisk-medisin>
- Mykja, A., Lindbæk, M. (2000b) Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Hentet 15. Februar 2019 fra:  
<https://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/hvordan-virker-musikk-pa-menneskekroppen>
- Norsk Forening For Musikkterapi (u.d). *Hva er musikkterapi?* Hentet 29.mars. 2019 fra:  
<https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>
- Pan, X. C., Morrison, S. R., Ness, J., Berman, F. A., Leipzig, M. R. (2000). Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnea, and Nausea and Vomiting Near the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 374-387. Hentet 9. Mai. 2019 fra:  
[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(00\)00190-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(00)00190-1/fulltext)
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2018). Rett til medvirkning og informasjon (LOV-1999-07-02-63). Hentet 8. April. 2019 fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Peng, S. C., Baxter, K., Lally, M. K. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*(1), 45-49. DOI: 10.1177/1049909118788643 journal. sagepub.com/home/ajh.
- Prisma. (u.d) *PRISMA Flow Diagram*. Hentet 10. Februar. 2019 fra:  
<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretisk perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum Forlag.
- Schmid, W. & Ostermann, T. (2010). Home-based music therapy – a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. *BMC Health Services Research*, 1-10. Hentet 11. Februar. 2019 fra:  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186%2F1472-6963-10-291>
- Stige, S. & Ridder, H.M. (2016). *Musikkterapi og eldre helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stubberud, D. G, Grønseth, R. Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneklige forhold i sykepleie* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Van Oorscot, B. et al (2004) Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. *Springer Medizin Verlag*, 992-999. DOI: 10.1007/s00103-004-0906-4.

Verdenshelseorganisasjon. (u.d.) *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet 15. Februar. 2019 fra: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



## VEDLEGG 1

Referanse/artikkel Land	Mål Lokasjon	Antall deltagere	Alder	Studietyp e	Kritisk vurde ring	Type musikk-terapi	Varighet terapi	Kartleggingsv erketøy Hovedutfalls mål * Sekundære instrumenter	Har musikk effekt som smertelindring?
Gutgsell et al. 2013  "Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controll trial"  USA	Se om en enkel musikkterapi-økt kan redusere smerte hos den palliative pasienten.  Begge gruppene ble innledet ved at lysene ble dempet og pasientene ble bedt om å slappe av. Deretter gikk terapeuten fra rommet ved kontroll gruppen. I musikkterapi gruppen spilte terapeuten musikk i form av	200 pasienter.  100 pasienter ble introdusert og bedt om å slappe av, fikk i tillegg musikktera pi.  100 pasienter ble introdusert og bedt om å slappe av, men fikk	18 år-	Randomis ert kontroll studie (kvantitati v metode)	8/9 poeng  RCT- sjekli ste	Live musikk	20 minutter	-NRS  * -FLACC -FPS	Det var reduksjon i smerteintensitet ved NRS skala. Total var det 99 personer i musikkterapi gruppen og 99 personer i kontrollgruppen som fulførte etter test.  I gjennomsnitt hos musikkterapi-gruppen. Før musikkintervensjonen var gjennomsnittlig smerteintensitet på 6,69 av 10 og etter musikkintervensjonen var det på 4,74 av 10.  I kontroll gruppen viste det og smertereduksjon. Gjennomsnittlig

	harpespill, og havtrommel om ønskelig, istedenfor å forlate rommet.  Intervensjonen ble utført på sykehus.	ikke musikkterapi.							smerteintensitet før de 20 minuttene på 6.41 av 10. Etterpå var smerten gått ned til 5.86.  P-verdien var 0,0001 i musikkterapi gruppen og 0,0001 i kontrollgruppen.
Scmid et al. 2010  “Home-based music therapy—a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare”  Tyskland	Målet med artikkelen er å vurdere og oppsummere innstillingene for hjemmebasert musikkterapi (HBMT).  Om musikkterapi kan være en effektiv tjeneste for mennesker som må behandles hjemme.	Totalt 20 internasjonale publikasjoner.  11 kliniske studier og 9 rapporter.	-	Systematisk oversikt	7/8 poeng  Oversiktsartikkel sjekkliste	Instrumental musikkterapi, musikklytting i form av ulike typer musikk sjanger /lyder inkl. Selvalgt musikk sjanger, sang, live-musikk, lyrisk analyse.	20-60 minutter.	-	I denne studien trekker jeg ut resultat som er relevant for oppgaven min.  Resultatet viser at de fleste som inkluderes i denne oversikten er eldre pasienter som bor hjemme og pasienter som trenger palliativ pleie.  Videre ser man at mottakelig musikkterapi eller sanger har en fremtredende rolle i HBMT.  Den ene artikkelen så på forskjell på kvaliteten på musikkterapi i hjemmet og

									på sykehus. Her fant forskeren ut at det er en forskjell. Ved at musikkterapi-besøket i hjemmet ofte varer lenger, musikkterapeuten kan oppleves mer påtrengende i hjemmet enn på sykehuset, men musikkterapien inkluderer lettere pårørende i hjemmet og kan gi presis informasjon om pasientens tilstand evt. være med på intervensjonen.
Gallagher et al. 2018  "Outcome of music therapy interventions on symptom management in palliative medicine patients"  USA	Målet var å se om musikkterapi hadde en smertelindrende effekt, hvilken intervensjon som hadde best effekt og om alder, kjønn og diagnose hadde påvirkning på musikkterapi intervensjonens virkning på smerte.	1570 pasienter og 5970 musikkterapi intervensjoner.	18år-	Kvantitativ studie	10/12 poeng  Kohort sjekkliste	Selvvalgt musikkterapi sammen med sertifisert musikkterapeut.  Pasientene kunne velge en eller flere av: musikklytting, verbal/kognitiv deltakelse,	Kommer ikke frem i artikkelen.	-VAS  * -Sad faces assessment tool -Nursing assessment of pain intensity	Resultatet er basert på 293 pasienter som innfridde alle inklusjonskriterier og bare pasientens første musikkterapi økt er inkludert.  Det ble i resultatet vist reduksjon av smerte.  Før intervensjonen viste gjennomsnittlig smerte på 2,8 av 10. Etter

	Intervensjonen ble utført på sykehus.					vokaldeltakelse, fysisk deltakelse, verbal/emosjonell deltakelse og musikkassisteret avslapping.			<p>intervensjonen så var gjennomsnittsvaret gått ned til 2.2 av 10.</p> <p>Av de 293 pasientene så svarte 95 at de hadde mildere smerte, 185 hadde samme smerte og 13 hadde forverret smerte etter musikkintervensjonen.</p> <p>P-verdien viste å være &lt;0,001.</p>
Peng et al. 2019 “Music intervention as a tool in improving patient experience in palliative care” England	Målet var å se om musikkterapi sammen med standard behandling reduserte smerten hos palliative pasienter. Studien så både på om smerteintensiteten ble redusert og om opioidbruken hos de pasientene som tok opoider, gikk ned.	46 pasienter	37år-96år	Kvantitativ og kvalitativ metode.	10/12 poeng Kohort-sjekkliste	Selvvalgt musikkterapi.  Pasientene (evt. sammen med familie) kunne velge mellom ulike musikalske sjangere.	Kommer ikke frem i artikkelen.	-ESAS  * Pasientene besvarte også 4 spørsmål etter intervensjonen	<p>Det var 43 pasienter som fulførte totalt sett og dermed inkludert i resultatet.</p> <p>Resultatene viste at det var nedgang i smerteintensitet etter musikkterapi intervensjonen.</p> <p>Før intervensjonen var ESAS i gjennomsnitt på mellom 3 og 3,5 av 10. Etter intervensjonen var smerten i gjennomsnitt gått ned til mellom 1,5 og 2 av 10.</p>

Intervensjonen ble utført på sykehus.										
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P- verdi var <0,001.

Det var 33 av 46 pasienter som brukte opoider og ble inkludert i dette resultatet. Det ble målt opoidbruk 24-timer før intervensjonen og 24 timer etterpå hos 19 av 33 pasienter.

Hos 14 av 33 pasienter ble opoidbruken målt i kortere tid før og etter intervensjonen, ikke spesifisert akkurat hvor lang tid.

Resultatet viser at opoidbruken gikk ned etter musikkterapi intervensjonen. Før intervensjonen viste inntaket av morfin seg å være mellom 40 og 50mg. Etter viste det seg å ha gått ned til mellom 30 og 40mg.

<p>Bieligmeyer et al. 2018</p> <p>“Feeling the sound-short-term effect of a vibroacoustic music intervention on well-being and subjectively assessed warmth distribution in cancer patients- A randomized controlled trial”</p> <p>Tyskland</p>	<p>Målet med studien var å se om vibroakustisk musikk gitt i en lydseng ga en bedre trivsel inkludert smertelindring hos kreftpasienter.</p> <p>Begge gruppene (musikkterapi og kontroll gruppe) ble innledet med 5 minutter hvor de skulle ligge stille på lydsengen (laget av trebjelker og et ullteppe som polstring) , deretter ble musikk spilt om det var musikkgruppen evt ikke ved kontroll gruppen. For så at begge gruppene avsluttet med fem 5 minutter hvor de lå stille på</p>	<p>48 pasienter</p>	<p>25år-65år</p>	<p>Randomisert studie (kvantitativ metode)</p>	<p>8/9 poeng</p> <p>RCT-sjekklister</p>	<p>Vibrasjonsakustisk musikk i lydseng.</p>	<p>10 minutter</p>	<p>-VAS</p> <p>*</p> <p>-Bipolar rating skala</p> <p>-BMQ selvrating skala</p>	<p>Resultatet viste at smertenivået økte marginalt i kontrollgruppen.</p> <p>Hos musikkterapi gruppen (n=21), endret smerten seg fra henholdsvis 12.88 til 10.00 av 100 (p-verdi=0,21).</p> <p>I kontrollgruppen (n=23) endret smerteintensiteten seg fra henholdsvis 12.75 til 15.36 av 100 (p-verdi=0,07).</p>
---	---	---------------------	------------------	--	---	---	--------------------	--	--

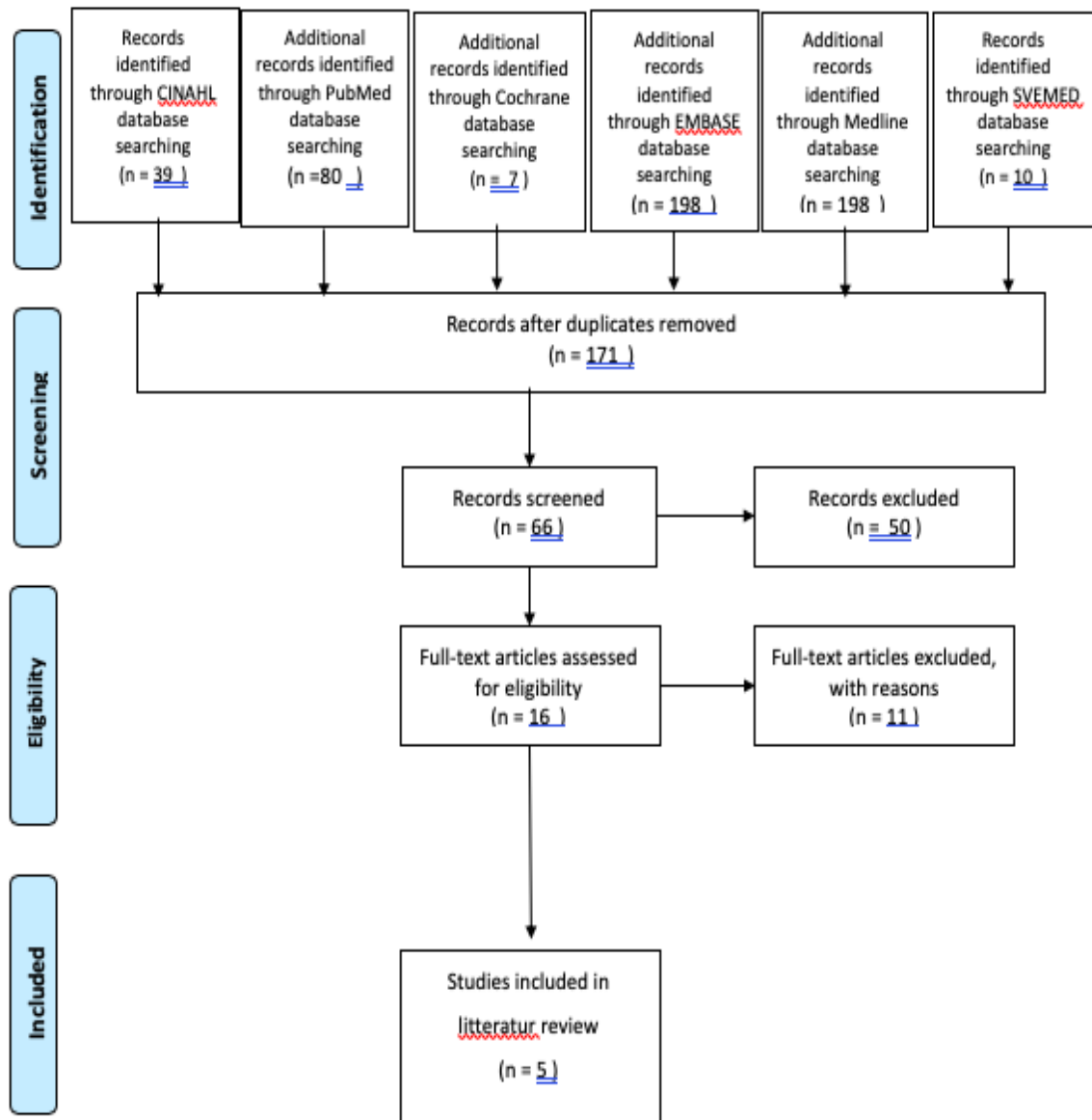
	lydsengen.								
	Intervensjonen ble utført på sykehus.								

*- Jeg har valgt å fremstille den kritiske vurderingen som-poeng i litteratormatrisen. Poengene er regnet sammen ved at hvert «ja» svar i sjekklisten gir 1 poeng. Om svaret er enten «nei» eller «uklart» regnes det ikke som 1 poeng. Jeg har unnlatt å regne med beskrivende spørsmål, disse trekker jeg derfor fra når jeg regner total poengsum. Det står også / mulige poeng totalt.*

## VEDLEGG 2



## PRISMA 2009 Flow Diagram





**VEDLEGG 3**Søkehistorikk:

Tabell 1: CINAHL (dato: 15.februar. 2019)

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
1	Palliative OR palliative care OR palliative treatment OR palliative medicine OR end-of-life-care OR hospice care		39,591			
2	Music OR music intervention OR music therapy OR singing		13,292			
3	Pain OR pain management OR pain relief OR pain reduction OR pain alleviation		189,676			
4	Home care services OR home nursing OR community care OR home based care		11,529			
5	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3 AND søk 4		0			
6	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3		39	20	6	1 Music intervention as a tool in improving patient experience in palliative care.

Tabell 2: PubMed (11.februar.2019)

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
1	Palliative OR palliative care OR palliative treatment OR palliative medicine OR end-of-life-care. Disse ble søkt med; Mesh terms, abstract/title, text word på hvert ord.		118,898			
2	Music OR music intervention OR music therapy. Disse ble søkt med; Mesh terms, abstract/title, text word på hvert ord.		22037			
3	Pain OR pain management OR pain relief OR pain reduction. Disse ble søkt med; Mesh terms, abstract/title, text word på hvert ord.		732294			
4	Home care services OR home nursing OR community care OR home based care. Disse ble søkt med; Mesh terms, abstract/title, text word på hvert ord.		50318			
5	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3 AND søk 4		3			
6	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3		80			

7	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3	Humans Year 18+	29	14	3	1 Home-based music therapy- a systematic overview of setting and conditions for an innovative in service in healthcare.
---	---------------------------	--------------------	----	----	---	--

Tabell 3: Cochrane (dato: 13.februar. 2019)

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
1	Palliative care OR palliative treatment OR palliative medicine OR end-of-life-care.		4012			
2	Music OR music intervention OR music therapy.		1817			
3	Pain OR pain management OR pain relief OR pain reduction OR pain alleviation		73477			
4	Home care services OR community care OR home based care OR home health care nursing OR home nursing.		26641			
5	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3 AND søk 4		0			
5	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3		8	2	1	1 Music therapy reduces pain in palliative care

						patients: a randomized controlled trial
--	--	--	--	--	--	---

Tabell 3: EMBASE/MEDLINE (11.februar.2019)

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
1	Palliative OR palliative care OR palliative treatment OR palliative medicine OR end-of-life-care.		153952			
2	Music OR music intervention OR music therapy.		27768			
3	Pain OR pain management OR pain relief OR pain reduction OR pain alleviation		1178198			
4	Home care services OR community care OR home based care OR home health care nursing OR home nursing.		61169			
5	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3 AND søk 4		1			
6	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3		198			
6	Søk 1 AND søk 2 AND søk 3	English Year: 18+ Last 10 year	43	20	6	2 Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in

						<p>Palliative Medicine Patients.</p> <p>Feeling the sound-short-term effect of a vibroacoustic music intervention on well-being and subjectively assessed warmth distribution in cancer patients- A randomized controlled trial.</p>
--	--	--	--	--	--	--