



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: **SYKSB3001**

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)**

Vurderingsform: **Prosjektoppgave**

Kandidatnr: **152**

Leveringsfrist: **20.02.2015 kl. 14:00**



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

MUSIKKTERAPI SOM OMSORG TIL MENNESKER MED LIDELSEN SCHIZOFRENI



Caricature of medical doctors, 1830. (Fotografi). Hentet fra [Encyclopædia Britannica ImageQuest](#)

Brukt med tillatelse.

Bacheloroppgave i sykepleie

HSH Stord

2015

Kull 2012

Antall ord: 8874

Sammendrag

Tittel: Musikkterapi som omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni.

Bakgrunn for val av tema: Jeg personlig har sett hvilke effekt musikkterapi kan ha til pasienter med alvorlig mentale lidelser som ved schizofreni, men samtidig virket det som at det var redusert med informasjon og kunnskap om denne terapiformen blant helsearbeidere. Ut i fra dette ønsket jeg personlig å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge slik terapi til pasienter med lidelsen schizofreni, for å så spre kunnskapen videre.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?

Oppgavas hensikt: Med å se på forskning og teori relatert til dette temaet, ønsker jeg å belyse om musikkterapi er en sykepleieoppgave. Samtidig er det min hensikt å rette fokus på temaet slik at musikkterapi kan bli mer utbredt som en psykoterapeutisk behandlingsform.

Metode: Systematisk litteraturgjennomgang er tatt i bruk for å samle informasjon fra tidligere forsknings studier.

Resultat: I de fem forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er fire av dem kvantitative, mens den femte er en kvalitativ artikkel. Alle artiklene tar for seg symptomlindring som et av hovedtemaene og viser at musikkterapi har god effekt på de negative symptomer som mennesker med lidelsen schizofreni kan oppleve. I tillegg ble det vist en psykososial utvikling i deltakerne og selv merket de at det var enklere å danne relasjoner til andre pasienter, sykepleiere og til samfunnet.

Nøkkelord: Music therapy, recovery, schizophrenia, care, mental health, nursing intervention.

Summary

Title: Music therapy in care for people with schizophrenia.

Background: I have personally seen the effects music therapy can have for patients with severe mental disorders such as schizophrenia, yet it seemed like there was not enough knowledge and information on this therapy form among health workers. Based on this I wanted to personally learn more on how I as a nurse can plan, initiate and perform such therapy for patients diagnosed with schizophrenia.

Thesis question: How can nurses use music therapy in the care of people diagnosed with schizophrenia?

Aim: By searching through research and theory related to this subject, I want to shed light on whether music therapy is a nursing task. Meanwhile it is my intention to add focus on the topic so that music can become more widespread as a psychotherapeutic treatment.

Method: Systematic literature review is used to gather information from previous research studies.

Findings: In the five research studies that are included in this paper, four of them are quantitative studies, while the fifth is a qualitative study. All articles focuses on symptom relief and shows that music therapy has a good effect on the negative symptoms that people diagnosed with schizophrenia can experience. In addition, it was shown psychosocial development in the participants and they even noticed that it was easier to form relationships with other patients, nurses and with the community.

Key words: Music therapy, recovery, schizophrenia, care, mental health, nursing intervention.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt	1
1.3	Presentasjon av problemstillingen.....	2
1.4	Presisering og avgrensning av problemstilling	2
2	TEORI.....	2
2.1	Sykepleieteoretisk perspektiv: Joyce Travelbee	2
2.2	Schizofreni	3
2.2.1	Symptomer	3
2.2.2	Relasjonsbygging til mennesker med schizofren lidelse	4
2.3	Recovery	5
2.4	Musikkterapi	6
2.4.1	Målsettinger med musikkterapi.....	7
2.4.2	Struktur og rammer for musikkterapi	8
2.4.3	Musikkterapeutiske tilnærminger	8
2.5	Psykisk helsevern som arena for musikkterapi	9
3	METODE.....	10
3.1	Hva er metode?.....	10
3.2	Litteraturstudie som metode.....	11
3.3	Litteratursøk	11
3.3.1	Tabell 1	12
3.4	Kildekritikk	13
3.5	Metodekritikk	14
3.6	Forskningsetikk	14
4	RESULTAT	15
4.1	Presentasjon av forskningsartikler.....	15
4.2	Oppsummering	18
4.2.1	Tabell 2 - Hovedtemaer	19
4.2.2	Tabell 3 – Terapi metode	19

5	DRØFTING.....	20
5.1	Menneske-til-menneske-forholdet relatert til musikkterapi.....	20
5.2	Musikkterapi som en symptomlindrende metode	23
5.3	Musikk i et recovery perspektiv	24
5.4	Musikkterapi som en sykepleieoppgave	25
6	KONKLUSJON.....	27
	REFERANSELISTE	28

VEDLEGG 1 – Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie

VEDLEGG 2 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

VEDLEGG 3 – Oversiktstabell

1 INNLEDNING

I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleier kan tilrettelegge musikkterapi for pasienter som har diagnosen schizofreni. Som musiker med en del erfaring med musikkterapi har jeg sett hva musikk kan bety for mennesker i ulike situasjoner og hvilken effekt lyd og melodier kan ha på den enkelte. Noen kan oppleve det å høre på lyder fra naturen som terapi, imens andre kan på en terapeutisk måte utrykke følelsene sine gjennom mer avansert musikk. Etter min mening er det nettopp våre reaksjoner og hvordan vi som mennesker opplever og oppfatter musikken som gjør at begrepet musikkterapi kan være så mangt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forskning og behandling av pasienter med diagnosen schizofreni har forandret seg drastisk i Norge siden 1930-tallet da nye somatiske behandlingsformer ble introdusert. I begynnelsen brukte man insulinkoma og elektroshokk som behandling, men på 1940-tallet ble lobotomi presentert som en behandlingsform noe som ble sett på som revolusjonerende innen behandling. Det var først på 70-tallet at psykoterapeutisk behandling ble introdusert til norske sykehusavdelinger og da dette skulle føre til musikkterapi som vi kjenner det i dag, kan det fremdeles ikke erstatte den medikamentelle behandlingen. (Rund, 2011, s.13-17)

Da dette viser at behandlingen av pasienter med schizofreni har utviklet seg raskt siden 1930, er det fortsatt noe usikkerhet rundt behandlingen i dag. Dette er grunnlaget til hvorfor jeg valgte å skrive om dette temaet da jeg har sett at musikkterapi har en god effekt til pasienter med alvorlig mentale lidelser som ved schizofreni. Samtidig eksisterer det et begrenset utvalg av forskning av dette teamet, noe som kan være en av årsakene til at behandlingsformen ikke er godt nok utbredt ved samhandling med denne pasient gruppen.

1.2 Hensikt

Jeg vil med denne systematiske litteraturstudien se på hvilke former for musikkterapi som er aktuelle, hvordan de blir utført og hvilke utfordringer man kan møte, både som pasient og som sykepleier. Videre ønsker jeg personlig å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge slik terapi til pasienter med lidelsen schizofreni, samtidig er det min hensikt å rette

fokus på temaet slik at musikkterapi kan bli mer utbredt som en psykoterapeutisk behandlingsform.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?

1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

Oppgaven tar utgangspunkt i mennesker i en alder fra 18 til 65 som er blitt diagnostisert med schizofreni. Fokuset vil også være rettet på pasienter som er innlagt på en psykiatrisk avdeling som selv ønsker å motta musikkterapi, enten individuelt eller i grupper. Jeg ønsker å undersøke med et systematisk litteratursøk hvilke positive og negative egenskaper musikkterapi kan ha på denne pasientgruppen. Sentrale begrep vil bli presentert etterhvert i teori kapitlet.

2 TEORI

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv: Joyce Travelbee

Travelbee presenterer hennes definisjon av sykepleie i sin bok (1999, s. 29):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren 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 (1999, s. 41) påpeker at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, noe som kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet blir dannet når sykepleier og pasienten deler en eller flere opplevelser og erfaringer, samtidig som at forholdet er målbevisst etablert og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. Da vil individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee (1999, s. 172) legger vekt på at etableringen av menneske-til-menneske-forholdet må gjennom en prosess med fire faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og

deretter sympati/medfølelse. Menneske-til-menneske prosessen kan bygges i ulikt tempo der prosessen kan gå over flere faser eller reversere til en tidligere fase. Det er ikke til å unngå en type for progresjon eller tilbakeskritt når sykepleieren og den syke går gjennom de ulike fasene sammen. Videre mener Travelbee at denne prosessen fører til en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og den syke. Samtidig viser Travelbee (1999, s.135) at kommunikasjon er en prosess som også står sentral i menneske-til-menneske-forholdet. Med interaksjoner som samtaler, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester mellom sykepleier og pasient åpnes det mulighet for å bli kjent med den andre som menneske.

Travelbee (1999, s. 44) mener at evnen til å bruke seg selv terapeutisk er noe som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren. Denne evnen handler om å etablere et forhold til den syke med å bruke sin egen personlighet målrettet og bevisst for deretter strukturere sykepleietiltakene. For å kunne bruke seg selv terapeutisk mener Travelbee (1999, s. 45) at sykepleieren må ha selvinnsikt, selvforståelse og en dyp innsikt i det å være menneske og drivkraften bak menneskelig atferd.

2.2 Schizofreni

Ordet schizofreni betyr ifølge Johannessen (2011, s. 28) et sinn som er gått i oppløsning, sprukket eller blitt fragmentert. Ordet som stammer fra år 1911, understreket at mennesker med schizofreni led av en omfattende oppløsning av sine mentale prosesser. I dag er schizofrenibegrepet og de diagnostiske kriteriene fortsatt omdiskutert, men Johannessen (2011, s. 28) påpeker at lidelsen er ingen klart avgrenset sykdomstilstand, men heller en fellesbetegnelse for en gruppe lidelser som bortimot har samme symptomer og forløp, også kjent som et syndrom.

2.2.1 Symptomer

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010, s. 317) mener at kriteriene for å få diagnosen schizofreni er at minst to av følgende symptomer må ha vært til stede i minst en måned: Vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tale, grovt desorganisert atferd og flat affekt, fattig språk, apati. Johannessen (2011, s. 30-31) påpeker at symptomene blir delt opp i tre hovedgrupper, affektforstyrrelser, positive symptom og negative symptom. Affektforstyrrelser blir sett på som fremtredende endringer i stemningsleie der pasienten reagerer med fortvilelse,

irritabilitet eller oppstemthet ved mindre eller større belastninger. Samtidig kan pasienten fremstå med manglende følelser og kommunikasjon gjennom kroppsspråk. Positive symptom har kjennetegn ved at "noe kommer i tillegg" til personens normale sansing og tolking av omgivelsene. Slik som vrangforestillinger eller uvirkelige sanseopplevelser (hallusinasjoner). Hallusinasjoner kan påvirke ulike sanser, slik som hørsel (auditive), lukt (olfaktoriske), syn (visuelle) og berøring (taktile). Da affektforstyrrelser og positive symptomer utvikler seg i den akutte fasen, og vil ofte vedvare i den kroniske fase, så vil de negative symptomene dukke opp tydelig senere i forløpet. De negative symptomene er karakterisert som depresjon, angst, oppmerksomhetsforstyrrelse, mild apati, innskrenket taleevne, asosial atferd og nedsatt evne til å føle glede. Opjordsmoen (2011, s. 301) skriver at antipsykotika medikamenter har siden 50-tallet hatt en god effekt på positive symptomer, men samtidig påpeker Opjordsmoen (2011, s. 308) at nye antipsykotika synes å ha bedre virkning på negative symptom som depresjon, samt på kognitiv funksjon, enn tradisjonelle antipsykotika. Opjordsmoen (2011, s. 302) viser til oppdaterte internasjonale retningslinjer som anbefaler en kombinasjon av farmakoterapi og psykososiale intervensjoner ved behandling av schizofreni.

2.2.2 Relasjonsbygging til mennesker med schizofren lidelse

Ingeberg, Tallaksen & Eide (2006, s. 94) mener at på samme måte som at mennesker med schizofren lidelse ikke er like, vil også problemene hvert enkelt individ opplever være forskjellige. Derfor er det nødvendig å bruke tid på alliansebygging i møtet mellom sykepleier og pasient. Samtidig mener Borg & Topor (2003, s. 88) at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ofte kan ha svekket evne til å etablere relasjoner. Ingeberg et al. (2006, s. 95) forklarer at første punkt er å vise seg tilliten verdig, da mange psykisk lidende kan ha lang erfaring med brutte kontakter, kan de også være mistenksomme over det første møtet med den nye hjelperen. Dette viser at sykepleier alltid må følge opp avtaler som er blitt gjort med pasientene. Når den første kontakten er dannet, kan sykepleieren og pasienten sette opp mindre mål sammen. Om sykepleier skal stille krav til pasienten, skal dette gjøres med varme og målene må være tilpasset situasjonen. Et annet punkt i relasjonsarbeidet er å vise empati. Sneltvedt (2012, s. 153) viser til at gjennom følelsesmessig åpenhet kan en i større grad oppfatte hva pasienten opplever og dermed kan det være lettere å skjønne hvordan sykepleier kan være til hjelp. Kommunikasjon er sentralt i relasjonsbygging og med åpen kommunikasjon der en bekrefter personen, gir et bra

grunnlag for samarbeid, men samtidig er kommunikasjon mer enn ord (Ingeberg et al., 2006, s. 95). Garred (2006, s. 55) påpeker at den musikalske kommunikasjon er non-verbal og kan legge til grunn for oppbygging av mellommenneskelige relasjoner. Ingeberg et al. (2006, s. 96) forsetter med at noe av det vanskeligste i kontakten med personer med schizofreni er om en skal prate om de særpregede sanseinntrykkene eller ikke. Begge deler kan være gunstig, men konteksten av situasjonen er viktig og ofte kan avledning fra sanseinntrykkene ha god effekt. Med avledning kan en gi pasienten en anledning til å hvile med få tankene bort fra det plagsomme.

2.3 Recovery

Uttrykket *recovery*, også kjent som ”bedring” kan ha flere betydninger, men definisjonen av Davidson et al. (siteret i Solli, 2009, s. 28) lyder som følger: Recovery er prosessen der en lærer å leve med, håndtere eller kompensere for en pågående tilstand, men samtidig lever livet så fullstendig som mulig innenfor eller utover de begrensninger som følge av lidelsen. Liberman & Kopelowicz (2005, s. 105) påpeker at recovery ved schizofreni er ikke det samme som en kur, mennesker med lidelsen kan leve et rimelig normalt og fullt liv, samtidig som en opplever tilbakefall og den beskyttende effekten av ubestemt behandling. Liberman & Kopelowicz (2005, s. 116-117) mener også at de negative symptomene som mennesker med lidelsen schizofreni kan oppleve, kan være et sentralt hinder for recovery prosessen da disse er assosiert med redusert sosial og arbeids funksjon. Karlsson og Borg (2013, s. 64-65) mener at den grunnleggende kunnskapen om begrepet recovery har røtter i menneskers egne erfaringer med hva som hjelper og hva som er viktig i slike livsprosesser. Etter erfaring har en sett at det ikke er nok med behandling og profesjonell hjelp, men sosiale forhold som familie, vennskap, åndelighet og tro kan være like viktige. Med å bruke disse sosiale forholdene er det lettere å søke etter ressurser i seg selv, alene eller sammen med andre. Recovery handler om å oppleve håp og tro på at det er muligheter for et bedre liv og deretter søke etter omgivelser som kan styrke den psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid. Karlsson og Borg trekker fram tre ulike perspektiver på begrepet recovery, men bare to av dem er aktuell ved utviklingen av psykisk helsearbeid: *recovery som en personlig prosess* og *recovery som en sosial prosess*.

Recovery som en personlig prosess.

Karlsson og Borg (2013, s. 67) skriver at recovery er først og fremst en individuell prosess og arbeidsinnsats. Den amerikanske psykologen og tidligere leder for Center for Psychiatric Rehabilitation William A. Anthony tar for seg denne definisjonen (sitert i Karlsson & Borg, 2013, s. 67):

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer (..) ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer.

Recovery som en sosial prosess.

Borg & Topor (2003, s. 17) definerer sosial recovery som når den tidligere pasienten klarer å håndterer sin sosiale situasjon, men samtidig opplever enkelte symptomer, som for eksempel auditive hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Karlsson & Borg (2013, s. 69-70) går dypere i temaet og sier at i motsetning til det individorienterte fokus, spiller hjem, arbeid, aktivitet, utdanning, venner og familie betydningsfulle roller her. I et sosialt hverdagsperspektiv på recovery er det de menneskelige omgivelsene, materielle forholdene og levekår som står i fokus. Samtidig handler det om å avdekke og håndtere de ulike sosiale konsekvensene og levekårskonsekvensene av psykiske helseproblemer. Begrepet ”recoverynærende omgivelser” poengterer at noen gode omgivelser gir næring til vekst, utvikling og håp, mens andre omgivelser kan ha motsatt effekt

2.4 Musikkterapi

Musikkterapi blir definert av Audun Myskja (2005) som en anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk der målet er å oppnå individuelle ikke-musikalske mål, dette blir ofte gjort i sammen med en klient eller i gruppe. Samtidig har Kenneth Bruscia (1998, s. 26) skrevet en populær internasjonal definisjon av musikkterapi:

Music therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change.

”Musikk er et supplerende legemiddel, som understøtter andre tiltak, ikke et førstehåndspreparat (...)” skriver Myskja (2000, s. 153). Sammenlignet med andre terapeutiske tiltak, er musikk billig, helhetlig virkende og med få bivirkninger. Samtidig bør det brukes med forsiktighet i samhandling med pasienter som er psykotiske, hallusinerte eller dypt deprimerte. Solli (2006, s. 119) påpeker at lytting til suggerende musikk over lengre tid kan virke psykosefremmende eller overstimulerende på enkelte pasienter. Ifølge Myskja (2011, s. 200) kan musikk og sang bevege pasienter både kroppslig, psykisk og fysisk. Musikk kan bli brukt som en bro mellom ulike funksjonsområder i hjerne, kropp og sinn og deretter bidra til å snu de dårlige ”rutinene” som kan ankomme ved ulike lidelser og tilstander. Myskja (2000, s. 161) mener også at musikk kan vekke livsglede og kan også fungere som en form for psykoterapi for mange. De subjektive opplevelsene som musikk kan by på er mange, og Ruud (2006, s. 24-25) forklarer at musikk kan skape positive emosjonelle opplevelser, åndelige tilknytninger og kan utløse kognitive og kroppslige reaksjoner.

2.4.1 Målsettinger med musikkterapi

Som nemt ovenfor så er ikke behandlingsmålet for musikkterapi å kurere psykiske lidelser, derimot mener Myskja (2011, s. 210-212) at det er klare målsettinger innenfor ulike kliniske områder: De *sosiale ferdighetene* til mennesker som lider av psykiatriske lidelser er påvirket av en redusert sosial samhandling og nettverk. Musikkterapi som foregår i grupper kan gi muligheten til å samhandle med andre mennesker i trygge omgivelser. Da mange psykiatriske pasienter kan ha en manglende evne til å utrykke grunnleggende følelser på en personlig tilfredsstillende eller sosial akseptabel måte, kan musikkterapi gi en bedre forståelse av hvordan en skal *håndtere følelser*. Mer presist kan musikkterapi lede mennesker gjennom ulike sinnsstemninger, da musikk kan bevege mennesker bort i fra stagnerte emosjonelle mønstre. Samtidig som at en ser at mennesker med psykiske lidelser synes det er vanskelig å kommunisere med andre, ser en også at mange kan være preget av nedsatt *språk og talefunksjon*. Med bruk av rytmisk musikk og sang kan en trene på å bedre språk og tale evnen og samtidig kan musikk utløse et fellesskap som kan åpne dører for *kommunikasjon*. Musikkterapi kan også få opp *selvbilde og selvtilliten* da det kan gi muligheten til en økt opplevelse av mestring. (Myskja, 2011, s. 210-212)

2.4.2 Struktur og rammer for musikkterapi

Ved å presentere musikkterapien med en strukturert og forutsigbar ramme i tid og rom kan en fremme trygghet hos pasienter som er preget av kaotiske tanker. Gruppen bør foregå på faste dager og tidspunkt og i et rom som er lett tilgjengelig for pasientene, samtidig bør ikke rommet være så lite at det oppleves som klaustrofobisk, men heller ikke så stort at det er uoversiktlig. Nøyaktigheten rundt detaljer i forhold til de forrige timene er viktig, da dette er med på å gi pasientene en følelse av forutsigbarhet og trygghet. Det samme gjelder for starten og avslutningen av musikkgruppen da dette er med på å skape en trygg ramme. Ved starten av timen bør man ønske nye pasienter velkommen, forklare regler og hensikten med gruppen. Når timen nærmer seg slutten er det viktig å inkludere et avslutningsritual av typen oppsummering, evaluering, se fram mot neste time eller syng en avslutningssang. En passende varighet på en slik gruppe vil være enten 45 eller 60 minutter (Solli, 2006, s. 113-114).

2.4.3 Musikkerapeutiske tilnærminger

Når en skal organisere musikkterapi for pasienter med schizofreni så er det ulike måter en kan tilnærme seg musikken på. Den enkleste formen for musikkterapi er å *lytte*. Lytting kan brukes som en variasjon, en avslutning eller utgangspunkt for samtale der pasientene forteller om hvordan de opplevde musikken. Samtidig bør ikke lytte perioden vare mer enn 4-5 minutter da enkelte pasienter mister lett fokuset. En annen enkel metode innen musikkterapi er å *improvisere*, det vil si å lage musikken mens man spiller. Dette kan gjøres på mange måter, men i samarbeidet med alvorlige psykisk lidende bør det være et minimum av struktur. Samtidig kan det være gunstig å bruke en grunnrytme og harmonisk struktur sammen med en forhåndsbestemt spilleform, musikkstil eller tema. Den mest kjente måten å utøve musikkterapi på er kanskje å syngte kjente sanger fra sangbøker, også kjent som *allsang*. Det er samtidig viktig å ha et variert utvalg av sanger, både når det gjelder stilart, tema, språk og kultur. Ved bruk av teksthefter og sangbøker er det lett å bli avhengig av å se på arket fordi den gir en forutsigbarhet om hva som kommer og det kan føles trygt, dette kan på en annen side hindre positiv relasjonsbygging. Om en klarer å spille kjente sanger uten sanghefter vil en lettere åpne dører for samspill og relasjon, men samtidig er dette en mer krevende oppgave. Her vil improvisasjon bli et viktig element og pasientene må lage egne tolkninger av de eksisterende sangene som det prøves å spille (Solli, 2006, s. 116-119).

2.5 Psykisk helsevern som arena for musikkterapi

Psykisk helsevern kan sees på som et praksisfelt, med forskjellige virksomheter, yrkesgrupper og profesjoner innenfor det psykiske helsevesenet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2010, s. 38). Den norske legeforening (2008, s. 9) mener at det er en grunnleggende forutsetning at arenaer innen psykisk helsevern har kompetanse og kvalifisert personell som kan forsvarlig beslutte videre behandlingsforløp. Psykisk helsevernloven (1999) definerer psykisk helsevern i § 1-2 som: spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.

Å bruke musikk i det psykiatriske sykehusmiljøet og i behandlingsøyemed bør ikke være forbeholdt musikkterapeuter skriver Solli (2006, s. 108). Videre viser Solli til fire forskjellige nivåer eller metoder som musikkterapi kan utføres på en psykiatrisk institusjon: Nivå 1 fokuserer på tilrettelegging av allsang og musikkinnslag som kan finne sted på ulike sammentreff i eller utenfor avdelingen.

Nivå 2 er når en arrangerer musikkterapigrupper der hovedfokuset bør være på sosiale relasjoner og interaksjon.

Nivå 3 er individelletimer. Her får den aktuelle pasienten tilbud om faste timer. Planleggingen av et slikt arbeid må skje i samhandling med pasientens lege eller psykolog, og terapiforløpet må journalføres.

Nivå 4 går ut på å undersøke musikkmiljøet utenfor avdelingen for å se om det finnes tilbud som kor, band eller korps på musikkskoler og lignende som kan være aktuelle for pasienten under eller etter oppholdet. På dette nivået gjør en med tverrfaglig samfunnsrettet musikkterapi (Solli, 2006, s. 109-110).

Planlegging og gjennomføring av musikkterapi på en psykiatrisk avdeling kan gi en del utfordringer da miljøet og premissene kan være ulik fra mange andre arenaer. Miljøet i avdelingen kan bli påvirket av de mange forskjellige problemer og psykiatriske diagnoser en møter. Pasienter kan oppleve situasjonen sin som svært vanskelig, noe som kan føre til en uro i avdelingen i form av fysisk eller verbal utagering. Om slike hendelser skulle ta sted så kan det føre til en usikkerhet både hos pasient og personale, noe som gir et svakt grunnlag for å skape en trygg gruppe. Det at pasienter forflyttes, skrives ut eller opplever en dårlig fase i lidelsen sin kan

også påvirke oppmøtet til terapigruppen, samtidig kan pasientenes egne holdninger til terapi ofte variere sterkt. Musikk er derimot en sosialt akseptert samværsform, derfor kan musikkterapi ha en fordel i slike situasjoner. Som følge av at pasienten kan ha mangel av innsikt i egen sykdom, er det en mulighet at de ikke har personlig utvikling som et mål, men heller smertelindring eller raskest mulig utskrivning fra institusjonen. En siste faktor som kan påvirke musikkterapi i en psykiatrisk avdeling er at ofte kan tiden være begrenset til å bli kjent med pasientene. Samtidig som at man må ta pasientenes holdninger og situasjon i betraktning så er en hverdag på et psykiatrisk sykehus preget av stram struktur, mange regler og bruk av tvang. Derfor kan det å ha valgfri oppmøte til en gruppe gi pasientene en følelse av selvbestemmelse (Solli, 2006, s. 112).

3 METODE

3.1 Hva er metode?

Dalland (2012, s. 111-112) mener at metoden er redskapet som forteller oss om hvordan vi bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er et hjelpemiddel for når en skal samle inn data og informasjon som er nødvendig for den aktuelle undersøkelsen. Da metode kan defineres på flere måter, velger jeg å trekke fram sosiologen Vilhelm Aubert sin formulering (sitert i Dalland, 2012, s. 111):

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Det skilles mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode, der begge bidrar på hver sin måte til å sikre en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesket, grupper og institusjoner handler og samhandler. De *kvantitative metodene* leverer data i form av målbare enheter og deretter har en muligheten til å bruke tallene til å foreta regneoperasjoner. De *kvalitative metodene* tar for seg meninger og opplevelser som ikke er målbare eller ikke lar seg tallfeste. (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Litteraturstudie som metode

For at en skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie, behøver man ett tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan gi grunnlag for vurdering og konklusjon. Litteraturen utgjør kilden til studien og dens data og informasjon bør være basert på vitenskapelige tidsskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter. Mange kliniske spørsmål kan besvares ved systematiske litteraturstudier, slik som hva fungerer best? Er det vitenskapelig bevis for å anbefale en bestemt handling eller behandling? (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-30). En systematisk litteraturstudie blir definert av Mulrow og Oxman (sitert i Forsberg & Wengström, 2013, s. 27) som en prosess der et klart formulert spørsmål besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

3.3 Litteratursøk

Slik som kunnskapsbasert praksis (2012a) viser så innebærer et litteratursøk å innhente den beste tilgjengelige kunnskapen, dette gjennom søk i databaser som er tilpasset informasjonen en er på jakt etter. Søkemotorene Cinahl, Swemed+ og Pubmed var de første som ble gransket, men ettersom Swemed+ og Pubmed gav lite med relevante svar, ble heller Academic Search Premier og Ovid tatt i bruk sammen med Cinahl. Noen av søkeordene som ble anvendt var "schizophrenia", "music therapy" og "mental health". I kombinasjon med hverandre, førte det til et utvalg av kvantitative forskningsartikler, men et heller begrenset utvalg av kvalitative forskningsartikler. Det viste seg at flere sykepleiefaglige søkeord måtte til for å få mer presise treff, og ord som "care" og "recovery" gav et mer presist utvalg av forskningsartikler.

Fire kvantitative studier fra Taiwan, Tyskland og England er valgt ut, mens en kvalitativ artikkel er fra Norge. Det ble tatt høyde for om de kulturelle ulikhetene mellom landene ville være for store til å kunne drøftes, men uavhengig av hvilke type musikk eller lyd som ble brukt, vil studiene fortsatt være aktuelle for problemstillingen da utførelsen av musikkterapien vil som oftest variere. Da det var et begrenset antall forskningsartikler som tok for det aktuelle temaet, var det fremdeles noen artikler som det ble gitt avkall på som følge av at de ikke bestod kriteriene ved bruken av sjekklister. Den tidligste studien jeg har valgt å inkludere er fra 2006 og da den i skrivende stund er innenfor en grense på 10 år, er innholdet fremdeles aktuelt for å svare på valgte problemstilling.

3.3.1 Tabell 1

Litteratursøk i digitale databaser					
Nr.	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)		
			Academic search premier	Cinahl	Ovid
1	Schizophrenic patients		13.487	485	60.356
2	Schizophrenia		49.748	11.193	479.224
3	Music therapy		2.973	3020	16.076
4	Group music intervention		451	307	55
5	Mental health		314.264	73.424	694.807
6	Music activity		9.384	306	131
7	Mental illness		89.489	15.139	123.811
8	Recovery		235.793	36.630	1.352.052
9	Psychiatric nursing		18.324	16.508	51.225
10	Care		1.239.903	674.806	6.406.378
11	Nursing intervention		22.804	14.634	12.338
12	S2 AND S3		41	30	463
13	S12 AND S4		3	4	6
14	S1 AND S2		16	3	68
15	S14 AND S10	Full text	1	0	14
16	S1 AND S11		82	10	23
17	S6 AND S9		6	3	0
18	S12 AND S5		18	3	132
19	S12 AND S15 AND S10	Yr="2005- current" AND clinical trial	10	2	75
20	S5 AND S8		1.832	2.604	41.586
21	S3 AND S20		23	5	160

Fra Cinahl søk nr S13 ble artikkelen *Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia* av Lu et al. (2013) valgt, en kvantitativ forskningsartikkel som har studert om pasienter på et psykiatrisk sykehjem har effekt av musikkterapi i grupper. Fra søk nr S17 fra samme søkemotor ble *Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia* av Peng, Koo & Kuo (2010) valgt. Denne kvalitative studien ble utført på en akutt psykiatrisk avdeling, der noen av pasientene fikk delta på musikkterapi i grupper.

Bare ett funn ble gjort via Ovid, på søk nr S19 ble artikkelen *Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial* av Talwar et al. (2006) valgt ut. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel der pasientene er innlagt på psykiatrisk sykehus og noen mottar individuell musikkterapi i 12 uker.

Fra Academic Search Premier ble de gjort to funn, der en var en kvantitativ artikkel med tittel *The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study*, av Ulrich, Houtmans & Gold (2007). På likhet med studien til av Peng et al. (2010) ble også denne utført på en akutt psykiatrisk avdeling, der pasientene fikk musikkterapi i grupper. Hovedpunktene som skiller disse to artiklene er de kulturelle forskjellene, antall pasienter og varigheten på studiene. Det var også på Academic Search Premier den kvalitative artikkelen *“The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy* av Solli & Rolvsjord (2015) dukket opp. Pasientene i denne studien var innlagt på en lukket psykiatrisk institusjon der noen utvalgte pasienter fikk tilbud om individuell musikkterapi.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 67-68) mener at kildekritikk er en metode en bruker for å konstatere om en kilde er sann. Med dette menes å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Dalland påpeker samtidig at det er to sider ved kildekritikk. Den første har fokus på veiledning til å finne frem til litteraturen som passer best til problemstillingen, kjent som kildesøking eller litteratursøking. Den andre siden av kildekritikk handler om å dokumentere kildene en har brukt for å redegjøre for problemstillingen.

Videre påpeker Dalland (2012, s. 72) at kildekritikken skal vise at en kan forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt og de kriterier det er anvendt under utvelgelsen. Hensikten med

kildekritikk er at leseren skal få innsikt i de refleksjoner forfatter har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse den aktuelle problemstillingen. Ifølge kunnskapsbasert praksis (2012b) må en se forbi hvor vel ansett tidsskriftet er der artikkelen er publisert, og heller fokusere på vurdering av artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet sjekklister som skal gjøre det enklere for forskeren å vurdere vitenskapelige artikler med et kildekritisk blikk.

3.5 Metodekritikk

Ved søk i SweMed+, PubMed, Cinahl, Ovid og Academic Search Premier var det begrenset utvalg av forskningsartikler som var relevante til min problemstilling, men samtidig var det nok til at jeg kunne være kritisk i inkluderingen. Mange av artiklene som kunne være relevante var ikke i full tekst og med et begrenset sammendrag ble det tatt den avgjørelse å ikke bestille eller kjøpe artiklene. En av oppgavens mulige svakhet er at det ikke ble gjort søk på flere enn 5 søkemotorer, men samtidig dekket de valgte søkemotorene både internasjonale og norske databaser og tidsskrifter. Det valgte artiklene var av typen randomisert kontrollert studie og kvalitativ studie, det ble utført sjekklister for vurdering av studiene og er inkludert med oppgaven som vedlegg 1 og 2.

3.6 Forskningsetikk

På samme måte som yrkesetikk og personlig etikk så dreier også forskningsetikk seg om normene for riktig og god livsførsel, men forskningsetikken tar for seg planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Mer presist så handler forskningsetikk om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Det er et mål for forskning å oppnå ny kunnskap og innsikt uten at det er på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96).

Plagiat, som betyr ”menneskerov” kan i forskningsetisk perspektiv også tolkes som ”tekstrov”. Ved å gjengi sitater og referanser korrekt, vil en unngå å ta noe som en annen har gjort og føre det videre som om det var ens eget. Da forskning handler om å søke og systematisere kunnskap skal en samtidig ivareta opphavsmannen av en tekst, på samme måte som forsøkspersonens integritet skal ivaretas. Forskeren skal alltid beskytte enkeltindividet på den måte at retten til

anonymitet, selvbestemmelse og frivillighet kommer helt klart fram i teksten (Olsson & Sørensen, 2013, s. 61-62). De etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (SSN, 1987, s. 23-26) ligger som grunnlag for hvordan sykepleieforskeren skal ivareta forsøkspersonenes rettigheter. Retningslinjene er formet ut i fra de fire etiske prinsipp; autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet, som Olsson & Sørensen (2013, s. 58) mener gjelder i alle relasjoner mellom mennesker.

4 RESULTAT

Her presenteres de fem valgte forskningsartiklene hver for seg for å belyse de ulike hensikter, metoder, funn og konklusjoner som skal ligge i grunn for videre drøfting. Deretter vil en oppsummering av alle hovedfunnene bli presentert, samtidig er det lagt med en oversiktstabell, se vedlegg 3.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1

”Effects of group music intervention” on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia” (Lu et al., 2013).

Hensikten med studien var å undersøke hvilke effekt musikkterapi hadde på pasienter med lidelsen schizofreni og som viste tegn til psykiatriske symptomer og depresjon i et psykiatrisk sykehjem i Taiwan. Med bruk av randomisert kontroll studie ble 80 pasienter med schizofreni delt tilfeldig inn i to grupper der begge gruppene mottok vanlig behandling, men den ene fikk delta på musikkterapi-grupper to ganger i uken. Vurderingen av psykiatriske symptom ble utført ved hjelp av en positiv og negativ syndromskala (PANSS), det ble brukt en egen skala for måling av depresjon. Vurderingen ble gjort ved starten av studien, ved endt studie og en gang etter tre måneder. Etter gruppen hadde hatt ti samlinger med musikkterapi, viste statistikken store forskjeller i psykiatriske symptomer og depresjon hos i forhold til gruppen som ikke mottok musikkterapi. Studien bekrefter at musikkterapi i grupper er et økonomisk og enkelt tiltak for å forbedre psykiatriske symptomer og depresjon hos pasienter med schizofreni. Samtidig skriver studien at siden sykepleiere samhandler tett med sykehjemsbeboerne, bør sykepleiere få opplæring i musikkterapi. Grunnen til dette er at kjennskap til aktivitets teknikker kan gjøre det

enkler å gjennomføre musikk terapi i grupper og deretter gi psykisk syke pasienter en bredere og mer human psykiatrisk rehabiliterende behandling.

Artikkel 2

”Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial” (Talwar et al., 2006).

Studien ville undersøke om musikkterapi var gjennomførbart på psykiatrisk sykehus og i samhandling med pasienter med schizofreni, for å så utforske musikk terapiens effekter på mental helse. Studien er utført i England der de brukte en kvantitativ metode i form av randomisert kontroll studie. 81 pasienter ble delt inn i to grupper der bare en av gruppene fikk tolv timer over tolv uker med individuell musikk terapi, samtidig ble det ikke gjort forskjell på gruppens ordinære behandling. Det ble gjort vurderinger av deres mentale helse, sosiale funksjon og tilfredshet med behandlingen i løpet av tre måneder. Det ble også gjort vurderinger med bruk av PANSS skala, der det var betydelige større endringer i score blant de som mottok musikkterapi i forhold til de som mottok standard behandling. Samtidig var endringene mindre enn de som var rapportert i tidligere studier. Samtidig var det de negative symptomene som viste størst forskjell, det er mulig at musikkterapi har spesielle effekter på disse symptomene, effekter som trolig vil være mest tydelig når intervensjonen brukes blant personer med en kronisk form for schizofreni. Studien konkluderer med at en randomisert studie av musikkterapi for innlagte pasienter med schizofreni er gjennomførbart. Kostnadseffektiviteten av musikkterapi og dens effekter for akutt psykose bør videre samtidig undersøkes i en ny randomisert studie.

Artikkel 3

”Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia” (Peng et al., 2010).

Denne studien hadde som hensikt å vurdere hvilke terapeutisk effekt musikk aktivitet har på mennesker med akutt schizofreni i grupper. Studien, som er en randomisert kontroll studie, ble utført i Taiwan der 67 pasienter i en akutt psykiatrisk avdeling på et regionalt sykehus deltok. Både gruppen som mottok musikkterapi og kontroll gruppen fikk standard behandling. Forskningsgruppen fikk 8 økter med musikkterapi, ut over 2 uker. De to hoved aktivitetene som ble tatt i bruk var aktiv deltakelse i sang av populære sanger og passiv lytting til musikk.

Målingene ble gjort med bruk av "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS), der skalaen besto av 18 elementer, der noen av dem var angst, følelsesmessig tilbaketrekning, spenning, grandiositet, depresjon, fiendtlighet og hallusinatorisk atferd. Studien viser at gruppe aktiviteter med musikk gir en betydelig redusert score i BPRS skalaen hos pasienter med akutt schizofreni. Studien bekrefter at musikk aktiviteter kan redusere negative symptom hos pasienter med schizofreni, da musikkterapi kan være en metode for pasientene å fremme sosial kontakt med aktiv deltakelse og emosjonell uttrykkelse. Samtidig legger studien til at sykepleiere flest har erfaring med gruppe aktiviteter, og da musikk aktiviteter kan bli utført uten legenes ordre, er de derfor godt egnet til å arrangere musikk grupper for innlagte pasienter med akutt schizofreni.

Artikkel 4

"The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study" (Ulrich et al., 2007).

Målet med denne studien var å undersøke effekten musikk terapi kan ha for pasienter med schizofreni som trenger akutt pleie. Denne kvantitative studien, som ble utført i Tyskland på et psykiatrisk sykehus, randomiserte 37 pasienter med schizofreni til en forsøksgruppe og en kontrollgruppe. Begge gruppene fikk de samme medisiner og behandling som de vanligvis fikk for sin sykdom, men forsøksgruppen fikk i tillegg musikk terapi som sykepleietiltak. Studien varte i en periode på 8 måneder der pasienter og sykepleiere måtte fylle ut spørreskjemaer før og etter musikkterapi timene. Forsøksgruppen hadde i gjennomsnitt to terapitimer i uken. Hovedaktiviteten under disse timene var å spille sammen på rytme instrumenter. Hovedfunnet var den betydningsfulle effekten musikk terapi hadde på pasientenes negative symptomer og psykososiale orientering. Pasientene opplevde selv at kontakten med andre mennesker, sosiale situasjoner og respekt for andre ble forbedret gjennom musikkterapi. Samtidig var dette endringer som sykepleierne ikke la merke til hos pasientene. I tillegg ble det ikke gjort noe signifikant funn på forskjeller i livskvalitet og indre velvære mellom gruppene. Studiens bekrefter at musikalsk aktivitet reduserer negative symptomer og forbedrer mellommenneskelig kontakt. Disse positive effektene av musikkterapi kan øke pasientenes evner til å tilpasse seg det sosiale miljøet i samfunnet etter utskrivning fra sykehuset.

Artikkel 5

”The Opposite of Treatment: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy” (Solli, H. P. & Rolvsjord, R., 2015).

Ni pasienter med psykose (deriblant pasienter med lidelsen schizofreni), innlagt på lukket avdeling på et psykiatrisk sykehus i Norge, ble intervjuet med fokus på deltakernes erfaringer med musikkterapi i individuelle økter og grupper. Hver deltaker ble tilbudt en individuell økt hver uke i et musikkterapi rom, samtidig var det også en ukentlig åpen gruppe med muligheter til å utføre musikk foran andre i sykehuset. Ved bruk av kvalitativ metode var hensikten å fange opp et bredt spekter av deltakernes subjektive opplevelser innen musikkterapi, både musikalsk og relasjonell. De to hoved spørsmålene var: ”Hva slags rolle spiller musikk i ditt liv?” og ”kan du fortelle meg om dine erfaringer med musikkterapi de siste par ukene?”. Musikkterapi ble opplevd som engasjerende, motiverende og underholdende av alle deltakerne. Samtidig mente deltakerne at musikk aktiviteter ikke kan brukes som en kur, men heller en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling. Studien viser at deltakerne var generelt mindre opptatt av hvordan musikkterapi reduserte symptomer, men de var heller opptatt av deres erfaringer knyttet til egen trivsel, håp eller mening, faktorer som viser seg er viktig for recovery prosessen. Denne studien bekrefter mange av de positive resultatene fra lignende studier, men har splittet meninger om hvordan musikkterapi skal utføres for å oppnå de beste resultater.

4.2 Oppsummering

Ved bruk av tabeller ser en hvilke hovedtemaer det har blitt fokusert på i studiene, hvor de mest interessante funnene er gjort og hvilke metode studiene har brukt.

4.2.1 Tabell 2 - Hovedtemaer

	<u>Artikkel 1:</u>	<u>Artikkel 2:</u>	<u>Artikkel 3:</u>	<u>Artikkel 4:</u>	<u>Artikkel 5:</u>
Symptomlindring	X	X	X	X	X
Psykososial utvikling				X	
Depresjon	X				
Recovery					X
Subjektive opplevelser					X

Alle artiklene tar for seg symptomlindring som hovedtema, men samtidig har noen gjort viktige funn i andre temaer. Kort oppsummert så konkluderte alle artiklene med at musikk aktiviteter kan redusere negative og noen positive symptom hos pasienter med schizofreni. Ut ifra artikkel nr. 4 blir det påpekt at musikk terapi forbedrer psykososiale orientering og atferd. Pasientenes psykososiale utvikling etter musikkterapi fikk en positiv vending da mange av pasientene følte det var lettere å interagere bedre på en positiv måte med andre mennesker. Artikkel nr. 1 var den eneste som fokuserte på depresjon som en affektforstyrrelse, men de andre kvantitative artiklene inkluderte dette som et negativt symptom. Både PANSS og BPRS målingene viste en reduksjon av depresjon. Artikkel nr. 5, den eneste kvalitative studien og i tillegg den eneste som tar for seg recovery prosessen og som går i dybden av pasientenes meninger rundt musikkterapi. De subjektive opplevelsene har fokus på temaer som pasientens autonomi, velvære og sosial, fysisk og psykisk kontakt. Deltakernes syn på hva som hjelper og hindrer prosesser av personlig og sosial recovery, samstemte i en betydelig grad med definisjonen av recovery.

4.2.2 Tabell 3 – Terapi metode

	<u>Artikkel 1:</u>	<u>Artikkel 2:</u>	<u>Artikkel 3:</u>	<u>Artikkel 4:</u>	<u>Artikkel 5:</u>
Sang/lytte metode	X	X	X	X	X
Instrumentell metode	X	X		X	X
Individuell terapi		X			X
Gruppe terapi	X		X	X	X

Som tabellen viser så ble sang, instrumenter og lytting til musikk brukt i alle studiene, med unntak av en studie som valgte å ekskludere bruk av instrumenter under musikkterapien. Et viktig funn var at musikk var en måte å komme i kontakt med andre mennesker, men samtidig ser en at den sosiale faktoren blir redusert med eksklusjon av gruppeterapi, men at individuell terapi kan gjøre det lettere for sykepleier å danne relasjoner til pasientene.

5 DRØFTING

5.1 Menneske-til-menneske-forholdet relatert til musikkterapi

Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke "av seg selv" skriver Joyce Travelbee (1999, s. 171). Videre mener Travelbee at sykepleieren må derfor være klar over hva han eller hun gjør, tenker og erfarer ved planlegging og strukturering av sykepleieintervensjonen. Dette ser en også er aktuelt ved utøving av musikkterapi da Solli (2006, s. 108) påpeker at det må gjøres med varsomhet og respekt på en godt gjennomtenkt, strukturert og målrettet måte. Med å bruke tid på alliansebygging mellom sykepleier og personer med en schizofren lidelse mener Ingeberg et al. (2006, s. 94) at en blir mer kjent med det hvert enkeltes individ sitt problem og dermed kan en danne seg en framgangsmåte for behandling. Det kan være mange mulige måter å danne seg relasjon med pasienten på, men hvordan kan en bruke musikkterapi som et virkemiddel for å danne et menneske-menneske-forhold med pasienten?

Ingeberg et al. (2006, s. 95) påpeker at oppfølging av avtaler, kommunikasjon og empati er sentralt for å bygge opp relasjoner hos pasienter med lidelsen schizofreni. I musikkterapi vil det ikke være noe annerledes, men da kommunikasjonen i starten av musikkterapien vil muligens hovedsakelig være verbal for å skape trygghet og bekrefte personen, vil kanskje kommunikasjonen lengre ut i forløpet være mer basert på non-verbal kommunikasjon. Samtidig kan en se på Solli's (2006, s. 109) nivåer for utøving av musikkterapi på en psykiatrisk døgninstitusjon. Her ser en at nivå 2 fokuserer på musikk som en gruppe aktivitet der dannelsen av relasjoner skjer over sosiale interaksjoner. Personlig har jeg erfart og observert hvordan allsang ble brukt som en gruppe aktivitet for å fremkalle en god sosial stemning på et dag- og aktivitetstilbud der det befant seg mennesker med lidelsen schizofreni. Musikken gav rom for følelser og de som ønsket sang med eller beveget seg til musikken. Uavhengig av om deltakerne

sang med eller ikke, så var det sosiale felleskapet som åpnet for videre relasjonsbygging. Individtimer (nivå 3) kan derimot utføres slik som i studien til Talwar et al. (2006) der en bruker verbal kommunikasjon for å veilede, tolke eller forbedre den musikalske opplevelsen. Deretter kan terapeuten lytte nøye til pasientens musikk, synge eller spille lett med for å så møte deres følelsesmessige tilstand i musikalske termer. Svakheten her er at sykepleier trenger kanskje en spesialkompetanse der en innehar en viss grad for musikalsk talent. Samtidig blir sykepleiere lært opp til å telle puls, noe som kanskje kan styrke ens evner til å holde en jevn takt ved for eksempel slag på en tromme eller tamburin, noe som kan føre til en mer intim form for relasjonsbygging og kan gjøre det enklere å bruke musikalsk kommunikasjon. Slik som Garred (2006, s. 55) påpeker så er den musikalske kommunikasjon non-verbal, der det bygges mellommenneskelige relasjoner gjennom musikalsk samspill som improvisasjon. Samtidig mener Solli (2006, s. 110) at musikalske aktiviteter utført i grupper vil knytte personer nærmere andre gjennom felles opplevelser og interaksjon. Kan det være mulig at det er dette som gjør musikkterapi som en unik måte å danne relasjon på, det usynlige samarbeidet, det informative kroppsspråket, eller som Solli (2006, s. 119) beskriver som en kontakt med andre i øyeblikket eller som en følelse av tilknytning? Solli (2009, s. 19) mener at det er det gjensidige musikalske samarbeidet som er den grunnleggende forutsetningen for en alliansebygging under utøving av musikkterapi. Samtidig mener Travelbee (1999, s. 211) at den gjensidige forståelse og kontakt ikke kan oppleves før når sykepleier og den syke har gått gjennom de fire fasene (forklart i punkt 2.1). Eller kan det tenkes at det er enklere for sykepleier å danne et menneske-menneske-forhold med pasienten med bruk av musikkterapi fordi pasienten opplever en frihet fra avdelingen, sykdommen og/eller behandlingen? Da behandlingen ikke består av medisiner og regler, men heller har et fokus på å utrykke seg selv og mestring vil musikkterapi ifølge Solli (2006, s. 111) gi rom for humor og kreativ energi som igjen vil skape en god atmosfære. Uavhengig av hva som gjør musikkterapi til en unik arena for å danne et menneske-menneske-forhold på, er det fremdeles sykepleierens ansvar i å etablere og opprettholde en slik relasjon.

Når en har dannet seg et menneske-menneske-forhold med pasienten, hva er da de potensielle fordeler eller ulemper med denne type relasjon ved utøving av musikkterapi? På den ene side viser studien til Solli & Rolvsjord (2015) at deltakerne opplevde den musikalske og sosiale relasjonen med musikkterapeuten som et viktig første sosiale skritt, og noen ble mer bevisst på

viktigheten av å være sosial. På den andre siden ser vi at musikkterapi i grupper ikke bare danner relasjoner til sykepleieren, men Peng et al. (2010) viser at gruppeaktiviteter med aktiv deltakelse og emosjonell uttrykkelse kan øke den sosiale interaksjonen og den mellommenneskelige relasjonen blant pasientene. Den kvalitative studien til Ulrich et al. (2007) viser at pasientene selv syntes at musikkterapi forbedret kvaliteten på kontakten med andre mennesker og at de fikk en mer innflytelse på sosiale situasjoner. Dette kan føre til at de senere i livet, lettere danner seg menneske-menneske-forhold til andre. Ut i fra Solli (2009, s. 26) ser en at musikkterapi fungerte som en form for sosial trening og samtidig styrket ferdigheter som er viktige for den sosiale integreringsprosessen etter en utskrivelse. Ikke desto mindre hevder studien til Ulrich et al. (2007) at deltakerne opplevde en forbedret mellommenneskelig relasjon som følge av musikalsk samspill, noe som styrket pasientenes evner til å tilpasse seg det sosiale miljøet i samfunnet etter utskrivning fra sykehuset. Mye tyder på at relasjoner dannes lett ved musikkterapi i grupper, men samtidig er det verdt å bemerke seg at sykepleierne i studien til Ulrich et al. (2007) ikke la merke til endringene som pasientene opplevde selv. En mulig forklaring på dette er at en menneske-til-menneske relasjon er en subjektiv opplevelse og dermed vanskelig for utenforstående å observere, eller kan det være at det muligens er enklere for pasienter å danne mellommenneskelige relasjoner med andre pasienter enn hva det er med sykepleierne i en slik setting? Ulrich et al. (2007) mener at forklaringen kan være at endringene var for subtile, eller varigheten av musikkterapi var for kort til å kunne se endringene. Sett i et slikt lys så kan det tenkes at det er enklere for pasientene å danne relasjoner blant hverandre når musikkterapi blir utført i grupper, men samtidig kan det være enklere for sykepleier å danne et menneske-menneske-forhold til den enkelte pasient om en gir individuell terapi. Slik som Travelbee (1999, s. 41) definerer menneske-til-menneske-forholdet så er det erfaringene og opplevelsene som deles mellom sykepleier og pasienten som er grunnlaget for relasjonen. Ut i fra dette er det rimelig å si at musikkterapi vil by på erfaringer og opplevelser, uavhengig om det blir utført i grupper eller individuelt, samtidig som Travelbee (1999, s. 178) påpeker at en uansett må oppfatte den enkelte som individ for å kunne oppnå et menneske-til-menneske forhold.

5.2 Musikkterapi som en symptomlindrende metode

Opjordsmoen (2011, s. 300) påpeker at mange mennesker med schizofreni opplever en stor påkjenning av symptombelastning som kan føre til en vesentlig reduksjon av livskvalitet. Slik som Ruud (2006, s. 24-25) forklarer kan musikk skape positive emosjonelle opplevelser, åndelige tilknytninger og utløse kognitive og kroppslige reaksjoner, men på hvilke måte kan musikkterapi påvirke symptombelastningen som menneskene med diagnosen schizofreni opplever?

Alle forskningsartikler som er inkludert i denne systematiske litteraturstudien tar for seg symptomlindring som et hovedtema fra en eller annen vinkel. I de kvantitative studiene til Lu et al. (2013) og Peng et al. (2010) ser en at musikkterapi kunne redusere både affektforstyrrelser, samt positive og negative symptomer. Peng et al. (2010) sin studie hevder at de positive symptomer som hallusinatorisk atferd og vrangforestillinger ble redusert hos deltakerne som deltok i musikkterapi. En forklaring på dette kan ligge i studien til Solli & Rolvsjord (2015) der en deltaker opplevde det å spille musikk som en avledning fra visuelle hallusinasjoner. Samtidig er det interessant å se på artikkelen til Solli (2009, s. 23) der en pasient opplevde at enkel musikk, med mindre instrumenter, resulterte i mindre visuelle hallusinasjoner, men mer avansert musikk kunne igjen øke hallusinasjonene. En annen forklaring på dette kan være at deltakerne i de aktuelle studiene fikk de medikamenter som ordinært under forskningsperioden, det er derfor rimelig å spekulere om resultatet kan komme av antipsykotika, slik som Opjordsmoen (2011, s. 301) mener har god effekt mot positive symptomer. Om medikamenter er en faktor som kan ha spilt inn på effekten av de positive symptomene, hva med de negative symptomene?

Opjordsmoen (2011, s. 308) mener at nyere antipsykotika fungerer bedre på negative og depressive symptomer i forhold til eldre medikament. Ut i fra studiene er det ingen informasjon om hvilke type medikament deltakerne fikk. Et viktig poeng kan er at kontroll gruppene også beholdt sine ordinære medisiner, men til tross for dette, ikke viste like stor reduksjon av symptomer som musikkterapi gruppene. Studien til Talwar et al. (2006) viste en større reduksjon av negative symptom enn av positive symptom og affektforstyrrelser. Samtidig påpeker Talwar et al. (2006) at mennesker som lider av en kronisk form for schizofreni har flest negative symptomer, og mener derfor at virkningen av musikkterapi er mest tydelig når sykepleieintervensjonen er iverksatt blant personer som er i denne fasen av sykdommen. Ulrich et

al. (2007) sin studie viste derimot bare en reduksjon i negative symptom og affektforstyrrelser, samtidig ble det ikke gjort målinger av positive symptomer. Også den kvalitative studien til Solli & Rolvsjord (2015) viste en reduksjon av negative symptom da deltakerne opplevde at musikkterapi gav dem mer motivasjon, energi, glede og forventninger, noe som gjorde dem i stand til å bli mer aktive i deres hverdag. Her kan en si at også denne studien bekrefter hvilke betydelige effekt musikkterapi kan ha på negative symptomer. På den andre siden ser en i samme studie (Solli & Rolvsjord, 2015) at deltakerne var generelt mindre opptatt av hvordan musikkterapi kunne redusere deres symptomer, men la heller vekt på hva musikken kunne bidra med knyttet til egen trivsel. Sett i et slikt lys kan en hevde at med lindring av symptomer kan en gi en økning av trivsel, men for hvor lenge? Studien til Lu et al. (2013) indikerer at symptomlindringen ikke er varig, men heller at den stagnerer en måned etter endt terapi. Slik som Opjordsmoen (2011, s. 313) hevder så er medikamenter generelt etterfulgt av bivirkninger, slik er det også om en opphører medisineringen. Sammenlignet med endt bruk av musikkterapi, som ikke har noen kjente bivirkninger, kan det hevdes at musikk kan ha bedre effekt på sikt.

Slik som Myskja (2000, s. 161) påpeker så kan musikk vekke livsglede og kan også fungere som en form for psykoterapi for mange. På lik linje mener Solli & Rolvsjord (2015) at sykepleiere som skal utøve musikkterapi bør heller fokusere på livskvalitet til pasienten fremfor reduksjon av negative symptomer. Ulrich et al. (2007) støtter ikke dette utsagnet, derimot påpekes det at sykepleiere som skal utøve musikkterapi ikke bare bør fokusere på livskvalitet som mål for sine intervensjoner, men heller prøve å se det brede spekter som musikkterapi kan by på.

5.3 Musikk i et recovery perspektiv

Å bruke musikk i et recovery perspektiv kan en både gjøre som en personlig og sosial prosess innen psykisk helsevern, men hvilke prosess er mest aktuell ved musikkterapi? På den ene siden vil musikkterapi kunne bidra til å skape ro i sinn og kropp, øke de sosiale ferdigheter og forbedre kommunikasjon, noe som i en sosial recovery prosess vil kunne påvirke pasientens samhandlingsevne i forhold til arbeid, utdanning, venner og familie. Om sykepleier bruker musikkterapi rett, kan pasienten oppleve gruppen som en ”recoverynærende omgivelse”. Studien til Peng et al. (2010) bekrefter at pasienter med lidelsen schizofreni kan oppleve en økning av sosial aktivitet og kommunikasjon blant hverandre når musikkterapi blir utført som en

gruppeaktivitet. På den andre siden kan musikkterapi spille en enda større rolle som en personlig recovery prosess. Dette ser vi i forskningsartikkelen til Solli & Rolvsjord (2015) som hevder at musikkterapi gav deltakerne trivsel, håp og mening, verdier som Karlsson & Borg (2013, s. 67) mener er sentralt i recovery prosessen for å kunne danne seg mål, vokse og utvikle seg. Samtidig ser en i den kvantitative studien til Ulrich et al. (2007) at deltakerne som mottok musikkterapi ikke opplevde noe betydelig forskjell i livskvalitet eller indre velvære etter endt studie. Imidlertid mener Borg, M. & Topor, A. (2003, s. 24) at recovery ikke er en rettlinjet prosess, og den enkelte danner seg egne mestringstrategier for å finne sin individuelle vei. Dette viser at musikk kan påvirke i ulike sammenhenger og vi som enkeltindivider opplever musikk på vår egen personlige måte, noe som kanskje kan gjøre det vanskelig å måle hva musikken egentlig gjør med oss.

Lieberman & Kopelowicz (2005, s. 116-117) mener at de negative symptomene som angst, tilbaketrekking, depresjon og redusert følelse av formål kan være et hinder for mennesker med schizofreni som skal gjennom recovery prosessen. I forbindelse med musikkterapi er dette når pasienten velger å utebli fra musikkterapien og dermed ikke mottar den symptomlindring vi har sett musikkterapien kan tilby. Borg & Topor (2003, s. 22) påpeker at det ikke er noen tidsramme hvor lenge mennesker opplever ”negative symptomer”, men forklarer at håp og støtte fra omgivelsene kan spille en sentral rolle i en slik periode. Den kvalitative studien til Solli & Rolvsjord (2015) mener at recovery bør være hovedfokuset i utøving av musikkterapi da trivsel og velvære gav symptomlindring i seg selv. Dette samsvarer med Karlsson og Borg’s (2013, s. 68) mening om at recovery ikke handler om å bli symptomfri, men om å heller leve et godt liv som en likeverdig deltaker i samfunnet i motsetning til å bli møtt som en ”psykiatrisk pasient”. Ved å fokusere på utviklingen av en positiv selvfølelse og identitet, kan sykepleiere støtte prosesser av personlig og sosial recovery, noe som også kanskje kan føre til symptomlindring og bedre funksjon.

5.4 Musikkterapi som en sykepleieoppgave

Myskja (2000, s. 161) mener at musikk kan ha en funksjon som psykoterapi for mange mennesker. Slik en ser i statusrapporten til den norske legeförening (2008, s. 10) så er standard behandlingsmetoder som psykoterapi, miljø- og støtteterapi, medikamentell behandling og rehabilitering kjernen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern. Videre påpeker den norske

legeforening (2008, s. 9) at personellet som skal utføre denne behandlingen må være kvalifisert og inneha nok kompetanse til å utføre den slik som pasienten har rett på. Er det virkelig slik at enhver sykepleier er kompetent nok til å bruke musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni?

Å bruke musikk i det psykiatriske sykehusmiljøet og i behandlingsøyemed bør ikke være forbeholdt musikkterapeuter skriver Solli (2006, s. 108). For det første støtter studien til Lu et al. (2013) dette utsagnet da de ble observert at sykepleierne samhandlet tett med pasientene, noe som gjorde det enklere å danne et menneske-til-menneske forhold med pasientene relatert til musikkterapi. Ut i fra dette påpekte studien at sykepleiere burde få en innføring i hvordan utøve musikkterapi i grupper. For det andre viser studien til Peng et al. (2010) at sykepleiere flest har erfaring med gruppe aktiviteter, noe som er et godt grunnlag til å arrangere og fremme musikkterapi til pasienter med lidelsen schizofreni. På den andre siden mener Myskja (2000, s. 153) at uerfarne bør vise forsiktighet når en skal ta i bruk musikkterapi til mennesker der symptomene er fremtredende. Solli (2006, s. 119) er enig i dette utsagnet og viser til at suggererende musikk kan ha en psykosefremmende effekt, derfor mener Solli (2006, s. 108) at bruken av musikk bør være godt gjennomtenkt og brukes på en strukturert og målrettet måte. Samtidig er det ikke blitt gjort noen funn som tilsier at musikk er psykosefremmende i forskningsartiklene. Solli (2006, s. 108) påpeker at en ikke skal være redd for å bruke musikk som en terapiform, men heller ta det i bruk med varsomhet og respekt. Sett i lys av dette kan en hevde at sykepleiere skal kunne ha muligheten til å utøve musikkterapi, men hvordan skal sykepleier i så fall tilnærme seg musikkterapi som et sykepleietiltak i en psykiatrisk avdeling?

En sykepleier som er uerfaren med musikkterapi bør i begynnelsen starte med allsang i grupper da dette er noe som lett kan gjøres under sammentreff i felles stuer. Dette kan være en fin måte å introdusere pasientene til en trygg gruppe, og som Solli (2006, s. 112) påpeker så er musikk en sosial akseptert samværsform, noe som kan gjøre det enklere å legge til rette for relasjonsbygging og interaksjon mellom sykepleier, pasient og pasientene seg imellom. Det er rimelig å si at en kan fremme trygghet i en gruppe ved å ha en strukturert og forutsigbar ramme der gruppen foregår på faste dager og i samme rom. Sykepleier bør også inkludere og informere personalet på avdelingen om musikkterapien. Ved individuell terapi må en ifølge Solli (2006, s. 109-110) planlegge

terapien i samhandling med pasientens lege eller psykolog og deretter journalføre terapiforløpet. På den ene siden spiller det ytre rammene og de musikkterapeutiske tilnærminger en viktig rolle for hvordan pasientene opplever selve musikkterapien. På den andre siden er det relasjonen mellom sykepleier og pasientene som legger grunnlaget for tryggheten i gruppen. Slik som Travelbee (1999, s. 44) påpeker så har den profesjonelle sykepleieren en evne til å bruke seg selv terapeutisk. Samtidig viser Ingeberg et al. (2006, s. 94) at om en er for ivrig i kontaktetableringen vil det nesten alltid virke mot sin hensikt. Videre legger Ingeberg et al. (2006, s. 95) til at sykepleier må vise seg tilliten verdig i arbeid med mennesker med lidelsen schizofreni. Slik er det også når en skal spille musikk sammen med noen, uten tillitt til den andre vil den musikalske kommunikasjonen falle bort, noe som kan hindre etableringen av menneske-til-menneske relasjonen.

6 KONKLUSJON

Utførelsen av musikkterapi er av flere dokumentert som en billig og helhetlig virkende tiltak som innebærer få bivirkninger. Musikkterapi kan utføres i grupper eller individuelt, men en ser at pasienter i grupper lettere kan øke den sosiale interaksjonen og danne mellommenneskelige relasjoner blant hverandre. Om det er ønskelig å oppnå et menneske-til-menneske-forhold bør sykepleier iverksette individuell musikkterapi. Uavhengig av hvilke terapi metode som blir anvendt, viser forskningsartiklene at musikkterapi kan fungere som en sosial trening og kan derfor gjøre det enklere å kunne tilpasse seg det sosiale miljøet i samfunnet etter utskrivning. Ut i fra forskningsartiklene ser en også at musikkterapi som blir brukt på rett måte kan lindre negative aspekter med sykdommen, samtidig ser en at det har best effekt på de negative symptomene hos mennesker med lidelsen schizofreni. Det er viktig å bemerke seg det at menneskene som deltok i studiene var mindre opptatt av hvordan musikkterapi kunne redusere deres symptomer, men mente heller at den fungerte som en form for psykoterapi som økte trivsel og livskvalitet. Recovery bør være sentralt i utøving av musikkterapi og sykepleier bør hjelpe pasienten til å danne seg mål for å utvikle en positiv selvfølelse og identitet. Dette er enklere å gjennomføre ved individuell terapi og sykepleier kan da støtte den sosiale eller personlige prosessen som den enkelte går gjennom. Sykepleiere skal, med nok kunnskap om emnet og en anelse erfaring av musikalsk samspill, kunne ha muligheten til å utøve musikkterapi i omsorg til mennesker med lidelsen schizofreni.

REFERANSELISTE

Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Den norske legeforening (2008). *Lokalsykehusfunksjoner i psykisk helsevern: Lokalsykehusenes fremtidige rolle* (status-rapport, mai 2008). Oslo: Legeforeningen

Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Garred, R. (2006). Musikk og spesialpedagogikk. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 52-57). Oslo: Cappelens Forlag.

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger; En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe AS

Johannessen, J.O. (2011). Schizofreni- klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 28-42). Stavanger: Hertervig Akademisk.

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsbasertpraksis. (2012a) *Litteratursøk*. Hentet 13. januar 2015 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/>

Kunnskapsbasertpraksis. (2012b) *Kritisk vurdering*. Hentet 13. januar 2015 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>

- Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. I R. O. Ralph and P. W. Corrigan (Red.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (s. 101-129). Washington: American psychological association.
- Lu, S.F., Lo, C.K., Sung, H.C., Hsieh, T.C., Yu, S.C. & Chang, S.C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682-688. doi: 10.1016/j.ctim.2013.09.002
- Myskja, A. (2000). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi*. Oslo: Grøndal Dreyer.
- Myskja, A. (2005). *Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem*. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1497-9.
- Myskja, A. (2011). Musikk som terapi i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. (s. 200-223). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2013). *Forsknings-prosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Opjordsmoen, S. (2011). Medikamentell behandling av schizofreni. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 28-42). Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Peng, S.M., Koo, M. & Kuo J.C. (2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 429-434. doi: 10.1016/j.apnu.2010.04.001
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 8*. Hentet 15. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- Rund, B.R. (2011). Schizofreni: Behandling og forskning i Norge gjennom 100 år. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 10-27). Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 17-30). Oslo: Cappelen Forlag.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Sneltvedt, T. (2012). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 151-165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solli, H. P. (2006). Musikk i psykiatrisk praksis. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 107-121). Oslo: Cappelen Forlag.
- Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. *Skriftserie fra senter for musikk og helse, 2009* (5), 15-36. Hentet fra http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172211/Hans_Petter_Solli.pdf?sequence=1
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24 (1), 67-92. doi: 10.1080/08098131.2014.890639
- SSN. (1987). *Sykepleiernes samarbeid i Norden: etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013022806139
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 405-409. doi: 10.1192/bjp.bp.105.015073

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ulrich, G., Houtmans, T. & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116* (5), 362-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x

VEDLEGG 1 - Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie

Artikkel nr:	1	2
Tittel:	Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia.	Music therapy for in-patients with schizophrenia
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja
2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?	Randomiserings-prosedyren gikk for seg ved bruk av dataprogram.	Randomiserings-prosedyren gikk for seg ved bruk av dataprogram.
3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?	73 av 80 pasienter fullførte studien. 7 pasienter fullførte ikke studien som følge av flytting til annen post.	69 av 81 pasienter fullførte studien. 12 pasienter fullførte ikke studien, men multippel imputering ble brukt til å gjøre rede for de manglende data i utfallsmål på oppfølging.
4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmål blindet mht. gruppetilhørighet?	Utfallsmåler ble blindet for gruppetilhørigheten, men deltakerne kunne ikke bli blindet da de var klar over gruppeoppgave.	Utfallsmålerne ble blindet for gruppetilhørigheten, men det oppstod ett tilfelle der en pasients gruppetilhørighet ble avslørt før det var gjort en vurdering av hans utfall.
5. Var gruppene like ved starten av studien?	Gruppene inneholdt et nærmest likt antall av kvinner og menn med en gjennomsnittsalder på 52 år.	Gjennomsnittsalderen for gruppene var 35-38 år. Det var et likt antall kvinner i gruppene, men i ene gruppen var det 14 menn flere enn i den andre gruppen.
6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?	Ja	Ja

7. Hva er resultatene?	Pasientenes positive og negative symptomer ble målt samt deres generelle psykopatologi og opplevelse av depresjon. Hvor lavere score, hvor bedre resultat. Studien viser i tabell 2 at gruppen som fikk musikkterapi som et tiltak, scorer mindre enn kontroll gruppen på alle variabler etter 12 uker.	Pasientenes positive og negative symptomer ble målt samt deres tilfredshet og deres generelle funksjonsnivå. Hvor lavere score, hvor bedre resultat. Studien viser i tabell 2 at gruppen med musikkterapi scorer mindre enn kontroll gruppen etter 12 uker, men samtidig er det ikke noe stor differanse. Musikkterapigruppen scorer høyere på tilfredshet enn kontroll gruppen.
8. Hvor presise er resultatene?	Det er oppgitt p-verdier som ligger rundt <0,001 – 0,004.	I tabell 3 viser studien til en p-verdi på 0.11.
9. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Ja
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?	Ja	Uklart
11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?	Ja	Ja

Artikkel nr:	3	4
Tittel:	Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia.	The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study.
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja
2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?	Tildelingen av gruppene var randomisert, men artikkelen nevner ikke hvordan.	Pasientene som indikerte at de ønsket å delta i musikkterapi ble randomisert til enten kontroll eller musikk gruppen. Dette ble gjort ved å kaste en terning.
3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?	59 av 67 deltakere fullførte studien.	27 av 37 deltakere fullførte studien.
4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?	En av studiens begrensinger var at både deltakerne og utfallsmålerne var klar over gruppe oppgavene.	Pasientene og utfallsmålerne var blindet for at forskning av musikkterapi var målet med studien.

5. Var gruppene like ved starten av studien?	Det var ingen signifikant forskjell i alder, kjønn og antall ganger av innleggelse på sykehus mellom pasienter i den eksperimentelle og kontrollgruppen.	Forsøksgruppene og kontrollgruppene var sammenlignet med hensyn til kjønn, psykiatrisk diagnose, antall tidligere innleggelser, alder og den medikamentelle behandlingen.
6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?	Ja	Ja
7. Hva er resultatene?	Målingene ble gjort med bruk av "Brief Psychiatric Rating Scale", der hvor lavere score pasientene har, hvor bedre resultat. Studien viser at gruppe aktiviteter med musikk gir en betydelig redusert score i BPRS skalaen hos pasienter med akutt schizofreni.	Musikkterapi viste signifikant effekt hos pasientenes selv evaluering av deres psykososiale orientering og for negativ symptomer. Ingen forskjeller ble funnet i deres livskvalitet.
8. Hvor presise er resultatene?	P-verdien viser en total score på <0.001.	P-verdiene strekker seg fra 0.01 til 0.05.
9. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Ja
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?	Uklart	Ja
11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?	Ja	Ja

VEDLEGG 2 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Artikkel nr:	1
Tittel:	“The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy.
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ni pasienter ble rekruttert, og det ble bevist valgt pasienter som var forventet å gi en innsikt i problemstillingen. Deltakerne måtte møte følgende inklusjonskriterier: (1) diagnostisert med en psykotisk sykdom, og/eller har opplevd psykose i løpet av det siste året; (2) motivert for musikkterapi; og (3) i verbalt stand til å uttrykke seg i et intervju. Pasienter i en akutt psykotisk fase ble ekskludert eller inkludert en gang akutte symptomer hadde blitt lindret. Kriterier for inklusjon og eksklusjon ble vurdert av forsker og en psykiater eller psykolog.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål og diskusjon. Meningen var å fange opp et bredt spekter av deltakernes subjektive opplevelser innen musikkterapi, både musikalsk og relasjonell.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Studien er analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). Dataen er forståelig, tydelig og rimelig.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Det er inkludert andre kilder for å sammenligne hvorvidt forskjellige funnene er. Studien bekreftet mange av de positive resultatene fra andre studier, men er splittet om hvordan musikkterapi kan utføres for å oppnå best hjelp til pasienter i deres livssituasjon.
9. Er etiske forhold vurdert?	Studien fått etisk godkjenning fra den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Et fremtredende funn var at musikkterapi ble opplevd som engasjerende, motiverende og underholdende av alle deltakerne. Det mest interessante funn i denne studien var at, til tross for de generelle brukeropplevelsene av musikkterapi var positive, var flere av deltakerne enig i at musikkterapi ikke var en behandling, men istedenfor var det en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Denne studien er nyttig fordi den gir et innblikk i pasients meninger om musikk som en terapi form.

VEDLEGG 3 – Oversiktstabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Lu, et al. (2013) <i>“Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia”</i>	Hensikten var å undersøke hvilke effekt musikkterapi hadde på pasienter med schizofreni og deres depresjon og psykiatriske symptomer i et psykiatrisk sykehjem.	Dette er en kvantitativ studie der det ble gjort vurdering av pasientenes symptomforbedring med hjelp av PANSS. Dataene ble samlet inn av åtte blindet sakkyndige med 8 timer trening med PANSS.	80 pasienter ble randomisert, der 38 fikk musikkterapi som tiltak, mens 42 pasienter var i kontroll gruppen. 73 av pasientene (92 %) fullførte studien.	Studien viser at musikkterapi i grupper kan effektivt redusere PANSS score og depresjon score hos sykehjemspasient er med schizofreni.
Talwar, et al. (2006) <i>“Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial”</i>	Studien ville undersøke om musikkterapi var gjennomførbart på psykiatrisk sykehus og i samhandling med pasienter med schizofreni og dermed utforske terapiens effekter på mental helse.	Studien tar i bruk en kvantitativ metode. Datainnsamlingen ble gjort med hjelp av PANSS skala, pasient intervju og pasient notater. Alle oppfølgingsintervjuene ble utført av en forsker som var uvitende av behandlings status, tre måneder etter randomiseringen.	81 pasienter deltok i studien og etter randomisering var det 33 pasienter som fikk musikk terapi, og 48 av dem var i kontroll gruppen. 12 pasienter fullførte ikke studien.	Endring i den totale PANSS score blant de som mottok terapi var signifikant større enn de som mottok standard behandling. De mindre forskjeller i sekundære utfall nådde ikke statistisk signifikans.

<p>Peng, et al. (2010) <i>“Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia”</i></p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere effekten av musikk som en gruppe aktivitet og terapi på pasienter med akutt schizofreni.</p>	<p>Dette er en kvantitativ metode der deltakerne er randomisert i 2 grupper. Ved bruk av BPRS skala ble det målt pasientenes symptom forandring.</p>	<p>67 pasienter fra en akutt psykiatrisk avdeling deltok, der 32 pasienter var i musikkgruppen, mens 35 pasienter var i kontrollgruppen. 8 pasienter fullførte ikke studien.</p>	<p>Denne studien fant at musikk aktiviteter kan redusere negative symptom hos pasienter med schizofreni. Samtidig har musikkterapi har ingen negative bivirkninger og er relativt billig å utføre.</p>
<p>Ulrich, et al. (2007). <i>“The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study”</i></p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke effekten av musikkterapi for pasienter med schizofreni som trenger akutt pleie.</p>	<p>Undersøkelsen ble utført i en kvantitativ metode som en randomisert kontroll studie. Det ble brukt spørreskjemaer på både pasientene og sykepleierne, samtidig som de ble brukt skala for måling av negative symptom og generell mental helse.</p>	<p>37 pasienter på et psykiatrisk sykehus med schizofreni ble randomisert til en forsøksgruppe med 21 pasienter og en kontrollgruppe med 16 pasienter.</p>	<p>Det ble sett betydningsfulle forandringer i pasientenes negative symptomer og psykososiale orientering hos de som mottok musikkterapi. Ingen forskjeller ble funnet i livskvalitet.</p>
<p>Solli, H. P. & Rolvsjord, R., (2015). <i>“The Opposite of Treatment: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy”</i></p>	<p>Hensikten var å fange opp et bredt spekter av deltakernes subjektive opplevelser innen musikkterapi, både musikalsk og relasjonell.</p>	<p>Studien var en kvalitativ undersøkelse der det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål og diskusjon. Studien er analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA).</p>	<p>Ni pasienter ble rekruttert, og det ble bevist valgt pasienter som var forventet å gi en innsikt i problemstillingen.</p>	<p>Hovedfunnet i denne studien var at, til tross for at de generelle opplevelsene av musikkterapi var positive, var flere av deltakerne enig i at musikkterapi ikke var en behandling, men istedenfor en metode for å understreke sin representasjon av frihet fra sykdom, stigma, og behandling.</p>