

BACHELOROPPGÅVE

Bruk av song og musikk i kommunikasjon med pasientar med langtkomen demens
sjukdom

av
Kandidat nummer: 5
Namn: Silje-Marie Bjørdal

Bachelor i sjukepleie

SK 162

Mai, 2015

Antal ord: 6959

Rettleiar: Solveig Sægrov



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva ***”Bruk av song og musikk i kommunikasjon med pasientar med langtkomen demens sjukdom”*** i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidat nr 5 / Silje-Marie Bjørdal

JA

NEI

Samandrag.

Formål med oppgåva: Denne oppgåva er mi bacheloroppgåve i sjukepleie. Som pleieassistent og sjukepleiarstudent på skjerma avdeling har eg erfart positive virkningar av å bruke song og musikk som tilnærming, og eg vil difor undersøkje om det finst klare haldepunkt for at dette er god praksis.

Bakgrunn: Både i Noreg og på verdsbasis er antall personar med demens stigande. Behandling og omsorg i tilknytning til sjukdomen er i dag både kostnadskrevjande og byr på utfordringar i forhold til korleis handtere utfordrande atferd og psykiske symptom. For personar med demens er det sosiale miljøet viktig for korleis dei meistrer kvardagen. Miljøtiltak som song og musikk har difor fått ein plass i behandlinga.

Problemstilling: *"Korleis kan bruk av song og musikk betre kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient med langtkomen demens?"*

Metode: Oppgåva er utforma som eit litteraturstudie. Det vil seie ein systematisk gjennomgang av eksisterande litteratur for å besvare eller belyse ei problemstilling. Deretter er litteraturen vurdert og drøfta for å kunne dra ei slutning i forhold til problemstillinga (Forsberg & Wengström, 2013, ss. 25-32)

Funn: Bruken av musikk i stellsituasjonar ser ut til å kunne betre føresetnadane for god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasientar med langtkomen demens på sjukeheim. Musikk kan blant anna være med å styrke relasjonen, føre til erindring, redusere angst og fokusere oppmerksomhet.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	2
1.2 Problemstilling og avgrensing av problemstillinga	2
1.3 Vidare løysing av oppgåva	2
2 Metode	2
2.1 Litteraturstudie	2
2.2 Søkeprosessen etter forskingsartiklar	3
2.3 Søkeprosessen etter anna litteratur	4
2.4 Kjeldekritikk	4
2.5 Vurdering av metoden	5
3 Teori	5
3.1 Demens	5
3.1.1 Grad av demens	6
3.1.2. Atferdsmessige og psykiske symptom ved demens (APSD).	6
3.2 Sjukepleie	6
3.2.1 Det gode stellet	7
3.2.2 Sjukepleieteoriar	7
3.2.3 Juridisk og etisk grunnlag for sjukepleie	8
3.2.4 Kommunikasjon	8
3.3 Musikk som terapi og kommunikasjon	9
3.4 Presentasjon av funn i frå forskning	10
4 Drøfting	11
4.1 Grunnlaget for god kommunikasjon.	12
4.2 Musikk og sjukepleie	13
4.3 Bruk av musikk for å styrke relasjonen.	13
4.4 Musikk og kjensler	14
4.5 Musikk for aktivering og avspenning	15
5 Konklusjon	17
Litteraturliste	18
Vedlegg 1	

1 Innleiing

I 2007 var det 66 000 personar med demens i Noreg. Halvparten av dei bur i eigen heim, medan ein stor del av dei ramma bur på institusjon. Utifrå prognosane der ein ser føre seg at levealderen er auka, og førekomsten av demenssjukdom er som før, vil det vere om lag 135 000 personar med demens i Noreg i 2040. Svekkja hukommelse og kognitiv funksjon er kjenneteikn på demenssjukdommane (Helse- og sosialdirektoratet, 08/2007, s. 7). Utviklinga av sjukdommen gjer at mange vert avhengige av tilsyn og hjelp til pleie store delar av døgnet. Mange personar med demens har atferdsmessige og psykiske symptom som kan gjere kommunikasjon og omsorgsfull pleie utfordrande.

Medikamenta vi har idag kan berre dempe symptoma, ikkje stoppe eller hemme utviklinga av demenssjukdom (Helse- og sosialdirektoratet, 08/2007, s. 9). Det sosiale miljøet rundt personar med demens har vist seg å ha stor betydning for deira evne til å tilpasse seg og fungere og har difor gjeve miljøbehandling eit større fokus i behandlinga. Miljøbehandling vil seie å endre rammebetingingane i miljøet til pasienten og bruke individuelle tiltak som er retta mot spesifikke symptom (Helse- og sosialdirektoratet, 08/2007, s. 57). Mange bivirkningar og usikker effekt av medikamentell behandling gjer det viktig for sjukepleiar å ha kunnskap og evne til å bruke ikkje-medikamentelle tiltak.

Demensplan 2015 seier òg at personar med demens kan få auka livskvalitet ved hjelp av miljøterapeutiske tiltak som til dømes song og musikk, og at dette er tiltak som må styrkast (Helse og omsorgsdepartementet, 2007, s. 20). Lite kostnadskrevjande behandlingstiltak er også positivt for det samfunnsøkonomiske perspektivet, då demensomsorgen er svært kostnadskrevjande. I 1995 berekna ein at utgiftene til demensomsorgen utgjorde 14 milliardar kroner av helsebudsjettet, og bereknar det til å stige til 18 milliardar i 2020 (Helse- og sosialdirektoratet, 08/2007, s. 7).

Når ein person får behov for sjukepleie er det å bevare menneske sin integritet og verdighet grunnverdiane for faget. I oppgåva vil eg belyse Kari Martinsen og Joyce Travelbee sine teoriar, då dei minner oss om dei etiske verdiane som ligg til grunn for å utøve sjukepleie.

Saman med det norske lovverket skal dei Yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar beskytte pasienten mot handlingar som er krenkande. Det kan vere ulovleg eller unødvendig bruk av tvang. Ein skal også fremje ein sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebygge sjukdom (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Som sjukepleiarstudent og pleieassistent på sjukeheim har eg arbeidd mykje rundt personar med demens. Ein del av symptoma som fyljer sjukdommen kan gjere kommunikasjon og samhandling utfordrande. Gjennom dei ulike rollene har eg fått høve til å observere ulike tilnærmingar ifrå pleiepersonalet, noko eg har reflektert mykje rundt. Eg har sett og erfart at å bruke song i møte med menneske, ofte kan røre og bevege meir enn ord og handlingar.

Eg har sjølv kome i situasjonar der pasienten har vore redd, engstelig, sint, forvirra og trist, utan at eg har klart å hjelpe han pga. problem med å kommunisere. Særleg har eg følt dette utfordrande i stellsituasjonar, der pasienten i ein særleg sårbar og avhengig situasjon. Eg ynskjer difor å sjå om det finst haldepunkt for om musikk kan være med å betre kommunikasjonen mellom pleiar og pasient.

1.2 Problemstilling og avgrensing av problemstillinga

«Korleis kan bruk av song og musikk betre kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient med langtkomen demens?»

For å avgrense problemstillinga mi, vil eg ha fokus på pasientar som har langtkomen demens, og som bur på sjukeheim. Eg vil ta føre meg forskning der ein har teke utgangspunkt i korleis song påverkar møtet mellom sjukepleiar og pasient i forhold til vanleg tilnærming.

1.3 Vidare løysing av oppgåva

Oppgåva er utforma som eit litteraturstudie. Den byrjar med å forklare om metode for løysing av oppgåva. Deretter vert aktuell teori og forskning presentert slik at lesaren skal ha eit grunnlag for å forstå drøftinga som kjem etterpå. Til slutt kjem konklusjonen som skal gi eit svar på om det har kome fram kunnskap som har noko å seie for sjukepleiepraksisen.

2 Metode

Metode er ein framgangsmåte, ein måte for å løyse problem og finne ny kunnskap. Den fortel oss korleis ein kan gå fram for å framskaffe eller prøve ut kunnskap (Dalland, 2012, s. 50).

2.1 Litteraturstudie

I litteraturstudiar tek ein utgangspunkt i tidlegare dokumentert kunnskap og drøfter den i lys av problemstillinga (Dalland, 2012, s. 134). Eg har valt meg eit tema og funne ei problemstilling med eit mindre fokus som er aktuelt og sjukepleiefagleg. PICO-metoden har vore med å hjelpe til å formulere ei problemstilling, og kan også være til hjelp i analysen og resultatet for å tydeleggjere formålet med studien. PICO står for Population, intervention, Comparison og Outcome. Eg har gjort eit litteratursøk

der eg har kritisk vurdert litteraturen eg har funne (Forsberg & Wengström, 2013, s. 71). Søka etter litteratur gjorde eg i dei store databasane som er tilgjengelige ifrå skulen.

Tabell 1 Pico-skjema (Forsberg & Wengström, 2013, s. 71)

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Pasientar med langtkomen demens	Bruk av song og musikk ved stellsituasjonar	Ikkje bruk av song og musikk i stellsituasjonar	Betre kommunikasjon mellom pasient og pleiar?

2.2 Søkeprosessen etter forskingsartiklar

Eg har valde å bruke PubMed og SweMed i søka. Eg har brukt søkeorda "demens" og "musikk" / "dementia" og "music". Andre kriteriar for søka er at funna må vere nyare enn 5 år, vere publiserte i anerkjente fagtidsskrift og vere tilgjengelige i fulltekst online.

Utvalskriterier og søkjeprosessen kjem fram i *Vedlegg 1*. Til oppgåva mi valde eg desse artiklane:

I.	Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). Finding the key to communion - Caregivers` experience of "music therapeutic caregiving" in dementia care: A qualitative analysis. <i>Dementia</i> , 10 (1), ss. 98-111.
II.	Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). Reactions of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations. <i>Open Nursing Journal</i> , 4 (35), 35-41.
III.	Bragestad, L., & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. <i>Sykepleien.no/Forskning</i> , ss. 110-118.

Lena Marmstål Hammar, Eva Götell og Gabriella Engström er sjukepleiarar og har drive sjukepleieforskning på bruk av musikk. Dei studiane eg har med har kvalitativ metode og tek utgangspunkt i at pleiarar brukar song i morgonstellet. Sidan dei er utgitt same år og av same forfattar vil eg skille dei i teksten som (1) og (2).

Studien til Line Bragestad og Marit Kirkevold er eit litteraturstudie basert på 11 empiriske studiar. Studiane har sett på bruken av individualisert musikk som atferdsmodifiserande tiltak hos personar med demens.

2.3 Søkeprosessen etter anna litteratur

Elles har eg funne fram til fagbøker som eg ynskjer å ha med etter å ha gjort eit søk i Oria, med søkjeorda «demens OG musikk», med avgrensing på bøker. Eg fann då blant musikkterapeut Hanne Marie Ridder si bok «Musikk & demens», i boka presenterer ho tidlegare litteratur og egne erfaringar med musikk i demensomsorgen.

Eg har valt ut to bøker som overlege og musikkterapeut Audun Myskja har skrive: «Den musiske medisin» (1999) og «Den siste song» (2006). Myskja har jobba med musikk i forhold til medisinsk bruk sidan 70-talet, kunnskapen og erfaringane hans er samla i "Den musiske medisin". "Den siste song" presenterer korleis musikk og andre miljøtiltak kan bli brukt i norske helseinstitusjonar.

Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye si bok «Personer med demens – møte og samhandling» (2008), fekk eg anbefalt som grunnbok i demens av kollegaer. Boka gir ei innføring i demenssjukdom, miljøtiltak, relasjonsbygging og kommunikasjon. Smebye har vidareutdanning i eldreomsorg medan Rokstad har arbeidd i alderspsykiatrien.

Elles har eg brukt ein del av bøkene som har vore pensum i tidlegare emne og offentlege dokument som er styrande for demensomsorgen.

2.4 Kjeldekritikk

Studiane eg har valt ut har brukt kvalitativt metode som studiedesign, som viser subjektive erfaringar med bruk av musikk. Dei utfyller kriteria som er oppgitt for god forskning i kvalitativ metode og er godkjent av etisk komité. Kriteria går på om studien verkar truverdige og om gjennomføringa av studien har vore god. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, ss. 77-78).

Studiane er av nyare dato og publiserte i tidsskrifter som er tilgjengelige på nettet. Dei er skrivne av omsorgsforskarar med solid bakgrunn innanfor demens og sjukepleie. Studiane er oppbygd etter IMRAD-strukturen som er den mest vanlege strukturen i vitenskaplege artiklar (Dalland, 2012, s. 79).

Hammar mfl. sine studiar viser pleiepersonalet sine erfaringar med bruk av Music Therapeutic Care (MTC) i stellsituasjonar, og korleis pleiarane oppfattar pasienten sin reaksjon ved bruk av MTC. Dette meiner eg gjer studiane relevante for mi problemstilling fordi dei kjem inn på korleis bruk av song påverkar både pleiar og pasient. Sjølv om funna i studien knyt bruk av musikk til kommunikasjon, er

ikkje dette hovudformålet med studiane (Hammar, Emami, Engström, & Götell, 2010) (Hammar, Emami, Engström, & Götell, 2010).

Litteraturstudien til Bragestad (2010) har oppsummert den tidlegare forskinga på området. Systematiske oversikter skal gi oss den best tilgjengelige forskingsbaserte kunnskapen. Men den kan også gje eit skeivt bilete dersom utvalet og søket ikkje inkluderer fleire syn i litteraturen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 135).

Elles har eg brukt bøker ifrå pensum og bøker som er anbefalte med kjende forfattarar med fagleg tyngde innanfor temaet som gjer kildene gyldige og relevante (Dalland, 2012, s. 74).

2.5 Vurdering av metoden

Litteraturstudier får best kvalitet dersom ein finn og inkluderer all forskning på området, men det er ofte ikkje mulig i praksis pga. tidsbegrensing og tilgang til litteraturen (Dalland, 2012, ss. 139-142). Noko av svakheta med kunnskap ifrå den hermeneutiske tradisjon er at det er vanskeleg å teste den intersubjektivt, dvs. at vi kan framstille same resultat dersom vi går fram på same måte dersom ein anna forskar gjer forsøket ein gong til (2012, s. 59). Likevel er kvalitative studiar rekna som verdifulle innanfor sjukepleiefaget fordi dei skildrar subjektive erfaringar som ikkje kan la seg måle med kvantitative studiar (2012, s. 112). Studiane eg har brukt i oppgåva har gjort funn som er støtta i andre studiar, men lav kvalitet på dei andre studiane er forskarane litt forsiktige med å generalisere funna. Dette kan vere ein svakhet med mi oppgåve.

Noko anna er at studiane eg har brukt har svensk opprinning, derifrå er dei skrivne på engelsk, før eg har omsett dei til norsk. Dette utgjer ein viss usikkerhet i forhold til ulik begrepsforståing eller feil i oversetninga. Bruk av ordbok og synonymordbok under lesinga gjer forståinga av artiklane meir nøyaktig.

3 Teori

I dette kapittelet vil eg definere faguttrykk, kome med utfylljande teori som er nødvendig for å forstå demens som sjukdom og kva utfordringar det kan gje i forhold til pleie og omsorg.

3.1 Demens

Ordet demens kjem ifrå det latinske språket og betyr: de (utan) og mens (sjel, sans, sinn, forstand) (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 20). Det er brukt som ein samlebetegnelse for hjerneorganiske sjukdommar som er kroniske og degenerative. Felles symptom for demens er svekka mental

kapasitet og svikt i psykologiske prosessar som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon (Rokstad & Smebye (red), 2008, ss. 30-45).

Demenssjukdommar utviklar seg over tid og på ulik måte. Ein kan skilje mellom demenstypane utifrå årsak til endring i hjernen, og lokalisasjon av endringa. Om lag 60 % av dei demensramma har Alzheimers sjukdom og 25-30% har vaskulær demens (Berentsen, 2010, s. 355). Ved Alzheimers sjukdom kan ein sjå anatomiske forandringar i storhjernen som fylje av atrofi og celledød. Plakk rundt nervecellene øydeleggje cellene sin funksjon og fører til mental svikt hos pasienten (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 31). Ved vaskulær demens har hjernen fått skade pga. manglande blodtilførsel eller skade i blodkar som fører til oksygenmangel og varig skade i hjernen (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 35).

3.1.1 Grad av demens

Vi skil mellom mild, moderat og alvorleg grad av demens. Ved mild grad av demens kan det vere vanskeleg å halde orden på dagane, klokka og kalenderen. Personen kan likevel klare seg godt i dagleglivet, dersom miljøet er kjent og han kan halde rutinar. Ved alvorleg grad av demens kan pasienten ha vanskar med å orientere seg for tid, stad og situasjon. Det kan vere vanskeleg å oppfatte kva andre seier, og sjølv uttrykke seg fordi ordforrådet er begrensa. Pasienten kan ha problem med å sortere stimuli, som kan føre til handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring. Dei fleste er då avhengig av hjelp heile døgnet og bur på institusjon (Berentsen, 2010, s. 355)

3.1.2. Atferdsmessige og psykiske symptom ved demens (APSD).

Atferdsmessige og psykiske symptom ved demens (APSD) innebærer det vi opplever som vanskelig og utfordrande åtfærd knyta til demens sjukdom. Ein reknar med at omlag 75 % av personane med demens har eitt eller fleire slike symptom (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 182). Symptoma kan være vrangførestillingar, paranoia, depresjonar, søvnløyse, angst, ustabil humør, fysisk aggresjon, roping, rastlaus gange, manglande seksuelle hemningar, etc. For å kunne setje i verk tiltak for å modifisere eller førebygge utfordrande åtfærd, må sjukepleiar kjenne bakgrunnen for åtfærd. (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 185).

3.2 Sjukepleie

«Sjukepleie er ein mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelper ein person, ei familie eller eit samfunn med å førebyggje eller mestre erfaringar med sjukdom og lidning, og om nødvendig finne ei meining med desse erfaringane» Joyce Travelbee (1999) gjengitt av (Kristoffersen , 2011, s. 216)

3.2.1 Det gode stellet

Sjukepleiarar har lang tradisjon for å hjelpe pasientar til stell. Det er ein arena som set pasienten i ein sårbar situasjon. Stellet er noko vi lærer tidlig i livet som vert prenta inn i den prosedurale hukommelsen. Det er den som bevarast lengst i eit demensforløp. Likevel er hjelp til stell ofte naudsynt hos personar med demens. Dette fordi kognitiv svikt kan gjere det vanskeleg for personar med langtkomen demens å kjenne att situasjonen og forstå kva som skjer og kvifor. Betydinga av personleg hygiene kan og ha endra seg som fylje av demenssjukdommen. Sjukepleiar må då vere oppmerksom på at det er fleire dimensjonar ved å hjelpe ein pasient til stell, utanom den praktiske utøvinga. Det har også ein omsorgsdimensjon som kan gje muligheit for meistring og fellesskap, samt fremme velvære styrke menneske sin integritet (Berentsen, 2010, ss. 149-152).

3.2.2 Sjukepleieteoriar

Bakgrunnen for utviklinga av sjukepleieteoriar er at ein hadde behov for å definere mål og innhald i sjukepleia (Kristoffersen , 2011, s. 208).

Joyce Travelbee

Ein av teoretikarane som har hatt betydning for utviklinga av sjukepleie i vesten er Joyce Travelbee (1926-1973). Teoriane hennar tek utgangspunkt i dei mellommenneskelege aspekta ved sjukepleie. Ho beskriv ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient der dei er likeverdige. Menneskesynet hennar er prega eit humanistisk grunnsyn, der kvart menneske har ein unik verdi og er uerstattelig. Travelbee meiner at ei av oppgåvene til sjukepleiar er å hjelpe pasienten til å finne meining i lidinga. Med det meiner ho at personen framleis skal føle at han sjølv har verdi, både for seg sjølv og andre. Ved å gi hjelp og støtte kan den profesjonelle hjelpar være med å utvikle ei slik kjensle hos pasienten. Ifølge Travelbee kan dette skje ved at det etablerast eit menneske-til-menneske-forhold. Dette skjer gjennom fleire fase og inneberer at sjukepleiar brukar kommunikasjon, målretta intellektuell tilnærming og seg sjølv på ein terapeutisk måte. Travelbee meiner at det å bli kjend med pasienten er like viktig og naudsynt som å utføre prosedyrar og syte for fysisk omsorg. For personer med demens er det avgjerande å kjenne til bakgrunnen og preferansar for å gi god fysisk omsorg. Forutsetningar forå oppnå god kontakt mellom menneske er god kommunikasjon (Kristoffersen , 2011, s. 222).

Kari Martinsen

Kari Martinsen er ein norsk sjukepleiar, som har utvikla omsorgsfilosofi med vekt på relasjonane mellom menneske. Fellesskapet er i sentrum framfor individet fordi vi alle på ein eller anna måte er avhengige av det. (Kristoffersen , 2011, s. 249). Ho meiner at solidaritet med den svake er sjukepleia sitt grunnlag.

Omsorg er noko av grunnlaget for sjukepleie, og må utøvast på pasienten sine premiss med personleg engasjement og innleving. Omsorg kan i følge Martinsen berre utøvast utifrå den situasjonen personen er i. Då er betingelseslaus omsorg, er eit mål i seg sjølv. Ho meiner at ved å skåne pasienten for påkjenningar og ta vare på hans livsmuligheter, fremjar sjukepleiaren livsmot. Ein opplevelse av velvære skal vere eit naturleg resultat av omsorgen. Ho tek sterk avstand ifrå overtramp og maktovergrep i frå sjukepleiar si side.

3.2.3 Juridisk og etisk grunnlag for sjukepleie

Som nemnt i innleiing arbeidar vi som helsepersonell innanfor lovverket som regulerer rettighetene til pasientane og helsetenestene vi skal vere med å yte. I tillegg har vi dei Yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar som beskriver det etiske fundamentet for sjukepleie. Retningslinjene seier at sjukepleie skal baserast på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettane. Sjukepleiar har plikt til å fremje helse, førebyggje sjukdom, lindre liding og sikre ein verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasientrettighetslova §1-1 skal sikre pasientane tilgang til helsetenester av god kvalitet (Lov om pasient- og brukerrrettigheter, 1999).

I den vestlege kulturen står autonomi i høgsete. I pasientsamanheng reknar vi autonomi som pasienten sin rett til å bestemme over eige behandling og pleie (Nortvedt P. , 2012, s. 132). Denne retten er ikkje berre nedfelt i dei etiske retningslinjene til sjukepleiarar, men også i Pasientrettighetslova som seier at helsehjelp berre kan giast dersom pasienten har samtykka til det, eller at der forelegg lovheimel eller gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke. §4-A i Pasientrettighetslova (1999) opnar for dette under visse vilkår. Om ein ikkje fyljer desse vilkåra, men likevel yter helsehjelp mot pasienten sin vilje, er det ulovleg bruk av tvang (Lov om pasient- og brukerrrettigheter, 1999). Dette gjer det viktig at hjelpearar for personar med demens er etisk reflekterte, har nok kunnskap og gode haldningar.

3.2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon tyder «å ha felles», og involverer alltid to partar. Partane jobbar med å utveksle meiningsfulle signal og etablere ei felles meinung. Dette krev at partane kan gjere seg forstått og kunne forstå den andre. Kjersti Wogn-Henriksen skriv at kommunikasjon er grunddimensjonen i alt menneskeliv og i alt helsearbeid, og at det å bli betre til å kommunisere difor er ei sentral utfordring for å ha god kvalitet i tenestene. Som menneske har vi behov for å bli sett, høyrde og få annerkjennelse av andre (Rokstad & Smebye (red), 2008, ss. 88-89). Wogn-Henriksen seier at kommunikasjon dreiar seg om prosess og dynamikk meir enn struktur, slik at dei viktigaste faktorane for god kommunikasjon er god tid og engasjement. Ho meiner også at vanskar med kommunikasjon er den største trusselen ved demens (2008, s. 93).

Ved kommunikasjon har både innhaldet og den relasjonelle komponenten betydning for budskapet kjem fram til mottakaren. Innhaldet er det vi seier med ord, medan den relasjonelle delen er korleis vi formidlar budskapet (Hummelvoll (red), 2012, s. 421).

Kommunikasjon ved demens

Ved alvorleg grad av demens kan evna til å uttrykke seg med ord være så svekka at pasienten har problem med å uttrykke egne behov og ynskjer. Det kan kome av både av språkleg svikt og pga. generell kognitiv svikt. Ein antek likevel at personar med langtkomen demens kan tenke i større grad enn dei talespråkleg kan gje uttrykk for. Når kommunikasjonen blir uklar, aukar risikoen for misforståingar, utrygghet, angst og mistenksomhet. Då kan non-verbal kommunikasjon være meir ein meir funksjonell kommunikasjonsform. (Rokstad & Smebye (red), 2008, ss. 93-109).

3.3 Musikk som terapi og kommunikasjon

Som tidlegare nemnt vert personar med demens i stor grad påverka av det sosiale miljøet rundt dei. Difor har miljøtiltak fått eit større fokus i demensomsorgen. I mange kulturar har musikk vore knyta til medisinske samanhengar gjennom alle tider. Bruken av musikk i forhold til demens er heller ikkje ny i Noreg. Men kunnskapen om bruken av musikk er i stor grad basert på "taus kunnskap" basert på personlege erfaringar (Myskja, Den siste song, 2006, s. 53)

Vi kan oppfatte lyd ved at signal vert sendt til sniglehuset i det indre øyret, der vert dei bearbeida og sendt vidare til hjernestammen. I talamus vert signalet bearbeida og vi får ein emosjonell respons. Den emosjonelle responsen vert påverka av stemninga i augneblinken, personlegheita vår og minner. Vi kan oppfatte lyden som ubehageleg, farleg, mild, god, tryggande, oppmuntrande, etc. Dette er også opphav til kvifor vi som menneske oppfattar musikk så ulikt. Vi er i ulike situasjonar og har ulik livserfaring og minner knyta til lyd og musikk. (Myskja, Den siste song, 2006, s. 29). Den emosjonelle responsen på musikk er også grunnlaget for kvifor musikk har ein plass i miljøbehandling for personar med demens.

Musikkterapi er å bruke musikk og musikkaktivitetar for å oppnå individuelle ikkje-musikalske mål for ein klient eller gruppe. På sjukeheimar vert musikk brukt målbevisst både for å auke livskvaliteten, skape trivsel og betre fellesskap for pasientane. Helsepersonellet sin bruk av musikk kan òg være med på å lindre symptom som smerter, angst og kvalme (Myskja, Den siste song, 2006, ss. 20-24). Musikk kan oppfattast som signal som kan opne til koder til det vi har lært eller opplevd tidlegare tidlegare (2006, s. 55). Musikk kan også være med på å fokusere oppmerksomheta til pasienten, kamuflere andre forstyrrande stimuli og justere stemningsleie hos personer med demens (2006, ss. 123-131). Song og musikk kan til ei viss grad erstatte talespråket når dei kognitive evnene og talespråket er redusert eller borte (Myskja, Den siste song, 2006, s. 119).

Music Therapeutic Care (MTC)

MTC er eit begrep som er nytta blant anna i dei svenske av studiane eg har med oppgåva. MTC er når pleiarane syng for, eller saman med pasient med demens gjennom stellsituasjonar. Songen erstattar då anna verbal kommunikasjon og instruksjon. Songane som blir brukt er preferansemusikk til pasienten eller kjende songar, barnesongar, «sing-along» songar og songar ifrå ungdommen til dei eldre (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (1), 2010).

3.4 Presentasjon av funn i frå forskning

- I. Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). **Finding the key to communion - Caregivers` experience of "music therapeutic caregiving" in dementia care: A qualitative analysis.** *Dementia* , 10 (1), ss. 98-111.

Denne studien er ein del av eit større studie om implementering av MTC på sjukeheim . Studien er godkjent av etisk komité. Formålet med studien var å beskrive pleiarane sine erfaringar med morgenstell både med og utan bruk av MTC. Studien inkluderte 12 personar, men to av dei døde under datasamlinga. Datasamlinga vart gjort ved videoopptak av stellsituasjon og gruppeintervju med pleiarane for å klargjere erfaringane i frå stellet. Observasjonane og intervjuet vart analyserte og kategorisert i to hovudemne: 1) "Struggling for care in communion" ifrå intervjuet før MTC, og 2) "Consolidating care in communion" ifrå intervjuet etter MTC. Direkte oversett vil det seie 1) Streiving etter å gi pleie i fellesskap og 2) Styrking av pleie i fellesskap.

Ved vanleg tilnærming i stellet opplevde pleiarane at dei strevde med å kommunisere med pasientane, og at aferdsmessige og psykiske symptom gjorde stellsituasjonen vanskeleg. Dette gav ei kjensle av å ikkje strekke til og av at dei måtte bryte eigne etiske verdiar for å gi nødvendig pleie.

Etter å ha brukt MTC som tilnærming i stell beskrev pleiarane stellsituasjonane som ein mykje meir positiv oppleving for både pleiar og pasient. Pleiarane meinte at MTC førte til betre pleie fordi det genererte betre kommunikasjon og samhandling. Pleiarane oppgav at dei følte seg meir verdsette og at dei fekk betre kontakt med pasientane. Studien konkluderer med at det ikkje er nok forskning på området til å generalisere funna, men at det ser ut til at MTC kan være ein måte å betre relasjonen mellom pasient og pleiar i stellsituasjonar (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (1), 2010).

- II. Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). **Reactions of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations.** *Open Nursing Journal*, 4 (35), 35-41.

Denne studien som den første ein del av eit større studie. Studien inkluderte 20 pasientar med langtkomen demens, og seks pleiarar med erfaring innanfor demensomsorgen. Formålet med studien var å beskrive pasientane sin reaksjon på bruk av MTC. Datasamlinga i studien vart gjort ved å intervju pleiepersonalet gruppe etter kvart morgonstell. Ved kvart intervju vart dei spurde om erfaringane ifrå morgonstellet.

Studien konkluderer med at å bruke MTC i stell kan være ei positiv tilnærming som bidreg til ein meir avslappa pleiesituasjon. MTC gjorde det enklare for pasientane å kommunisere som heile menneske, og hjelp latente evner å komme fram. Forfattarane foreslår at MTC kan være eit effektivt ikkje-medikamentelt-tiltak som kan betre samhandlinga mellom pasient og pleiar. Det kjem også fram at for å styrke resultatane i studien er det naudsynt med meir forskning på området (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (2), 2010).

- III. Bragestad, L., & Kirkevold, M. (2010). **Individualisert musikk for personer med demens.** *Sykepleien.no/Forskning*, ss. 110-118.

Ein litteraturstudie som tek utgangspunkt i 11 empiriske studiar der ein ser på korleis individualisert musikk er brukt i forhold til demens. Med individualisert meinast då all bruk av musikk som individualisert intervensjon for personar med demens.

Fleire av studiane viser at musikk har potensiale til redusere utfordrande åtferd og at det kan vere eit viktig supplement til farmakologiske og fysiske intervensjonar for personar med demens. Musikk kan endre fokuset til pasienten og lede oppmerksomheta til eit stimuli som han kan forstå, i stadenfor noko ubehagelig. Bruk av individualisert musikk kan være eit enkelt virkemiddel som kan brukast utan spesiell utdanning. Musikk ser ut til å kunne framkalle positive minner frå fortida og ha ei lindrande effekt som kan hindre agitert åtferd (Bragestad & Kirkevold, 2010).

4 Drøfting

Utfordringa med å bruke musikk som terapi, er å finne strategiar som er reproduserbare slik at vi kan bygge vidare på den umiddelbare responsen vi har fått ved ei musikalsk tilnærming (Myskja, Den

siste song, 2006, s. 54). Musikk brukt på ein hensiktsfull måte i møte med pasientar med demens kan være med på å styrke relasjonar, hjelpe til erindring og betre kognitive funksjonar.

4.1 Grunlaget for god kommunikasjon.

Ein del pasientar med demens kan kjenne på angst, vere urolege eller aggressive i forbindelse med stell, det kan komme av at dei ikkje har oversikt over situasjonen. Difor er dette den vanlegaste situasjonen for utagering, og det er særleg viktig å førebu pasienten på stellet, å fortelje kvifor og korleis (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 102). Kva som er høvelig måte å presentere informasjonen til pasienten er heilt individuelt, og krev ein del prøving og feiling før ein finn ein god måte å nærme seg på. Ulike tilnærmingar kan gje ulikt svar hos pasienten, det kan vere aktuelt å bruke tid på å bygge ein allianse, velge ord, tempo, timing, emosjonelt klima og dialekt. Måten vi nærmar oss på kan vere avgjerande for sjølvkjensla til pasienten, vi må vere vare for å uttrykke oss på ein slik måte at vi ikkje virkar undertrykkande eller «hånande» mot pasienten (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 102). Sjukepleiar må alltid opptre varsamt for å ikkje krenke pasienten sin integritet. Det å få hjelp til å ivareta personleg hygiene kan i seg sjølv opplevast som krenkande og setter pasienten i ein avhengighetssituasjon (Berentsen, 2010, ss. 149-151).

Dersom vi ikkje kan formidle informasjon ved hjelp av ord, kan vi bruke non-verbal kommunikasjon for å forsterke, eller erstatte ordstraumen. Det kan vere mindre forvirrande for pasienten dersom vi brukar kroppslige signaler eller brukar oss sjølve som modellar (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 102).

I studien til Hammar mfl. koplar ein mykje verbal kommunikasjon med instruksjonar til utfordrande åtferd, fordi det kan være vanskelig for pasienten å forstå ordspråket og halde pleiaren sitt tempo (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (1), 2010). I ei norsk undersøking ifrå 2002 kjem det fram at heile 21% av pleiarar ved institusjon oppgav at dei dusja eller badar pasientar mot sin vilje dagleg eller av og til (Brodtkorb, 2010, s. 151). Dette er også mi erfaring ifrå arbeid og praksis på ulike institusjonar. Eg har inntrykk av at med nokre pasientar er det einigheit blant pleiarane om at vi berre må "bli ferdige med det" når det gjeld stell og dusjing, til tross for at pasienten motsette seg hjelpa ved å vise agitert åtferd eller redsle. Dette krev ofte at det er fleire pleiarar til stades for å utføre stellet som då blir gjort raskast mogleg, sannsynlegvis for å skåne pasienten. Dersom det ikkje er gjort spesielle vedtak, og vilkåra for å ta i bruk tvang ikkje er oppfylt, handlar desse pleiarane både uetisk og ulovleg. Generell svikt ved aldring og kognitiv svikt ved demens gjer at dei mentale prosessane går langsamare, og pasientane treng meir tid og tilpassa kommunikasjonsmetode. Fordi tid er ei mangelvare i eldreomsorga kan dette vere utfordrande. At pleiepersonalet har kunnskap og forståing for demenssjukdom er også viktig for å kunne kommunisere på ein god måte. Kompetanseheving

blant personalet kan difor sjå ut til å være ein viktig faktor for å betre kommunikasjonen (Brodtkorb, 2010, s. 151)

Ifølge Martinsen bør pleiesituasjonen være prega av å prøve å gjere no-situasjonen så god som mulig (Kristoffersen , 2011, s. 252). Pleiaren sine erfaringar og kunnskapar om pasienten, gir mulighet til å vere fleksibel i forhold til korleis ein hjelper pasienten. Ein tek omsyn til pasienten sitt initiativ og er observant på kva uttrykk pasienten gir i situasjonen. Eit godt møte mellom pasient og sjukepleiar i stellsituasjonen kan gi mulighet til å oppleve fellesskap, meistring og verdighet (Brodtkorb, 2010, ss. 149-151).

4.2 Musikk og sjukepleie

Audun Myskja (2006) viser til at kjennskapen platearbeidaren har til pasienten ofte gir ein meir inngående innsikt enn kva ein musikkterapeut som ofte jobbar i grupper på sjukeheimen har. Dette gir ei unik mulighet til å gi individuelt tilpassa musikk. I forhold til å takle situasjonar der pasienten viser teikn til utagering, reknar ein ikkje med at avanserte musikkterapeutiske teknikkar er i rekkevidde for helsepersonell, men at dei med sin erfaringsbaserte kunnskap har spontane teknikkar som likne på dei. Det viktigaste med å jobbe med musikk og eldre er ikkje å vere flink å spele, men å kunne sjå kva stimuli som vekker interesse og oppmerksomhet hos den enkelte pasienten (Myskja, Den siste song, 2006, s. 55). Dette er viktig i stellsituasjonar fordi det å ha merksemda til pasienten er ein føresetnad for god kommunikasjon. Å bruke kjend musikk som signal knyta til dei daglege aktivitetane som bordvers rundt måltid kan gjere det klarare for alle at måltidet startar. Andre songar kan være signal for trygghet, ro og fellesskap. Dette kan sjukepleiar benytte seg av t.d. i stellsituasjonar (2006, s. 55)

4.3 Bruk av musikk for å styrke relasjonen.

I samhandling med andre kommuniserer vi heile tida, bevisst og ubevisst. Ei forutsetning for kommunikasjon er kontaktetablering. Då må partane ha evne til å oppfatte både situasjonen dei er i og den andre parten. Det handlar om å skape ei felles forståing (Hummelvoll (red), 2012, s. 421). Studien til Hammar mfl. viste at pleiepersonalet hadde vanskar med å få kontakt med pasienten. Dei beskrev at det var som at pasienten var i ei anna verkelegheit og at han unngjekk augekontakt (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (2), 2010).

Musikk har ei generell evne til å auke oppmerksomheta. Økt oppmerksomhet kan være til hjelp for å skifte fokus, til å respondere tydeleg på stimuli og til å klare halde fokus på fleire oppgåver samstundes (Myskja, Den siste song, 2006, s. 123). Dette er element som gjer song i stell aktuelt då det kan hjelpe pleiaren til å oppnå kontakt og halde fokuset gjennom stellet. Når pleiaren har

oppmerksomheta til pasienten gjev dette også ein betre forutsetning for kommunikasjon. Hammar mfl. viser til at det vart betre kontakt mellom pleiar og pasient når dei brukte MTC. Det gav meir augekontakt og meir adekvate responsar på stimuli (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (2), 2010).

Dei musikalske evnene kan ifølgje Myskja vere intakte heilt til dei seine stadiane av demens, og kan hjelpe til å bevare identiteten og sjølvrespekten. Når språket og dei kognitive evnene er reduserte kan musikk vere med å erstatte talespråket. (Myskja, Den siste song, 2006, s. 119). Musikken kan vere med å gje språklege stimuli til pasientar som har redusert språkevne (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 162). Audun Myskja meiner at fordi musikk er behandla meir heilhetlig i hjernen, så vil dei musikalske ferdigheter ikkje reduserast generelt etter hjerneskader. Musikk ser også ut til å være mindre sårbar for hukommelsetap og lytting til musikk kan bidra til å auke kommunikasjonen mellom dei ulike delane av hjernen. (Myskja, Den siste song, 2006, ss. 33,122).

Song som a capella, dvs. utan instrumental, gjer at pasienten får færre stimuli å konsentrere seg om. Då kan budskapen i pleiaren sin song og kroppsuttrykk dei i mellom komme betre fram. Ved å bruke song i pleie slik som det er gjort i studiane med MTC, erstattar songen mykje av instruksjonane og det verbale språket (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (1), 2010) (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (2), 2010). Songen gjer òg at vi kan nærme oss kjenslelivet til pasienten på ein meir forsiktig måte, og vise anerkjenning. Det kan gjere at pasienten føler seg sett som menneske og opplever aksept for kjenslene sine (Ridder, 2002, ss. 87-88). Sjukepleieteoretikar Kari Martinsen meiner at den faglege meirforståinga gjer at sjukepleiar kan nytte seg av svak paternalisme for å handle på den måten ho meiner gagnar pasienten mest. Dette kan ho gjere ved å la pasienten sleppe å ta stilling til kompliserte spørsmål. Sjukepleiar si oppgåve i pleiesituasjonar er å forsøke å gjere no-situasjonen så god som mulig, og hindre forverring, framfor å gjere pasienten uavhengig (Kristoffersen, 2011, ss. 251-253). Det er då viktig å kjenne til vanar og preferansar for å unngå å skade integriteten til pasienten.

Slik eg tenkjer at song kan brukast i demensomsorgen, vil det òg delvis kunne erstatte den kvardagslege småpraten. Småpraten er i vår kultur ein måte å være saman på, og skal være trygg, ufarleg og inkluderande. Ofte består den av automatiserte, ritualiserte og konvensjonelle snakkemåtar utan spesielt innhald. For personar med demens kan det være viktig å kunne kommunisere utan at det krev så stor tankekraft (Rokstad & Smebye (red), 2008, s. 102).

4.4 Musikk og kjensler

Musikk er knyta til kjensler og gjev ein emosjonell respons hos mottakar. Dersom vi klarar å framkalle positive kjensler kan dette være med på å endre stemningsleiet til pasienten og redusere stressnivået. Myskja skriv at eit redusert sjølvbilete kan vere årsaka til dei mange negative kjenslene,

orda og handlingane ifrå pasienten, og at musikk kan være med på å styrke sjølvbiletet (Myskja, Den siste song, 2006, s. 191). Men ein må også være oppmerksam på at vi kan få negative reaksjonar ifrå musikk dersom det er knyta vonde, triste eller ubehagelege kjensler til musikken. Endring av stemningsleie kan også føre til tilgang til positive minnenettverk. Det er difor ein seier at musikk kan hjelpe til erindring.

Mi erfaring med bruk av song er at det kan vere med å skape eit godt augeblikk mellom pasient og pleiar i ein situasjon som kanskje i utgangspunktet er vanskeleg. Ein pasient eg vart kjend med som pleieassistent var vanskeleg å hjelpe i stellet då han ofte gav uttrykk for at han trudde vi skulle "ta han" når vi ville hjelpe. Han reagerte med å slå rundt seg og kome med trugslar. I denne situasjonen verka det som verbal kommunikasjon som forsøk på å realitetsorientere eller trygge pasienten hadde liten effekt. Gjennom songstunder i fellesskap hadde pleiegruppa funne ut at nokre songar såg ut til å røre ved han. Når vi byrja å synge nokre av desse i pleiesituasjonar, blant anna "Den fyrste song", trilla tårene og pasienten song saman med oss. Ofte takka han oss for stellet og fortalte dei andre i avdelinga om kor kjekt vi hadde hatt det.

Nære nevrologiske forbindelsar knyttar hukommelse til emosjonelle funksjonar. I likheit med musikk, vert hukommelsen også regulert ifrå ulike delar av hjernen. (Myskja, Den siste song, 2006, s. 121). Forståelsen av svikt i hukommelsen vert difor kompleks. Og sjølv om pasienten i caset ikkje kunne hugse den gode stunda vi hadde, verka det som han kunne hugse kjenslene det hadde utløyst.

Ein veit at angst påverkar ferdigheter i oppgåver som krev fokus. Det kan også verke negativt på evna til å finne positive meistringsstrategiar og regulere oppmerksomheta. Travelbee skriv at ein del av grunnlaget for sjukepleie er å hjelpe pasienten til å finne meaning i lidinga. Med det meiner ho å hjelpe pasienten til å kjenne eigen verdi til tross for sjukdommen. Dette kan skje ved å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå eit slikt forhold må pleiar og pasient gå gjennom fleire faser for å oppnå tillit og felles forståing (Kristoffersen, 2011, s. 221). Sidan pasientar med demens lid av hukommelsesvikt, kan det vere vanskeleg å hugse personar og hendingar. Av eiga erfaring meiner eg at pasientane eg har jobba med over lengre tid hugsar meg og relasjonen mellom oss, og at tilliten er vedvarande sjølv om han ikkje kan hugse verken kva eg heiter eller kor han har meg i frå.

4.5 Musikk for aktivering og avspenning

Rytmen i musikken kan også være med å regulere våkenheta til pasienten. Den kan brukast både til å auke og redusere aktivitetsnivået. For at musikken skal vere avspennande for pasienten må musikken vere kjend og opplevast som tryggande. Det må vere ein tydleg melodi gjerne utan song og heller med eit soloinstrument. Viktigast er at det er individuelt tilpassa musikk, då feil musikk kan opplevast som støy eller uro og bidra til irritasjon og uro (Rokstad & Smebye (red), 2008, ss. 163-164). Grundig

kartlegging av musikkpreferansar må til for å gi individuelt tilpassa musikk. Myskja meiner at ein må ta med pårørande og pleiarar sine erfaringar og observasjonar i forhold til musikkpreferansar dersom pasienten sjølv ikkje kan svare (Myskja, Den siste song, 2006, ss. 105-106)

Den beroligande eigenskapen til musikk i møte med personar med demens kan være særleg verdifull hos personar med demens. Studiar har vist at avspennande musikk kan gje redusert nivå av stress, nervøsitete og angst. Beroligande musikk kan senke puls, blodtrykk og respirasjonshastigheten, ein meiner også at det kan redusere angst og maskere støyande stimuli (Myskja, Den musiske medisin, 1999, ss. 110-115). Av eiga erfaring veit eg at ei sjukeheimsavdeling kan vere støyande, både pga. høglydt personale, andre pasientar og duringa frå fjernsyn og radio. Eg har sjølv kjent på kroppen og hovudet at det gjer godt å komme seg i eit anna lyd miljø. Definisjonen støy er lyden av unyttig informasjon og lydar som ikkje gjev meining (Myskja, Den siste song, 2006, ss. 60-62). Den kognitive svikten kan gjere at lydane er vanskelegare å oppfatte og tolke for personar med demens, difor vil dei oftare kunne oppleve miljøet som støyande. Ein har også oppgitt eit visst antall desibel som vert rekna som støy. Sidan pasientane ikkje har mulighet til å velje miljøet sitt, må vi legge til rette for at miljøet gjev positiv stimuli og ikkje støy. Song og musikk kan vere med å kamuflere støy, som gjev betre oppmerksomhet på ønska fokus (Myskja, Den siste song, 2006, ss. 60-62).

Ein veit at ein stor del av pasientane med demens lid av depresjonar, og at dette kan medføre atferdssymptomer som angst, tomheit, gråt og irritasjon. Årsakene er gjerne komplekse og knyta til oppleving av tap. Dette kan føre til nedsett sjølvbilde, følelse av hjelpsløshet, nedsett stemningsleie, initiativlausheit, dårleg søvn og problem med konsentrasjon og hukommelse. Medikamentell behandling med antidepressiva er då ofte indikert. Som sjukepleiar kan vi hjelpe pasientar med depresjon ved å møte dei med ei open og akseptierende haldning (Hummelvoll (red), 2012, ss. 206-207). Som nemnt kan musikk også være med å styrke sjølvbiletet og identiteten til pasienten ved å hjelpe han å hugse seg sjølv og den sjølvtiliten han hadde før. Musikk si evne til å påverke stemningsleie kan også være ein aktuell del av behandlinga.

I samfunnsperspektivet kan bruken av song i stellsituasjonar sjåast på som eit gunstig økonomisk tiltak som kan betre livskvaliteten for personar til demens. Dette fordi det kan vere med å betre kommunikasjonen gjennom å styrke identiteten og eigenverdien til pasienten. Det viktigaste med å bruke musikk som tilnærming er å være oppmerksam for dei reaksjonane og kjenslene som oppstår (Myskja, Den siste song, 2006, s. 129). I følge studiane til Hammer mfl. kan det òg sjå ut til å redusere bruken av ulovleg og uetisk tvang i forbindelese med stell situasjonar (Hammar, Emami, Engström, & Götell, (1), 2010).

5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg teke føre meg faglitteratur og nyare forskning for å prøve å finne nokre haldepunkt for om bruk av song i pleiesituasjonar kan føre til betre kommunikasjon mellom pasient med demens og sjukepleiar. Litteraturen eg har gjennomgått baserer seg forskning og litteratur med forfattarar som har tyngde innanfor sitt område. Samstundes poengterast det i litteraturen at det er svakheter med dei metodane som har blitt brukt i forskinga, som gjer at det krevjast fleire studiar av god kvalitet for å styrke funna. I forhold til mi problemstilling tenkjer eg at fleire større studiar der ein ser på korleis song og musikk påverkar relasjonen mellom pleiar og pasient vil være interessant.

Litteraturen eg har brukt viser til at å bruke musikk kan føre til betra relasjon mellom sjukepleiar og pasient, det kan betre oppmerksomheta og føre til erindring hos pasienten. I forhold til kommunikasjon er det verdifullt då det kan føre til at sjukepleiar får fokus på det mellommenneskelege forholdet i staden for at pleia vert oppgåvesenterert. Song i pleie er eit enkelt og økonomisk tiltak som sjukepleiar kan ta i bruk utan så mykje forkunnskapar, som kan betre kommunikasjonen og styrke identiteten til pasienten.

Eg meiner at presentasjonen av temaet og slutningane mine sumerar funna i litteraturen opp mot problemstillinga mi. Dette gir meg fleire haldepunkt til at bruk av song kan være god praksis for sjukepleie.

Litteraturliste

- Bragestad, L., & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien - Forskning*, 5 (2), 110-118.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Forfatterane og Bokförlaget Natur & Kultur.
- Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). Finding the key to communion - Caregivers` experience of `music therapeutic caregiving`in dementia care : A qualitative analysis. *Dementia*, 10 (1), 98-111.
- Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). Reactions of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations. *Open Nursing Journal*, 4 (35), 35-41.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015, "Den gode dagen"*. Hentet 05 10, 2015 fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Helse- og sosialdirektoratet. (08/2007). *Glemsk, men ikke glemt!* Hentet 05 10, 2015 fra helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-om-dagens-situasjon-og-framtidas-utfordringer-for-a-styrke-tjenestetilbudet-til-personer-med-demens>
- Hummelvoll (red), J. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold (red), M., Brodtkorb (red), K., & Ranhoff (red), A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen , N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (1999, 07 02). Hentet 05 01, 2015 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslova>
- Myskja, A. (1999). *Den musiske medisin* (2. utg.). Oslo: Cappelens Forlag .
- Myskja, A. (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nortvedt , M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim , L., & Reinart , L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ridder, H. M. (2002). *Musik & Demens*. Aalborg: Formidlingscenter Nord.

Rokstad, A., & Smebye (red), K. L. (2008). *Personer med demens - Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Thurèn, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere 2.utg.* Oslo: Gyldendal Akademis.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). Hentet 05 01, 2015 fra www.nsf.no:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Vedlegg 1.

Eg gjorde søkja mine på skulen der eg som student har tilgang til fleire store databasar. Eg valde å bruke PubMed og SweMed.

Søkedato	Database (Tidsrom: 2010-d.d.)	Søkjeord	Antal treff	Kva eg gjorde med resultata	Resultat
18.04.2015	Pub Med (tilgjengelige med fulltekst)	Dementia + Music	49	Las over alle overskriftene og abstracta til dei mest aktuelle	Reaction of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations
					Finding the key to communion – Caregivers’ experience of music therapeutic caregiving in dementia care: A qualitative analysis
18.04.2015	SweMed (tilgjengelig online)	Demens + musikk	6	Las alle abstrakta	Individualisert musikk for personer med demens.

Søk i Oria etter faglitteratur:

Med søkjeorda musikk og demens blant bøker fekk eg 20 treff. Fann då bøkene "Musik & demens: musikaktiviteter og musikterapi med demensramte" av Hanne Mette Ochsner Ridder, og "Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling" av Audun Myskja.