

# BACHELOROPPGAVE

## **Hvordan kan vernepleiere bruke musikk som kommunikasjon i arbeid med mennesker med demens?**

av

kandidatnummer: 320

Iselin Jellestad

Vernepleie  
BSV5 - 300  
Mai, 2013

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<b>1.1 Valg av tema og avgrensing</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Søkeprosess</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Kilder og kildekritikk</b> .....	<b>6</b>
<b>3.0 Sentrale begreper og teoretiske perspektiv</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1 Demens</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2 Tre grader av demens</b> .....	<b>8</b>
<b>4.0 Kognitive symptomer ved demens</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1 Afasi</b> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<b>4.2 Uro</b> .....	<b>9</b>
<b>4.3 Hukommelse</b> .....	<b>10</b>
<b>5.0 Kommunikasjon</b> .....	<b>11</b>
<b>5.1 Kommunikasjon og demens</b> .....	<b>12</b>
<b>5.2 Relasjonens betydning</b> .....	<b>12</b>
<b>6.0 Vernepleier og vernepleierens arbeidsmodell</b> .....	<b>13</b>
<b>7.0 Musikk med personer med demens</b> .....	<b>14</b>
<b>8.0 Drøftningsdel</b> .....	<b>15</b>
<b>8.1 Hvordan musikk kan være med på å redusere uro hos mennesker med demens</b> .....	<b>15</b>
<b>8.2 Hvordan musikk kan bedre hukommelsen til personer med demens</b> .....	<b>18</b>
<b>8.3 Hvordan musikk kan bedre språkfunksjonen til mennesker med demens</b> ..	<b>20</b>
<b>9.0 Avslutning</b> .....	<b>21</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Valg av tema og avgrensning

I Norge i dag anslås det at det er om lag 71 000 personer som har demens (Helsedirektoratet, 2013). En vet at dette tallet vil øke og at i 2050 vil det være dobbelt så mange som har demens i Norge, basert på tall fra statistisk sentralbyrå (Hjort & Waaler, 2010). Demens er dermed en av helsevesenets store utfordringer. Der talespråket og kognitive evner blir redusert eller går tapt, trenger man å søke alternative kommunikasjonskanaler (Myskja, 2006). Hos en person som har nedsatt språkfunksjon kan sang være en alternativ løsning. Sang og musikk vekker tidligere minner hos en person med demens og ordene kan komme nesten av seg selv. Sang og musikk uttrykker følelser og kan skape kommunikasjon mellom den som lytter, og den som spiller (Berentsen 2010).

Interessen for mitt tema oppstod da jeg hørte om et musikkprosjekt som mitt tidligere arbeidsted hadde hatt. Prosjektet gikk ut på å bruke musikk som et alternativ til beroligende medikamenter. Personalet ved sykehjemmet brukte musikk med pasientene for å forebygge uro blant dem. Prosjektet har vært en suksess og har ført til mindre bruk av beroligende medikamenter hos pasientene, som prosjektet hadde som mål. Jeg har alltid i mitt arbeid med mennesker, og da spesielt mennesker med demens, hatt en tanke om hva jeg som vernepleier kan bidra med for å gjøre dagen deres bedre og mer rolig. For meg i denne oppgaven blir det viktig å se om musikk kan gjøre hverdagen til den demente bedre. Jeg stiller meg undrende til om musikk kan være et kommunikasjons verktøy en kan benytte i hverdagen med den demente, og tenker da spesielt i stillesituasjoner da jeg av erfaring har observert at disse skaper uro og utrygghet.

På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til at mitt tema blir mennesker med demens, kommunikasjon og musikk. Hensikten med oppgaven er å se om musikk kan brukes som kommunikasjon med mennesker med demens. Jeg har da valgt i drøftingsdelen å dele opp de tre ulike forskningsspørsmålene sammen med problemstillingen, som jeg vil besvare. For å avgrense oppgaven har jeg valgt å legge vekt på kommunikasjon, relasjon og musikk.

På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

**«Hvordan kan vernepleiere bruke musikk som kommunikasjon i arbeid med mennesker med demens?»**

Herunder har jeg tre forskningsspørsmål som jeg har spesifisert, og dem vil være ved utgangspunkt i problemstillingen. De lyder slik:

**Hvordan kan musikk være med på å redusere uro blant mennesker med demens?**

**Hvordan kan musikk bedre språkfunksjonen til mennesker med demens?**

**Hvordan kan musikk bedre hukommelsen til mennesker med demens?**

## **2.0 Metode**

Metode forteller oss om hvordan vi bør gå frem for å finne eller kontrollere kunnskap. Metode er verktøyet vi bruker når vi vil undersøke noe (Dalland, 2012). Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger for en undersøkelse. Metode betyr å samle inn informasjon, analysere den og tolke det vi har samlet inn (Dalland, 2012).

Oppgaven er en litteraturstudiet, det betyr at en går fram for å finne en bestemt litteratur og forskning andre har skrevet om (Dalland, 2012). Mitt valgte tema er tidligere forsket på og skrevet bøker om, så det har vært greit å finne passende litteratur. Innenfor litteraturstudiet finnes det to typer data, primærdata og sekundærdata. Primærdata er når opplysningene er samlet inn direkte fra mennesker eller grupper av mennesker. Dette betyr at forskeren har samlet inn opplysninger for første gang. Forskeren går direkte til kilden for å samle inn informasjon uten å gå andre veier først. (Jacobsen, 2005). Sekundærdata er når forskeren ikke selv har samlet inn informasjonen, men har brukt opplysninger andre har funnet. Dette kan innebære at informasjonen er samlet inn til et annet formål (Jacobsen, 2005). Jacobsen (2005) skriver at det vil være et ideal å bruke både primær- og sekundærdata.

Jeg har valgt å bruke både primær- og sekundærdata, der bøkene jeg har brukt er en sekundærkilde og artiklene jeg har brukt er en primærkilde. Jeg valgt å stole på at reliabilitet

og validitet i litteraturen er god nok. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må være korrekt. Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles må ha en betydning og være gyldig for det problemet som undersøkes (Dalland, 2012).

Det er svært viktig at oppgaven min er pålitelig, da det har stor betydning for meg og for leserne at en kan stole på den. Videre er det viktig at oppgaven retter seg mot det som skal undersøkes og at en kan stole på at den er gyldig i form av hvilke litteratur som blir brukt.

## 2.1 Søkeprosess

For å finne bøker som passer til mitt tema har jeg først og fremst gått gjennom pensumlisten til vernepleier. Her fant jeg mye relevant litteratur som jeg kunne bruke. Videre har jeg fått anbefalt en del bøker av klassekamerater og venner. Jeg har da gått inn på Bibsys og søkt på forfatternavnet eller tittelen på boken. Bibsys har vært til stor hjelp for å finne relevant litteratur, og for å finne litteratur som passer mitt tema har jeg brukt søkeord som «demens», «musikk», «musikkterapi» og «kommunikasjon».

For å finne engelske artikler har jeg hovedsakelig søkt i databasen Academic search Premier. Jeg fant mange artikler som er relevant for min oppgave. Jeg satt igjen med to artikler til slutt som egnet seg best for min oppgave. Det har vært viktig i dette arbeidet å finne den mest troverdige og oppdaterte teorien på dette feltet. Jeg har sjekket at artiklene er fagfellevurdert, og det er begge artiklene. Da jeg søkte etter engelske artikler brukte jeg søkeordene “musictherapy”, “dementia”, “music” og “Alzheimers”. Da jeg skulle finne norske artikler søkte jeg i databasene Idunn og Norart. Jeg fant en relevant artikkel i Idunn og en relevant artikkel i Norart. Jeg brukte søkeordene “musikkterapi”, “demens” og “musikk”. Begge artiklene er fagfellevurdert.

Jeg velger å ikke nevne de aktuelle artiklene her da de vil komme i drøftingsdelen.

## 2.2 Kilder og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å avgjøre om en kilde er sann. Det betyr å bedømme og karaktisere de kildene som blir brukt (Dalland, 2012).

Jeg har valgt å bruke «Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient» da det er en bok som belyser bra om emnet demens. Boken er fra 2010, og er publisert av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff. Det kapittelet jeg fant som var relevant for min oppgave er skrevet av Vigdis Drivdal Berentsen. Berentsen har spesialutdanning i psykiatrisk og geriatrisk sykepleie.

Neste boken jeg har brukt heter «Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen og er fra 2009. Solheim er sykepleier med spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie\ livsstilscoach. Hun har ledet flere prosjekter innen eldreomsorgen, både på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Denne boken er sentral for mitt tema. Boken tar for seg alt fra demens, kommunikasjon til musikk. Denne boken har vært svært nyttig for min oppgave.

Innenfor emnet kommunikasjon og relasjon har jeg brukt boken Røkenes og Hanssen, som er fra 2012. Odd Harald Røkenes er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Per – Halvard Hanssen er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Dette er en bok som skriver godt om emnet kommunikasjon og relasjon og har vært svært nyttig for min oppgave.

Annen bok jeg har brukt heter «Personer med demens. Møte og samhandling» som er fra 2008. Redaktørene av boken heter Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye. Kapitlene jeg har brukt og som har vært relevant i min oppgave er skrevet av Anne Marie Mork Rokstad. Rokstad er utdannet sykepleier med tilleggsutdanning i psykiatri, veiledning, ledelse og coaching. Rokstad er nå ansatt som leder ved Nasjonalt kompetansesenter for demens. Det andre kapittelet som har vært relevant for min oppgave er skrevet av Kjersti Wogn Henriksen. Henriksen er utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen og er spesialist i klinisk psykologi. Hun er ansatt som sjefpsykolog ved Alderspsykiatrisk enhet og Molde

sykehus. Denne boken har vært svært relevant for min oppgave da belyser godt om emnet demens og kommunikasjon.

For å finne litteratur som passet til emnet musikk fant jeg en bok som heter ”Den siste sang. Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende arbeid”. Boken er skrevet av Audun Myskja og er fra 2006. Audun Myskja er lege og spesialist i allmenntilleggsmedisin og forsker. Han har i de senere år ledet flere prosjekter med musikk som støttebehandling ved Geria ressurscenter for aldersdemens\ alderspsykiatri. Han arbeider som faglig leder ved senter for livshjelp i Ski og som overlege ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Denne boken har vært svært relevant for min oppgave da den tar for seg ulike situasjoner der musikk har blitt brukt, den har og vært svært relevant for forskningsspørsmålene mine.

### **3.0 Sentrale begreper og teoretiske perspektiv**

Med utgangspunkt i min valgte problemstilling redegjør jeg for sentrale begreper som demens, kommunikasjon, relasjon og musikk.

#### **3.1 Demens**

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og klinisk tilstand som varer og ofte forverres over tid. For at tilstanden skal bli kalt demens, må både hukommelseevnen og tankeevnen være svekket i en slik grad at det fører til en bemerkelsesverdig svikt sammenliknet med deres tidligere kognitive funksjonsnivå (Statens beredning för medisinsk utvärdering gjengitt etter Rokstad, 2008, s. 28). Skille mellom det normale og ikke normale kognitive aldersforandringer kan være uklare. Aldringen skyldes fysiologiske prosesser i livsløpet til personen. Det er store forskjeller på hvordan en eldre hjerne fungerer. Når en blir eldre kan ofte syn og hørsel bli redusert. Ved demens ser man en sammenheng som nedsatt tempo, evnen til å bearbeide informasjon og evnen til å lære er nedsatt (Rokstad, 2008).

## 3.2 Tre grader av demens

Jeg har valgt å ta med gradene av demens da dette er relevant for mitt videre arbeid i oppgaven. I dette avsnittet har jeg hentet kunnskapen min fra Berentsen (2010).

Vi skiller mellom tre ulike grader av demens; mild, moderat og alvorlig. Mild grad av demens er fasen når personen og de nærmeste rundt merker at glemsomheten påvirker hverdagen deres. Personen husker ikke dagligdagse ting som han har pleid å gjøre i hverdagen. Språket kan bli redusert da personen ikke klarer å finne ord og uttrykk, og setningene har liten sammenheng. Personen kan klare seg hjemme med hjelp og tilrettelegging i hverdagen. Moderat grad av demens er fasen der personen mister mer og mer grepet på tilværelsen. Hukommelsen er dårlig, og det samme er evnen til å løse problemer. Personen forstår ikke betydningen av sine egne valg. Activities of Daily Life (ADL) ferdigheter som å kle på seg, lage mat og vaske klær blir for vanskelig for personen å klare selv. Personen får store kommunikasjonsvansker og evnen til å orientere seg og finne frem er sterkt nedsatt. Følelsen av å miste flere og flere av sine ferdigheter kan medføre angst, depresjon eller sinne. Ved alvorlig grad av demens kan personen kun huske bruddstykker fra fortiden sin. Personen kan ikke gjenkjenne noen og kan ikke huske stemmen til andre. Evnen til å orientere seg for tid, sted og situasjon er vekke. Personen forstår ikke hva andre sier og ordforrådet er sterkt redusert. Opplevelsen av kaos og sviktende evne til å sortere stimuli gjør det usikkert om pasienten kan tyde sanseintrykk. Dette medfører handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring. Pasienter med alvorlig grad av demens er avhengig av at folk hjelper dem døgnet rundt (Berentsen, 2010).



## 4.0 Kognitive symptomer ved demens

### 4.1 Afasi

Flere demenssykdommer gir språkproblemer (Berentsen, 2010). Da kan det ene eller begge språksentrene i venstre halvdel av hjernen være skadet. Da er evnen til å forstå språk, tenke logisk, være analytisk og ha god talefunksjon blitt berørt. (Berentsen, 2010).

Afasi er når personen får språkproblemer (Solheim, 2009). Hos personer med demens kan språket påvirkes, noe som kan slå ut på flere måter. Det kan være evnen til å oppfatte og forstå ting som blir sagt, eller at personen ikke klarer å uttrykke seg (Solheim, 2009). Nevner her tre former for afasi som kan foreligge. Motorisk afasi er når personen får problemer med ordforrådet. Pasienten har problemer med å finne ord som passer, og får problemer med å formidle det han vil si og tenker. Ved sensorisk afasi har personen problemer med å forstå hva andre sier, og har problemer med å forstå skrift. Personen kan ha klar tale, men det han sier gir mange ganger liten eller ingen mening til personer rundt. Det kan bli byttet om på ord, eller personen lager ord som gir ingen mening. Ved sensorisk afasi klare personen å formidle budskapet, men betydningen gir lite eller ingen mening for omgivelsene (Solheim, 2009). Ved anomisk afasi har personen problemer med å finne ordene som skal til for å gi setningen en mening (Berentsen, 2010). I en tidlig fase av demens, ved denne type afasi, kan noen klare å skjule over svikten ved å omformulere det de har tenkt å si. Etter hvert i sykdomsforløpet vil de stoppe opp når de skal si et ord de ikke kommer på, for så å glemme hva de skal si (Berentsen, 2010).

### 4.2 Uro

Mange mennesker som har demens kan før eller senere få atferdsmessige og psykiske symptomer. Det kan være emosjonelle svingninger, irritabilitet, likegyldig, viljeløshet og ha en ensformig atferd. Av og til kan symptomene være uklare og kan overses, mens andre ganger er de tydelig tilstede noe som gjør at det får konsekvenser for både pasienten selv og pårørende (Berentsen, 2010).

Hos personer med demens er angst ofte et tilleggssymptom. Når vi snakker om angst i psykiatrisk betydning mener vi en uklar, indre uro uten en kjent årsak (Berentsen, 2010). Personen føler seg urolig og engstelig, men kan ikke sette ord på hvorfor han er det, og rent rasjonelt er det ingen grunn til å være engstelig. Personer med demens som mangler oversikt over sin egen situasjon, og kanskje bor på sykehjem hvor personer og ting rundt dem er ukjent, kan utvikle angst. Noen personer med alvorlig grad av demens kan sitte og rope hele tiden, uten at de egentlig legger merke til det selv. Ropingen avtar sjelden, og personen gir først opp når en går bort og sier noe (Berentsen, 2010). Det er vanskelig å si grunnen til hvorfor personen roper, men er vanligst med alvorlig grad av demens. Roping og andre repeterende handlinger, som å fikle på en bleie eller tvinne på klærne, kan være et tegn på rastløshet, indre uro og angst (Berentsen, 2010). En god del personer med moderat og alvorlig demens er generelt rastløs og urolige. Noen har problemer med å sitte i ro, selv for en kort periode. Andre må gjøre noe hele tiden, som å plukke på ting, eller at de gjør en bestemt bevegelse uten å ville være med på andre aktiviteter. Det er vanskelig å vite hvorfor atferden er slik, og er spesielt vanskelig når personen ikke kan uttrykke seg. En kan oppleve at den demente vandrer hele tiden, da ofte uten mål og mening. Det kan være at opplysninger fra pårørende om pasientens tidligere liv kan gi oss et begrep og en forståelse om vandringen og rastløsheten (Berentsen, 2010).

### 4.3 Hukommelse

Svikt i hukommelsen er et typisk tegn ved demens. Typiske kjennetegn ved demens er at personen har store problemer med å huske det som nettopp har hendt, og det som har hendt for en stund siden (Solheim, 2009). Likevel sitter opplevelser fra ting som har hendt tidligere i livet bedre fast enn nye opplevelser (Solheim, 2009). Hukommelse kan deles inn i flere former: korttidshukommelse er evnen til å huske opplevelser eller informasjon i ca. 20 sekunder. En person som har svekket korttidshukommelse kan glemme det som ble sagt for mindre enn 20 sekunder siden. Ved mild demens kan korttidshukommelsen være uskadd, men redusert ved moderat demens. Ved alvorlig demens er det som regel ikke noe korttidsminne (Berentsen, 2010). Langtidshukommelse er når personen husker minutter, timer, dager og år tilbake (Solheim, 2009). Langtidshukommelsen er allerede redusert i tidlig fase av demens og vil med tiden bare bli dårligere (Berentsen, 2010). Gjenkallingshukommelse er når personen

husker ting som har skjedd før uten noe hjelp fra kjente ting eller navn. Gjenkallingsevnen er allerede dårlig ved mild grad av demens, og blir enda dårligere når tilstanden blir forverret (Berentsen, 2010). Planleggingshukommelsen er hukommelsen vi bruker for å planlegge neste minutt, timer, dager og de neste år (Solheim, 2009). Når denne hukommelsen blir dårlig vil det påvirke vår hverdag. Hos personer med demens svekkes denne formen for hukommelse ganske fort, men forskjellig ut i fra hvilken demenstype det er. Så har vi gjenkjenneshukommelsen. Det vil si ting en kjenner igjen, som bilder, møbler, ansikter og musikk. Ved de fleste demensformene opprettholdes denne hukommelsen lengre enn de to andre (Solheim, 2009).

## 5.0 Kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnlaget for all samhandling med andre mennesker. Mennesker kommuniserer bevisst og ubevisst gjennom ord og kroppsspråk, det vil si kroppens bevegelser, holdninger, mimikk og tonefall (Solheim, 2009).

Kommunikasjon handler om alle de prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom (Henriksen, 2008). Det handler om å utveksle meningsfulle signaler og danne felles mening, som glede, og at man vil forstå og bli forstått. Kommunikasjon involverer minst to parter. Begge står ovenfor en tosidig utfordring når de skal prøve å skape felles forståelse. Den ene parten må ta første skritt og kunne gjøre seg forstått, og den andre må svare og kunne forstå (Henriksen, 2008).

Røkenes og Hanssen (2012) sier at når mennesker kommuniserer er det fordi vi ønsker ofte å oppnå noe mer enn å formidle meninger og informasjon til hverandre. Vi handler ut i fra bestemte verdier som vi ønsker å få fram i samhandling med andre mennesker. Eksempler på slike verdier kan være tillit, trygghet, åpenhet og ettertanke. Noen ganger kan vi være opptatt av å fremme den andre sin utvikling, læring, selvtillit, selvfølelse, selvstendighet og mestringsfølelse. Vi kan si da at god kommunikasjon er det samme som å passe på at disse verdiene blir ivaretatt (Røkenes & Hanssen, 2012).

## 5.1 Kommunikasjon og demens

Det kan være mange årsaker til språk- og kommunikasjonsforstyrrelser hos personer med demens (Solheim, 2009). Indre og ytre forhold påvirker kommunikasjonen. En grunn til svekket kommunikasjonsevne kan være at personen ikke forstår hva som blir sagt.

Konsentrasjon, hørsel og syn kan være dårlig slik at pasienten ikke oppfatter hva som blir sagt eller gjort. Andre årsaker kan være at personalet snakker for fort eller uklart slik at budskapet ikke når fram. Andre ting kan være personal med fremmede dialekter. Personer med demens trenger ofte god tid på seg for å oppfatte og forstå hva som blir sagt. Dette gjelder også kommunikasjonen fra pasienten, da de trenger tid til å si ordene. Et annet kommunikasjonsproblem er tidsforskyvning. Med det menes det at personen er i en annen livs – og tidsfase av sitt liv. Det pasienten selv sier gir mening, men ingen mening for omgivelsene (Solheim, 2009). Behovet for å ha noen å kommunisere med er av stor betydning for oss alle. Ingenting tyder på at mennesker med demens har noe mindre behov for dette, selv om språket blir dårligere (Henriksen, 2008).

## 5.2 Relasjonens betydning

Røkenes og Hanssen (2012) sier at relasjonskompetanse handler om forståelse og samhandling med mennesker som man møter i jobbsammenheng på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ikke sårer den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2012).

Det er tre forhold som har betydning for å skape en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse. Hvordan vår væremåte vil være er avgjørende for hvordan den andre personen tar oss i mot. En annen viktig del av personens væremåte er personens evne til empati, det å leve seg inn i den andre sin subjektive opplevelse. Carl Rogers (gjengitt etter Røkenes & Hanssen, 2012, s.181) vektlegger følelser og det å oppfatte andre sine følelser som det er våre egne, uten at vi blir fanget opp i dem. Heinz Kohut (gjengitt etter Røkenes & Hanssen, 2012, s. 182) snakker om empati som både en erkjennelsesform og en tilstand. Med erkjennelsesform mener han en forskningsmetode som skal gi oss adgang til noe vi ikke kan observere, nærmere bestemt den andre sine indre opplevelser og følelser. Med tilstand mente han den psykologiske tilstanden når vi samler psykologiske data om andre ved å danne oss et

bilde av deres indre opplevelser. Vi forstår andre sine sammensatte opplevelser ved å kjenne oss igjen i hva den andre føler. Empati handler om å forstå det den andre forstår, nemlig det den andre opplever (Røkenes & Hanssen, 2012).

Den siste formen for relasjon er å være anerkjennende (Røkenes & Hanssen, 2012). I en samtale med en fagperson kan en pasient føle seg empatisk forstått, men det trenger ikke å bety at han føler seg akseptert, anerkjent, bekreftet og respektert. Hvis vi ikke bekrefter og anerkjenner den andre sine opplevelser, kan det føre til at personen sitter igjen med en følelse av å være skamfull, skyldig og full av feil. Rogers (gjengitt etter Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190) behandler dette området når han drøfter betingelser for å akseptere seg selv. På en generell plan handler dette om at andre vurderer oss når vi vokser opp. Noe av det vi gjør, opplever og føler møtes med godkjenning og anerkjennelse, mens andre sider av oss blir møtt med sammenlikning og avvisning (Røkenes & Hanssen, 2012).

## **6.0 Vernepleier og vernepleierens arbeidsmodell**

Som vernepleier gir du støtte og veiledning til personer som trenger hjelp til mestring av dagliglivet (Utdanning.no, 2013).

Vernepleierutdanningen går ut på å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med sammensatte behov (Fellesorganisasjonen, 2013). Vernepleiere kan arbeide med personer med utviklingshemming, innenfor rusomsorg, psykisk helsevern, eldreomsorg og omsorg for personer med fysisk funksjonshemming. Vernepleiere kan også arbeide i ulike deler av skole- og undervisningsområder (Fellesorganisasjonen, 2013). I vernepleierfaglig arbeid er det overordnede målet å bidra til at menneskene en arbeider med oppnår mest mulig livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2013).

En sentral modell som vernepleieren arbeider med, er vernepleierens arbeidsmodell (Fellesorganisasjonen, 2008). Arbeidsmodellen er et verktøy vernepleieren bruker når de skal hjelpe personer til og nå bestemte mål. Arbeidsmodellen sin framgangsmåte går ut på først å kartlegge og analysere. På bakgrunn av kartlegging og analyse finner en frem til bestemte

mål. Deretter finner en tiltak som man iverksetter for å nå de bestemte målene. Til slutt evaluerer en sitt eget arbeid, om hvordan prosessen har gått (Fellesorganisasjonen, 2008).

Jeg har valgt å nevne arbeidsmodellen her for å vise at det er en sentral og god modell hos vernepleierne, og for å vise at den kan brukes når en skal hjelpe mennesker.

## **7.0 Musikk med personer med demens**

Musikk kan være med å trene opp og opprettholde viktige mentale og kroppslige funksjoner (Solheim, 2009). Musikk kan skape sosial kontakt blant mennesker, og dermed øke deres livskvalitet. Musikk kan hjelpe en person til å huske tidligere minner. Grovt sagt kan vi si at mennesket har to typer hukommelse, den intellektuelle hukommelse og den emosjonelle hukommelse (Solheim, 2009). Når vi snakker om den intellektuelle hukommelse betyr det hva vi har lært gjennom livet. Den intellektuelle hukommelse er evnen til å tenke abstrakt og fornuftig. Den emosjonelle hukommelse har med følelsene våre å gjøre. Aldersdemente personer får, som et resultat av skaden i hjernen, en svikt i den intellektuelle. Det betyr at kunnskap og tidligere erfaringer er nå delvis eller helt borte, som og fører til svikt i evnen til å tenke logisk. Men derimot er den emosjonelle hukommelsen som oftest urørt. Det kan være ulike årsaker til hvorfor personer med demens blir urolig og kan oppfattes som vanskelig av personer rundt. En årsak kan være at han minnes tidligere følelser uten at han forstår dem selv. Når en bruker musikk i arbeid med mennesker går vi veien om det sunne og det friske, den følelsesmessige veien av å være et menneske (Solheim, 2009). Når en person lytter til musikk er følelsen det første som møter han. Det kan være enten en god følelse eller en vond følelse. For personer med demens kan musikk som gir dem gode følelser brukes i flere sammenhenger. Målet med musikk skal være å skape trygget, skape initiativ og aktivitet, øke selvfølelsen og skape en indre ro (Solheim, 2009).

Øret er det organet og den sansen som først utvikler seg og først når sin voksne eller modne tilstand (Myskja, 2006). Allerede fra fosterlivet utvikles hørselen vår. Allerede fra en er født er hørselen en aktiv sans for kommunikasjon, men også for overlevelse. Det indre øret bearbejder lydsignalene, og etter det føres de til hjernestammen som er en grundel av

hjernen. På dette nivået er først og fremst ikke hørselen skapt for avansert musikkopplevelse, men er klar for å utdype, lokalisere og gjenkjenne lyder. Vår følelsesmessige respons på lyd og musikk tilpasser reaksjonen vår, om vi liker den eller ikke. Talamus som ligger i midthjernen virker som en slags port som blant annet gir informasjon om lyden eller musikken oppfattes som ubehagelig eller farlig. Denne funksjonen blir påvirket av den følelsesmessige grunnstemningen i øyeblikket, og av minner og vår personlighet. Dette kan forklares ved den store forskjellen av respons på musikk (Myskja, 2006).

Når kognitive evner og språket blir dårlig eller går tapt, trenger man å finne alternative kommunikasjonskanaler (Myskja, 2006). Musikk er et av de få språklige uttrykk som til en liten grad kan ta plassen til talespråket. I de sene stadiene av demens kan fortsatt de musikalske evner være urørt. Sang og musikk kan være et hjelpemiddel for de med kognitiv svikt til å takle symptomene på sykdommen og dermed ta vare på sin identitet og selvrespekt. Terapeutiske mål for musikkterapi kan være med på å fremme sosial kontakt, redusere uro, håndtere følelsesmessige problemer som angst og depresjon å gi mulighet til ressurser og positive minner (Myskja, 2006).

## **8.0 Drøftningsdel**

I denne delen av oppgaven vil jeg komme inn på de aktuelle forskningsspørsmålene og problemstillingen. Jeg har i denne delen valgt å ta inn ny litteratur. Jeg vil også her komme med den aktuelle forskningen.

### **8.1 Hvordan musikk kan være med på å redusere uro hos mennesker med demens**

En kjent demensforsker Jiska Cohen – Mansfield (referert i Myskja, 2006, s 128) observerte i tre måneder pasienter på et sykehjem som hadde en klar kognitiv svikt. Observatørene prøvde å finne ut tidsbruk i løpet av pasientens dag, og et eventuelt mønster som hadde en tilknytning til uro og problematisk atferd. Det de fant ut var at 63 prosent av tiden var pasientene passiv, med ingen form for aktivitet. Aktiviteter som musikkterapi, måltid i fellesskap eller besøk av

andre lå tidsmessig svært lavt, selv om forekomsten av uro var mye mindre under og etter organisert aktivitet. Riktig stimulering av sansene er et nøkkelord når en skal arbeide med mennesker som er urolige (Myskja, 2006). I en annen studie fant de ut at musikk og massering av hender ga en betydelig pulsreduksjon hos pasienter med Alzheimers sykdom. Når en kombinerer sang, musikk og berøring kan det sannsynligvis være svært virkningsfullt som tiltak mot uro ved demens. En av de tingene som tar mest tid og er mest krevende er stell av de eldre, da særlig om morgenen. Enkelte pasienter trenger og krever 1 – 2 timers innsats for å komme seg ut av sengen og inn til frokost. Dette kan henge sammen med at pasienten sovner midt i prosedyren, slik at prosedyren må gjentas flere ganger (Myskja, 2006). Myskja beskriver et eksempel fra et sykehjem. Eksempelet omhandler en pasient med moderat til alvorlig demens. Pasienten var rolig i de fleste situasjoner, men når han skulle dusje reagerte han med å slå og sparke personalet. Det skjedde ofte og det ble fylt ut flere og flere skademeldinger. Personalet ville til slutt ikke dusje pasienten, så avdelingssykepleier måtte ta seg av oppgaven. Hun hadde ikke brukt sang og musikk i sine femten år i yrket. Da sykehjemmet ble med i prosjektet kom hun på at hun hadde hørt at kjente sanger kunne virke beroligende. Hun begynte derfor å synge kjente sanger og gjøre små bevegelser når hun dusjet pasienten. Til hennes forbauselse ble pasienten mye mer rolig, og dette fortsatte uten problemer. Etter noen måneder var pasienten så trygg at det ikke en gang trengtes å bruke sang og musikk. Det at hun sang kjente sanger for han gjorde at han tilsynelatende følte seg mye mer trygg. (Myskja, 2006).

I en studie fra Sverige deltok informanter fra to sykehjem. Informantene var personer med demens og deres omsorgsytere. Hensikten med studiet var å beskrive hvordan personene med demens og omsorgsyterne kommuniserte verbalt og nonverbalt med og uten musikk ved påkledning om morgenen (Hammar, Emami, Engström, Gôtell, 2010). Det var stort fokus på hvordan omsorgsyterne hadde øyekontakt med pasientene i situasjonene. Personalet hadde på forhånd fått kurs og trening i å bruke musikk sammen med pasienter, både i forhold til valg av musikk og bevegelser. Musikken de brukte var sanger pasientene hadde hørt på tidligere og som de hadde et forhold til. For å observere samhandlingen ble det brukt video (Hammar et al, 2010).



En vanlig morgen for pasientene og deres omsorgsytere var at omsorgsyterne ledet oppgaven med å kle på pasienten klær. Her brukte omsorgsyteren verbale instruksjoner, som spørsmål, anmodning, eller ved at de gav pasienten informasjon om selve påkledningsprosedyren. Omsorgsyterne brukte og nonverbal kommunikasjon ved å vise oppgavene via kroppsspråk, som for eksempel ta ut et skjørt å vise det til pasienten. Det forekom sjelden at omsorgsyterne inviterte pasientene selv til å delta i påkledningen, det kunne virke som at de var mer opptatt av at klærne kom på. Det forekom lite øyekontakt i disse samhandlingene og fokuset ble på at oppgaven skulle gjennomføres. Responsen pasientene gav til omsorgsyterne var alt fra aktiv til ettergivende, til motstand, aggresjon forvirring og forstyrret atferd (Hammar et al, 2010).

Når en begynte med musikk om morgenen var det også her omsorgsyterne som styrte påkledningen av pasientene. Men i kontrast fra vanlig morgen uten musikk, inviterte omsorgsyterne pasientene til å kommunisere. Omsorgsyterne virket mer interessert i pasienten, og pasientene virket som de hadde det mer behagelig og var mer avslappet. Kommunikasjonen besto av nonverbal kommunikasjon, gjennom kroppsspråk relatert til påkledning og øyekontakt. Verbal kommunikasjon besto av å synge sanger om for eksempel kjærlighet eller seiling. Dette ble gjort for å få fokuset bort fra påkledningsprosedyren. De demente responderte på en mer rolig måte til omsorgsyternes kommunikasjon, ved å være mer aktiv og ettergivende til å være mer avslappet. Det ble imidlertid også observert forstyrret og motstandsdyktig atferd hos de demente, men forskjellen fra før var at omsorgsyteren og den demente alltid hadde øyekontakt (Hammar et al, 2010).

Når de ikke brukte musikk hadde pasientene problemer med å uttrykke seg verbalt og non verbalt. Personalet inkluderte ikke pasientene til å kommunisere, men var mer opptatt av å kle på dem. Ved bruk av musikk virket personalet mer interessert i å kommunisere og inkludere, og pasientene fikk delta mer i stedet. Gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon i form av sang, kroppsbevegelser og øyekontakt, virket det som personalet inviterte pasientene mer til å delta. Konklusjonen sier at musikk kan være en god metode til å styrke verbal og nonverbal kommunikasjon mellom personal og pasient, på grunn av at musikk virker til å ha en positiv virkning på både pasient og personal (Hammar et al, 2010).

Fra egen praksis på sykehjem er min erfaring at demente pasienter ofte er og blir urolig i morgenstellet. Personalet sin oppgave er å få den demente pasienten klar til frokost og de har ofte mange pasienter de skal innom. Dette medfører uheldigvis at personalet ikke kan bruke alt for lang tid hos den enkelte. I praksis betyr dette at den demente blir vekket tidlig, blir vasket eller dusjet for så å få på seg klærne og er klar til frokost. Jeg undrer meg over hvordan den demente egentlig må ha det ved å bli vekket på en slik måte dag etter dag. Ofte vet de ikke hvilken dag det er, hva klokken er og hvem som står ved sengekanten deres. De er ofte redde, urolige og aggressive for de kjenner ikke igjen det som skjer. Jeg stiller meg selv mange spørsmål og ett av dem er hvordan en kan gjøre disse morgensituasjonene bedre for den demente? Kan musikk være med på å skape en større trygghet for den demente i disse vanskelige sårbare situasjonene? Det er hvert fall noe de kan kjenne igjen, noe de husker igjen og noe de har kjennskap til. Hvis vi kan møte den demente om morgenen ved å sette på en sang de husker og gjerne synge med dem, vil de kanskje føle en sterkere samhandling og noe som en er to om. Videre tenker jeg om dette kan være et alternativ til at pasientene blir roligere og tryggere når en skal gjennomføre selve morgenrutinen. Ved å arbeide på en slik måte kan en muligens bruke musikk som kommunikasjon i arbeidet med den demente som kanskje vil være med på å skape forutsigbarhet, trygghet og et bedre samarbeid mellom den demente og omsorgsyteren.

## **8.2 Hvordan musikk kan bedre hukommelsen til personer med demens**

Tap av hukommelse er et av de tidligste og mest fremtredende symptomene ved demens (Myskja, 2006). Det finnes flere støttepunkt for at musikk kan bli brukt som hjelp ved trening av hukommelse. Vilårene for hukommelsestrening er at hjelperen må ha med i vurderingen hvilke type hukommelsestap det er, andre kognitive funksjoner, fysiske begrensninger, sosial status, psykologiske mønstre og motivasjon for behandling. Hukommelsessvikt kan mange ganger føre til isolasjon fordi man er redd for å gjøre feil. Det er dermed viktig å legge en plan som ikke fører til utspørring som gjør at personen føler seg dum eller mislykket. I de senere år er det kommet undersøkelser som peker i retning av at musikk kan virke inn på evnen til å huske informasjon hos demensrammete. Vi har flere støttepunkt for å si at evnen til å hente frem informasjon gjennom musikk er knyttet til positiv endring i følelsene. Andre studier

viser til at sang er mindre sårbar for hukommelsestap enn det talte ord, dette henger sannsynligvis sammen fordi sang behandles mer helhetlig i hjernen enn tale (Myskja, 2006).

En studie av pasienter i en sanggruppe, alle hadde dyp demens, viste at de husket ordene i sangtekster bedre enn i talte stykker eller ved verbal informasjon, slik som navnet til musikkterapeuten (Myskja, 2006). Selv om at de var bedre til å huske ord i kjente sanger enn å huske ord i sanger som var ny, husket de ordene i ukjente sanger bedre enn ord i ukjent prosa. Når ord ble presentert i sang, var pasientene mye mer aktiv. De sang med, nynet og gjorde mange forsøk på å forme ordene selv (Myskja, 2006).

Musikk kan bli sett på som en metode for å forsterke og forstå kommunikasjon (Myskja, 2006). De musikalske elementene kan se ut til å være mottakelig uavhengig av musikalske evner. Et eksempel er når mor synger og vugger sitt urolige barn, med rolig stemme og rolig rytmisk vugging (Myskja, 2006). Når omsorgsytterne og pårørende skal bruke musikk sammen med personer med demens og har lite eller ingen kunnskap om det, kan elementer som minner om musikkterapi brukes. Da kan de vugge med kroppen sin sammen med den urolige pasienten, og senke stemmeleiet til en passende rolig tone, nesten som når mor vugger sitt barn (Myskja, 2006).

Jeg kan huske fra egen praksis at det en gang i uken ble arrangert musikkstunder for pasientene. Dette var pasienter med moderat til dyp demens. Jeg kan huske at jeg ble positivt overrasket over hvor mange av pasientene som sang med, prøvde å synge med, eller som på en eller annen måte viste med sitt kroppsspråk at de kjente igjen sangene. Dette var pasienter som ofte var svært urolig ellers om dagen, som ikke visste hvor de var og som ville hjem. Musikkstunden gjorde noe med dem, jeg så glede, jeg så latter og kanskje det viktigste av alt jeg så ro. Musikken som ble spilt var kjente barnesanger, salmer og bergensviser. Det skal nevnes at ikke alle pasientene responderte positivt på disse stundene. De ble tatt med til musikkstundene, men var der ikke lenge da de tilsynelatende skapte uro for de andre.

Prickett og Moore (gjengitt etter Spiro, 2010) fant ut at personer med demens husker ordene av sanger de har sunget i terapitimene, bedre enn det språklige materialet. De fleste husket bedre gamle sanger enn nye (Spiro, 2010).

### **8.3 Hvordan musikk kan bedre språkfunksjonen til mennesker med demens**

Vi har flere støttepunkt som påstår at vår mentale evner ikke er gitt en gang for alle, men som påvirkes av trening (Myskja, 2006). På en måte kan vi se på hjernen som en muskel som trenger å øve seg på oppgaver og ha passende økter med aktivitet og hvile. Dette er sannsynligvis minst like viktig når en blir eldre. Det finnes undersøkelser som kan forklare at kognitiv stimulerende aktiviteter, som musikk, kan motarbeide den mentale nedgangen ved demens. Demens er i en stor grad arvelig, men hvordan vi lever kan ha stor påvirkning når sykdommen bryter løs, og hvilken form den tar. Det finnes dokumentasjon på at musikk kan støtte tillært og forbedring av språk og tale. En del kliniske observasjoner tyder på at rytmisk musikk kan hjelpe personer med demens med å uttale ord. Problemer med tale er et symptom som er undervurdert av mange, og hos personer med demens kan det å ha talevansker bli en ond sirkel. Sang og andre former for musikk kan bryte den onde sirkelen og lette uttrykket. En undersøkelse viste at musikkterapi gav en stor økning i språkforståelse, bruk av ord og taleflyt sammenlignet med samtale (Myskja, 2006).

En mer generell beskrivelse som Brotons og Koger (gjengitt etter Spiro, 2010) fant, viste at musikkterapiens utvikling av tale og spontan tale var bedre andre gang enn etter den første terapitimen. Brotons og Koger (gjengitt etter Spiro, 2010) pekte på at det er uklart om effekten av innholdet i musikken og språkproduksjonen er direkte eller indirekte via aktivering av kortidsminne. Forståelsen av den underliggende mekanismen av forholdene mellom musikk og språk, er grunnlaget for de særegne forandringene i kapasiteten til personer med demens, og informert musikk terapeutiske metoder. Racette, Bard og Peretz (gjengitt etter Spiro, 2010) undersøkte produksjonen av sang og når personen med afasi sin uttalelse og tale. Når de sang eller hørte på en som sang eller snakket, mens de lærte en ny sang, så repeterte de og husket mer ord enn når de snakket. Resultatene viste og foreslo at å synge korsanger, som salmer er bedre enn å snakke om det.

Jeg opplevde i egen praksis at dersom musikk skulle bli brukt som et kommunikasjons verktøy var det viktig at den demente hadde kjennskap til sangene. Med dette menes det at sanger fra radio og tv ikke var musikk den demente kjente igjen, og ble dermed en bakgrunnsstøy som kunne føre til mer negativt stimuli. Når en skal bruke musikk i arbeidet med den demente, er det viktig at vi som omsorgsyter kartlegger og innhenter informasjon fra de pårørende og den demente om hvilke musikk de liker. Sangene som gikk igjen var salmer og gamle bergensviser. En annen faktor jeg observerte var at når omsorgsyter hadde kjennskap til sangene selv og de kunne synge sammen med den demente, ble dagene lettere. Den demente ble mer medgjørlig, og den gode relasjonen der og da fant sted.

Flere studier hevder at å forstå musikk, vil endre pasientens fokus og oppmerksomhet mot stimulus som personen med demens kan tolke (musikken). Den vil samtidig føres bort fra stimuli som blir betraktet som ubehagelig. Musikk som tidligere har vært en del av pasientens miljø kan dessuten vekke minner knyttet til positive følelser hos personer med demens (Bragstad & Kirkevold, 2010).

Det amerikanske helsedepartementet (gjengitt etter Bragstad & Kirkevold, 2010) anbefaler at individualisert musikk kan brukes til å redusere atferd. Individualisert musikk betyr i denne sammenheng musikk som personen er kjent med, og som er musikk personen liker. Når en bruker denne metoden, så må man velge musikk personen har et forhold til og som han synes er fint å høre på. Det synes å være enighet om at musikk kan brukes for å dominere stimuli som virker forstyrrende rundt oss, ved å bringe musikken i forgrunnen. Mange mener dessuten at musikk er en utløsende faktor for positive minner fra fortiden og at disse minnene kan bidra til å redusere opphissete atferden. På den andre siden må man og være åpen for at musikken kan få frem vonde og problematiske minner (Bragstad & Kirkevold, 2010).

## 9.0 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven drøftet ulike sider i forhold til om musikk kan brukes som kommunikasjon i arbeid med demente. I oppgavens drøftingsdel har jeg hatt fokus på mine tre

forsknings spørsmål som jeg valgte å dele opp for å belyse musikkens innvirkning på uro, hukommelse og språk.

Å arbeide med mennesker med demens kan være en stor utfordring. Vi må være åpen for å kommunisere på flere måter. Jeg ser at musikken i arbeidet med den demente kan være et godt verktøy for noen. For andre vil en trenge andre tilnærminger.

Musikk kan for noen demente være en trygghet som igjen kan føre til mindre uro, en følelse av å kjenne igjen noe og en måte å uttrykke seg på. Selv om jeg i denne oppgaven viser til ulike forskningsartikler, ser jeg at det må mer utprøving til for å kunne diskutere videre om musikk bør bli et tiltak en bruker i arbeidet med den demente.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har jeg lært at en kan kommunisere på mange måter med den demente enn jeg har vært bevisst på tidligere. Fokuset mitt har lagt på musikk og kommunikasjon med den demente. Som nevnt tidligere valgte jeg dette temaet fordi jeg ser viktigheten av det og for det at det er fremtidens store utfordring. Det er viktig at vi som omsorgsytere ser at det finnes andre måter og uttrykke oss på. Musikk kan være ett av de, som kan få et menneske til å føle seg trygg, føle nærhet og huske gode minner fra fortiden.

## Litteraturliste

Berentsen, D. V. (2010). Kognitiv svikt og demens I Kirkevold, M & Brodtkorb & K. Ranhoff, H. A (Red). *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasient.* (s. 350 – 382). Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.

Bragstad, K.L. Kirkevold, M. Nr 2 (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Oslo: Tidsskrift sykepleien forskning: et fagblad for medlemmer av Norsk sykepleierforbund, Nr 2, 2010, 110 – 118.* Hentet 15. april 2013 fra <http://www.nb.no/baser/norart/trip.php? t=0& b=NORART& r=475190>

Dalland, O, (2012). *Metode og oppgaveskriving.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

Fellesorganisasjonen (2013). *Vernepleieren.* Hentet 8. mai 2013 fra <http://www.fo.no/vernepleieren/category230.html>

Hammar, M. L. Emami, A. Engstrôm, G. Gôtell, E. (2010). Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian journal of Caring Sciences, volume 25,issue 1, 2009, 160 – 168.* Hentet 15. april 2013 fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=1eaec8d9-312c-43aa-92b2-335430161ca0%40sessionmgr14&hid=26&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=aph&AN=58094579>

Helsedirektoratet (2013) God helse – gode liv. Hentet 25. april 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/sider/default.aspx>

Henriksen, W. K. (2008). Kommunikasjon. I Rokstad, M. M. A & Smebye, L. K (Red). *Personer med demens. Møte og samhandling.* (s. 87 – 112). Akribe AS 2008.

Hjort, P. F. Waaler, H. T. (2010) *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Hentet 25. april 2013 fra

<http://tidsskriftet.no/article/1993496>

Jacobsen, I, A. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget Kristiansand S 2005.

Myskja, A, (2006). *Den siste song. Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende arbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2006.

Myskja, A. (2009) *Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Nr 2, 2009, 150 – 158. Hentet 15. april 2013 fra

<http://www.idunn.no/ts/tph/2009/02/art10?highlight=#highlight>

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I Rokstad, M. M. A & Smebye, L. K (Red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s. 27 – 45). Akribe AS 2008.

Røkenes, H, A, Hanssen, H, P. (2012). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke 2002.

Seksjonsrådet for vernepleiere i fellesorganisasjonen. (FO). (2008). Hentet 8. mai 2013 fra

[http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/ Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/ Om%20vernepleieryrket_A5.pdf)

Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget AS 2009.

Spiro, N. (2010). Music and dementia: Observing effects and searching for underlying theories. *Routledge Taylor & Francis group, volume 14, issue 8, 2010, 891 – 899*. Hentet 15.

april 2013 fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=1eaec8d9-312c-43aa-92b2-335430161ca0%40sessionmgr14&hid=26&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=aph&AN=55116282>



Utdanning.no. Offentlig og kvalitetssikret. (2013). Senter for IKT i utdanningen. Hentet 15. mai 2013 fra <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>

## Vedlegg 1

søkeord	database	Tall treff	merknader
«music therapy» and dementia	Academic search Premier	65	Fant 3 relevante artikler
«music therapy» and Alzheimers	Academic search Premier	0	Fant ingen relevante artikler
Musikkterapi	Idunn	26	
Musikkterapi og demens	Idunn	5	Fant en relevant artikkel
Musikk terapi og Alzheimers	Idunn	2	Fant en relevant artikkel
Musikkterapi	Norart	131	
Musikkterapi og demen*	Norart	10	

Søkeord	Database	Tall treff	Merknader
Musikkterapi og demen*	Norart	3	Merket av på vitenskapelige artikler. Fant en artikkel som er relevant