

# BACHELOROPPGÅVE

## **Musikk og personar med demens**

Korleis kan vernepleiaren bruke musikk for å fremje livskvalitet hjå personar med demens?

av

Guro Bakke Liaskar  
Kandidat nr. 325

Vernepleie  
BSV 5 – 300 Bacheloroppgåva  
Mai 2013

## **INNHALDSLISTE**

<b>1.0 INNLEIING</b>	1
1.1 Mi forforståing	
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppbygging av oppgåva	
1.4 Avgrensing av oppgåva	3
<b>2.0 METODE</b>	
2.1 Søkjeprosessen	4
2.2 Litteraturfunn og kjeldekritikk	
<b>3.0 SENTRALE OMGREP</b>	6
3.1 Demens	
3.2 Bruk av musikk	7
3.3 Livskvalitet	
<b>4.0 VERNEPLEIAREN</b>	8
4.1 Vernepleiaren sitt verkty	
<b>5.0 DRØFTING</b>	10
5.1 Korleis vernepleiaren kartlegger pasienten si interesse for musikk	
5.2 Reminisens, stimulering og kjenslegjenkjenning gjennom musikk	12
5.3 Sosial interaksjon, rørsle og berøring gjennom musikk	14
5.4 Ny forforståing	17
<b>6.0 SAMANFATNING OG KONKLUSJON</b>	18
<b>Litteraturliste</b>	
Vedlegg 1, Søkelogg	
Vedlegg 2, Vernepleiaren sin arbeidsmodell	
Vedlegg 3, Sjølvvalt pensum	

## **1.0 INNLEIING**

I følgje Demensplan 2015 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007) er det om lag 66000 personar med demens i Noreg i dag. Fram mot år 2020 må ein rekne med at talet kjem til å auke kraftig, og særskilt blant innbyggjarar over 80 år. I følgje Kari Kvaal (2009) er aldring den største risikofaktoren for ei rekke kroniske sjukdommar, der i blant kognitiv svikt, demenssjukdomar og andre kroniske somatiske sjukdommar. Tilstandane kan ofte føre til isolasjon og eit liv prega av einsemd (Kvaal, 2009). Målet for Demensplan 2015 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007) er mellom anna å sjå menneske med demens og deira pårørande, slik at dei kan oppleve tryggleik og ein føreseieleg kvardag i møte med tenesteapparatet som skal samarbeide med dei. Tenestetilbodet skal vere basert på heilskapleg menneskesyn, og det skal vere prega av kontinuitet og samarbeid mellom ulike tenesteytarar. Ein skal og kunne leggje til rette for endringar i demenssjukdommen, og ta utgangspunkt i kvar enkelt sitt funksjonsnivå (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007). Det er viktig for ein vernepleiar å kome inn med nye og gode idear for at ikkje berre pasientane, men og personale og pårørande skal sjå at ein kan gjere noko ut av kvardagen som kan verke meningsfylt. Medikamentell behandling kan vere ei utfordring innan eldreomsorga, då det er vanskeleg å vurdere effekten av medikamentet, velje type medisin, samt korleis ein skal følgje opp (Aldring og helse, 2012). Formålet med oppgåva er å setje søkelyset på at det finst andre metodar å arbeide på innanfor eldreomsorga, og at ein ikkje alltid treng å ty til medikament for å få roa ned personar med demens. Ein kan bruke musikk og song til å setje miljøterapeutiske målsetningar som til dømes kan vere å stimulere til sosiale interaksjonar, redusere angst eller uro hjå pasientane, handtere emosjonelle endringar, eller styrkje tilgang til tidlegare evner og finne fram til positive minner hjå pasienten (Myskja, 2009).

### **1.1 Mi forforståing**

Som følgje av sjukdomen demens er det mange som endrar åtferd, ein kan til dømes bli meir uroleg og få ei åtferd som ikkje er ønska. Dette kan medføre at dei får medikament som skal hjelpe med å roe dei ned og som kan vere ei lettvin og dyr løysing på problemet. Eg har sjølv jobba på avdelingar for demente, der eg har sett konsekvensane av medikamentbruk og kva det gjer med pasientane på avdelingane. Medikamenta passiviserer pasientane, dei blir tiltakslause og trøytte. I mi heimkommune har dei sett fokus på ein aktiv kvardag for alle

pasientar som har ei eller anna tilknytning til pleie- og omsorgssektoren. Eg har sett at musikk kan vere ein god metode for å få kontakt med pasientane på eit anna plan enn dersom dei får masse medikament. Ei kan sjå livslyst og glede blant dei fleste. Eg har lest mange journalar til mange pasientar der det står at pasientane likar godt musikk, og at musikk har vore ein stor del av kvardagen deira i mange år. Ein stor del av pasientane har tilknytning til bedehus, pensjonistkor og liknande. Men det som no har stoppa dei er sjukdomen. Det er difor viktig at vi som hjelpearar kan vere med å skape den gleda og fellesskapet som dei lenge har vore ein del av.

## **1.2 Problemstilling**

Ei problemstilling er eit spørsmål som er stilt med eit bestemt formål og på ein så presis måte at det let seg undersøkje (Dalland, 2007). Som vernepleiar må eg tenkje på arbeidsmetodar som kan vere med å styrke livskvaliteten hjå pasientar, og lage trygge rammer rundt pasientane. Eg har difor valt ei hovudproblemstilling og tre forskingspørsmål som skal hjelpe meg med å halde ein raud tråd gjennom heile oppgåva.

- **Korleis kan vernepleiaren bruke musikk for fremje livskvalitet hjå personar med demens?**
- Korleis kan vernepleiaren kartlegge pasienten sin interesse for musikk?
- Korleis kan musikk vere medverkande gjennom reminisens, stimulering og kjenslegjenkjenning hjå personar med demens?
- Korleis kan musikk oppretthalde sosial interaksjon, rørsle og berøring hjå personar med demens?

## **1.3 Oppbygging av oppgåva**

I innleiinga skriv eg ein kort og generell presentasjon av mitt tema. Deretter vil eg ta føre meg mi forforståing, der eg blant anna skriv om mine erfaringar, og etter dette kjem grunnlag for problemstilling og sjølv problemstillingane. Eg vil sidan skrive om korleis eg vil avgrense oppgåva. I kapittel 2 vil eg skrive om kva metode eg har brukt, samstundes som eg vil skrive om litteraturfunn og kjeldekritikk. Eg vil og ta føre meg dei fire artikkane som eg har funne, og skrive litt om dei og kvifor dei er viktige når det gjeld mi oppgåve. Deretter vil eg ta føre meg sentrale omgrep som eg brukar gjennom oppgåva.

Sidan vil eg skrive om vernepleiaren, og korleis ein vernepleiar arbeidar. Kvar kompetansen ligg og korleis ein kan jobbe ved å bruke musikk hjå demente. Etter å ha skrive om vernepleiaren, kjem drøftinga. Her vil eg drøfte korleis vernepleiaren kan bruke musikk i arbeid med personar med demens, og korleis musikken verkar inn på ulike funksjonar i kroppen. Etter drøftinga skriv eg om mi nye forståing om temaet. Heilt til slutt vil det kome ei avslutning med konklusjon.

#### **1.4 Avgrensing av oppgåva**

Eg tek ikkje føre meg kun ein slags type demens, men eg vil sjå på heilskapen innan for dei ulike typane demens. Dette er fordi eg som vernepleiar ikkje kjem til å møte ei avdeling med demente der alle til dømes har Alzheimers eller alle til dømes har vaskulær demens. Eg har valt å rette meg meir mot korleis vernepleiaren kan bruke musikk i sitt arbeid med demente, og setje fokus på kva musikken kan gjere for pasientane.

#### **2.0 METODE**

Dalland (2007) refererer til Tranøy som definerer metode som ein framgangsmåte for å bringe fram kunnskap eller etterprøve påstandar som vert framsetje med krav om å vere sanne, gyldige eller haldbare. Å vere vitenskapleg er å vere metodisk (Tranøy, ref. Dalland, 2007). Metodisk har eg valt eit litteraturstudie, der eg gjennom teori og forskning vil finne svar på problemstillinga mi. Litteraturstudie blir omtalt som ein kvalitativ metode, og gir meg høve til å fordjupe meg meir detaljert i mitt tema (Jacobsen, 2005). Oppgåva sitt truverde og faglegheit er avhengig av at kjeldegrunlaget er godt skildra og grunngeve (Dalland, 2007). For at oppgåva skal ha eit godt truverde, må datane eg har samla inn ha ei form for validitet. Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010) skriv at validitet dreiar seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet og det som skal undersøkast. Og om dei representerar det som skal presentert på ein god nok måte (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2010). Innanfor litteraturstudiet har ein to typar litteratur, primær og sekundær. Primærlitteratur er informasjon som ein sjølv har samla inn gjennom til dømes intervju og observasjon (Jacobsen, 2010). Jacobsen (2010) skriv at sekundærlitteratur er data som er samla inn av andre. Hovudutfordringa med å bruke slike data er at dei kan vere samla inn for eit anna formål enn det ein sjølv skal skrive om (Jacobsen, 2010). Eg kjem til å nytte meg av bøker, vitenskaplege artiklar og forskingsartiklar for å kunne hjelpe meg med å finne svar på

problemstillinga. For meg er det særst viktig å finne teori og studiar som har fokus på korleis ein kan bruke musikk i kvardagen til demente. Dette ynskjer eg å finne artiklar som er basert på intervju, observasjon og erfaringar. Litteratur er eit viktig grunnlag i alle studentoppgåver. Kunnskapen ein får her er oppgåva sitt utgangspunkt, og problemstillinga skal drøftast i forhold til dette (Dalland, 2007).

## **2.1 Søkeprosessen**

I dette kapitlet vil eg skildre søkeprosessen, og korleis eg kom fram til litteraturen eg primært har brukt i mi oppgåve.

For å finne fram til artiklar måtte eg nytte meg av søkemotorane Idunn.no og Academic Search Primer. I søka mine har eg brukt ord som til dømes «demens», «musikk», «musikkterapi» og «adferd». For å få ei oversikt over kva artiklane handla om, og om dei var relevante for mi oppgåve, las eg samandraget til kvar artikkel. Eg noterte ned kvifor artiklane kunne vere relevante for mi oppgåve. Eg har og brukt biblioteket si database, Bibsys, då eg skulle finne relevant litteratur. Skriveprosessen blei gjort etter kvart som eg fann relevant litteratur.

## **2.2 Presentasjon av kjelder og kjeldekritikk**

Kjeldekritikk er i følge Dalland (2007) å slå fast om ei kjelde er truverdig. Han seier og at ein må vurdere og karakterisere kjeldene som vert nytta. I søka mine var eg på utkikk etter så nye artiklar som mogleg, dette for å vise til at nyare forskning har sett på fordelar og ulemper med denne arbeidsmetoden.

Sidan musikk i arbeid med demente er eit relativt nytt studie som har dukka opp, og har blitt veldig populært på 2000-talet, så var det ikkje vanskeleg å finne litteratur og artiklar på dette området. Ein av dei som har hatt mykje å seie for musikkbruk i eldreomsorga i Noreg er Audun Myskja. Han er overlege og nevrologisk musikkterapeut. Då eg fann ein artikkel som han hadde skriva i 2009, «Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre», så var dette ein artikkel som eg viste eg måtte bruke. I artikkelen står det blant anna

om korleis musikk kan betre hukommelsen, og korleis musikk kan vere med på å auke evna til å planlegge og organisere handlingar. Han skriv og om at musikk er med på å oppretthalde språk- og talefunksjon, og at musikk er med på å minske uro. Eg har og funne bøker som Myskja har skrive, og som eg vil bruke i denne oppgåva.

Då eg skulle leite utanlandske artiklar som er skrivne på engelsk, så valde eg å bruke Academic Search Primer. Her avgrensa eg søka slik at eg fekk opp artiklar som ikkje er meir en ti år gamle og «peer reviewed», fagfelleurdert. Eg fekk då mange relevante treff, og etter å ha lese samandraga til dei mest relevante gjekk eg for ein artikkel som er skriva av Paula Rylatt (2012). Ho er spesialist på psykososiale tiltak og eldreomsorg ved Fieldhead Hospital i Wakefield, England. Artikkelen heiter; «The benefits of creative therapy for people with dementia». Artikkelen handlar om korleis ein kan bruke musikk, dans, drama og rørsle for å stimulere sansane til pasientane. Den tek utgangspunkt i eit eksperiment som gjekk over ein periode på åtte veker, der ein måtte utføre treningar som innebar musikk, dans, drama eller rørsle for å kunne auke evnene til pasientane både med omsyn til korleis dei kunne uttrykkje seg sjølve, korleis dei kommuniserer og generelt korleis dei etter eksperimentet kom til å engasjere seg med meir sosial aktivitet.

Den siste utanlandske artikkelen eg har funne er skriven av Jackie Tuppen (2012), som er sjukepleiar på ein privat institusjon i Broadstairs, Kent i Storbritannia. Artikkelen til Jackie Tuppen handlar om utviklinga av «Cogs clubs». «Cogs clubs» er klubbar for personar med mild til moderat demens, som har eller ikkje har hatt tidlegare kontakt med helsepersonell. Dette er eit ikkje-farmakologisk inngrep basert på Kognitiv Stimulerings Terapi (KST) frå byrjinga og til i dag. Den omhandlar og den første evalueringa då dei fann ut at klubbane møtte politikken og dei kliniske retningslinjene til den Britiske regjeringa. Her står og skriva at det var eit akseptabelt inngrep for tilretteleggarane, enkeltpersonane og deira pårørnde.

Eg har og valt å bruke boka til Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff, «Geriatrisk sjukepleie» (2010). Kirkevold er sjukepleiar og har doktorgrad i sjukepleievitenskap, ho er og professor i sjukepleievitenskap hjå Universitetet i Oslo, samstundes som ho er leiar for «Gruppe for Eldreomsorgsforskning» ved ISH og har gitt ut ei rekkje bøker. Brodtkorb er kandidat i sjukepleievitenskap og er sjukepleiar med vidareutdanning innan

psykiatrisk sjukepleie og rettleiingspedagogikk. Ranhoff har doktorgrad i medisin, og er i tillegg spesialist innan indre medisin og geriatri. Boka desse tre damene har skrive er sentral i mi oppgåve for å vise utfordringar som det gamle mennesket går igjennom, dette kan vere både somatiske og psykiske utfordringar. Eg kjem til å bruke store delar av denne boka gjennom heile oppgåva. Boka tek utgangspunkt i den eldre pasienten og ulike prinsipp og særtrekk ved geriatrik sjukepleie. Den har og fokus på korleis ein kan bevare integriteten til pasientane. Den framhevar og helsefremjande og førebyggjande arbeid med den eldre pasienten.

Ei anna bok eg kjem til å bruke mykje i mi oppgåve er skriven av Audun Myskja, og heiter «Den musiske medisin – lyd og musikk som terapi» (2000). Myskja er som nemnt før overlege og nevrologisk musikkterapeut, han er og forskar. Dei siste ti åra drive allmenmedisinsk praksis der han har sett fokus på bruk av lyd og musikk. I denne boka blir det skrive mykje om korleis musikken påverkar pasienten, blant anna korleis ein kan bruke musikk til å roe hjarterytmen, stressnivå og puls. Han skriv om korleis ein kan bruke musikk og rytme til å heile pasientar, og korleis ein kan aktivere pasientane meir ved hjelp av dette. I boka står det og skrive at musikk kan vere med på å stimulere og lindre plager.

Søkeloggen min vil eg legge ved som vedlegg 1.

### **3.0 SENTRALE OMGREP**

Her vil eg forklare omgrep som eg vil bruke hyppig gjennom heile oppgåva. Dette er viktig for å avklare kva dei ulike omgrepa betyr i forhold til min profesjon som vernepleiar. Dei fleste omgrep og ord kan ha fleire tydingar og kan variere frå eitt fagmiljø til eit anna (Dalland, 2007).

#### **3.1 Demes**

I ICD-10 blir demens skildra som eit syndrom som skuldast ein sjukdom i hjernen, vanlegvis kronisk eller progressivt, der hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståing, rekneferdigheit, læringskapasitet, språk og dømmekraft blir råka (IDC-10, 2013).

Konsekvensane av sjukdommen er ulik. Dersom ein person har ein lettare demenstilstand treng han mindre bistand og hjelp enn ein person med alvorleg demens som vil vere heilt



pleietrengande (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010). Meir enn halvparten av demenstiffella skuldast Alzheimers sjukdom. Dette er ei lidning der det skjer eit gradvis tap av nerveceller i hjernebarken, slik at pasientane gradvis gjennom fleire år utviklar demens (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Lewy-legeme demens er og ein hyppig type demens. Den er kjenneteikna ved alvorlege psykiske endringar, og saman med demens symptom kan ein ha daglege svingingar. Pasientane har ofte parkinsonistiske symptom (Jacobsen et.al., 2009). Demens kan og kome av svikt i blodforsyningane til hjernen, dette blir kalla vaskulær demens. Dette kan kome av mange små emboliar til hjernen, eller generell arteriosklerose som gir meir kroniske blodforsyningsendringar. Ved begynnande vaskulær demens kan ein sinke eller stoppe sjukdomsutviklinga ved hjelp av medikamentell behandling (Jacobsen et. al., 2009). Delirium er eit kjenneteikn ved ei rekke forstyrringa i hjernen sine funksjonar som til dømes: Forstyrta bevisstheit- og merksemdsnivå, forstyrta evne til å oppfatte, tenkje, forstå og huske. Den psykomotoriske åtferda, kjensler og søvnvaken-rytme er endra (Bondevik og Nygaard, 2006). Delirium rammar ofte eldre med demens. Fleire demenssjukdommar gir språkproblem, av den enkle grunn at eine eller begge språksentera i venstre halvdel av hjernen kan vere skada (Engedal 2004, Engedal og Wyller, 2003, ref. Kirkevold et.al. 2010). Ein skiljer mellom fire former for afasi (målløyse). Motorisk afasi der pasienten kan oppfatte og forstå, men ikkje greier og uttrykkje seg. Sensorisk afasi gir dårleg forståing av det som pasienten høyrer eller les. Ved anomisk afasi har pasienten problem med å finne ord som vil gi setningar innhald og meining. Til slutt er det global afasi som vil seie at alle språkfunksjonar er redusert (Kirkevold et.al., 2010). Reminisens er ein aktivitet som ofte blir brukt i samanheng med personar med demens. Ordet tyder minneaktivitet ved til dømes gjenkjenning eller gjenkalling (Witsø og Teksum, 1998).

### **3.2 Bruk av musikk**

Hjå menneske reflekterer kroppen lydane som vert fanga opp heilt ned til eit biokjemisk nivå. Det ufødde barnet kan til dømes kjenne att mora si stemme og lydar frå puls og tarmar (Myskja, 2000). Interesse for å forstå samanhengen mellom musikk, helse, sjukdom og terapi har følgt menneske så lenge det har eksistert, og enkelte lydar og gjentakninga av desse har vore tillagt religiøs og helsebringande tyding i tusenvis av år (Myskja, 2000). Musikk er ein nonverbal behandlingsform der ein ved hjelp av teknikkar som improvisasjon, song, lytting og avspenning har som mål å skape avklaring, endring og utvikling (Darnley – Smith og Patey,

2007). Musikk har blitt meir og meir brukt som ein terapeutisk reiskap innan for eit breidt behandlingsområde, til dømes kan ein bruke musikk ved tap av psykiske og fysiske funksjonar, ved sorg og kriser, i smertelingring og smertebehandling (Darnley – Smith og Patey, 2007). I Omsorgsplan 2015 og Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) blir det nemnt at ein skal rette fokus på aktiv omsorg, og at dagens omsorgstilbod kjem til kort når det gjeld sosiale og kulturelle området i lokalsamfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Musikk er eller kan bli eit uttrykksmiddel. Hjø kvar pasient eller blant ei gruppe pasientar er der store potensiale i eit mangfald av musikalske lydar som til dømes kan hente fram uttrykking av kjensler (Darnley – Smith og Patey, 2007).

### **3.3 Livskvalitet**

Omgrepet livskvalitet er litt vanskeleg å definere fordi det er basert på det individuelle, og kva som er viktig for kvart enkelt individ. Kirkevold et.al (2010) definerer livskvalitet ut i frå etniske norske tradisjonar, der ein knyter livskvalitet opp mot eit godt liv i heimen og der ein kan klare seg sjølv lengs mogleg. Medan gamle med kulturbakgrunn frå det tradisjonelle samfunnet knytta livskvalitet opp mot familien. Som nemnd før i dette avsnittet er omgrepet livskvalitet basert på skjønn og individuelle oppfatningar av dette. I det meste av sosialvitenskapen, der forskning på livskvalitet starta, har ein definert livskvalitet som eit overordna begrep. Definisjonen tek utgangspunkt i ein person sine individuelle erfaringar av positive og negative sider ved livet. Dette kan til dømes vere opplevingar, ubehag, glede, nedstemtheit og vonde eller gode kjensler (Kirkevold et.al, 2010). I helselatert forskning baserar ein livskvalitet på sjukdom, og til det sjukdomen medfører for pasienten (Regjeringa [NOU], 1999). Dette betyr at dersom ein person er frisk og ikkje har nokre lidningar, så kan ein seie at den personen har god livskvalitet. I følgje Fellesorganisasjonen for barnevernspedagogar, sosionomar og vernepleiarar er ein viktig faktor for god livskvalitet det å ha styring over eigen kvardag og at ein får vere med å bestemme viktige val i livet (FO, 2010).

## **4.0 VERNEPLEIAREN**

I rammeplan for vernepleiarutdanninga står det at «Formålet med utdanninga er å utdanne brukarorienterte og reflekterte yrkesutøvarar som er kvalifisert til å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid saman med personar med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvanskar som ønskjer og har bruk for slike tenester» (Kunnskapsdepartementet, 2005, s. 4). Som vernepleiar får ein tildelt ein tredelt kompetanse; Helsefagleg, pedagogisk og sosialfagleg (Owren og Linde, 2011). I dette kapitlet vil eg skrive om vernepleiaren sin arbeidsmodell og korleis den kan brukast i arbeid med musikk til personar med demens. Som vernepleiar får ein lære at dersom ein utøver godt miljøarbeid så får pasientane ein betre kvardag og ein treff den enkelte sine behov mykje betre. Linde og Nordlund (2010) omtalar omgrepet miljøarbeid der ein skyv fokuset frå pasienten sin sjukdom til andre sider ved pasienten sitt særpreg, og der omgjevnadane og blir inkludert. I miljøarbeid skal ein jobbe med å auke livskvalitet, utvikling, læring og oppretthalde ferdigheitene til pasienten. Målretta miljøarbeid handlar om å bruke ressursar som ligg i miljøet (Linde og Nordlund, 2010).

#### **4.1 Vernepleiaren sitt verkty**

Vernepleiaren sin arbeidsmodell er vernepleiaren sitt verkty for godt miljøarbeid og gode arbeidsmetodar. Modellen viser vernepleiaren sin arbeidsmåte, og korleis den kan sjåast på som ein prosess og der dei ulike fasane står gjensidig opp mot kvarandre (FO, 2010). Samstundes må vernepleiaren, i heile prosessen, tenkje på pasienten det gjeld og legge etiske og juridiske vurderingar til grunn. Profesjonen blir knytt opp mot at yrkesgruppa har eigne etiske retningslinjer som det vert forventa at yrkesutøvarane skal praktisere innanfor, noko som er i samanheng med kvalitetsgarantien ein får i utdanninga (Linde og Nordlund, 2010). Arbeidsmodellen vert nytta ved tilrettelegging av miljø, opplæring, trening av tidlegare ferdigheiter og ved behandling. Den er ikkje tydeleg i kva val ein står ovanfor når ein skal arbeide målretta mot endringar, og dette utfordrar vernepleiaren til å grunngi vala sine (FO, 2010). Modellen er inndelt i 4 fasar: Kartlegging, målval, tiltaksarbeid og evaluering.

I kartlegginga skildrar og vurderer vernepleiaren situasjonen. Ein må kartlegge pasienten sine behov og hente inn relevante opplysingar for å kunne foreta ei heilskapleg vurdering av situasjonen til kvar einskild. Og på bakgrunn av dei data ein har samla inn må ein gjere ein

analyse der ein hentar inn relevant teori, forskning og litteratur. Aadland (2004) seier at ein analyse inneber å ordne og framstille data slik at eventuelle mønster kan bli tydelege (Aadland ref. Linde og Nordlund, 2010). Ein brukar og analysen til å kunne finne tilpassa og realistiske mål saman med pasient eller pårørande (FO, 2010).

Målformuleringa skal vere eit mål som aukar trivselen til pasienten, og det kan vere eit mål om å betre ferdigheiter eller funksjonar som allereie er etablert hjå pasienten. Ein gjer prioriteringar på bakgrunn av kartlegginga, og kva behov pasienten har for ulike omsorgs- og hjelpebehov. Måla skal og vere etisk og juridiske, og dei skal ha ei omsorgsideologisk forankring (FO, 2010). Tiltaksarbeidet kan delast inn i tre fasar; metode, planlegging og gjennomføring. Fasane vil ofte gå føre seg parallelt for å kome fram til det best egna individuelle tiltaket.

Eit tiltak er ei konkret skildring av korleis ein skal legge til rette situasjonar og rammer for behandling, treningsopplæring eller pleie med ønske om betring (Linde og Nordlund, 2010). Tiltaket kan bygge på ulike tradisjonelle metodar som til dømes nettverksarbeid, åtferdsanalyse, aktivitetslære og kommunikasjon. Når ein skal planlegge tiltaksarbeidet er det viktig at ein tek omsyn til rammevilkår som ein skal arbeide under. Ein må ta stilling til om ein er heime hjå pasienten, kompetansen og personalressursane og tilgjengelege hjelpemiddel. Planlegginga skal ha ei skriftleg framstilling om korleis ein vil gå fram i arbeidet, og korleis tiltaket skal gjennomførast og evaluerast. I gjennomføringa må ein vurdere om tiltaket må endrast eller avbrytast. Dette krev at det er ei fortløpande kartlegging og ein dialog med tenestemottakar eller pårørande. Informasjonen ein får inn her vert nytta til å evaluere om tiltaket har effekt i høve til målet (FO, 2010).

Under evalueringa er det viktig at ein ikkje berre har fokus på tiltaket, men og prosessen ein har vore igjennom. Resultatet frå evalueringa er eit viktig datagrunnlag når målet eller tiltaket skal vurderast, og anten endrast eller avsluttast. Evaluering er viktig i vernepleiaren sitt målretta virke og ein føresetnad for å vidareutvikle erfaringsbasert kunnskap (FO, 2010). For å kunne få ei så god evaluering som mogleg må ein samle så mykje data som mogleg undervegs og/eller i etterkant av tiltaket, slik at ein har eit godt vurderingsgrunnlag (Linde og Nordlund, 2010). I følgje Linde og Nordlund (2010) bør ein ha utarbeidd evalueringskriterium

samstundes som ein utarbeidar tiltaket (Linde og Nordlund, 2010). Arbeidsmodellen blir lagt ved som vedlegg 2 i denne oppgåva.

Som nemnt tidlegare, er arbeidsmodellen eit viktig verkty for det arbeidet som vernepleiaren skal utføre. Arbeidsmodellen er med på å sikre godt miljøarbeid og gode tiltak for pasientane.

## **5.0 DRØFTING**

Gjennom drøfting skal du vise kva du har lært av prosjektet ditt, og korleis denne kunnskapen heng saman med det den kunnskapen som allereie eksistera innan dette området (Dalland, 2007). Eg kjem til å drøfte i høve til dei problemstillingane eg har kome fram til og presentert tidlegare i oppgåva under 1.2 Problemstilling.

### **5.1 Korleis kan vernepleiaren kartlegge og bruke musikk i arbeid med demente**

For å kunne bruke musikk i arbeid med demente må ein i tråd med arbeidsmodellen kartlegge kva musikk pasientane likar og har gode minne om. Her kan ein bruke pårørande til å få informasjon om kva musikk kvar enkelt pasient er glad i. Pårørande er eit godt verkty i kartlegging fordi dei kjenner pasientane godt. Pårørande kan til dømes vere born av pasient eller ektefelle. Etter mi meining er det viktig at når ein skal bruke musikk så må pasientane har kjennskap til den. Pasienten treng ikkje kunne teksta til songane, det kan fungere like godt med kjennskap til melodi og rytme. Vernepleiaren kan bruke musikk som ein nøkkel til erindring hjå personar med demens, og skape tryggleik og samtalar med pasientane. Musikken kan vere med på å auke hukommelsen til pasientane, og med dette kan livskvaliteten bli betre. Det viktigaste for denne typen arbeid er at den har som mål at pasienten skal bli betre. Vernepleiaren kan jobbe med å få musikkgrupper inn i dei daglege rutinane til sjukeheimsavdelingane.

For at vernepleiaren skal kunne bruke musikk i arbeidet, er det viktig å kunne kartlegge pasientane sine behov før ein kan setje i gang. Ein må difor samtale med pårørande for å kunne finne ut kva musikk kvar enkelt pasient likar, samstundes som ein må finne på metodar der ein kan engasjere heile pasientgruppa. For å kunne gi pasientane mest og best mogleg hjelp, må vernepleiaren bruke ein kombinasjon av aktive og passive teknikkar som inkluderer aktiv lytting til musikken og rytmen, song, improvisasjon og rørsle (Myskja, 2009).

Vernepleiaren må finne ut kva pasientane kan tenkje seg som musiske aktivitetar, og korleis ein skal gjennomføre dei. Det som og er viktig å tenkje på i arbeid med demente er å finne ut når på dagen det passar best å drive med desse aktivitetane. Det eg sjølv har erfart i mine praksisar ute i feltet er at demente ofte er urolegast på ettermiddagane og kveldane. Dette kan kome av at dei har hatt besøk av slektningar og ikkje skjønar at dei må vere att på avdelinga når ektefellen eller borna dreg heim til sitt. Det kan då tenkjast at det kan vere greiast å utføre gruppe aktivitetane på føremiddag og legge individuelle aktivitetar med musikk til når ein ser at pasienten treng det.

Vernepleiaren må kunne tenkje nytt å skape ein «vinn-vinn» situasjon for avdelinga ein jobbar på og andre ressursar som finst i lokal miljøet. Dette betyr at ein må utnytte ressursane ein har rundt seg, og skape eit tverrfagleg samarbeid med personar eller yrkesgrupper som har meir erfaring med bruk av musikk. Dette kan gjere arbeidet meir effektivt og nyttig for pasientane, og vernepleiaren kan tileigne seg ny kunnskap frå desse personane. I følgje Myskja (2009) må ein kunne få ei forståing av korleis musikk kan hjelpe ved kognitiv svikt, og ein treng difor ei fagutvikling med vidt spenn og som går djupare inn i korleis musikken stimulerer demente. Christie (1995) hevdar at helsearbeidarar treng å utforske musikk mindre som eit «medikament» og meir som ein faktor som kan vere ein del av miljøet som verkar lækjande, i motsetnad til å vere sjølv terapien (Christie, ref. Myskja, 2009). Ein må difor setje fokus på at musikken ikkje skal ta over bruken av medikament, men kan vere med som ein lækjande faktor i arbeidet til vernepleiaren. Musikken kan ha ulik innverknad på ulike pasientar, og nokre vil respondere betre til denne typen miljøarbeid enn andre pasientar vil gjere. Som nemnt tidlegare i oppgåva er det viktig med ei god kartlegging for å kunne jobbe på ein så god og effektiv måte som mogleg. Gjennom informasjon ein har fått med pårørande og grundig kartlegging kan ein med dette skape ein positiv atmosfære for pasientane, og ein lagar eit trygt og godt miljø for bebruarane. Som vernepleiar må ein ha merksemd på pasienten si sjukdomsutvikling og korleis denne kan endre seg. Alt etter som kva diagnose pasienten har, kan sjukdomsbiletet endre seg raskt eller langsamt.

Ein har, som omsorgsperson for pasientane, i oppgåve å støtte opp om den enkelte sitt sjølvbilete og identitet. Samstundes må ein forstå utfordringa ved at pasienten kjenner at noko endrar seg i kroppen. Det handlar då om å kommunisere og å forstå (Witsø og Teksum, 1998).

Ein kan som vernepleiar utvikle musikken som eit kommunikasjonsmiddel, og ein kan få innpass hjå pasienten ved å bruke musikk. Som eg sjølv har erfart kan ein bruke musikk til å kommunisere med pasientane når ein til dømes sit i stua etter frukost. Ein kan bruke musikk og enkel trim til og få pasientane klare for dagen. Dette gjer at pasientane ikkje berre blir stimulert psykisk, men og fysisk. Ved å setje i gang dei fysiske kroppsfunksjonane kan ein redusere vonde ledd og musklar og pasientane blir meir vakne. Vernepleiaren kan og legge opp til slike aktivitetar ut på dagen for å hindre at musklar og ledd stivnar til.

## **5.2 Reminisens, stimulering og kjenslegjenkjenning gjennom musikk**

Grunnprinsippet rundt reminisensgrupper er at bestemte songar, i kombinasjon med objekt, kan vekke assosiasjonar. Assosiasjonane ein får i slike grupper kan vere med på å vekke kjensler som er relevante for situasjonen. Pasientane kan og få reaksjonar, tankar og kjensler etter gruppene. Dette kan vere med på å skape ein trong til å dele med andre, og som kan ha innverknad på eigen identitet og sjølvkjensle (Ridder, 2005). For personar med demens kan dette vere ein effektiv måte å stimulere hjernen på, samstundes som ein må ta hensyn til pasienten sin diagnose og kva stadium pasienten er i. Etter mine erfaringar det mange pasientar som rett og slett er understimulerte, og ikkje kan stimulere seg sjølv lenger. Dette tyder på mange tiltakslause og urolege pasientar over heile landet. Mange blir sitjande passive framføre fjernsynet, og dette er ikkje ein bra aktivitet for eldre. Verken psykisk eller fysisk. . Ein kan altså bruke musikk både til hjelp ved uro hjå pasientar, samstundes som det kan vere ein metode for reminisens og styrking av evner som pasientane har hatt før. Reminisens sjåast på som naudsynt og viktig for alle menneskje, men det er nok viktigast i alderdommen (Witsø og Teksum, 1998). Ein kan bruke musikk til å kalle på positive minne frå til dømes barne- og ungdomsår, eller andre hendingar som har verka positivt inn på pasienten sitt liv. Innan geriatrien brukar ein ofte felles allsong av kjente og kjære songar, og ein har funne ut at musikken har funne eit klart og viktig indikasjonsområde. Ein kan tenkje seg at det skjer ei allmenn stimulering som er med på å motverke understimuleringa ein finn hjå dei eldre i dag (Myskja, 2000). Olav Skille, pedagog med base i Nord-Trøndelag, seier i boka til Myskja (2000) at lyd og musikk er svingingar med ulike frekvensar. Frekvensane har direkte innverknad på hjernen (Olav Skille ref. Myskja, 2000). Som følgje av alderdommen får ein ofte nedsett hørsel og syn. For personar med demens som har ei form for sansetap, vil det bli ei utfordring å orientere seg om kva som går føre seg, samstundes som ein vil ha vanskar med

å kjenne att menneske og situasjonar og assosiere dei med tidlegare erfaringar (Kirkevold et.al, 2010). Når ein person misser evnene til å orientere seg om kva som hender rundt seg, kan dette føre til forvirring og isolasjon. Ein må og følgje med på at personar med demens får i seg nok mat og drikke. Mowè (2002) blir referert til i boka til Kirkevold (2010) der det blir skrive at eldre pasientar ofte misser matlysta når dei er sjuke, og tilstanden blir vanskeleg å korrigere (Mowè, ref. Kirkevold et.al, 2010). Nedsett næringsinntak kan og skuldast depresjon, som er eit vanleg problem hjå eldre, blant anna fordi eldre menneske ofte opplever mange tap (Kirkevold et.al, 2010). Ein har sjølvst og somatiske tilstandar som kan vere med på å auke hyppigheita til uro blant personar med demens. Det kan til dømes vere tannverk, urinvegsinfeksjon, smerter i rygg og ledd som kan vere med på å gjere slik at pasientar med demens blir urolege når dei ikkje får til å uttrykkje seg. Dette er berre nokre av årsakene som kan føre til uro hjå personar med demens.

Eit anna problem som oppstår hjå personar med demens, og som kan føre til uro, er delirium. Ved delirium vil ein person vere mindre mottakeleg for informasjon, ha vanskar med å tolke informasjonen og forstå tydinga av den informasjonen som blir gitt. Normalt er merksemdsnivået under eit delirium senka til ei grad der pasienten har vanskar med å oppretthalde konsentrasjonen når det gjeld det stimuli som blir gitt, og då blir evna til å resonnerer adekvat og logisk vanskeleg. Pasienten får og vanskar med å bytte frå eit stimuli til eit anna (Bondevik og Nygaard, 2006). I følgje Bondevik og Nygaard (2006) er ein av konsekvensane av delirium søvnløyse eller dårlegare søvnrhythme. Myskja (2000) skriv i si bok at musikk kan vere med å lindre søvnløyse og samstundes gi betre søvnkvalitet. Han skriv om ei undersøking på sjukeheimar der musikk har vist seg å vere verdifullt, enkelt, billeg og giftfritt hjelpemiddel utan biverknadar hjå mange pasientar som lid av søvnløyse. Vidare står der at musikk og kan verke mindre stressande på personar som bur på sjukeheimar (Myskja, 2000). Ved delirium og påfølgjande uro kan kroppen virke stressa, og pasienten kan ha vanskar med å roe seg. Musikk verkar positivt inn på stresshormonet ACTH (adenocorticotropisk hormon), prolaktin og veksthormon. Dette gjer at roleg musikk minskar surstoffbehov og stoffskifte, i tillegg blir puls, blodtrykk og respirasjonshastigheit lågare (Myskja, 2000). Myskja (2000) skriv og at nivået til kortisol, som har ein livsviktig funksjon, blir mobilisert og nivået blir halde på eit lågt nok nivå slik at ein klarer å kontrollere stresset og uroa.



Gjennom bruk av ulike typar musikk kan ein kjenne att kjensler. Dette kan ein og bruke i arbeid med reminisens og stimulering hjå personar med demens. Ein kan skilje mellom våre egne kjensler knyttå til konkrete situasjonar og generelle humør, som kan skildrast som kjensleklimaet og den atmosfæren som ein finn i ein situasjon eller hjå eit menneske over lengre tid (Myskja, 2000). Allereie i det gamle India oppsto det kategoriar for dei emosjonelle sinnstemningane. Der var det spesielt tre som var eigna til eit musikalsk uttrykk:

- Shanta: fredfylt, roleg, avspent
- Karuna: patetisk, trist, sorgfull, einsam
- Shringara: erotisk, romantisk

Musikk blei sett på som ei tilknytting til dei romantiske, sorgfylte og fredfylte sinnstemningane. For å kunne ta tak i dei negative sinnstemningane og endre dei til positive aspekt, kunne ein med dette bruke musikk (Myskja, 2000). Slik eg ser det kan med dette seie at dersom ein brukar den rette typen musikk og rytme og ikkje fokusera på det negative ved uro hjå personar med demens, så kan det vere med på å auke bruken av reminisens og stimulering av sansar hjå desse personane. Myskja (2000) skriv i boka si at Kate Hevner i seinare tid har relatert emosjonelle adjektiv til utvalde musikkstykke, og på denne måten kunne uttrykkje emosjonelle aspekt.

Jackie Tuppen (2012) har skrive om kognitiv stimulerings terapi (KST) som er blitt sett i gong ved sjukeheimen ho arbeidar på i England. Det går ut på at pasientar som er med i gruppene får hjelp til å oppretthalde dei kognitive ressursane sine, i tillegg til å maksimere potensialet deira ved å bygge styrke og oppretthalde sosiale interaksjonar med andre menneskjer (Tuppen, 2012). I gruppene blir det brukt både musikk, bileter og aktivitet for å oppretthalde desse funksjonane.

### **5.3 Sosial interaksjon, rørsle og berøring gjennom musikk**

Dei vanlegaste helseplagene hjå eldre, demente eller ikkje, er muskel- og skjelettplager, syns- og hørselsvekking, høgt blodtrykk og hjarteskjukdom. Mange som bur på sjukeheimar i dag har og ein kombinasjons diagnose, til dømes Alzheimers og hjarte- eller lungeskjukdom (Kirkevold et.al., 2010). I følgje Myskja (2000) har musikken vist seg å ha ein avslappande verknad, og i bustadar for senil demente har ein redusert uro, ordensforstyrringar, søling og

andre symptom på manglande motorisk kontroll. Dette vil seie at musikken kan vere med på å auke sjølvbiletet til mange pasientar ved at dei ikkje er så tiltakslause og slappe. Musikk kan vere med på å gjere musklane mindre ansente. Når pasientane får ei kjensle av meistring i kvardagen, kan ein snakke om forbetra livskvalitet. Ein kan og måle livskvaliteten ut i frå det pasienten sjølv klarer på eigahand, som til dømes klare seg betre i stell, betre hukommelse og betra kroppsfunksjon. Når ein ser at pasientane er nøgde med den situasjonen dei er i no og ein kan sjå at det er lettare å bevege seg rundt, så kan ein snakke om betra livskvalitet. Musikken har ikkje berre innverknad på psyken til pasientane, men den kan ha innverknad på problem som eldre slit med som hjarte og andedrett. Musikken sin innverknad på hjarterytmen er at den respondera på variablane i musikken, dersom ein har ei raskare grunnrytme vil det ha ein tendens til å auke hjarterytmen (Myskja, 2000). Dersom musikken som blir spelt vekker sterke kjensler eller emosjonar, vil andedrettsmønsteret endre seg og ha store variasjonar knytt til assosiasjonane musikken gir (Myskja, 2000). Om ein kan bruke roleg musikk som er med på å halde hjarterytmen og hjelpe på andedrettsmønsteret så kan ein snakke om ei forbetring av livskvalitet. Det kan vere særst godt for pasientane å kunne puste nokolunde normalt og ikkje kjenne på at ein er sliten heile tida. Ein kan/skal ha ein individuellplan til pasientane som er med på å gi dei akkurat dei tenestene som dei har behov for. Denne planen skal vere med på å gjere kvardagen meir føreseieleg for pasientane, noko personar med demens er avhengig av. Dersom pasienten sjølv ikkje kan vere med på å utforme planen, kan ein ta med pårørande i arbeidet. I den individuelle planen kan ein legge vekt på at pasienten får eit godt tilbod om bruk av musikk i kvardagen. Dette kan til dømes vere at brukaren er med på aktivitetar som omhandlar musikk og fysisk bruk av kroppen. Det står nedfelt i Helse- og omsorgstenestelova (HOL), § 7-1, 1.ledd at kommunen skal utarbeide individuell plan for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester (HOL, 2012). Dette kan gjelde personar med demens. Planen må treffe pasientane sine individuelle behov og framheve pasientane sine ressursar. I den individuelle planen kan ein legge vekt på at pasienten får eit godt tilbod om bruk av musikk i kvardagen. Dette kan til dømes vere at brukaren er med på aktivitetar som omhandlar musikk og fysisk bruk av kroppen.

Musikk kan og vere med på å auke språk- og talefunksjonen til personar med demens. Pilon (1998) blir referert i artikkelen til Myskja der han skriv at song og musikk kan bryte den vonde sirkelen og lette trykket til desse personane (Pilon, ref. Myskja, 2009). Ein kan ofte sjå at nedsett språk- og talefunksjonen hjå personar med demens kan vere eit undervurdert problem. Det kan då tenkast at det å bruke musikk for å forbetre denne funksjonen kan vere med på å auke livskvaliteten hjå personane. Å kunne prate og forklare kva ein vil og tenker er noko alle set pris på, og du kan vel sjølv tenkje deg korleis det er å misse denne funksjonen? Ikkje minst at ein kjenner på kjensla av å ikkje bli forstått. Sjølv har eg vore ut for ein pasient som brukte slag og plystring då han ikkje blei forstått av meg og resten av personalgruppa. Vi skjønnte ikkje kva han ville, han blei då vrang og viste veldig tydeleg at han vart irritert. Dette hendte for små, men viktige ting som til dømes at han ville vere aleine på rommet sitt.

Ved djup demens kan emosjonelle evner vere intakte, dette gjeld i stor grad personar med Alzheimers sjukdom. Studiar har vist at dei emosjonelle reaksjonane på demens kan vere ei av dei viktigaste årsakene til at pårørande ikkje lenger klarer på ta seg omsorgsoppgåvene til pasienten (Thomas, ref. Myskja, 2009). Personar med demens kan ha store emosjonelle svingingar. Dei kan og, gjennom sjukdomsforløpet, bli mistenksame på dei som står dei nær. Dette kan bli slitsamt for både pasient og pårørande. Det kan bli vanskelegare å ta på seg ansvar og omsorg for ein person som heile tida er mistenksam på det ein føretek seg, samstundes som ein må hanskast med emosjonelle bølgedalar. I følgje Jones kan musikk vere ein veg inn i mennesket sine indre kjensler og vere med på å validere livsopplevinga til pasienten (Jones, ref. Myskja, 2009). Musikken kan vere med på å stabilisere dei emosjonelle bølgedalane til pasientane. Her kan ein bruke musikk som pasienten er godt kjent med frå tidlegare år i livet sitt, musikk som gir ei indre ro i kroppen.

Noko som er eit stort problem ved demensinstitusjonar i Noreg i dag er irritabel og aggressiv åtferd hjå personar med demens. Når personalet må hanskast med aggressive og irritabile pasientar kvar dag kan dette føre til utbrent heit hjå personalet. Denne type åtferd er vanskeleg å forhalde seg til og årsakene er ytterst komplekse. Faktorane er blant anna grad av demens, type demens, manglande forståing av eigen svikt, miljøfaktorar og angst (Engedal og Haugen, 2004). Manglande forståing av sin eigen mentale svikt kan for mange dement pasientar medføre angst og uro. Som nemnt tidlegare i oppgåva, kan uro og kome av at pasienten ikkje

kjenner seg forstått at dei rundt ikkje klare å forstå situasjonen han eller ho er i og at pasienten blir møtt med liten grad av forståing for kva ein går igjennom. Dette kan kome av at dei kjenner at ting ikkje er som dei var og at dei ikkje lenger kjenner seg att i heimen eller andre omgjevnader. Musikk kan sjåast på som ein konkret metode for å styrke kommunikasjon og dei musikalske elementa ser ut til å vere uavhengige av eigne musikalske ferdigheiter. Observasjonar ved sjukeheimar viser at «taus kunnskap» om korleis ein skal roe urolege pasientar ofte blir brukt ved musikalske element som ein del av tiltaket (Myskja, 2009). Hanne Ridder (2005) blir referert i artikkelen til Myskja. Her blir det sagt at song, med vektlegging på personleg kontakt, kan gi same verknad som bruk av musikk og handmassasje. Rett sansestimulering er eit nøkkelord i handtering av uro (Ridder ref. Myskja, 2009).

Gjennom bruk av musikk kan ein oppnå at pasientar er meir aktive dersom ein sett det saman med aktivitetar. Eg har sjølv vore med og jobba på ei avdeling for demente der dei brukte musikk konsekvent etter frukost. Her har dei morgontrim kvar morgon etter frukost for at pasientane skal kunne roe seg og få strekt på musklar og ledd. Trimmen er og ein stad der pasientane får hjulpet kvarande og det blir lagt opp til at pasientane sjølve må vere med på å prøve å hugse dei ulike delane av programmet. Dei gongane eg var med på dette kunne eg sjå at pasientane var veldig glade i denne aktiviteten og at store delar av pasientgruppa var med kvar gong. Dei synta at det var godt å få ein interaksjon med andre menneske gjennom denne typen aktivitet. Nokre var og med utan å vere med på programmet, men sat og song til musikken som blei spelt. I Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) står det at alle kommunar skal kunne tilby eit tilrettelagt aktivitetstilbod for personar med demens. Dette kan skje i eigen heim, i sjukeheim eller som eit tilbod hjå dagsenter for personar med demens. Ei sterkare satsing på kultur, aktivitet og trivselstiltak vil krevje større tverrfagleg breidde, med auka fokus på blant anna sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). For pasientane sin del er det difor viktig å få inn personale som har den rette kompetansen og som kan gjennomføre dette på ein god måte. Personalet på avdelingane må ha ei god innstilling til at dette er prosjekt som dei vil vere med på, og at ein skal ta del i pasientane sin sosiale interaksjon og aktive kvardag. Kommunane er pliktige til å bidra til at personar som er avhengige av praktisk eller personleg hjelp, får høve til å leve og bu sjølvstendig samstundes som ein får eit aktiv og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

## **5.4 Ny forforståing**

Etter å ha brukt mykje tid på å lese om ulike forskning om bruk av musikk hjå personar med demens har eg fått ei ny forforståing for temaet. Eg gjekk inn i denne prosessen ved at eg var sikker på at musikk kunne vere med å endre bruken av medikament på sjukeheimar, men har i etter tid sett at ikkje alle personar med demens har like mykje nytte av musikken som andre. Etter å ha tenkt gjennom situasjonar eg sjølv har vore ein del av i praksis, så kom eg fram i ein situasjon der musikk ikkje fungerte for ein brukar i det heile. Eg hugsar situasjonen slik at denne pasienten sin demens var kome til eit stadium der personen ikkje lenger var ein del av verkelegheita. Ho hadde mykje hallusinasjonar om barndommen og forsto lite om kven som besøkte henne og kva som skjedde rundt henne til ei kvar tid. Når musikk blei sett på var det ingen reaksjonar, og ho blei ofte meir uroleg av musikken. Som vernepleiar ser eg at ein kan bruke musikk når ein ser at pasientane har glede av det, men at nokre pasientar ikkje likar musikk og kan bli meir urolege av det. Ein må kjenne til pasientane sin bakgrunn, dette gjennom ei god kartlegging og ein god samtale med pårørande. Ein må og sjå på korleis dagsforma til pasientane er og ein må vite når på dagen det passar best å drive med musiske aktivitetar.

## **6.0 SAMANFATNING OG KONKLUSJON**

I denne oppgåva har eg lagt fokus på korleis vernepleiaren kan bruke musikk i møte med personar med demens. Eg hadde dei siste åra sett at det var blitt lagt meir fokus på korleis ein kan bruke musikk i rundt personar med demens, og det er blitt lagt meir fokus på dette i media og. Samstundes som det er blitt lagt meir fokus på dette i media, så såg eg i sommar at i den kommunen eg jobba hadde begynt å legge meir fokus på musikk og aktivitetar for eldre og personar med demens. Eg sakna at dette ikkje var ein del av lærdomen vi fekk kunnskap om i undervisninga på skulen og ville finne ut litt meir om det. Har og sett på korleis musikk påverkar kroppen sine funksjonar hos personar med demens. Og korleis dette kan vere med på å auke livskvaliteten for desse personane. I tillegg har eg skrive litt om korleis musikk ikkje alltid kan ha like god verknad på alle pasientar.

Gjennom oppgåva har eg lagt fokus på korleis vernepleiaren kan bruke musikk i arbeidet med personar med demens og korleis musikk kan vere med på å auke livskvalitet hjå personar med demens. For å kunne få meir kunnskap om temaet bestemte eg meg for å bruke

litteraturstudie. Det var ikkje vanskeleg å finne litteratur om vernepleiaren, demens eller musikk, og korleis dette påverkar kroppen og dei kroppslege funksjonane. Det har vore spanande å lese om korleis dei ulike forfattarane skriv om temaet og korleis dei oppfattar bruken av musikk. Eg har lagt mykje fokus på å bruke kunnskapen til Audun Myskja i denne oppgåva og har lese mykje av det han har å seie om dette tema. Eg har sett dette opp mot andre forfattarar som har kunnskap om eldre og personar med demens, og på denne måten har eg fått den kunnskapen om tema som eg trengte for å skrive denne oppgåva. Det kan vere at mi oppgåve ikkje belyser alle sidene av dette tema, og det er ikkje sikkert at alle meiningar og forsøk rundt dette med bruk av musikk kjem fram i det eg skriv.

Dei emna eg har trekt fram i denne oppgåva er emne eg meiner vil vere med og gjere ein skilnad innan eldre omsorga, og det vil vere med på og setje fokus på korleis vernepleiaren kan jobbe mot andre metodar og fremje livskvaliteten til pasientar på sjukeheimar. Som vernepleiar er det viktig å trekke fram ulike arbeidsmetodar som ein kan bruke når ein skal ut i arbeidslivet. Gjennom utdanninga får vi mykje lærdom om korleis ein kan gjere kvardagen lettare for personar med psykisk utviklingshemming, men eg tykkjer og det er viktig og setje fokus på korleis vernepleiaren kan opptre og vere eit førebilete innan eldreomsorga. Vi er som ei «potet» i arbeidslivet og har ei utdanning som gjer at vi kan arbeide innan fleire område i samfunnet og dette må vi utnytte når vi får sjansen. I følgje det yrkesetiske grunnlagsdokumentet til FO (2010) har vernepleiarar forplikta seg til å halde eit høgt fagleg nivå. Dette er basert på fagleg kunnskap, etisk refleksjon og kvaliteten på det konkrete og daglege arbeidet som skal utførast (FO, 2010).

Som nemnt i innleiinga vil talet på personar med demens truleg auke dei neste åra, og vi står og overfor ei eldrebølge som vil føre til at ein treng fleire personar som utdannar seg til å jobbe innan eldreomsorga. Ein vil og trenge personar som vil vere med på å tenkje nytt og som vil vere med på å gjere ein skilnad for dei personane som har vore med på å bygge opp landet vårt. Konklusjonen i denne oppgåva blir at vernepleiaren med sin fagleg ståstad og allsidige utdanning vil vere eit viktig bidrag også i eldreomsorga og demensomsorga. Og at ein gjennom nøye kartlegging og planlegging kan legge opp til bruk av musikk i eldreomsorga, og det kan bli gjennomført på ein god måte dersom ein finn løysingar som kan tilpassast kvar pasient.

### Vedlegg 1: Søkelogg

SØKEORD	DATABASE	ANTAL TREFF	MERKNAD
Dementia AND music therapy	Academic Search Primer	77	«The benefits of creative therapy for people with dementia»
Dementia AND music therapy	Science Direct	266	Subject – social sciences
Musikk terapi	Idunn.no	139	«Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre»
Demens	Idunn.no	77	«Psykiske lidingar i eldre år: Ein av tidas største helseutfordringar»
Aldring? Or eldre	Bibsys	1000	
Musikk	Bibsys	17145	
Musikk?	Bibsys	27226	
Demens?	Bibsys	1694	
Musikk? Og demens?	Bibsys	38	“Musik & Demens. Musikkaktiviteter og musikkterapi med demensramte”
Alzheimer?	Bibsys	831	
Miljøbehandling	Bibsys	12	
Miljøtiltak	Bibsys	151	
Musikk? Og alzheimer?	Bibsys	0	
Dalland	Bibsys	67	«Metode for oppgaveskriving for studenter»
Psykisk helse og demens	Bibsys	20	
Demens	Bibsys	686	

Demens og musikk	Bibsys	15	
Music therapy	Bibsys	54	
Kropp og sinn	Bibsys	34	
Music therapy og adferd	Bibsys	0	
Musikk? Og adferd	Bibsys	1	
Musikk? Og adferd?	Bibsys	2	
Demens? Og adferd?	Bibsys	0	
Livskvalitet	Bibsys	920	
Livskvalitet og demen	Bibsys	1	
Livskval? Og demen?	Bibsys	68	
Quality of life	Bibsys	457	
Demens AND miljøa?	Bibsys	6	«Demensguide»



## Vedlegg, 2: Vernepleiaren sin arbeidsmodell



Vedlegg 3, Sjølvvalt pensum

Forfattar	År	Tittel	Forlag	Side fra- til	Sider totalt
Audun Myskja	2000	<i>Den musiske medisin</i>	Cappelen	110-154	77
Audun Myskja	2009	Artikkel: « <i>Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre</i> »	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	82-107 150-158	
Rylatt, Paula	2012	Artikkel: «The benefits of creative therapy for people with dementia»	Nursing Standard 26(33)	42-47	14
Tuppen, Jackie	2012	Artikkel: “The benefits of groups that provide cognitive stimulation for people with dementia”	Nursing Older People 24(10)	20-24	
Kvaal, Kari	2009	Artikkel: “Psykiske lidelser I eldre år: En av tidens største helseutfordringer	Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2009/02	143-148	
Dalland, Olav	2007	<i>Metode og oppgaveskriving for studenter</i>	Gyldendal Akademisk	82-99 106-129	50
Jacobsen, D.I.	2010	<i>Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse – og sosialfagene</i>	Høyskole Forlaget	100-110	
Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H.	2010	<i>Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten</i>	Gyldendal Akademisk	23-50 84 150-235 241-265	137
Ridder, H.M.O	2005	<i>Musik &amp; Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte (dansk)</i>	Forlaget Klim	61-69 97-113 129-136 165-179	45
Engedal, K. og Haugen, P.K.	2004	<i>Lærebok demens. Fakta og utfordringer</i>	Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens	33-50 265-281	33
Bondevik, M. og Nygaard, H.A.	2006	<i>Tverrfaglig geriatri</i>	Fagbokforlaget	252-265	13

Linde, S. og Nordlund, I	2010	<i>Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon</i>	Universitetsforlaget	83-95 106-139	45
--------------------------	------	---	----------------------	------------------	----

Totalt sider

424