



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 60

Antall ord: 7504

Sammendrag

Hensikten med oppgaven var å se om bruken av musikk som terapi innen demensomsorgen kunne føre til økt trivsel og velvære. Derfor ble problemstillingen “ kan bruken av musikk gjøre hverdagen bedre hos pasienter med Alzheimers på sykehjem”? Bakgrunnen for denne oppgaven var fra mine praksisperioder på sykehjem hvor jeg merket at bruken av musikk gjorde de demente mer “levende”. I form av at de ble gladere, og minnene fra tidligere episoder som de assosierte med musikken kom frem. For å komme frem til hvilken musikk den enkelte liker er det viktig at sykepleier gjør seg godt kjent med pasienten. Oppgaven er en litteraturstudie hvor en søker fram litteratur i form av forskning og teori. 3 forskningsartikler er representert i oppgaven, hvor en har kommet frem til at bruken av musikk rettet mot individet er avgjørende hvis det skal ha noe effekt. Dette kan føre til mindre angst, depresjon, og økt kommunikasjon og sosialisering.

Abstract

The purpose of this study was to see whether the use of music therapy in dementia care could lead to greater prosperity and wellbeing. Therefore the question: "can the use of music make life better in patients with Alzheimer's in nursing homes"? The reason for this task was from my internships at a nursing home where I noticed that the use of music made patients with dementia more "alive ". In that sense that they were happier, and memories from previous episodes that they associated with the music came up. To arrive at what kind of music the individual likes, it is important that nurses make themselves familiar with the patient. The thesis is a literature study in which one seeks the literature in the form of research and theory. Three research papers are represented in the task, which found that the use of music geared towards the individual is crucial if it is to have any effect. This can lead to reduced anxiety, depression, and increased communication and socialization.

Innhold

Sammendrag	ii
Abstract	iii
1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Avgrensing og presisering.	3
1.4 Hensikten med oppgaven.....	3
2.0 Metodedel	4
2.1 Hva er metode?	4
2.2 Kvantitativ metode.....	4
2.3 Kvalitativ metode	4
2.4 Valg av metode.....	4
2.5 Litteratursøk	5
2.6 Etisk perspektiv og kildekritikk	6
3.0 Teoridel.....	7
3.1 Demens.....	7
3.2 Alzheimers sykdom.....	8
3.3 Aktivitet som grunnleggende behov	10
Sykepleiens grunnlag.....	10
3.4 Musikk	11
3.5 Behovet for aktivitet.....	12
3.6 Musikk rettet mot individet	13
3.7 Musikk som sosialisering.	15
3.8 Musikk som kommunikasjon.....	16
4.0 Resultat.....	17
4.1 Viktigheten av pårørende.....	17
4.2 Dempe angst og nedstemthet.....	17
4.3 Musikk mot utfordrende atferd	18
5.0 Drøfting.....	19
5.1 Individualisert musikk.....	20
5.2 Musikkens negative sider	20
5.3 Sykepleier perspektivet	21
5.4 Musikk som kommunikasjon.....	22
5.5 Musikk som sosialisering	24
6.0 Avslutning.....	26
Litteraturliste.....	I

For jeg bare husker det at min mor, jeg kom inn i stuen der og så spilte hun. Jeg kan ikke huske hva det var, men det var veldig flott. Og det var da jeg våknet opp og skjønnte hva, ja, jeg kan nesten begynne å grine. Det var musikk, rett og slett. Og da var jeg ikke stor, jeg husker det, så mange år tilbake. Men mamsen, ja hun het mamsen, hun var et festlig menneske. Virkelig. Min far var rolig, veldig snill og sånn, og han var flink til å spille på kam. Det var det han gjorde. Og min søster spilte fiolin. (Pay, 2009. s.1).

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Musikkterapi er sannsynligvis den mest utbredte og best undersøkte av ikke-medikamentelle behandlingstiltak på sykehjem. Musikkmedisin og individualisert musikk er former for musikkterapi som kan utføres av helsearbeidere uten musikalske kvalifikasjoner etter opplæring. De viktigste behandlingsmålene for musikkterapi i livets fase er velvære og symptomlindring (Myskja, 2006).

Etter to praksisperioder på 16 uker på sykehjem, og en praksisperiode i hjemmesykepleien på åtte uker har demens vekket min interesse. Jeg har valgt å vinkle det inn på at de eldre skal få opprettholde sine interesser for aktivitet, og hovedfokuset kommer til å være musikk som aktivitet. Jeg synes man skal legge til rette for at hver enkelt blir sett og hørt og får ivareta sine interesser.

Min erfaring ifra sykehjemspraksisene er at det er fokus på de fysiske behovene, men at de eldre ofte spør om det ikke skal være noen form for aktivitet. Jeg synes det var vanskelig og gå fordi de eldre når de spurte om vi ikke kunne finne på noen aktiviteter sammen. Så fort jeg hadde tid til overs forsøkte jeg å finne på noen form for aktivitet. Det jeg bemerket meg var at de smilte og ble mer "levende" når det var musikkstunder.

Sykehjemsbeboere er ulike og har ulike interesser, og vi må ta hensyn til den enkeltes ønsker og interesser. En grundig samtale med hver beboer kan gi oversikt over hva vedkommende er interessert i. Å finne egnede aktiviteter krever både fantasi og oppfinnsomhet.

Utfordringen er å skape rom for et bredt tilbud av kulturelle aktiviteter, og for at ingen skal føle seg presset til å delta på noe mot sine egne ønsker og verdier (Hauge, 2008).

I dag er det om lag 70 000 mennesker med demens i Norge. Som følge av økt levealder vil tallet på mennesker med ulike demenslidelser bli fordoblet i løpet av 35 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). 70 – 80 % av de med demens bor på sykehjem (Berentsen, 2008).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Kan bruken av musikk som aktivitet bedre hverdagen hos pasienter med Alzheimers på sykehjem?

1.3 Avgrensing og presisering.

Jeg har valgt og ta for meg Alzheimers sykdom, som er den vanligste formen for demens.

Minst 60 % av alle med demens lider av denne typen, og en regner med at om lag 40 % bor på sykehjem (Engedal og Hauge, 2009).

Hovedfokuset i denne oppgaven blir på de som bor på lukket avdeling på sykehjem, og som er over 65 år. Jeg kommer ikke til å ta for meg noe om medikamentell behandling, velger heller ikke å blande inn pårørende på grunn av oppgavens omfang.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hovedhensikten med oppgaven er at de med Alzheimers som bor på sykehjem skal få en best mulig hverdag. Gjennom mine to praksisperioder på sykehjem observerte jeg at de ofte kjedet seg og ville finne på ting. De syntes at dagene kunne bli lange hvis de bare måtte sitte i en stol. Det er viktig at de eldre får følelsen av at det skjer noe i hverdagen deres. Det kan føre til økt trivsel og velvære (Berentsen, 2008).

2.0 Metodedel

2.1 Hva er metode?

Tranøy definerer metode “ som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (sitert i Dalland, 2007, s.81).

Grunnen til at vi velger en bestemt metode er fordi at vi mener at den vil gi oss god data og at vårt spørsmål blir belyst på en interessant faglig måte. Metoden forteller oss også hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss kunnskap. Alt etter valg av metode vil vi kunne undersøke ulike sider ved et fenomen, man skiller gjerne mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2007).

2.2 Kvantitativ metode

De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til tall og til målbare enheter. På den måten kan en foreta regneoperasjoner, som kan finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Dette kan videre bli satt opp i diagrammer (Dalland, 2007).

2.3 Kvalitativ metode

Tar i større grad for seg og sikte på mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, men hvor en prøver å forklare med ord og forståelse om hva som skjer. Ordet kvalitet viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener (Dalland, 2007).

Kvantitativ og kvalitativ metode har til felles at en skal bidra til en bedre forståelse for hvordan mennesker i samfunnet handler og samhandler. Bortsett fra dette felles målet er forskjellene store (Dalland, 2007).

2.4 Valg av metode

Når en skriver hovedoppgaver er det vanlig at en bruker litteraturstudier som metode. Som alle andre oppgaver skal oppgaven bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturen er informasjonskilden på lik linje som respondenten er informasjonskilden ved intervjuer. Litteraturdata for resultatredigjølrelsen er greiest å hente fra et antall vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns litteraturen og drøfter ut fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson og Sørensen, 2003).

Ved litteraturstudie har man stor tilgang til litteratur, og på den måten kan man lettere få oversikt over temaet en skriver om. Samtidig kan stor tilgang av litteratur føre til at man ikke får oversikt over alt og dermed kan man overse viktige poenger (Dalland, 2007).

Oppgaven skrives i tråd med HSH sine retningslinjer for bacheloroppgave. Hoveddel av litteraturen er kvalitative artikler, men jeg kommer også til å ta med kvantitative artikler.

2.5 Litteratursøk

Bibsys var den første databasen jeg søkte i. Første søkeord var “musikk og eldre” og fikk til sammen 16 treff. Der var det mange som jeg kunne ta bort med en gang, fordi mange bøker dreide seg om barn. Jeg lånte Audun Myskja (2006) sin bok “Den siste song” hvor jeg begynte å lese om musikk rettet mot den enkelte. Han refererte videre til Linda Gerdner. Jeg søkte på CINAHL, hvor første søkeord var “Linda Gerdner” men fikk da 0 treff. “Gerder” gav 6 treff, men ingen som passet til min problemstilling. Så søkte jeg på “individualized music” og fikk 37 treff. Til slutt fant jeg “Use of individualized music by trained staff and family: Translating research into practice”, av Linda Gerdner. Jeg synes den passet så fint til min problemstilling fordi den fokuserte på å finne musikken rettet mot individet, og at man må samarbeide med pårørende som vet hvilken musikk de har likt tidligere.

I PubMed søkte jeg først på “music and therapy” og fikk 5145 treff. Jeg forsøkte også søkeordet “music therapy and dementia” og fikk 207 treff. Deretter byttet jeg ut “dementia” med “alzheimers og fikk 85 treff. Jeg valgte artikkelen “Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimers Type Dementia: Randomised, Controlled Study”. Jeg synes denne var interessant fordi det viste seg at musikk hadde stor effekt på de med Alzheimers som i tillegg hadde angst og var nedstemt. Også her ble det vektlagt at den enkelte må få høre på musikk som den har et forhold til.

Jeg søkte videre i databasen CINAHL, der jeg først søkte på “alzheimers and music” som gav 0 treff, søkeordet “musictherapy” gav 1 treff, først da jeg søkte på “dementia and music” fikk jeg multiple treff, til sammen 230 treff. Her valgte jeg artikkelen “How sweet the sound”. Denne interesserte meg da jeg i begynnelsen leste et eksempel om hvordan musikk kunne roe ned Alzheimers pasienter med utfordrende atferd.

Jeg søkte også i ProQuest med søkte ordet “Alzheimers and music” som gav 26 treff, men ingen her passet til min problemstilling.

2.6 Etisk perspektiv og kildekritikk

Etikk handler om normene for riktig og god livsoppførsel. Forskningens mål om å finne nye kunnskaper og innsikt må ikke skje på bekostning av enkelt personers integritet og velferd (Olsson og Sörensen, 2003). Jeg har tre hovedartikler som blir presentert i oppgaven.

Artikkelen til Guetin et al., (2008) “ Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimers type Dementia: Randomised, Controlled Study”, ble godkjent av etisk komite.

I artikkelen til Linda Gerdner (2005), “use of individualized music by trained staff and family” ble alle de som var med i undersøkelsen informert og spurt på forhånd.

Artikkelen til Witzke, Rhone, Backhaus & Shaver (2008) har samlet inn litteratur for å finne ut hvordan uro kan virke inn på Alzheimers pasienter og hva de har funnet ut tidligere.

Dalland (2007) sier at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om kildene er sanne. Det betyr videre at en skal vurdere å karakterisere kildene som er benyttet.

En bør bruke primærlitteratur i stedet for sekundærlitteratur når en skal skrive en litteraturstudie. Sekundærkilden vil alltid være en tolkning av primærkilden (Dalland, 2007). Jeg begynte å lese fagbøker jeg fant via BISIYS, som for eksempel Myskja og Aasgaard, og på den måten fant jeg noen primærkilder, som Linda Gerdner. Men flere av primærkildene var på engelsk og ikke alle var lette å få tak i, dermed ble det en del sekundærlitteratur.

Jeg valgte å bruke Virginia Hendersons sin bok fra 1991 da den belyser min problemstilling og hennes syn på sykepleien er det samme i dag.

I valg av mine artikler valgte jeg de som jeg synes belyste min problemstilling best. Artiklene kommer frem til mye av de samme konklusjonene.

Jeg benyttet meg også av artikkelen til Bengtsson og Ekman(2000). Grunnen til det var at den underbygger mye av det Myskja (2006) og Witzke et al., (2008) sier.

3.0 Teoridel

Oppgaven har som sagt fokus på om musikk kan gjøre hverdagen bedre for de med Alzheimers. For å skjønne dette i en sammenheng kommer det først litt teori om sykehjem og skjermet avdeling. Deretter nevner jeg om hva som menes med demens og Alzheimers. For å belyse min problemstilling blir hovedfokuset mitt musikk rettet mot individet, musikk som kommunikasjon og musikk som sosialisering.

Sykehjem er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester. Hovedvekten av de eldre har dette som fast bosted, mens andre oppholder seg der for en kortere periode. De ansatte har det som sin arbeidsplass, og de pårørende som besøkssted. De som bor der tilbringer hele døgnet på sykehjemmet, de sover, spiser og tilbringer sin fritid der. Derfor er det viktig at en skaper et miljø hvor de føler seg ivaretatte og trives. Skjermet avdelinger (eller demensavdelinger) er beregnet for personer med demens. Det at en avdeling er skjermet vil si at den er tilrettelagt slik at den styrker den demente personens muligheter til å orientere seg i avdelingen, og til å kunne bevege seg fritt uten å gå seg bort (Hauge, 2008).

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det at en skal utarbeide skriftlige prosedyrer som sikrer at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov. Som blant annet mulighet for sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Videre står det at en skal få tilbud om variert og tilpassede aktiviteter.

3.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen. Det må videre kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden (Engedal og Haugen, 2009). Demenssymptomene utvikler seg over tid, avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn. Man kan dele demens inn i mild, moderat og alvorlig.

- Mild: Virker inn på evnen til å klare seg selv i dagliglivet

- Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
- Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig (Berentsen, 2008).

Svikt av hukommelsen og intellektuelle funksjoner står sentralt i definisjonen av demens, og sykdommer og skader relatert til områder i hjernen som bearbeider informasjon vil kunne føre til demens. Hippokampus, talamus og storehjernens tinninglapper er i slike områder, og selv mindre skader i områdene kan føre til demens. Dette gjelder også områdene i nærheten av den tredje hjerneventrikkel. Større skader i andre deler av hjernen kan også medføre demens, spesielt skader i isselappene og pannelappene. Skader i storehjernens bakre deler eller lillehjernen synes ikke å være forbundet med utvikling av demens. De degenerative hjernesykdommene som forårsaker demens klassifiseres i en gruppe. I denne gruppen finner vi Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen, 2009).

3.2 Alzheimers sykdom

De fleste som rammes av demens har Alzheimers sykdom, som forekommer hos om lag 60 prosent. Alzheimers sykdom kan forstås som ikke bare en sykdom, men en gruppe ensartede sykdommer, et syndrom med variasjoner etter alder, arvelighet og årsaksmekanismer (Berentsen, 2008). Blant dem som får Alzheimers sykdom etter fylt 65 år, er det henholdsvis flere kvinner enn menn. Redusert hukommelse melder seg tidlig, først for nyere hendelser, senere for hendelser som ligger lengre tilbake i tid. Etter flere år får vedkommende redusert ordforråd, språket svikter og andre symptomer på kognitiv svikt blir fremtredende (Berentsen, 2008).

Av taleforstyrrelser er det gjerne ordletingsproblemer som inntreffer først. Evnen til å orientere seg for tid reduseres tidlig, mens vansker med å orientere seg for sted og situasjon er vanlig ved moderat og alvorlig demens. Det kan gå mange år fra vedkommende merket de første symptomene og til han har alvorlig grad av demens med både kognitiv, atferdsmessige, psykologiske og motoriske symptomer. Pasienter med Alzheimers får ikke nødvendigvis alle symptomene, og symptomene kan variere i styrke og omfang (Berentsen, 2008).

Det finnes ingen legemidler eller andre behandlingsmetoder som kurerer Alzheimers sykdom. Det er heller ingen sikre metoder som kan forebygge eller stanse skadene som

oppstår i hjernen ved Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen, 2009). Dermed kan tiltak i miljøet bidra til å gjøre hverdagen best mulig for den som er rammet (Engedal og Haugen, 2009). En har grunnlag for å anta at Alzheimers demens har en positiv effekt av å lytte til musikk. Det cerebrale grunnlaget for kognitive evner svekkes, mens substratet for å sanse og verdsette musikk i stor grad er intakt. Ved andre former ved demens vil utbyttet av musikk bli mindre forutsigbart (Myskja, 2006).

3.3 Aktivitet som grunnleggende behov

Sykepleiens grunnlag

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Norsk sykepleierforbund, 2007, s.7).

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt nødvendig styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1991/1998, s. 45).

Jeg velger å benytte meg av sykepleieteoretikeren Virginia Henderson. Hun satte opp 14 grunnleggende behov som dekker fysiologiske og psykososiale behov. Dette kan ses i forhold til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) hvor hovedhensikten er at brukerne skal få dekket sine grunnleggende behov. Det samsvarer med Henderson sin definisjon av sykepleie, hvor blant annet tilpassende aktiviteter blir regnet som et grunnleggende behov. Henderson sier i sin definisjon at en skal bidra til å fremme helse. I denne sammenheng kan hun mene meningsfulle aktiviteter, som for eksempel musikk. Ruud (2001) sier at når vi kobler helse til musikk, tenker vi særlig på de sterke følelsesmessige opplevelsene som musikk kan gi oss, hvordan musikken kan forandre sinnstilstander, gi glede og mobilisere livskrefter. Videre sier Henderson at for å oppnå god praksis er det viktig at man støtter pasienten og går inn for å bli kjent med ham (Henderson, 1991/1998).

3.4 Musikk

Audun Myskja (2006, s. 22) definerer musikkterapi som “anvendelse av musikk og musikkaktiviteter for å oppnå individuelle ikke- musikalske mål som en klient eller gruppe”. På slutten av 1800- tallet påviste flere forskere at forskjellige typer musikk kunne senke og øke blodtrykk. Musikkmedisin utøves av helsepersonell på institusjoner den dag i dag. I enkelte musikkmedisinske artikler er det lagt avgjørende vekt på den symptomatiske effekten, mens bruken av musikk, hva slags musikk som tas i bruk, og hvordan den brukes, har i mindre grad blitt berørt (Myskja, 2006).

I de siste årene har det blitt mye fokus på bruk av musikk som verdifullt i omsorg for eldre personer. Musikk kan brukes på forskjellige måter som tiltak for personer med demens. Alle har forhold til musikk fra barndommen, gjennom skolen og i voksen alder. Selv de som ikke er spesielt glad i å synge eller spille selv, kan ha glede av å lytte på musikk. Kjente og kjære sanger kan føre til at en gjenkaller minner, for eksempel fra barndommen. Det gir en følelse av mestring når en kan synge med i en sang, og ofte kommer ordene lettere når en synger enn i en samtale (Berentsen, 2008). I følge Myskja (2006) kan man se på hjernen (omtrent) som en muskel som trenger å øve på oppgaver og ha passende intervaller med aktivitet og hvile. Dette er sannsynligvis like viktig i eldre år, og mye tyder på at kognitive stimulerende aktiviteter, som musikkutøvelse, kan motvirke det mentale forfallet ved demens. Videre skriver Myskja (2006) at hos demente kan talevansker bli en del av en ond sirkel. Sang og andre former for aktiv musikkterapi kan bryte sirkelen og lette uttrykket.

Det er ikke alle avdelinger som har personell som kan synge eller spille selv, men det finnes muligheter til å bruke sang og musikk fra en CD spiller. En kan også gi noen i avdelingen opplæring i hvordan man kan bruke sang og musikk på en god måte, og ha faste dager hvor en synger og spiller musikk. Følelser skapes gjennom musikk, og musikken kan føre til økt kommunikasjon mellom den som lytter og den som spiller. Rolig musikk med langsomt tempo kan redusere aktivitetsnivået, mens raskt tempo kan stimulere til bevegelse. Mange opplevelser gjennom livet har vært knyttet til musikk. Derfor kan samme melodi eller musikk gjøre at personer husker opplevelser fra tidligere. Arbeidsmodellen for å skape en terapeutisk effekt av sang eller musikk består av deler som bygger på hverandre. Prosessen består av:

- Skape trygghet og oppmerksomhet
- Bedre konsentrasjon
- Skape forventning og innfri forventning
- Skape initiativ og egeninnsats
- Gi mestringsopplevelse
- Bedre selvbildet.

(Berentsen, 2008).

3.5 Behovet for aktivitet

Mennesker med demens tildeles ofte de samme behov og ønsker, men undervurderes som individer (Søndergaard, 2004). Dersom valget av aktiviteter baseres på overfladisk analyse av hva man "tror" er det beste for de med demens, kan det føre til at man møter manglende interesse hos de som tilbys aktivitet. Personer med demens har utbytte av å delta i aktiviteter som musikk, rytme og dans. Engedal og Haugen (2009) sier at erfaring fra slike tiltak har ført til økt trivsel og bedre sosial fungering. Interessen for musikk og dans er godt bevart, også hos personer med alvorlig demens. De fleste aktivitetene er en blanding av sosiale, fysiske og mentale aktiviteter, og alle er nødvendige for å oppleve at dagene er fylt av innhold og mening (Berentsen, 2008).

3.6 Musikk rettet mot individet

I 1992 kom Linda Gerdner med sin definisjon om musikk rettet mot individet. Individualisert musikk kan forstås som musikk som har blitt integrert i personens liv og som er basert på personlige preferanser. Hvis pasienten ikke er i stand til å verbalisere egne ønsker kan valgene tas av nær familie eller venner. Gerdner var den første som systematisk undersøkte bruken av individualisert musikk som en intervensjon for problematisk atferd hos personer med demens (Gerdner og Schoenfelder, 2010).

På 1990-tallet utførte Linda Gerdner en undersøkelse hvor 39 pasienter med demens deltok. De demensrammende lyttet til musikk som var satt sammen på bakgrunn av den enkeltes musikksmak, og i en annen periode lyttet de til "avslapningsmusikk". Alle som var med i undersøkelsen hadde atferdsforstyrrelser eller psykiske symptomer. Atferden ble registrert over en periode på 3 uker. Etter hvert ble deltakerne delt inn i to grupper. Den første gruppen lyttet på musikk etter den enkeltes musikksmak i en halv time to ganger i uken i seks uker. Deretter fulgte en periode på 14 dager uten musikk. De neste seks ukene lyttet de til rolig klassisk musikk. Den andre gruppen fulgte det samme opplegget, men da i motsatt rekkefølge. Det viste seg at antall episoder med problematferd for begge gruppene ble sterkt redusert ved det individualiserte musikktiltaket. Ved lytting til klassisk "avslapningsmusikk" ble problematferden redusert, men den var ikke langt på nær på effektiv som individualisert musikk (Skogum, 2009). Bakgrunnen for denne undersøkelsen var at Gerdner hadde en teori om at presentasjon av nøyte utvalgt musikk, basert på personlige preferanser, ville kunne gi en mulighet til å stimulere eksterne minner. Dette ville kunne endre fokus og oppmerksomhet til positive minner, for eksempel kjærlighet. Dette ville kunne føre til beroligende effekt hos personer med demens, som igjen kunne hindre eller lindre uro (Gerdner og Schoenfelder, 2010).

Metoden individualisert musikk består av 3 hovedområder.

- Kartlegge musikkpreferanse på individuell behov
- Iverksette musikkstund som systematisk tiltak for å øke velvære
- Evaluere effekten av tiltaket

Kartlegging av musikkpreferanser handler om menneskers ulike musikksmak. En sang eller en melodi kan vekke gode følelser og minner hos noen, mens den samme sangen eller melodien virker som støy for andre. For å kunne skape velvære er det viktig å undersøke den enkeltes musikkpreferanser. Gerdner og Schoenfelder (2010) sier at hvis det er mulig kan man intervjuer pasienten. Men bør være så konkret som mulig, og for eksempel be om spesifikke sanger, artister eller noen spesielle instrumenter som foretrekkes. Før musikkstund iverksettes er det viktig at det er ro og konsentrasjon. Den som bruker musikk, enten ved bruk av CD eller sang og spill, må være observant på hvilke reaksjoner pasienten viser (Skogum, 2009).

3.7 Musikk som sosialisering.

Vi er alle avhengige av hverandre, vi lever i et samspill. Det å være nær noen og ha et fellesskap har betydning for de fleste. Med sosiale behov mener vi behovet for å tilføre et fellesskap, og alle mennesker har behov for nærhet, kjærlighet og sosial tilhørighet. Gjennom fellesskap og sosial kontakt får vi bekreftet hvem vi er og hva vi står for. Vi både påvirker og blir påvirket av vårt sosiale miljø. Gjennom sosiale aktiviteter overføres kunnskaper, ferdigheter, verdier og holdninger. Identitet og selvbilde utvikles i samspill med andre (Blix og Breivik, 2006).

Våre vaner og interesser påvirker også balansen mellom det å ha sosial kontakt og behovet for å være alene. Noen opplever glede ved å holde på med sine fritidssysler alene. Andre er mer sosial anlagt og bruker sin fritid gjennom interesser og aktiviteter med andre mennesker (Blix og Breivik, 2006). Myskja (2006) skriver at å synge i grupper kan gi flere gevinster. Mange av de eldre har hatt et familieliv, tilhørt et lokalsamfunn og arbeidsfellesskap, hvor de har opplevd sorger og gleder. Sang og musikk kan minne om slike stunder og gjøre dem levende igjen. Det kan være lurt og involvere de pårørende i fellessang med personen, det vil kunne gi økt utbytte av sangstunden. Når vi kombinerer allsang og fellesdans, gir dette bedre effekt enn sang alene (Myskja, 2006).

3.8 Musikk som kommunikasjon

Personer med demens vil på et tidspunkt i sykdommen få problemer med å uttrykke seg verbalt. Dette vil føre til at det blir vanskelig å komme i dialog med andre personer. Sang og musikk blant personer med demens er positivt da den kan tilpasses den enkeltes funksjonsevner, og har positiv effekt på blant annet språkfunksjonen, skriver Ridder (2003) i sin doktoravhandling ved universitet i Aalborg. Ridder (2003) skriver videre at sang og musikk åpner for at de eldre prater mer. Det kan være bestemte minner fra sangen, og dette gjør det enklere for at de eldre prater sammen med andre. Musikk har også den effekten at den virker inn på uro. Musikk kan føre til at en blir roligere og at en er mer mottakelig for sansestimulering. Dette kan lettere føre til at en oppnår en dialog. Musikkterapi gir en økning i språkforståelse, ordforråd og taleflyt sammenlignet med samtale (Myskja, 2006). Det å synge er forbundet med en indre og medfødt kommunikasjon som blir viktig i forhold til personer med demens. Innenfor musikkterapien brukes en sosial pragmatisk forståelse av kommunikasjon og dialog, hvor en måte å komme i kontakt på er å ytre tegn fra den andre. På den måten kan en bedre forstå den andre personen (Ridder, 2003).

4.0 Resultat

For å belyse min problemstilling om musikk kan bedre hverdagen for personer med Alzheimers vil jeg presentere 3 artikler. Som jeg betrakter som veldig sentrale for å svare på min problemstilling.

4.1 Viktigheten av pårørende

Studiet til Gerdner (2005) er rettet mot individrettet musikk for Alzheimers pasienter med utfordrende atferd. Spesielt viktig var det å trekke fram familiemedlemmene fordi at de kunne komme med nyttig informasjon om hvilken musikk deres kjære likte. Valg av musikk må være personlig tilpasset. Bruken av feil musikk kan føre til økt uro. Gerdner (2005) sier at musikk gjorde at beboerne på sykehjemmet hadde noe å snakke om når de hørte på musikk, dette gjorde at de begynte å se på hverandre og pratet mer sammen. Pårørende fikk mer kontakt med sine gjennom musikken, enten at det assosierte til en spesiell hendelse de hadde hatt sammen, eller at de kunne diskutere sangen eller artisten. Personer med Alzheimers har begrenset med ordforråd, men musikk førte til god kontakt. Det at pasientene kunne identifisere seg med noe realistisk opplevdes som svært positivt. Pårørende ble gladere når de så sine kjære smile, noe som førte at de kom oftere på besøk. Valg av tilpasset musikk førte til reduksjon i utfordrende atferd, og pasientene ble mindre deprimerte. Dette stimulerte også til mer aktivitet som dans (Gerdner, 2005).

4.2 Dempe angst og nedstemthet

Hensikten med studiet var for å se om musikkterapi kunne redusere angst og nedstemthet hos Alzheimers pasienter. Guetin et al., (2009) presiserer at valget av tilpasset musikk er svært viktig.. Musikken minner om fortiden eller en spesiell hendelse som vedkommende assosierer med musikken, det kan være tanker eller bilder. Musikken gjør at det blir enklere å uttrykke seg verbalt fordi musikk som de husker kan gjøre at det blir lettere å prate. Selv om korttidsminnet forsvinner fort så er langtidsminnet godt bevart. Pasientene må være avslappet og føle seg trygge. Musikk i godstolen på værelset, forstyrret dette andre kunne bruk av høretelefoner være alternativ. Musikken hadde også den effekten at den stimulerte til aktivitet. Undersøkelsen konkluderte med mindre angst og depresjon og økt trivsel og velvære.

4.3 Musikk mot utfordrende atferd

Witzke, Rhone, Backhaus & Shaver (2008) ville finne ut om det var noen måte å roe med personer med Alzheimers på enn bruken av medisiner og makt. Forfatterne trekker frem at kommunikasjon gjennom non verbal kommunikasjon kan oppnås ved musikk. Selv om pasientene ikke kan uttrykke seg på samme måte verbalt, så kan de ta inn musikk. Og dette burde prøves som alternativ til å roe ned personer med Alzheimers framfor medikamenter eller makt. Her presiseres også viktigheten av musikk som personen har et personlig forhold til, og at musikksmak kan finnes ut ved å inkludere familiemedlemmer. Her nevnes det også at hodetelefoner kan være et alternativ for å ikke uroe medpasienter. Musikk som terapeutisk pleie er med på å øke livskvaliteten til personer med Alzheimers, og førte til mindre angst og uro (Witzke et al., 2008).

5.0 Drøfting

Som nevnt tidligere i oppgaven finnes det i dag ingen medisiner som kan kurere Alzheimers. Det finnes noen medisiner som man antar bremser forløpet, men som kan føre til mange bivirkninger for pasientene. Derfor er det all grunn til å sette fokus på miljøtiltak som kan føre til trivsel og velvære i hverdagen (Myskja, 2006). Som man ser fra artiklene som ble presentert er det helt avgjørende at musikken er tilpasset den enkelte. Dette kan føre til at pasienten får uttrykke seg både verbalt og non verbalt, og at det kan føre til at en blir mer sosial gjennom samtaler og dans.

Witzke et al., (2008) kommer med et eksempel i sin artikkel om en dement mann med utfordrende atferd. En student skulle inn å pleie pasienten. Pasienten begynte å gråte, etter hvert begynte han også å bli aggressiv. Studenten, sammen med sykepleier, ble oppfordret til å forsøke å synge for pasienten. De sang sanger som de visste at pasienten kjente til fra før. Studenten tok ledelsen, og plutselig var pasienten sin kropp avslappet. De kunne se at ansiktsuttrykket forandret seg og det virket som pasienten slappet mer av.

Jeg har sett lignende tilfeller i praksis hvor dette ofte førte til at pasienten virket avslappet. For å roe ned demente med utfordrende atferd brukes det av og til medisiner eller i verste fall at de må holde pasientene. Det har som regel dårlig innvirkning og fører til mange uheldige bivirkninger for pasientene. I slike sammenhenger mener Witzke et al., (2008) at man bør forsøke med individualisert musikk før man setter i gang med andre tiltak. Musikk har mindre bivirkninger en for eksempel å holde demente eller å gi de beroligende medisiner. Dessuten har det vist seg at musikk fører til ro, mindre angst og depresjon.

5.1 Individualisert musikk

Ridder (2003) skriver i sin doktoravhandling ved universitetet i Aalborg at musikken har mye å si for vår egen identitet. Identitet kan beskrives som bevissthet om "å være den samme". Ofte når eldre snakker om sine første musikalske minner, hører vi ofte historier om foreldre eller besteforeldre som sang sanger. Disse sangene er innrammet i personens tidligere minner om "å lykkes" og ha et tillitsforhold. Sanger skaper ofte sterke minner om personen eller minnene bak sangen, således minnes den personen som et symbol på tillit og tro på livet, eller å la sangen symbolsk representere denne følelsen, sier Ridder(2003). Gerdner (2005) sier at korttidsminnet blant demente er svært svekket og at ting som nylig har skjedd forsvinner fort ut av minnet. Men derimot er langtidsmminnet ofte intakt, og sang og musikk kan hente frem bilder og minner fra tidligere opplevelser. Musikk endrer pasientens fokus og oppmerksomhet mot stimuli som pasienten kan tolke gjennom musikken. Dette kan føre til at de demente blir mindre forvirret og mindre forvirring fører til at de begynner å finne mening i samfunnet de befinner seg i (Gerdner, 2005). Noe Bragstad og Kirkevold (2010) også bekrefter i sin artikkel. Dette stemmer ganske bra med mine erfaringer fra praksis. Ikke sjeldent møtte jeg demente som var forvirret, redde eller nedstemt og som var motorisk urolige. Ved hjelp av musikk førte det til at mange begynte å smile og fortalte historier fra når de var ungdommer og gikk på dans. Det var også en dame som tidligere hadde danset swing som jeg måtte danse med. Det ble med den ene dansen, fordi hun ble svimmel. I stedet ble det til at vi gikk en tur, noe som ble en daglig rutine.

5.2 Musikkens negative sider

Musikk kan selvsagt også føre til vonde minner. Likevel fører musikk oftest positive minner med seg (Myskja, 2006). Gerdner (2005) sier at så lenge det er en mening med det en gjør, så er det verdt å prøve musikk. Demente kan føle seg utrygge eller redde hvis de må forlate sine kjente omgivelser for å delta på en musikk stund. Det viktigste er at de føler seg trygge, så alternativt kan en eventuelt spille musikk på pasientens eget værelse hvor de er omgitt av sine omgivelser (Gerdner, 2005). Dersom pasienten deler rom, kan musikk påvirke den andre pasienten i negativ retning. Eller den som hører på musikk kan bli forstyrret av omgivelsene. Både Guetin et., al (2008), Bragstad og Kirkevold (2010) sier at bruken av høretelefoner er et godt alternativ, men at det er viktig at man observerer pasienten godt for hvordan det blir mottatt. Når Gerdner (2005) sier at så lenge man har en mening med musikken er det verdt å prøve, tror jeg hun vil frem til at det må være godt ment. Velgjørhetsprinsippet vil si at vi

har plikt til å gjøre godt mot andre. Når vi forsøker musikk for å roe noen ned eller for å forandre fokus må det ligge faglig skjønn bak (Brinchmann, 2008). På den annen side sier Chavin (2002) at det er ikke farlig om det kommer et par tårer. Det er helt greit, og det gir pasienten en mulighet til å dele sine minner.

5.3 Sykepleier perspektivet

Det er viktig at sykepleier ser hele mennesket, og hjelper pasienten til å finne den rette musikken. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007) punkt 1.1. står det at sykepleiere skal ivareta helhetlig omsorg for pasienten. Med det tror jeg at vi må ha en holistisk tilnærming til pasientene. Det innebærer blant annet at pasienten betraktes som et medmenneske. Som sykepleier må det skapes et jeg – du forhold, på den måten kan pasienten oppleve dette som en bekreftelse på tillit. Når det vises oppmerksomhet og interesse kan det bedre mulighetene for å ivareta sosiale og åndelige behov (Brinchmann, 2008). For å kunne se hele mennesket, og for å kunne ivareta helhetlig omsorg for pasienten, er det viktig med et godt samarbeid med pårørende. Det er vår oppgave som sykepleiere å vise respekt og omsorg for de pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2007).

Virginia Henderson (1991/ 1998) sier at for å kunne bli kjent med pasienten er det viktig at vi snakker godt med familien eller vennene til pasienten. Ingen kjenner pasienten bedre enn dem, og dette kan gi god informasjon, slik at vi kan yte best mulig sykepleie til pasientene. I min praksis periode hadde jeg tre pasienter som jeg fulgte tett opp. Jeg leste gjennom journalen og det var smått med opplysninger som kom opp. Det stod ingenting om musikk smak, så her tror jeg kanskje at det her ligger en utfordring, og det er en viktig sykepleieroppgave. Gerdner (2005) trekker frem familien i samarbeid som viktig i sin undersøkelse. Musikk førte til at pasientene ble gladere, som igjen førte til at de pårørende kom oftere og ble lengre på besøk. Samtidig er det viktig at de pårørende ikke føler at de får et for stort ansvar slik at de blir utslitt (Gerdner 2005). Myskja (2006) sier at sang og musikk kan føre til at de pårørende ser sine kjære fra en annen side, det oppleves som lettere å komme i kontakt med sine egne.

Med musikk, kan det skje at den demensrammende blir satt i stand til å gjenkalle og få tilgang til ikke bare sitt talespråk, perseptuelle og tenkende evner, men hele sin

emosjonelle og intellektuelle konfigurasjon, sin livshistorie, sin identitet- i hvert fall en liten stund, slik forklarte Oliver Sacks bruken av musikk for personer med demens (Aasgaard, 2006, s.169).

5.4 Musikk som kommunikasjon

Demens er synonymt med både kognitive og sosiale tap. For den demensrammende blir det vanskelig å omsette sanseinformasjoner, gi uttrykk for grunnleggende behov, og føle seg anerkjent og forstått. Dette kan føre til isolasjon og medføre sekundære symptomer på demenssykdommen. Hvis psykososiale behov dekkes kan tilstander som angst og panikk reaksjoner reduseres eller forhindres. Ved å tilpasse kommunikasjonen gjennom nonverbale uttrykksformer, samt tilpasninger av omgivelsene kan psykososiale behov dekkes via kommunikasjon (Ridder, 2003).

Jeg husker godt en eldre dame som satt i en rullestol da jeg var i praksis. Hun kunne ikke gi uttrykk for hva hun følte, hun var urolig og lagde lyder. Det virket som hun ikke klarte å slappe av. Hun satt for det meste alene i gangen hvor hun i det minste kunne se andre mennesker. En dag skulle det være sang og musikk som felles arrangement, og jeg glemmer aldri hvordan hun smilte og lagde lyder. Det var som å se en annen dame, hele ansiktet hennes forandret seg. Det var ikke prøvd ut musikk på henne utenom arrangementer, men når jeg tenker tilbake på den hendelsen kunne det være interessant og funnet musikk til henne. Chavin (2002) kommer med et lignende eksempel, hvor en mann med Alzheimers hadde problemer med å uttrykke seg verbalt. Dette kunne føre til fortvilelse, sinne og irritasjon. Men mannen kunne fortsatt spille gitar, og på den måten kunne han uttrykke sine følelser og fortsatt vise at han var "der". Man trenger ikke å kunne spille noe instrument for å oppleve dette. Musikk kan føre til at man nynner til sangen, og klarer å bruke musikken på en meningsfull måte (Chavin, 2002). Dette presiserer også Myskja (2003), at gjennom lytting til musikk eller at pasienten spiller selv kan føre til å kommunisere meningsfullt med et annet menneske, på tross av nedsatt evne til verbal kommunikasjon. Musikk blir sett som et middel til å kommunisere tanker og følelser hos pasienter med Alzheimers. Til tross for at pasienter med Alzheimers har problemer med å tolke hva som blir sagt, og forstå det, viser det seg at musikalske evner er godt bevart (Myskja, 2003).

Mine egne erfaringer fra sykehjem er at når det er sangstunder, eller når pasientene hører en kjent sang, begynner de ofte å synge med. Og selv om de har språkproblemer eller problemer med å uttrykke seg verbalt sitter tekstene. Tomaino (Aasgaard, 2006, s. 159) kommer med et eksempel hvor hun arbeidet med flere damer som var rammet av demens. Samtlige uttrykte enkelte ord når de hørte en spesiell sang, og at ordmengden økte ut i musikkforløpet. Enkelte av sangene gjorde at pasientene fortalte om spesielle hendelser de assosierte med sangene. Dette kom etter at sangene var sunget, men aldri i andre sammenhenger. Det gjelder å se pasienten sine ressurser, og personlig syns jeg dette er noe en burde hatt mye mer fokus på i sykehjemmene. Witzke et al., (2008) presiserer at man må finne pasientens ressurser, og ha fokus på hvilken musikksmak pasienten har hatt tidligere. Dette sier også Ridder (2003) at ved bruken av musikk skal fokusere på ferdigheter og ressurser, og at en tilbyr kontakt og forståelse for personen. På den måten kan det lettere føre til en dialog.

Myskja (2006) sier at pårørende ofte er fortvilet når de skal besøke sine kjære på sykehjemmet. De opplever at det kan være vanskelig å få kontakt, og at det kan være vanskelig å kommunisere. Guetin et al., (2009) presiserer at det er viktig at man lager et kartleggingsskjema over hvilken musikk pasienten liker å høre. Virginia Henderson (1991/1998) sier at man må komme inn "under huden" på pasienten. Å kartlegge musikk smak kan sees på en måte å komme i skikkelig kontakt med pasienten på og etablere tillit. Fordi da vet vi hva pasienten liker og det kan føre til at vi lettere oppnår kontakt. Personlig syns at det er en viktig sykepleieoppgave, at man kan bidra til at pasienten opplever meningsfull kommunikasjon med sykepleier, pårørende og medpasienter. Jamfør artikkelen til Gerdner (2005) der hun trekker frem at musikk har skapt god kommunikasjon mellom pasient og pårørende. Musikken har gjenskapt gamle minner som har ført til at samtalene har kommet lettere. Pasientene opplevde det som meningsfullt når de kunne identifisere seg med noe realistisk, for eksempel diskutere Frank Sinatra. Dette gjorde de gladere, og de ble åpnere og pratet mer (Gerdner, 2005).

Det at man ikke kan uttrykke seg verbalt kan føre til at en lett blir fortvilet. Verbal forstyrrende atferd kan dessuten forstås som en konsekvens av sosial isolasjon og sansetap eller mangelfull stimuli i et institusjonsmiljø (Bragstad og Kirkevold, 2010).

5.5 Musikk som sosialisering

Å lytte, synge eller bevege seg til musikk krever ikke avanserte kognitive funksjoner. Det er mulig å oppleve utbytte av musikk selv om fysiske, kognitive og psykososiale evner er svekket. Det å mestre, synge eller å danse kan bidra til å styrke eller opprettholde selvfølelsen (Kvamme, 2006). Gerdner (2005) sier at musikk kan føre til at en uttrykker seg mer og at samtaler kommer lettere gjennom musikken. Witzke et al., (2008) sier at gjennom musikken kan en få uttrykke seg non verbalt. Når sang og dans åpner for dialog, åpner dette også muligheten for å fremme fellesskapsopplevelser og følelse av tilhørighet (Kvamme, 2006).

Når en skal stimulere til dans er det viktig at man velger musikken bevisst, slik at en tar hensyn til den enkeltes ferdighetsnivå og skaper et felles multiplum i gruppen. Selv om ikke alle kan danse, kan en oppmuntre til å synge med eller klappe i hendene. I følge Myskja (2006) er det en fordel å ha levende musikk. Da er det lettere å improvisere og endre programmet underveis. På den annen side sier også Myskja (2006) at det er lettere med ferdig innspilt musikk fordi det er mindre ressurskrevende. Guetin et al., (2008) sier at det er viktig med et kartleggingsskjema, noe som Bragstad og Kirkevold (2010) bekrefter. På den måten vet en hvilken musikk pasienten liker. Som nevnt tidligere kan "feil" musikk føre til uro. Dette kan igjen føre til stress som kan gjøre at pasienten ikke blir mottagelig for stimuli (Bragstad og Kirkevold, 2010). Likevel er mine egne erfaringer at sanger som handler om lokalmiljøet faller godt i smak, og at dette er noe de aller fleste liker. På den annen side må vi skjerme pasientene hvis dette ikke faller i smak. Guetin et al., (2008) som nevnt tidligere sier at da kan hodetelefoner være et alternativ.

Dans kan gi økt balanse og bedre holdning. Dans støtter spontanitet, sosial integrering og evne til å skape kontakt og vise oppmerksomhet. Bedringen av mentale ferdigheter ser ut til å bli mer varig jo hyppigere den musikalske aktiviteten finner sted. Og at sang og dans i fellesskap gir en betraktelig økt evne til den sosiale integreringen som ofte faller helt bort hos pasienter med Alzheimers (Myskja, 2003).

Videre sier Myskja (2006) at det kan være viktig å starte med en sang som alle kjenner. Det kan fungere som "øre åpner" og døråpner til dansestunden. Jeg har liten erfaring med dans i løpet av mine praksisperioder, men jeg tenker at det trenger ikke være vanskelig å få

dette til. Selv om Myskja (2006) anbefaler levende musikk, syns jeg at det er verdt forsøket med en CD spiller. Gerdner (2005) sier at så lenge musikken er rettet mot individet kan det stimulere til dans. Bengtsson og Ekman (2000) sier at dans førte til lykke og glede blant de demente. Og at dansen gjorde at de ble mer aktive før dansen også, da i form av at de ville plukke ut klær selv og pynte seg med smykker. Videre sier Bengtsson og Ekman (2000) at dette åpenbart hadde innflytelse på fysisk velvære. Mange personer oppnådde høyere funksjonsnivå uten spesielle problemer. Og at dansen skapte en spenning mellom kjønnene som mann og kvinne. Det er ikke alle som liker å danse, men mange liker å se på bandet som spiller eller de som danser (Bengtsson og Ekman, 2000). Myskja (2006) kommer med et eksempel hvor en eldre dame sitter i en stol under en musikkstund. Det som skjer er at kvinnen begynner å danse med en av de ansatte på sykehjemmet. Pleieren blei overrasket over hvordan kvinnen forandret seg. Det var ikke lengre den demente damen som danset, men mer som en attenåring på dansegulvet en lørdags kveld. Kroppene deres var i samspill, og kvinnen hadde fått tilbake sine tidligere ferdigheter. Witzke et al., (2008) sier at det er viktig å kjenne pasienten sine ressurser og vite hvilken musikk de har likt tidligere. Dette eksemplet syns jeg personlig passer bra med Gerdner (2005) som sier at musikk kan stimulere til dans.

6.0 Avslutning

For at musikk skal ha noen effekt så må det være rettet mot individet. En må få høre på sanger som en har et forhold til. Det kommer klart frem i bøker og artiklene som ble presentert. Det som også kom frem i artiklene er at musikk er en måte en kan uttrykke seg både verbalt og non verbalt, og at dette kan stimulere til for eksempel dans. Musikk og dans er en måte man kan styrke pasientens ressurser på, og hvor de kan få muligheten til å vise tidligere ferdigheter.

Musikk kan føre til mindre uro, angst og nedstemthet. For at musikk skal ha noe nytte må det tilpasses den enkelte. Det er ikke alle som liker allsang, og da kan hodetelefoner være et alternativ. Det som også kommer frem er at pasienten må føle seg trygg.

Det er ikke alle demente som kan gi uttrykk for hva de ønsker. Derfor må en ha god kontakt med pårørende eller venner slik at en kan finne ut hvilken musikk personen har likt tidligere. Musikk kan man enkelt og billig få til på sykehjemmet. Så jeg tenker at dette absolutt må være mulig å få gjennomført. Det kan bli mye for en sykepleier alene og kartlegge den enkeltes smak, men her må en tenke tverrfaglig og samarbeid. Så her kan en delegere oppgaver videre, og være en pådriver for musikk blir innført på sykehjem. Man kan for eksempel delegere ansvaret til noen få, som får i oppgave å drive sangterapi. Enten for den enkelte pasient, men også i grupper. På den måten kan man sikre at musikk blir brukt mer konsekvent ved avdelingen, slik at man kan se positive virkninger som mindre uro, dans og samspill mellom pasient, pleier og pårørende.

Litteraturliste

- Aasgaard, T. (Red.). (2006). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelens Forlag AS
- Bengtsson, L., P. & Ekman, S., L. (2000). Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing Inquiry*, 7(3), 156-165
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Forlaget Aldring og helse.
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bragstad, L. & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleie Forskning*, 5(2), 110-118
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Chavin, M. (2002). Music as communication. *Alzheimers Care Quarterly*, 3(2), 145-156
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utgave). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: en lærebok* (5. utgave). Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. 27. juni. 2003 nr 729*. Hentet fra :<http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>
- Gerdner, A. L. (2005). Use of individualized music by trained staff and family: Translating research into practice. *Journal of gerontological nursing*, 31(6), 22-30
- Gerdner, A. L. & Schoenfelder, D. P. (2010). Individualized Music for Elders with Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 36(6), 7-15

Guetin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommie, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. L., “. . .” Touchon, J. (2009). Effect of Music on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimers Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* ;28:36-46, s.36-46.

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb. & A. H. Ranhoff (Red). *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten* (s.219-236). Oslo: Gyldendal

Helse- og omsorgsdepartementet. (03. 02. 2010). *Viktig med åpenhet om demens*. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/aktuelt/nyheter/2010/Viktig-med-åpenhet-om-demens.html?id=592685>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år* (S, Mellbye. & Munkeby, A. M, overs.). Oslo: Universitetsforlaget AS. (Originalutg. 1991).

Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I: T, Aasgaard (red.). *Musikk og helse* (s. 153-168). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Myskja, A. (2006). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget

Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: lyd og musikk som terapi*. Oslo: Cappelens Forlag AS

Norsk Sykepleieforbund (2007). *NSFs yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler*. Oslo: NSF. Hentet fra:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Pay, C. M. (2009). *“Musikk er livet!” en undersøkelse hos et utvalg i Oslo i dag om musikkopplevelse, musikksmak og musikkbruk*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo

Ridder, H. M. (2003). *Singing dialogue: music therapy with persons in advanced stages of dementia: a case study research design*. Dr. gradsavhandling, Universitetet Aalborg

Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk: om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub Forlag

Skogum, B. (2009). *De nære ting: om bruk av musikk ved behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse

Søndergaard, M. (2004). *Demens og aktiviteter: i et livshistorisk perspektiv*.

Witzke, J., Rhone, R. A., Backhaus, D. & Shaver, N. A. (2008). How Sweet the Sound: Research Evidence for the Use of Music in Alzheimers Dementia. *Journal of gerontological nursing*.vol 34, no.10, s. 45-52.