



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 318

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8954

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 76

Andre medlemmer i gruppen: 317

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere bruke musikkterapi for å øke livskvalitet hos eldre med demens på sykehjem?

How can nurses use music therapy to increase the quality of life of elderly people with dementia in nursing homes?

Kandidatnummer: 317 & 318

Sjuepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: In practice, we have experienced that the use of music for patients with dementia may appear to have a positive effect on the patient to varying degrees. Based on experience and interest in dementia patients, we want explore and expand our knowledge of this topic through research and relevant curriculum literature.

Objective: The main aim of this study was to examine “How can nurses use music therapy to increase the quality of life of elderly people with dementia in nursing homes?” and the study will investigate how nursing can effectively use music therapy.

Method: We chose to apply a systematic literature search in different online databases such as BMJ Best Practice, UpToDate, Cochrane Library, MEDLINE, PubMed and CINAHL were carried out. The search included the following components: Dementia, nursing home, music therapy, wellness, quality of and institution.

Results: Based on our inclusion and exclusion criteria, we found a total of 5 research articles. These articles were used as the foundation for the paper and they argue that music or music therapy can improve cognitive function and reduce disruptive behaviour. In this way the articles tried to show the effect music can have in leading to increased quality of life for dementia patients.

Conclusion: The findings throughout the study shows that music therapy has the effect to having access to memories, personal identity and can contribute to social activity. It also turns out that it has tendency create a relationship between patient and nurse. To achieve the desired effect, it depends on staff of health professionals’ interests, time and resources. Although music therapy for dementia patients can be challenging, it is recommended to use in practice.

Innhold

1 Innledning	1
2. Teori	2
2.1 Hva er demens	2
2.1.1 Kriterier for diagnosen demens.....	2
2.1.2 Sykdomsforløp av demens	3
2.1.3 Ulike typer av demens.....	4
2.2 Sykehjem	5
2.3 Musikkterapi.....	5
2.3.1 Hva er musikkterapi	5
2.3.2 Musikk som hverdags ressurs	6
2.3.3 Musikkterapi og kognitiv svikt	7
2.3.4 Individualisert musikk	7
2.4 Livskvalitet	8
2.4.1 Hva er livskvalitet	8
2.4.2 Livskvalitet til demenspasienter.....	9
2.5.Sykepleieteori	10
3 Metode	11
3.1 Fremgangsmåte.....	11
3.2 Søkestrategien og relevante søkeord	11
3.3 En presentasjon av databaser	12
3.4 Inklusjon og eksklusjon	13
3.5 Analyse og syntese	14
3.6 Kildekritikk.....	15
3.7 Ethiske overveielser.....	15
4. Resultater	16
4.1 Artikkel 1	16
4.2 Artikkel 2.....	17
4.3 Artikkel 3.....	18
4.4 Artikkel 4.....	18
4.5 Artikkel 5.....	19
5 Diskusjon	20
5.1 Effekt av musikkterapi på kognitiv funksjon og adferdsproblemer	20
5.2 Effekt av musikkterapi på livskvalitet	22

5.3 Utforming av musikk tiltak.....	23
5.4 Svakheter og styrker i litteraturen	25
6 Konklusjon.....	26
Referanseliste.....	28
Vedlegg I - PICO Skjema	32
Vedlegg II -Søkehistorikk.....	33
Vedlegg III - Artikkelloversikt	36

1 Innledning

Flere av befolkningen blir eldre og antallet personer som er over 65 år er økende. I Norge finnes rundt 70 000 personer som er rammet av demens, og tallet kommer til å bli fordoblet i løpet av de kommende årene (Strand, et al., 2018). Omtrent 70-80 prosent av eldre personer som bor på institusjon har demens (Berentsen og Skovdahl, 2014, s 401). Temaet om eldre med demens blir ofte tatt opp i massemedia, og med bakgrunn i dette ble stortingsmeldingen *Leve hele livet* nylig lansert. Dette er en kvalitetsreform for eldre (meld. St. 15, 2017-2018). Reformen har som mål for alle eldre som er over 65 år skal få god hjelp og støtte til det de har behov for, slik at de kan mestre livet lenge. Dette skal bidra til å øke trygghet og forutsigbarhet gjennom helsetjeneste.

Leve hele livet handler om de grunnleggende behovene og tingene som oftest svikter i helsetjeneste for eldre, slik som aktivitet, fellesskap og sammensatt helsetjeneste. (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). I tillegg til reformen *Leve hele livet* ble det tidligere i 2015 utformet en demensplan for 2020. Målet med demensplanen er å skape et vennlig samfunn for de demente og ikke minst at de skal integreres i samfunnet (Kristiansen, 2018). Fra tidligere praksis både fra sykehjem og sykehus møter vi demenspasienter og ser at musikk blir benyttet i ulike sammenhenger.

Vi har opplevd at musikk kan ha positiv effekt på de demente i forskjellig grad. Interessen for demens er høy hos oss begge og er grunnen til at vi velger dette temaet "Hvordan kan sykepleiere bruke musikkterapi for å øke livskvaliteten hos eldre demente på sykehjem?" Musikk kan skape en god hverdag og øker livskvalitet hos demenspasienter, til tross for at de kan ha redusert evne til å anse hva som er betydningen av en god livskvalitet. Sykepleiere kan være en ressurs, og kan ved bruk av musikk bidra til å skape en god hverdag for de demente. Vi vil gjerne fokusere på eldre demente som er over 65 år og bor på sykehjem. Tiltakene vi vil fokusere på er noen som er lette å utføre og kan gjøres uten å ha spesiell musikkkompetanse. For å belyse denne problemstillingen fra et sykepleierfaglig perspektiv benytter vi forskningslitteratur og relevant pensumlitteratur samt offentlige retningslinjer.

2. Teori

I dette kapittelet vil vi beskrive de essensielle begrepene i problemstillingen, nemlig demens, musikkterapi, livskvalitet og ikke minst sykepleieteori.

2.1 Hva er demens

Demens er en irreversibel og kronisk kognitiv sykdom som fortrinnsvis opptrer i høy alder men som også kan ramme folk i andre aldersgrupper. Engedal og Haugen (2009) definerer demens slik:

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktivitet. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (s.18)

Ut ifra denne definisjonen er demens en uhelbredelig sykdom som gir kognitiv svikt og gjør at personer som får denne sykdommen med årene får en svakere evne til å fungere i dagliglivet. Den fysiologiske endringen i hjernen ved forekomst av demens er en nevrodegenerativ lidelse der det skjer et gradvis tap av nerveceller i hjernebarken, slik at pasientene utvikler en gradvis tiltakende demens gjennom flere år (Dietrichs, 2017, s.486). Sentralt ved lidelsen er symptomer som desorientering i tid og sted, vanskeligheter med å gjøre daglige gjøremål eller å utføre vanlige oppgaver, planlegging og personlighetsendringer (Myskja, 2013, s.20).

2.1.1 Kriterier for diagnosen demens

ICD-10 er et internasjonalt system som klassifiserer psykiske lidelser som skyldes sykdommer som primært påvirker hjernen. I Norge brukes også ICD-10-kriterier som utgangspunkt for å stille diagnosen demens. Hovedkriteriene for å diagnostisere demens ifølge ICD-10 er svekket hukommelse, bevart bevissthetsnivå og svekkelse i sosial atferd. I tillegg må varigheten av disse symptomene være minst 6 måneder (Gjerstad, Fladby og Andersen, 2013, s.24).

2.1.2 Sykdomsforløp av demens

Degenerativ demens utvikler seg gradvis, og utviklingsprosessen av sykdomsforløpet varierer hos hver enkelt. Hos noen kan den være kort og intens, mens hos andre kan den strekke seg gradvis eller sakte. I dette tilfellet kan symptomer som kognitiv og emosjonell svikt gjøre det vanskelig å skille sykdommen fra vanlige aldersforandringer. Derfor inndeles symptom utviklingen i tre faser (Engedal og Haugen, 2009, s.21): en første fase kjennetegnet av endring i atferdsmessige og psykotiske symptomer (APSD) og en tredje fase kjennetegnet av tap av motoriske funksjoner. Disse beskrives i 2.1.2.1-2.1.2.3 nedenfor.

2.1.2.1 Endring i mentale funksjoner i form av kognitiv svikt øker tidlig stadium av demens. Kognitiv svikt handler om endring i tankegang, og oppmerksomhet og evne til å forstå reduseres når sykdommen utvikler seg (Engedal og Haugen, 2016, s19). Det kan oppstå endring i språkfunksjon tidlig i sykdomsforløpet og som en følge av dette kan vedkommende ha mangel i taleflyt og vanskeligheter med å formulere ord. Språkvansker kan oftest ses i form av apraksi eller agnosi. Ved agnosi får pasienten nedsatt evne til å identifisere sanseintrykk, til tross for normale sensorisk funksjoner. På den andre siden handler apraksi om lav utføring av bevegelsesmønstre, selv om vedkommende har ikke noen skade i muskler eller ledd (Engedal og Haugen, 2016, s. 19).

2.1.2.2 Den andre er endring i atferdsmessige og psykotiske symptomer (APSD) som forekommer i ulike grader av demens. APSD er definert slik

“En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak” (Engedal og Haugen, 2009, s.311).

Det vil si at psykologiske reaksjoner inneholder blant annet angst, depresjon og passivitet, mens psykiatriske symptomer omfatter vrangforestillinger, hallusinasjoner, illusjoner, mistenksomhet, opplevelse av å bli truet og personlighetsendring (Gjerstad, Fladby og Andersen, 2013, s 27). De atferdsmessige symptomene inkluderer interesseløshet, rastløshet, irritasjon og utagering og roping og klamring (Engedal og Haugen, 2016, s. 29-33).

2.1.2.3 Motoriske symptomer er en av de tre hovedgruppene. Dette er mest synlig i den alvorligste graden av demens og det forklarer at det er svikt i evnen til å koordinere bevegelser. Som følge av dette kan personen utvikle tap av evnen til å beregne avstander,

problemer med muskeltrening og at personen blir avhengig av fysisk pleie (Engedal og Haugen, 2016, s.34). Det vil si at pasienten mister evnen til å ta initiativ, blir aggressiv, og at de blir avhengig av fysisk pleie fra andre. Etter hvert vil noen av disse pasientene miste kontrollmekanismer over de naturlige funksjonene som urin og avføring. Når pasienter har kommet så langt i sykdommen, bør pasientene flytte til institusjon og helst på et sykehjem (Berentsen og Skovdahl, 2014, s. 410).

Disse symptomene som man observerer i forskjellige grader av demens, kan også variere etter hvilken type demens det handler om, hvilken del av hjernen som er skadet og ikke minst hvilke faktorer og mestringsstrategier det dreier seg om (Berentsen, 2014, s. 412).

2.1.3 Ulike typer av demens

Det finnes mange former av demens, men over halvparten av alle tilfellene skyldes Alzheimers sykdom. Demens ved Alzheimers sykdom kommer ofte av ukjent årsak, men kan også oppstå ved skade i hjerneceller, og hjernen blir skrumpet inn på grunn av døde hjerneceller (Henningstad og Hustadnes, 2013, s. 28). Risikofaktorer kan være høyt blodtrykk, diabetes og forhøyede kolesterolverdier (Berentsen og Skovdahl, 2014, s. 413).

Ifølge Berentsen og Skovdahl (2014, s. 414) er omtrent 20 prosent av alle demenstilfeller vaskulær demens. Vaskulær demens skyldes store hjerneinfarkter, mange små hjerneinfarkter og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet. Andre faktorer kan være hjertekarsykdommer og høy alder. Hukommelsessvikt er blant de mest kjent symptomene. Siden utslagene er forskjellige fra pasient til pasient, kan det være vanskelig å skille vaskulær demens fra de andre demensgruppene (Henningstad og Hustadnes, 2013, s.29).

Anslagsvis 10-15% av de demensrammede har demens med lewylegemer. Denne formen av demens rammer vanligvis personer over 65 år. Vanligste symptomer ved lewylegemer er at det stadig skjer utveksling i bevissthetsnivå, hvor den kognitive svikten, oppmerksomheten og våkenheten kan variere mye i løpet av dagen (Berentsen og Skovdahl, 2014, s.416). Andre typiske symptomer er kortvarige synshallusinasjoner, depresjon, angst, stivhet, skjelvninger og langsomme bevegelser (Henningstad og Hustadnes, 2013, s. 29).

2.2 Sykehjem

Når en ikke klarer å bo hjemme på grunn av aldring eller sykdom, og har behov for pleie, omsorg og tilsyn hele døgnet, er det aktuelt å få plass på sykehjem. Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjeneste. Etter lov om helsetjeneste i kommunene har kommunene plikt til å yte nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp til eldre for eksempel i form av sykehjem eller omsorgsboliger. (Hauge, 2014, s. 265-67). Helsetjeneste på sykehjem krever også høy sykepleiefaglig kompetanse da det er sykepleier som har ansvar for å følge lover og forskrifter (Hauge, 2014, s. 265-67).

Det finnes ulike avdelinger på sykehjem. Hovedtypene er avdeling for langtidsopphold og avdeling for midlertidig opphold. Avdeling for langtidsopphold kan deles inn i somatisk avdeling og skjermede enheter for eldre personer med demenssykdom. Avdeling for midlertidig opphold kan bestå av rehabiliteringsavdeling, korttidsavdeling, dagavdeling og andre behandlingsorienterte avdelinger (Hauge, 2014, s 266).

2.3 Musikkterapi

2.3.1 Hva er musikkterapi

Musikk er definert som en kombinasjon av rytme, melodi og harmoni. Når disse står sammen med instrument og vokal blir det grunnlaget for mange forskjellige musikkformer. Med andre ord det er et forhold mellom tone og melodi, rytme og lydets tekstur. I denne sammenhengen handler det ikke bare om organiserte lyd eller om bestemt verk, men det handler også om virkninger av en rekke sentrale problemer i fysiologiske prosesser, helbredelsesprosesser på personer med ulike behandlinger (Myskja, 2011, s. 200)

Myskja trekker et historisk tilbakeblikk som viser at musikk har blitt brukt som et terapeutisk redskap helt fra urgamle tradisjoner fram til våre dager. Når begynte folk å tro på musikk og dens tilknytning til sykdom og helse. Dette er basert på fortellinger om musikkens helbredende kraft og er en tilgang til det mennesket følelse. Musikk brukes også i våre dager fortsatt i helbredelse ritualer i mange kulturer. Troen på musikk er en tanke som henger sammen med livssyn som har betydning både for den enkelte og for samfunnet (Myskja, 2011, s. 200).

Musikkterapi er en ressurskrevende prosess og fokuserer på aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg. Den gir nye handlingsmuligheter til å styrke kommunikasjon og relasjonsarbeid og ikke minst bearbeide personer som har opplevd traumer (Kvamme, 2017, s. 138). Terapeutisk form av musikk kan fremme nonverbal kommunikasjon, øke konsentrasjonsevne og virke beroligende (Kvamme, 2016, s. 58). I tillegg kan det føre til færre depressive plager og virke forebyggende mot sosial isolasjon.

Musikkterapi brukes også som et behandlingsalternativ for mange sykdomsforløp. For å oppnå en effektiv behandling bør musikken baseres på den enkeltes opplevelse og dens individuelle virkning i personens musikalske bakgrunn (Ridder, 2016, s. 139).

2.3.2 Musikk som hverdags ressurs

Musikk kan gi positive følelser for demensrammede i hverdagen. Det kan henge sammen med strukturen i hjernen og de områdene i hjernen hvor lyd, rytme, melodi og språk bearbeides. Det kan fremheve menneskets psykologiske velvære eller trivsel ved fem faktorer. Faktorene er positive opplevelser, engasjement, relasjoner, mening og mestring. Musikk forteller noe om hvem vi er og hvor vi kommer fra. Musikk kan føre til en følelse av å være tilstede i øyeblikket og at en glemmer alle tanker som kan være plagsomme på mange måter. Det er her-og-nå-opplevelsen som kan gjøre at personen føler mindre sorg, uro, aggressivitet og vilje til å ikke samarbeide (Ridder, 2016, s. 63).

Musikk er et universelt språk og er et nyttig redskap i relasjonsbygging mellom mennesker, uansett hvilken sykdom eller bakgrunn de har. Den skaper kommunikasjon og relasjon mellom to mennesker eller i en gruppe. For pasienter med demens har musikk en stor rolle i å stimulere hukommelse eller vekke minner som de har opplevd en gang i livet. På den måten kan de opprettholde identitetsbygging. Musikk kan også gi muligheter til å huske kroppsbevegelse og gir altså tilgang til minner og talespråk for pasienter som har språkvansker (Kvamme, 2017, s. 141-142).

I andre tilfeller kan musikk gi mening og mestringsfølelse i hverdagen spesielt for demente i en forvirrende fase eller for de som har glemt det meste og er ikke orientert i tid og rom. Når de lytter til musikk fra barndommen og kan synge samtidig, kan musikken skape en god

reminisens fra barndomstiden. Sanger fra ulike høytider eller gamle kjente salmer kan gi gode følelser og styrke selvtilliten i samvær med andre (Kvamme, 2017, s144).

2.3.3 Musikkterapi og kognitiv svikt

Kognitiv funksjon omfatter den mentale funksjonen som handler om evnen til tenkning, intellektuelle og mentale prosesser i hjernen. Dette går inn i sansestimuli hvor musikken vektlegger evnen til å huske, løse utfordringer, konsentrasjonsevne og språkproduksjon. I tidlig fase av demens kan pasienter miste kognitive funksjoner og dette kan føre til at pasienter ikke klarer å ta imot informasjon eller har vanskeligheter med å ta inn over seg det som har blitt sagt. Hvis pasienten i tillegg har svekket syn eller hørsel kan det blir enda mer krevende å kommunisere med pasienten. I dette tilfelle kan lytting til musikk øke konsentrasjonen og evnen til å holde konsentrasjonen over tid (Kvamme, 2006, s 160).

Minner blir vekket og hukommelse blir stimulert av melodi, rytmer og tekst. I tillegg til det har musikk virkning til å visualisere situasjonen eller hendelser om det en har opplevd tidligere i livet. Dette skjer umiddelbart hos demensrammede selv om de har redusert langtidshukommelse og motorisk afasi. Samtidig kan musikk opprettholde bedre talefunksjon når de synger hele teksten på melodien (Kvamme, 2006, s 158).

Aasgaard (2006) hevder at for å opprette menneskets psykososiale tilstand er det nødvendig med å skape sosial relasjon med andre. Musikk har styrken til å vekke følelser til tross for at det er lenge siden pasienter har hørt denne musikken. Den gir en følelse av mening, humør og glede. Likeledes fremmer musikk trygghet og tillit for demenspasienter. Noen av pasientene kan være skeptiske til å møte fremmede mennesker, men musikk kan skape samhandling mellom mennesker og kan forebygge følelse av angst og frykt i møte med andre.

2.3.4 Individualisert musikk

De fleste mennesker liker musikk men siden alle har forskjellig bakgrunn, kultur og oppvekst har de også ulik musikksmak. Dette kan også variere på grunn av alder og identitet. Noen liker klassisk musikk og noen foretrekker musikk med melodi og tekst. Andre liker sang uten

melodien fordi instrument kan være forstyrrende. Myskja (2006) sier at musikk er et arbeidsverktøy som kan brukes for å forebygge uro, aggressivitet, smerter og andre plager. Dersom det skal brukes musikk som egenerapi eller tiltak må det tilpasses hvert enkelt individ.

For musikken skal tilpasses til individet på hva som kan gi effektivt resultat, må det kartlegges systematisk ved å samle data og tilsvarende livshistorie. I dette tilfellet er det veldig viktig å spørre pasienten selv om deres musikalske bakgrunn. Pårørende kan også ha kunnskap om ulik musikk personen tidligere har lyttet til (Hynninen og Knardahl 2016, s 127). Det er også avgjørende at musikkterapeuten og omsorgspersonell skal ta selvvurdering av musikkpreferanse ved å observere hvordan pasienten reagerer på de forskjellige typer musikk som spilles i stellesituasjoner eller i fellesaktiviteter. Dette kan justeres ved behandlingen i tråd med de resultatene man observerer.

2.4 Livskvalitet

2.4.1 Hva er livskvalitet

Begrepet livskvalitet har ikke en entydig definisjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som

“An individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHO,2018).

Definisjonen av livskvalitet inneholder subjektive vurderinger av både positive og negative aspekter ved livet til hver enkelt person. Det er tilnærminger basert på menneskelige behov, subjektivt velvære, forventninger og fenomenologiske synspunkter. Flere teoretikere har diskutert ulike definisjoner for livskvalitet, og disse kan ofte være preget av hvilken faggruppe de tilhører. Innenfor medisin og sykepleier vil helse og sykdom stå sentralt i definisjonen. Begrepet helserelatert livskvalitet blir brukt for å måle faktorer som sykdom og behandling som kan påvirke pasientens livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 80-81).

2.4.2 Livskvalitet til demenspasienter

Per dato finnes ingen egen definisjon på livskvalitet for personer med demens. Vi velger å ha med Næss sin definisjon fordi den kan være relevant for vår oppgave i forbindelse med livskvalitet hos personer med demens. Norsk psykolog og forsker Siri Næss definerer livskvalitet slik:

“En person har det godt og har høy kvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse, har en grunnstemning av glede” (Næss, 1986, s 19).

Livskvalitet for personer med demensdiagnose kan variere fra person til person. Når sykdommen utvikler seg, kan det redusere deres evner til å anse hva som er viktig for livskvaliteten. Livskvalitet hos demente pasienter er et viktig tema, og det har blitt foretatt mange studier i løpet av de siste årene. Flere studier viser at det er sammenheng mellom utfordrende atferd, reduksjon av det kognitive og livskvalitet (Bruvik, Mjørud & Engdal, 2012, s. 9).

Samtidig viser også andre studier at til tross for at pasienter med demens opplever endringer og tap av evner, kan de demente fortsatt finne glede og oppleve tilfredshet (Martyr et al., 2018, s 2). Forskning viser også at livskvalitet kan opprettholdes godt i sykdomsprosessen. Sykdommen fjerner ikke evnen til å sette pris på, reagere på og oppleve følelser som sinne, frykt, glede, kjærlighet eller tristhet (Martyr et al., 2018, s 2).

For å vurdere livskvalitet hos personer med demens har det blitt utviklet flere ulike instrumenter og metoder. Noen av de verktøyene er Dementia care mapping (DCM), Cornell Scale for depression in Dementia(CSDD), Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) , The Neuropsychiatric Inventory (NPI)og Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale (BEHAVE—AD) (Rokstad, 2012, s134).

2.5.Sykepleieteori

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier på 1960-tallet. Hun skapte en teori med vekt på omsorg, empati og det mellommenneskelige aspektet i sykepleie (Travelbee, 2001).

“A nurse does not only seek to alleviate physical pain or render physical care – she ministers to the whole person. The existence of the suffering whether physical, mental or spiritual is the proper concern of the nurse”. (s. 30)

Travelbee hevder at alt sykepleieren (som menneske) sier eller gjør med en syk person (som menneske) bidro til å oppfylle sykepleie formålet. Sykepleieren og pasienten er mennesker, knyttet til hverandre, da prosessen er samspill. Sykepleie er en mellommenneskelig forbindelse, hvor sykepleieren hjelper en pasient, en familie eller et samfunn med å forebygge eller takle en sykdom eller lidelse på måter som kan hjelpe med å finne mening med opplevelsen. Travelbee hevder at menneske-til-menneske-forholdet er bygges opp av fire faser og disse fire fasene handler om: innledende møte, fremvekst av identitet, empati og sympati (Travelbee, 2001, s.171-172).

På den andre siden beskriver Norsk sykepleierforbund (NSF) sykepleierens særegne funksjon som helsefremmende og forebyggende. Dette vil iverksettes ved å ivareta grunnleggende behov for personer som blir utsatt for helsesvikt eller sykdom. Dessuten deltar sykepleiere i behandling av pasienter ved å ha tverrfaglig samarbeid slik at pasienter gjenvinner god helse (Sykepleie, u.å.). Det vil si at sykepleiere har ansvar for å ta vare på mennesker, ut ifra deres behov og forutsetninger i løpet av livet. Denne beskrivelsen av sykepleierens særegne funksjon fra NSF har noen fellestrekk med Hendersons syn på sykepleieren. Virginia Henderson er en amerikansk sykepleier født i 1897. Hun utarbeidet en sykepleieteori og definerer sykepleierens særegne slik:

“Sykepleierens særlige funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død” (Henderson, 2011, s. 150).

Henderson sin definisjon legger vekt på at sykepleiere har som sitt grunnleggende formål å ivareta menneskes grunnleggende behov. Hennes grunnleggende behov inneholder 14 punkter som er å puste normalt, å spise og drikke tilstrekkelig, å få fjernet kroppens avfallsstoffer, å opprettholde riktig kroppsstilling når man ligger, sitter, går og står, å skifte stilling, å sove og

hvile, å velge passende klær og sko, å kle av og på seg og å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur. De første ni punktene handler om fysiologiske aspekter og det tiende og fjortende er psykologiske aspekter ved kommunikasjon og læring. Det ellefte punktet er åndelig og moral. Den tolvte og trettende komponenten er sosiologisk orientert til yrke og rekreasjon (Mathisen, 2011, s. 153).

Henderson hevder at hvert enkelt menneske har grunnleggende behov som er komponenter i helse og trenger hjelp for å oppnå helse og uavhengighet, eller hjelp til å oppnå en fredelig død. Ifølge henne oppnår en person helhet ved å opprettholde fysiologisk og emosjonell balanse (Mathisen, 2011, s. 153).

3 Metode

3.1 Fremgangsmåte

For å kunne svare på problemstillingen benytter oppgaven fagbøker, artikler fra ulike tidsskrifter og ulike forskningsartikler. Bruk av de ulike litteraturer for belyser vår kjernespmåål i problemstillingen fra ulike vinkler. Derfor vil vår oppgave fokusere på både fagbøker og forskningsartikler for å kunne få bred oversikt av effekten til bruk av musikkterapi. Når det gjelder forskningsartikler har vi brukt ulike databaser som inneholder engelskspråklige tidsskrifter innenfor sykepleie fra forskjellige deler av verden. Disse tidsskriftene inkluderer både enkeltstudier, Randomiserte kontrollerte studie og systematisk oversiktsartikler basert på kvalitativ eller kvantitativ metode.

3.2 Søkestrategien og relevante søkeord

For å anskaffe teori og informasjon til vår problemstilling har vi benyttet litteraturstudie. Litteraturstudie er en studie som prøver å samle inn systematisert kunnskap av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015, s. 79). Det vil si at det er en skriftlig kilde som kan gi oppdatert kunnskap og bedre innblikk i problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 81). Gjennomgang av litteraturen rundt en problemstilling handler om at man skaffer seg teori og kunnskap basert

på praksis fra tidligere forskning (Sykepleieforskning, 2018). På grunnlag av kunnskapsbasert praksis har vi gjort litteratursøk som er relatert til vår problemstilling: «Hvordan kan musikkterapi øke livskvaliteten hos pasienter med demens på sykehjem?» Dette har vi gjort ved å utarbeide en PICO. PICO er et godt hjelpemiddel som er mest brukt i litteratursøk innen helsefag for å definere et forskningsspørsmål og kjerneproblem (Smyth og Craig, 2012, s. 58). PICO står for «Patient, Intervention, Comparison and Outcome». En kan da identifisere nøyaktig informasjon på den mest effektive måten (Smyth og Craig, 2012, s. 58). I vårt tilfelle har vi ikke noen å sammenligne med (Comparison), så derfor blir det bare PIO. Først gjennomførte vi gratis tekstsøk i Google. Google hjalp oss med å finne ulike termer som kan beskrive de forskjellige variantene av termer til å beskrive i PIO-komponenter. Deretter søkte vi etter MeSH-ord eller -termer for å øke antall treff på de forskjellige emne ordene som ble brukt i ulike artikler. Vi har valgt å søke MeSH-term av de ordene som er brukt i vår problemstilling på norsk og de er «demens», «musikkterapi», «livskvalitet» og «sykehjem» for å finne forskning på norsk. Samtidig fant vi MeSH-ord på engelsk for å gjøre det lettere for oss å finne forskning i de forskjellige databasene. De ordene som ble brukt er «dementia», «nursing home», «music therapy», «wellness» og «quality of life». Vi har søkt på disse ordene hver for seg og i forskjellige kombinasjoner i ulike databaser som PubMed, Cochrane Library, PsycINFO, CINAHL og MEDLINE.

Nøkkelen for PICO- komponentene i denne problemstillingen:(Se vedlegg I)

3.3 En presentasjon av databaser

Vi valgte å bruke databaser som skulle fylle de fleste pyramider som BMJ Best Practice, UpToDate, McMaster PLUS, Epistemonikos, MEDLIN, PubMed, Cochrane Library, PsycINFO og CINAHL. De databasene som er øverste i pyramide har ikke gitt oss noen treff. Men databasene CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, MEDLINE og PubMed har gitt oss gode resultater og variert antall treff. Dessuten er noen forskningsartikler publisert på alle de fem databasene. Det første vi gjorde var å søke etter hver enkelt MeSH-term og deretter kombinerte vi de ordene som er under «P» med «OR» for å få flere synonymer i en artikkel med de forskjellige MeSH-termene. Dette har vi gjort tre ganger for både «I» og «O». For å kombinere de søkeordene brukte vi «AND» slik at vi fant de relevante artiklene (Se vedlegg II). Formålet med å søke på denne måten er at artiklene skal inneholde flest mulig av de

ordene vi har søkt etter. På den måten gjenstår mange færre artikler. Vi avgrenset også søket med et bestemt årstall, etter 2008, og alder av pasienter over 65 år. I tillegg sorterte vi artiklene slik at de skulle inkludere begge kjønn, fulltekst og engelskspråklige for det meste. I dette tilfellet ble artikkelsøket mer presist og de fleste artiklene var relevante for bruk i vår oppgave.

3.4 Inklusjon og eksklusjon

Når man jobber med litteratursøk er det viktig med inklusjonskriterier. Inklusjonskriterier gjør at det er enklere å finne relevante artikler. Polit og Beck (2010) hevder at inklusjonskriteriene gjør det lettere å vite hva artiklene en søker etter skal inneholde og eksklusjonskriteriene handler om hva artiklene ikke skal inneholde. Litteratursøket vårt har gitt oss 45 artikler 34 av dem blir fjernet basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. I tillegg ble 8 artikler utelukket etter at det viste seg at de var ikke relevante nok for vår problemstilling. Dette ble gjort etter vi leste tittelen og sammendraget for artiklene. Da endte vi opp med 5 artikler hvor to er systematiske oversikter og meta analyse en er en oversiktsartikkel og to er RCT. Systematisk oversikt er oppsummering av flere artikler og relevante innenfor samme emne (Thidemann, 2015, s. 81), mens meta analyse er en teknikk som er basert på statistikk for å sammenligne resultater fra tidligere artikler. Randomisert kontrollert studie(RCT)er den mest effektive måten å gå frem på for å presisere effekten av tiltak. Disse artiklene er oftest kombinert med årsak og virkning av en kvantitativ data.Grunnen til det er at den vil fordeles tilfeldig på de på kontroll- og intervensjonsgruppe og dette kan hjelpe å forhindre faktorer som forårsaker utfallet ved å dele likt i grupper (Thidemann, 2015, s.73-98). Kvaliteten på de inkluderte artiklene ble vurdert med Critical Appraisal Skill Program(CASP sjekklister)(CASP, 2017). Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier er som følger:

Inklusjonskriterier

- Eldre demente som er over 65 år
- Alle typer demensdiagnoser
- De ulike grader av demens (det vil si mild, moderat og alvorlig)
- Alle typer musikkterapi som inkluderer individuelt og i gruppe
- Kvinner og menn som bor på sykehjem

- Artikler med fulltekst og IMRAD-Strukturert
- Artikler som er publisert etter 2008
- Engelske og norske artikler
- Forskningsartikler som inkluderer både kvalitativ og kvantitativ metode
- Artikler som er godkjent av etisk komité

Eksklusjonskriterier

- Artikler med skandinaviske og andre europeiske språk
- Artikler som er publisert før 2008
- Demente Pasienter under 65 år
- Pasienter som ikke bor på sykehjem
- Forskning som ikke følger IMRAD-Strukturert
- Artikler hvor de er ikke godkjente av etisk komite

3.5 Analyse og syntese

Analyse av data og litteratur er et viktig arbeid når en jobber kunnskapsbasert. Når man analyserer, skal man kunne tolke hva forfatteren vil fortelle i teorien, statistikker og teksten som kommer fram i undersøkelsen. Målet med analysen er at leseren skal sammenlikne det forfatteren vil formidle med en selvstendig gjengivelse og betraktning av de utvalgte vitenskapelige artikler (Øyen og Solheim, 2013, s. 83). Det kan hjelpe å trekke ut de viktige elementene i studiene og kan fremme hva forfatter prøver å fortelle til leseren. Ved valg av forskningsartikler leser man sammendraget for å se om de inkluderer de inklusjonskriteriene som man etterlyser i forskningsartikler. Det kan også være nødvendig å lese artikkelen flere ganger for å fange opp detaljer både i sammendrag og fulltekst (Thidemann, 2015, s. 91).

Deretter kan man bruke analysedelen som grunnlag for problemstilling og diskusjon. Siden analyseobjektet kan brukes som utgangspunkt i oppgaven, kan leseren få god oversikt i tolkning og mening. Av den grunn må forskningsartikkelen være troverdig med tanke på hvor gamle de er, hvilke forskningsmetoder som blir brukt og ikke minst hva resultatene påpeker (Thidemann, 2015, s. 90).

3.6 Kildekritikk

Når en jobber med en akademisk oppgave er det viktig med pålitelige kilder. Kildekritikk er viktige metoder som brukes for å bedømme om ulike typer kilder er troverdige. Gode kilder anvender oppgaven til troverdighet, objektivitet, enhet og høy grad av nøyaktighet (Orgeret, 2017). For å kunne være kritisk til troverdigheten av en kilde, bør man vite hvem som gir informasjonen. Ved å ta hensyn til hvem forfatteren eller forskeren er, utgivelsesdato og hvem er artikkelen skrevet for, kan man vurdere om informasjon er pålitelig (Thidemann, 2015, s. 89). Oppgaven benyttet nettkilder, fagbøker og forskningsartikler. Ved bruk av nettkilder må man tenke nøye over kvaliteten av informasjonens innhold og publiseringsdato. Fokuset ved bruk av nettkilder var å hente informasjon fra anerkjente nettsteder som Store Norske Leksikon, Norsk Helseinformatikk og andre lignende nettsteder. Grunnen til det er for å sikre kvalitetskontroll og samt for å unngå feilkilder som ligger bak informasjonen.

Fagbøker er et effektivt utgangspunkt for å skrive oppgave og kan gi en oversikt over innflytelsesrike overblikk av forfatterne innen faget (Dalland, 2014, s. 68). Noen av de relevante fagbøkene som ble brukt i oppgaven, var mer enn ti år gamle. Utfordringen med dette er at man kan få mangelfull, utdatert kunnskap. Oppgaven benyttet også tolkning eller oversetting av de inkluderte engelskspråklige artiklene. Dette kan minske troverdigheten til en kilde fordi det er en risiko for at tolkningen av en artikkel ikke er i samsvar med originalteksten (Dalland, 2014, s.145).

3.7 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser dreier seg ikke bare om å følge regler, men også om at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt kan medføre og hvordan vi kan håndtere dem (Dalland, 2012, s. 95). Når vi har valgt temaet for vår oppgave, planlegger og vurderer vi hvilke studier som er relevante for å besvare problemstillingen vår. En bør være oppmerksom når en jobber med litteraturstudium at det er tydelig i teksten at teorien er basert på forskning og litteratur med troverdighet og god kvalitet. Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 145) hevder at når man skriver av egen forståelse og oppfatninger er det viktig at teksten skal henviser til kilder på en tilfredsstillende måte, slik at leseren kan se hvor litteraturen hentes fra og i hvilken grad leseren kan stole på resultatene som kommer fram i teksten. Alle artiklene i

oppgaven er godkjent av en etisk komité og oppfyller krav som informasjon om samtykke, anonymitet under undersøkelsen.

I etterkant av de etiske overveielserne som kan oppstå i en undersøkelse, kan oppstå utfordringer alle leddene fra organisering til gjennomføring (Dalland, 2014, s. 96). I sammenheng med dette tenker man om det har oppstått etisk konflikt pasient og helsepersonell eller musikkterapeuten ved gjennomføring av undersøkelsene i de utvalgte artiklene. Det kan være vanskelig å vurdere basert på forskningsartikler som er gjennomført av andre, men ved å lese kritisk og reflektert vil man spørre om alle deltakere hadde samtykkekompetanse. Et eksempel på det er studien til Ridder, Stige og Qvale (2013), hvor det står at etter at pasientene ble vurdert for kvalifisering av deltakelse, måtte i de fleste tilfellene familiemedlemmer eller slektninger signere for samtykke. Parallelt med dette er hvordan oppførselen og holdningen til sykepleiere eller helsepersonell var dersom pasienter ikke hadde lyst til å delta i musikkterapien, og hva de gjorde for å motivere pasientens deltakelse i undersøkelsen. Dette er med tanke på dagsformen til pasienten og hvilke beslutninger det tas når personen ikke vil delta i de timene som ble satt for musikkterapi

4. Resultater

I dette kapitlet presenterer vi resultatene for de utvalgte forskningsartiklene som er relevante for vår problemstilling. Hensikten med dette er å se om musikkterapi kan brukes som et verktøy for å øke livskvalitet ved å redusere depresjon, utfordrende atferd og angst for eldre demente pasienter på sykehjem.

4.1 Artikkel 1

"Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial"(Ridder, Stige og Qvale, 2013, s 667- 678)

Studien handler om hvordan individuell musikkterapi kan redusere agitasjon for pasienter med moderat og alvorlig grad av demens som er bosatt på sykehjem. I dette tilfellet har studien vist en særlig effekt der det er en-mot-en-sosialisering. Studien viser virkning av

musikk når det gjelder å vekke mer engasjement når pasientene sang med enn da de bare hørte på musikken. Forskningen viser gjennomsnittlig utfall knyttet til agitasjon og livskvalitet under behandling av musikkterapi og standardisert omsorg. Forskerne har utført en randomisert kontrollstudie hvor pasientene er delt tilfeldig i to grupper, hvor en av gruppene får musikkterapi mens den andre gruppen har fått kun standard omsorg i 14 uker. Alle deltakere fikk tilbud minst 12 musikkterapi økter og øvelsene holdt i gjennomsnitt på i 33,80 minutter.

Utfallet på agitasjon blir vurdert med Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI)og livskvalitet ble målt med Alzheimer's Disease-Related Quality of Life(ADRQL). Resultatene viste at agitasjon økte ved standardbehandling men ble redusert under behandling med musikkterapi. Under standardbehandling økte frekvensen av agitasjon med 0,46 mens det gikk ned med musikkterapi på -2,96. Forskjellen var ikke statistisk signifikant men denne har nådd et signifikant resultat på $p=0,027$ med medium effektstørrelse. Når det gjelder livskvalitet (ADRQL) viste resultatene en reduksjon under standard omsorg, men en økning under musikkterapi.

4.2 Artikkel 2

"Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : A systematic Review and Meta-Analysis"(Tosi et al., 2017, s. 568-576)

Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse som undersøkte effekten av interaktiv musikkterapi og mottakelig musikkterapi til å redusere agitasjon, utfordrende atferd, angst, depresjon og apati. Artikkelen analyser interaktiv og mottakelig musikkterapi i ulike kontroll forhold med kontrollgruppe som utførte vanlig pleie og andre kontrollgruppe som ble engasjert i en annen aktivitet enn musikk. Interaktiv musikkterapi ble gjort under tilsyn av en musikkterapeut ved å synge eller spille instrumenter. Reseptiv musikkterapi er derimot selvstyrt med minimal involvering av musikkterapeut, der pasienter lytter til sin egen favorittmusikk. Resultatene viste at deltakere som fikk mottakelig musikkterapi hadde signifikant reduksjon i psykiatriske symptomer og atferdsproblemer sammenlignet med kontrollgruppe. Effekten av mottakelig musikkterapi viste i hovedanalysene og i

følsomhetsanalyser ved bruk av Standardized mean difference (SMD) på $P = -0,05$. Utfallene ble målt med de 5 mest brukte klinisk vurderingsskalaer Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og Neuropsychiatric Inventory-Apathy (NPI), Rating Anxiety in Dementia (RAID), Depression Scale-30 items (GDS-30) og Mini-Mental State Examination (MMSE). Deltakere som fikk interaktiv musikkterapi hadde signifikant reduksjon i depressive symptomer i forhold til motakkelig kontrollgruppe.

4.3 Artikkel 3

"The effects of music therapy for older people with dementia" (Wall og Duffy, 2009, s. 108-113)

Dette er en oversiktsartikkel som vil undersøke effekten av musikkterapi på atferd hos eldre demente. Artikkelen består av 10 kvantitative studier, to kvalitative studier og en triangulær forskningsstudie. Studien inkluderer artikler fra blant annet Australia, USA, Japan, Canada, Sverige, Sør-Korea og Taiwan. Flertall av disse artiklene rapporterte at effekten av musikkterapi viste en nedgang i symptomer på verbal og nonverbal agitasjon, irritasjon, angst og stress rett etter behandling. Forskingen innbefatter at omsorgsarbeidere og familiemedlemmer også kan gi musikkterapi for å indusere terapeutisk effekt. I tillegg til reduksjonen av verbal og nonverbal agitasjon, fører musikkterapi også til økt selvsikkerhet, mestring, sosial stemning, øyekontakt og trivsel. For å evaluere funnene ble det brukt Behaviour pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD-skala) og Mini-mental state examination (MMSE) før og etter behandlingen. Forskeren nevner at i det øyeblikket der det er musikkterapi tilstede, reduseres irritasjon, urolighet og engstelse, men effekten kan forsvinne over tid på grunn av mangel i forutsigbar og strukturell kvalitet. Studien har også kommet fram til at ved å bruke av musikkterapien bidrar til å stimulere gjenværende evner og bidra til økt livskvalitet hos demenspasienter.

4.4 Artikkel 4

"Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis" (Zhang et al., 2016, s. 1-11)

Det er en systematisk oversikt og en meta-analyse. Hensikten med studien var å finne ut effekten av musikkterapi på utfordrende atferd, nedsatt kognitiv funksjon, depresjon og angst.

Studien er delt i primære og sekundære utfall basert på før og etter musikkterapi behandling. Det primære utfallet var kognitiv funksjon, og de sekundære resultatene var atferds- og nevropsykologiske symptomer inkludert apati, angstsymptomer, depressive symptomer, agitasjon eller atferdsproblemer. Resultatene er fremstilt som en sammenligning mellom bruk av musikk i form av aktiv musikk, passiv musikk og kunstterapi kontra aktivitet og vanlig pleie. Gruppene hadde lignende verdier i alder, kjønn, utdanningsnivå, MMSE skala og NPI-skala. Artikkelen har vist at hverken mottakelig eller interaktiv musikkterapi har effekt på kognitiv funksjon. Passiv form av musikkterapi har derimot gitt statistisk signifikant effekt når det gjelder angst, depresjon og atferdsproblemer hvor $P (<0,005)$. Studien brukte Geriatric Depression Scale (GDS) og Cornell Scale Depression in Dementia (CSDD) for depressive symptomer, og i tillegg Rating Anxiety in Dementia (RAID) for å vurdere den kliniske effekten av terapien. Studiene foreslår at interaktiv musikkterapi kan ha innvirkning når det gjelder utfordrende atferd og kognitiv funksjon.

4.5 Artikkel 5

"Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia" (Sakamoto, Ando og Tsutou, 2013, s. 775-784)

Dette er en randomisert kontrollstudie hvor de har delt pasienter i to grupper. Hver enkelt gruppe hadde 13 pasienter og de ble delt opp i passiv, interaktiv og kontrollgruppe. I kontrollgruppen og den passive gruppen lyttet pasientene til musikk uten direkte interaksjon med musikkterapeut eller omsorgsperson. I den interaktive gruppen ble det gjennomført individuell musikkterapi med hver enkelt deltaker av en musikkterapeut. Forskningen vil undersøke forskjeller på kortsiktig og langsiktig effekt av passiv og interaktiv tilnærming ved hjelp av individualisert musikk på pasienter med alvorlig grad av demens. Bakgrunnen for studien er at pasienter med demens ofte har dårlig livskvalitet QOL når det gjelder atferdsforandringer og psykologiske symptomer (APSD). De har benyttet et individuelt musikkutvalg som er tilknyttet til spesielle minner for hver enkelt deltaker. Resultatene ble evaluert av to musikkterapeuter og fire kvalifiserte sykepleiere. For å måle kortsiktig effekt, ble det brukt autonome nerve indeks, hjertefrekvens (HF) og puls (HR). Den kortsiktige

effekten av interaktiv deltakelse resulterte i redusert stressnivå og økt positiv følelsesmessig respons umiddelbart etter behandlingen på $P = 0,016$. Den langsiktige effekten av interaktiv musikkterapi har vist redusert score på Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia og(BPSD), og The Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD). Under studien var det ingen medikamentelle endringer, og alle fullførte studien. Forskerne understreker at funnene indikerer at interaktiv musikkterapi kan være effektiv i en forbedring av relasjoner mellom pasientene og på den måten kan føre til en økning av livskvalitet

5 Diskusjon

5.1 Effekt av musikkterapi på kognitiv funksjon og adferdsproblemer

Sakamoto et al. (2013) viser at demens ofte er forbundet med redusert kognitiv funksjon, som igjen kan føre til atferdsproblemer. Kognitiv svikt hos eldre demente kan føre til økt tendens til utrygghet, agitasjon og kan dermed gi nedsatt livskvalitet. I studien til Zhang et al.(2016) fant forskerne ut at aktiv musikkterapi hadde umiddelbar og positiv virkning når det gjelder atferd og kognitiv funksjon hos demente pasienter, uavhengig av alvorlighetsgrad av demens. Zhang et al. (2016) mener også at disse resultatene tyder på at musikkterapi hadde effekt uansett hvilken gruppe pasienten var deltaker på. Videre hevder Zhang et al., (2016) at ved lytting til og aktiv deltakelse i musikk aktiveres ulike deler av hjernen, og dermed stimuleres den kognitive funksjonen. Det anbefales å ta i bruk musikkterapi for eldre med demenssykdom, spesielt interaktiv musikkterapi. Til tross for at Zhang et al., (2016) påviser at musikkterapi har positiv effekt på kognitiv funksjon, er det uklart hva de kognitive funksjonene omfatter, for eksempel om det handler om orientering i tid, orientering i plassering, registrering, korttidsminne, oppmerksomhet eller språk. Studien er ikke tydelig på om musikkterapi har permanent effekt eller om det er korttidseffekt på kognitive funksjoner.

Flere av de inkluderte studiene, blant annet Ridder et al. ,(2013), Tsoi et al. ,(2017) og Wally og Duffy (2009) fremhever at musikkterapi har positiv effekt på APSD, særlig på urolig atferd som betegner agitasjon. Ridder et al.,(2013) beskriver helsepersonellens erfaring med etterbruk av musikkterapi. Det kommer frem at pasientene som deltar i musikkterapi er

mindre agiterte, roligere og smiler mer enn før. Pasientene er mer engasjerte og deltar i musikkterapi. Ridder, et al., (2013) hevder også at individuell musikkterapi bidrar til å redusere bruk av psykofarmaka sammenliknet med vanlig pleie og behandling. Wally og Duffy (2009) viser også til at musikkterapi bidrar til at deltakerne viser en forbedring i humør og sosiale ferdigheter, og at helsepersonell har en viktig rolle i bruk av musikkterapi. Demenspasienter kan ha begrensninger med tanke på språk, hukommelse, og derfor kan samhandling mellom musikkterapeuten og pasienten noen ganger oppleves som utfordrende. I dette tilfellet kan sykepleiere og andre omsorgsgivere være en god ressurs når musikkterapeut er tilstede. Sykepleiere og andre omsorgsgivere har som oftest gode relasjoner til og kjenner pasienter bedre enn musikkterapeuten, som ikke møter dem så ofte. God informasjon om pasientens historie, vaner og sykdom kan gjøre det lettere å finne musikk tilpasset hver enkelt pasient, som dermed får bedre utnytte av musikkterapi (Rokstad og Smebye, 2008, s. 166).

Wally og Duffy (2009) skriver at musikk kan bli brukt til å stimulere språkfunksjon, gir positiv følelse, bidrar til engasjement og øker sosial deltakelse. Musikken kan derfor være et godt verktøy for å skape kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Travelbee (2011, s.211) hevder at sykepleiere blir kjent med pasienter gjennom kommunikasjon. Kommunikasjon er et hjelpemiddel for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Personer med demens kan ha ulike grader av kommunikasjonsproblemer og har vansker med å uttrykke sine ønsker og behov. Pasienter kommuniserer ikke bare verbalt, men også nonverbalt med sykepleier gjennom sitt ansiktsuttrykk, gjennom atferd, manerer og gester (Travelbee, 2011, s. 138). Sykepleiere bør være oppmerksomme på hva som ligger bak disse tegnene. Dersom sykepleiere oppfatter og tolker pasientens budskap korrekt, er det lettere å ivareta pasientens behov.

Studien til Tsoi et al., (2017) inkluderer både Systematisk oversikt og meta-analyse for å evaluere og sammenligne effekten av aktiv og passiv musikkterapi. Dette blir gjort for å kunne sammenligne ønskelig effekt av musikk som tiltak. Tsoi et al. (2017) sammenligner alle de tre gruppene og resultatene viser at passiv musikkterapi som for eksempel å lytte på instrumental musikk eller musikk som pasienten har vært veldig glad i, har gitt positivt effekt med tanke på reduksjon av agitasjon, atferdssymptomer, angst og apati. Dessuten deltok de fleste som hadde aktiv musikkterapi i gruppe, mens de som hadde passiv musikkterapi brukte en individuell tilnærming. Det kan være en fordel å bruke individuell musikk som betyr mye for pasienten for å kunne oppnå de beste resultatene.

5.2 Effekt av musikkterapi på livskvalitet

Livskvalitet kan oppfattes på forskjellige måter avhengig av personens bakgrunn, alder og helsetilstand. For de demente kan begrepet livskvalitet virke uopnåelig og utfordrende (Tretteteig, 2016, s. 243-245). Travelbee stiller gode spørsmål om hva sykepleierens profesjonelle ansvar er overfor pasienter som er rammet av uhelbredelig sykdom, og som opplever at livet ikke har noen mening (Travelbee, 2011, s. 221). Sykepleierens ansvar handler ikke bare om å administrere medisin og behandle den aktuelle sykdommen, men også om å hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i å hjelpe pasienten med å opprettholde optimal livskvalitet.

I de siste årene har det blitt gjort flere studier om hvordan musikkterapi kan påvirke livskvalitet hos eldre demente, blant annet våre utvalgte studier fra Ridder et al., (2013) og Sakamoto et al., (2013). Musikkterapi kan benyttes på forskjellige måter og i ulike situasjoner for pasienter med demens. Ridder et al., (2013) hevder at musikkterapi i omsorgssituasjoner ikke bare reduserer atferdsproblemer, men at den også bidrar til en økning i trivsel for demenspasienter som bor på sykehjem. Personer med demenssykdom kan ha redusert evne til å tilpasse seg andre mennesker og omgivelsene sine. Det samme gjelder musikk, siden musikksmak og preferanser er veldig individuelle og må tilpasses den enkelte lytter. Kvamme (2008, s. 495) påpeker at individualisert musikk hos demensrammede har positiv effekt på kognitive, fysiske og psykososiale områder. Man bør ta hensyn til hver enkelt og benytte preferansebasert musikk.

Videre hevder studien til Ridder et al., (2013) at gjensidighet mellom helsepersonell og demente pasienter er en viktig del av denne musikkterapien og kan føre til positive resultater. Til tross for at eldre demente har demensdiagnose, er fysiske og psykiske funksjoner og andre sykdomstilstander ulike. Personer som er rammet av demenssykdom kan ha ulikt syn og ulikt oppfattelse av musikk (Tretteteig, 2016, s. 242). Disse faktorene kan være utfordrende for helsepersonell og musikkterapeuter med tanke på å ta hensyn når man skal opprettholde en individuell tilnærming til musikkterapi. Dermed kan dette påvirke resultatene. En annen faktor som kan påvirke resultatene av Ridder et al. (2013) sin studie er få antallet pasienter som deltar i forskningen, på tross av det er 14 sykehjem som deltar i forskningen.

I studien til Ridder et al., (2013) ble musikkterapi benyttet som en del av den daglige rutinen, noe som er positivt for denne oppgaven fordi eldre med demens trives best i kjente omgivelser. Et annet positivt element ved denne studien er at forskningen er utført i sykehjem i Danmark og Norge. Norge og Danmark kan ha noen likheter når det gjelder plattformen for eldreomsorgen. Derfor blir det lettere å anvende denne intervensjonen i praksis.

En annen lignende studie fra Sakamoto et al. ,(2013) viser at individuell interaktiv og passiv musikk intervensjon som knyttes til spesielle minner, reduserer stress og øker avslappethet hos demenspasienter. Musikk kan virke beroligende og fremmer gode minner fra fortiden, men man bør være klar over at musikk kan også fremkalle vonde minner. Videre hevder Sakamoto et al. at musikkterapi gir en reduksjon i APSD to uker etter intervensjonen. Interaktiv musikkterapi viser lengre effekt på APSD enn passiv musikk, men viser effekt på reduksjon på APSD på begge musikkterapiene forsvinner tre uker etter intervensjonsperioden. Dette viser at for å opprettholde gunstig effekt bør musikkterapien fortsette med jevne mellomrom. Det er viktig med jevnlig musikkterapi, oppfølging og vurdering for å sikre ønsket effekt hos den enkelte pasienten.

5.3 Utforming av musikk tiltak

Musikk har blitt brukt som medikamentfritt tiltak både i de relevante artiklene vi har funnet og i observasjonspraksis på sykehjem hvor det finnes pasienter med demens i ulike faser av sykdomsforløpet. Tsoi et al., (2017) viser at musikkterapi for pasienter med demens over 65 år har gitt et betydelig resultat, og anbefaler musikkterapi på det sterkeste. Studien til Tsoi har også påpekt at musikk har en effekt nesten uten noen bivirkninger og dermed kan redusere overdreven bruk av antipsykotiske medisiner som blir brukt for å redusere atferdssymptomer. I de fleste forskningsartiklene ble det brukt aktiv musikk og passiv musikk. Aktiv form av musikk inkluderer å synge, klappe med hendene, bevegelse, spille forskjellige musikkinstrument, snakke med andre og danse. På den andre siden er passiv form av musikk å lytte til CD-spiller eller se på TV på rommet alene eller sammen med andre. Passiv musikk brukes av pasienten selv, eller ved hjelp av personell (Tsoi et al., 2017).

Musikk er et universelt språk med mange formål og kan brukes terapeutisk i helsevesenet (Berentsen, 2008, s. 167). Vår oppgave har som mål at musikk skal være lett tilgjengelig og enkel å bruke uavhengig av musikk kompetanse. Det er ikke tydelig i studiene hvordan musikkterapi skal anvendes i praksis. Det er ingen konkrete forslag til hvilken musikk man kan bruke og i hvilken situasjon. Hva slags musikk kan man bruke når pasienten er urolig? Trenger pasienter rolig eller aktiv musikk i stellesituasjonen? Hva slags musikk passer best til måltid? Skal musikkterapi brukes mens pasienten er rolig, eller kan man benytte musikk under utfordrende atferd? Når sykepleiere bruker musikkterapi i arbeidet med demente pasienter må de være klar over hva de ønsker å oppnå for den enkelte (Berentsen, 2008, s. 202).

Musikk har lenge blitt brukt i demensomsorgen i Norge. Mange sykepleiere på sykehjem har tatt i bruk musikk i møte med demente beboere fordi de opplever at musikk bidrar til bedre kontakt og samarbeid. Mange sykehjem velger å knytte seg til egne musikkterapeuter (Solheim, 2015, s. 238). I all inkludert forskning blir musikkterapi utført av musikkterapeuter, sykepleiere og annet helsepersonell som har fått opplæring. Musikkterapeuter deltar som regel aktivt i musikktimen, mens sykepleiere deltar indirekte og har oppgaven å tilrettelegge og observere pasienter.

Funnene viser ikke om effekten av musikk er best når musikken gjennomføres av musikkterapeut eller av sykepleier. Man kan diskutere om sykehjem må benytte seg av musikkterapeut eller om sykepleier og annet helsepersonell kan utføre musikkterapi selv på sin arbeidsplass. Er sykepleier kompetent nok til å utføre musikkterapi på en hensiktsmessig måte? Musikkterapeuter har en spesialkompetanse som bygger på kunnskap om musikk og hvordan musikkopplevelsen har helsefremmende virkning. Med sin kompetanse tilrettelegger musikkterapeuten ut ifra pasientens preferanser og behov (Solheim, 2015, s. 240). Selv om musikkterapeuter er opplært til å gi denne behandlingen, er disse terapeutene kanskje ikke tilgjengelige i alle helsesektorer.

I studiene er det svært lite fokus på å involvere annet helsepersonell i musikkterapien. Grunnen til dette kan være begrensninger av ressurser som bemanning og økonomi. Sykepleierens funksjon i forbindelse med musikkterapi er uklar i alle de inkluderte studiene, og det er nødvendig med videre forskning på dette området. Det kan for eksempel være

verdifullt å undersøke effekten av musikkterapi på demenspasienter utført av sykepleier, hvor sykepleieren får hjelp av musikkterapeuten til å sette opp musikktiltak, slik at sykepleier kan utføre musikkterapi uten at musikkterapeut er tilstede.

5.4 Svakheter og styrker i litteraturen

Alle funnene fra litteraturgjennomgangen er i høyeste grad sammenfallende med vår hypotese og teorirammeverk. Anerkjente måleverktøy som MMSE, CMAI, ADRQL, NPI, GDS og CSDD benyttes i de fleste studiene. I studiene har sykepleiere som får god opplæring ansvar for registrering av disse måleverktøyene. På denne måten kan resultatet baseres på sykepleierens subjektive vurdering og tolkning av pasienter. Tilsynelatende kan resultatene som er utført av en passiv observatør påvirke validiteten av forskningen. Når pasienter har store variasjoner i kognitive funksjoner og redusert innsikt i sin egen situasjon, hvordan kan de da beskrive sin subjektive opplevelse av livskvalitet? Kan disse måleverktøyene virkelig avdekke en dement person sine tanker, følelser og behov? (Kruger, 2006, s. 68).

Pasientdatainnsamling gjennomføres ved nøye intervjuer med hver enkelte deltaker, deres pårørende og helsepersonell. Pasienter som har tilleggsdiagnoser og andre funksjonssviker blir tatt hensyn til. Deltakerne blir henvist fra helsepersonell med god faglig bakgrunn. Dette kan være et dilemma, når pasienter ikke har mulighet til å delta aktivt og avgjøre om de har god nytte av musikkterapi. Når man arbeider med personer som er rammet av demenssykdom, er det viktig med etiske refleksjoner. Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, kommer pasienter til å stadig trenge mer hjelp. I praksis er det sykepleier eller pårørende som er den som oftest tar de valgene som man synes er fornuftige for demenspasienter. Hvordan kan man da vite om de valgene man har gjort, er riktige og om det virkelig er dette pasient ønsker? (Berentsen, 2008, s. 133)

Ut ifra de inkluderte funnene kommer det ikke tydelig frem hvor på sykehjem musikkterapi bør foregå, om det er stuen, pasienten sitt rom eller andre plasser som gir best effekt. Når det gjelder tidspunktet for musikkterapien i de inkluderte studiene er det ikke tydelig når det er mest hensiktsmessig å utføre denne. Hvis pasienter har vært gjennom krevende stell eller har vært i en situasjon med mye stimuli, kan pasienten ha vanskelig for å konsentrere seg og det

fører til at man ikke oppnår den ønskede effekten. Det er usikkert om tidspunktet for musikkterapien har stor betydning for om pasienten oppnår et godt resultat av musikken.

Andre variabler som kan spille en viktig rolle i effekten av musikkterapi er varigheten av musikkstunden. Gjennomsnittlig varighet av musikkterapi fra de inkluderte studiene er 30 minutter, en gang i uken i tre uker. Som tidligere nevnt har personer med demenssykdom ofte nedsatt konsentrasjonsevne, og denne evnen varierer fra person til person. Musikkterapiens varighet bør derfor tilpasses den enkeltes konsentrasjonsevne. For at pasienten skal oppnå best mulig effekt av musikkterapi, trenger man ytterligere forskning på varigheten av denne.

For å kunne si noe om troverdigheten av enkelte undersøkelser, må metodologisk vurdering på p-verdien være under 0,05. Siden alle de inkluderte artiklene har sammenlignet flere artikler, kan man ikke konkludere om troverdigheten. Samtidig har de vist at det er statistisk signifikant effekt på de undersøkelsene som er gjort. Grunnen til dette er at noen av studiene hadde begrensninger i en liten prøvestørrelse, og dette kan skape en risiko for bias som kan redusere metodologisk styrken. Selv om vi har tatt med oss ulike typer studier for å kunne sikre et troverdig resultat, viser likevel de inkluderte studiene stor variasjon i hvordan musikkterapien ble implementert i klinisk praksis. Hovedresultatene er i stor grad like, der musikkterapien har positiv effekt på personer som er rammet av demens.

6 Konklusjon

Vi har som mål for denne oppgaven å finne ut hvordan musikkterapi kan bidra til bedre livskvalitet hos eldre demente som bor på sykehjem. Funnene fra litteraturgjennomgangen og teorirammeverket er sammenfallende. Vi har belyst at musikkterapi har positiv effekt på kognitive funksjoner og atferdsproblemer hos eldre med demens, da spesielt individuell musikkterapi tilpasset den enkeltes behov. Resultatene viser at musikkterapi på denne måten bidrar til bedre livskvalitet. Studiene har også noen begrensninger og trenger videre forskning for å kunne sikre resultatet. Anvendelse og implementering av musikkterapi må derfor brukes med forsiktighet. På tross av at studiene ikke direkte fremhever sykepleierens funksjon i forhold til musikkterapi, er det nødvendig med sykepleierens engasjement, interesse og tid for implementering av musikkterapi for demente pasienter. Sykepleiere kan benytte seg av

funnene om musikkterapi til å påvirke alle pleieintervensjoner som foregår på institusjon. På denne måten vil kunnskap om musikkterapi utvikle seg, noe som igjen vil bidra til bedre livskvalitet for personer med demens.

Å utføre musikkterapi for personer med demenssykdom er utfordrende, det krever omfattende kunnskap om musikkterapi. For å benytte musikkterapi på mest mulig hensiktsmessig måte er man avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Det kan være nyttig å involvere både sykepleiere og musikkterapeuten i en systematisk planlegging av musikkterapi for personer med demens. Sykepleier, pasient og musikkterapeut kan sammen skreddersy musikktiltak som er tilpasset pasientens ferdigheter og preferanser, slik at pasienten opplever trivsel og oppnår effekten av behandlingstiltaket. Musikkterapi er et lavkostnadstiltak og har stort potensiale innen demensomsorg, og anbefales i bruk for klinisk praksis for eldre demente som bor på sykehjem.

Referanseliste

- Aksnes, M. (2018,05, april). *Rytme, melodi og harmoni*. Hentet fra <https://ndla.no/nb/node/68100?fag=2602>
- Berentsen, V.D., (2008). *Demensboka - Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Oslo: Aldring og helse.
- Berentsen, V.,D., og Skovdahl, k., (2014) Kognitiv svikt og demens. Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 408-435) Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bewick, T., (2016, 7, desember). Nurses can make a difference: caring for those living with dementia [kommentar]. *Australian journal of demantiacare*. Hentet fra <https://journalofdementiacare.com/nurses-can-make-a-difference-caring-for-those-living-with-dementia/>
- Bruvik, F., Mjørud, M., & Engedal, k.(2012). utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. *Geriatrisk sykepleier*, (2), 8-14.
https://www.nsf.no/Content/884952/Geriatrisk%20sykepleie_0212.pdf
- CASP (2017) CASP Checklists. Hentet 20. mai .2019 fra <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
- Dahm. K.T., & Fønhus, M.S. (2017). *Personer med demens kan få det bedre med musikkterapi*. Sykepleier forskning. Doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub3. Tønsberg. Forlaget Aldring og helse.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Forlag. Gyldendal Norsk forlag AS
- Forsberg, C. &Wengström, Y. (2013). *Attgöra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Engedal, k, og Haugen, P.k (2009). *Lærebok demens- fakta og utfordringer*. (5.utg.). Tønsberg. Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, k., (2016). Når vi blir gamle. (red), *Musikkterapi og eldrehelse* (s.13-15) Oslo. Universitetsforlag.
- Forskrift til helse og omsorgstjenesteloven (2017). Forskrift om opphold i sykehjem for heldøgns tjenester (Lov-2011-06-24-30-§3-2a). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2017-05-31-687?q=bergen%20sykehjem>
- Gjerstad, L., Fladby, T., og Andersson, S., (2013). *Demenssykdommer: årsaker, diagnostikk og behandling*. (utg. 1). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hauge, S., (2014). Sykepleie i sykehjem. Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 265-280) Oslo, Gyldendal akademisk.

- Helse og omsorgsdepartement (2017-18) Leve hele livet-En kvalitetsforum for eldre: *Stortingsmelding* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Henningstad, S., og Hustadnes, H. (2013). *Demens: Den nye folkesykdommen*. Oslo, Kagge Forlag AS.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorg på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kristiansen, M., k., (2018). Hva skal få det til at vi skal leve hele livet. *Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*. Tidsskrift. S2-18. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/hva-skal-til-vi-kan-leve-hele-livet/>
- Kruger R.M.E(Red). (2006). *Evige utfordringer: Helsetjeneste og omsorg for eldre*. Tønsberg: Aldring og helse
- Kvamme, T., S. (2006) Musikk gir helse. Aasgaard, T.(red.), *Musikk og helse* (s. 153-168). Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Kvamme, T.S., (2008) Musikk for demensrammede - en livsnødvendighet? I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med musikkterapi*. (s. 487-497)
- Kvamme, T., S., (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens. Stensæth, k. og Trondalen, G., (red). *Musikk, handlinger, muligheter*. (s. 137- 146) Oslo. NMH-publikasjoner.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015, 28, oktober). Fakta om hjernen. Hentet 08. November, 2018 fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/fakta-om-hjernen/>
- Martyr, A., Nelsi, S., Quinn, C., Wul, Y., Lamont, R,...Clare,L., (2018).Living well with dementia: *a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia*. 2, 1-10. Hentet fra: <https://doi.org/10.1017/S0033291718000405>
- Mathisen, J., (2011). Hva er sykepleie? Virginia Henderson svar. Holter. I.M & Mekki. T. E(Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s 149-168). Oslo: Akribe As
- Myskja, A., (2006). Musikk gir helse. Aasgaard, T., (red.), *Musikk og helse* (s. 173-196). Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Myskja, A. (2011). Musikk som terapi i psykisk helsearbeid. Borge, L., & Martinsen, E.W. (red), *psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtalerapi* (s. 200-223). Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.
- Myskja, A., (2013). *Hjertet mitt har ikke demens* (1 utg.). Bergen. Cappelen Damm As.
- Nasjonalforening fro folkehelse. (2018, 04, juli). Støtteordninger og rettigheter. Henter fra 24, oktober,2018) <https://nasjonalforeningen.no/demens/stotteordninger-og-rettigheter2>
- Nilsen, V., R. (2006). Musikk gir helse. Aasgaard, T.(red.), *Musikk og helse* (s. 139-151). Oslo, Cappelen akademisk forlag
- Norsk Sykepleierforbund (u.å.). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet 12. mai 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Orgeret, K.S. (2017, 21 mars). Kildekritikk. Hentet fra: URL <https://snl.no/kildekritikk>
- Polit, D. F. og C. T. Beck (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rokstad, A.,M., M. (2012). Bruk av dementia care mapping for å utvikle personsentrert demensomsorg.

- Ridder, H.,M., (2016). Musikkterapi i en psykososial demensomsorg i pleiebolig. Stige, B., & Ridder, H. M.(red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s.59-67) (s. 133-144). Oslo. Universitetsforlag.
- Ridder, O. H. M., Stige, B., Qvale, G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rokstad, A.M.M(2008). Miljøbehandling. Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L., (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 152-179). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A.,M., M. (red). *Bedre hverdag for personer med demens* (s.134-156)
- Sykepleieforskning (2018, 6. April) Hvordan skrive en systematisk oversikt. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/11/hvordan-skrive-en-systematisk-oversikt>
- Rustøen, T., (2016). Livskvalitet og velvære. Heggstad, A., K., T., og knutstad, U., (red). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s 80-106). Oslo. Cappelen Damm AS.
- Ruud, E., (2006). Musikk gir helse. Aasgaard, T., (red.), *Musikk og helse*. (s. 17-29). Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Solheim, K.V (2015), *Demensguiden: Holdninger og handlinger i den demensomsorgen*. (utg. 3) Oslo: Universitetsforlaget
- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 775-784. <http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1017/S1041610212002256>
- Smyth, Rosalind L., & Craig, Jean V. (2012). *The Evidence-based practice manual for nurses* (3rd ed. ed.) I J. V. Craig & R. L. Smyth (red.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Strand, H., B., Tambs, k, & Engedal, k. (2018). Hvor mange har demens i Norge. *Den norske legeforening*. (2014). S 134-276. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2014/02/kommentar-og-debatt/hvor-mange-har-demens-i-norge>
- Sykepleieforskning (2018, 6. April) *Hvordan skrive en systematisk oversikt*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/11/hvordan-skrive-en-systematisk-oversikt>
- Thidemann, I., J (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 opplag) Oslo. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (opplag 6) Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.
- Tretteteig, S. (2016). Livskvalitet og mestring hos personer med demens og deres pårørende. Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka - lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s.241-256). Tønsberg: Aldring og helse forlag
- Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Ng, Y. M., Lee, M. M., Kwok, T. C., & Wong, S. Y. (2017). Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(7), 568-576. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.009>
- Trondalen, G. (2006). Musikk gir helse. Aasgaard, T.(red.), *Musikk og helse* (s. 58-69). Oslo, Cappelen akademisk forlag.

- Wall, M., & Duffy, A. (2009). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108- 113.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.2.46295>
- World Health Organization (2018). WHOQOL: *Measuring quality of life*. Hentet fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H. & Zhao, Q. (2016). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta- analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>
- Øyen, A., S og Solheim, B., (2013). *Akademisk skriving. En skriving veiledning*. (utg 1) (opplag 2). Cappelen Damm AS.

PICO**Vedlegg I**

	Norske ord	Engelske ord	Mesh-ord
P =patient/problem	-Demens -Eldre -sykehjem	-Dementia -Nursing home	- Dementia -Elderly dementia -Nursing home
I =Intervention	-Musikkterapi	-Music therapy	-Music therapy
C = Comparison	-	-	-
O =outcome	-Livskvalitet	-Quality of life -wellness - wellbeing	quality of life -wellness

Database	Search	Mesh term	Hits
CINAHL	1	Dementia	53117
	2	Nursing Home	23565
	3	1 AND 2	4154
	4	Music therapy	5292
	5	quality of life	147088
	6	Wellness	11611
	7	5 OR 6	157974
	9	3 AND 4 AND 1	16
	Cochrane Library		
	1	Dementia	20953
	2	Nursing Home	6695
	3	1 AND 2	1429
	4	Music therapy	2344
	5	Quality of life	103103
	6	Wellness	1425
	7	5 OR 6	104163
	8	3 AND 4 AND 7	45

PsycINFO			
	1	Dementia	8612
	2	Nursing home	10112
	3	1 AND 2	3343
	4	Music therapy	4687
	5	Quality of life	72443
	6	Wellness	140672
	7	5 OR 6	203091
	8	3 AND 4 AND 7	12
MEDLINE			
	1	Dementia	116077
	2	Nursing home	28841
	3	1 AND 2	4360
	4	Music therapy	3939
	5	Quality of life	310727
	6	Wellness	8650
	7	5 OR 6	318464
	8	3 AND 4 AND 7	8
PuB MED			

	1	Dementia	187256
	2	Nursing Home	44164
	3	1 AND 2	6538
	4	Music therapy	23072
	5	Quality of life	75408
	6	Wellness	15782
	7	5 OR 6	4176034
	8	3 AND 4 AND 7	34

Artikkel	Mål	Metode	Resultat	Konklusjon
Individual music therapy for agitation in dementia	The aim of this study was to examine the effect of individual music therapy on agitation in persons with moderate/severe dementia living in nursing homes, and to explore its effect on psychotropic medication and quality of life.	An exploratory randomized controlled trial	Agitation disruptiveness increased during standard care and decreased during music therapy. The difference at -6.77 (95% CI (confidence interval): -12.71 , -0.83) was significant ($p = 0.027$), with a medium effect size (0.50). The prescription of psychotropic medication increased significantly more often during standard care than during music therapy ($p = 0.02$).	This study shows that six weeks of music therapy reduces agitation disruptiveness and prevents medication increases in people with dementia. The positive trends in relation to agitation frequency and quality of life call for further research with a larger sample.
Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	To evaluate the effects on cognitive functions and behavioral symptoms between interactive and receptive music therapies for people with dementia.	A Systematic Review and Meta-Analysis	The mean difference (MD) of Mini-Mental State Examination was 0.18 [95% confidence interval (CI) -1.34 to 1.69], and -0.15 (95% CI -0.55 to 0.25), respectively. Participants with receptive music therapy had significant decrease in agitation (Cohen-Mansfield Agitation Inventory: MD = -7.99 , 95% CI -5.11 to -0.87) and behavioral	This study demonstrated that receptive music therapy could reduce agitation, behavioral problems, and anxiety in older people with dementia, and appears to be more effective than interactive music therapy. It is easy and convenient to implement receptive music therapy; therefore, we recommended the use of receptive music therapy in <u>nursing homes</u> , day

			<p>problems (Neuropsychiatric Inventory: MD = -3.02 95% CI -5.90 to -0.15) compared to usual care, while no significant difference was found between interactive music therapy and usual care in behavioral problems and <u>psychiatric symptoms</u>.</p>	<p>care centers, and client homes.</p>
<p>The effects of music therapy for older people with dementia</p>	<p>The aim of this literature review is to explore how music therapy influences the behaviour of older people with dementia.</p>	<p>A literature review</p>	<p>Thirteen studies were reviewed and the majority of these studies reported that music therapy influenced the behaviour of older people with dementia in a positive way by reducing levels of agitation. The research further identified a positive increase in participants' mood and socialization skills, with carers having a significant role to play in the use of music therapy in care of the elderly nursing. However, methodological limitations were apparent throughout each of the studies reviewed</p>	<p>Recommendations: With reference to clinical practice, the authors recommend the undertaking of further research to explore the effects of music therapy on the behaviour and wellbeing of older people with dementia</p>
<p>Does music therapy enhance</p>		<p>A Systematic Review and</p>	<p>Studies based on any type of dementia patient were</p>	<p>In summary, there was positive evidence to support</p>

behavioral and cognitive function in elderly dementia patients?		Meta-Analysis	combined and analyzed by subgroup. The standardized mean difference was -0.42 (-0.74 to -0.11) for disruptive behavior and 0.20 (-0.09 to 0.49) for cognitive function as primary outcomes in random effect models using controls as the comparator; the secondary outcomes were depressive score, anxiety and quality of life.	the use of music therapy to treat disruptive behavior and anxiety; there was a positive trend to support the use of music therapy for the treatment of cognitive function, depression and quality of life. On a local scale, older dementia patients could be encouraged to accept music therapy, especially interactive music therapy.
Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia	We hypothesized that music intervention would have beneficial effects compared with a no-music control condition, and that interactive music intervention would have stronger effects than passive music intervention.	Randomized controlled trial	Passive and interactive music interventions caused short-term parasympathetic dominance. Interactive intervention caused the greatest improvement in emotional state. Greater long-term reduction in BPSD was observed following interactive intervention, compared with passive music intervention and a no-music control condition.	Music intervention can reduce stress in individuals with severe dementia, with interactive interventions exhibiting the strongest beneficial effects. Since interactive music intervention can restore residual cognitive and emotional function, this approach may be useful for aiding severe dementia patients' relationships with others and improving QOL.

