



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.: 427

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9526

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: 1

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Individualisert musikk til personer med demens

Individualized music to persons with dementia

Kandidatnummer: 427

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.2019

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

Title: Individualized music to persons with dementia.

Background: It is estimated that the number of people who has dementia will double to 2040. Therefore, there will be even greater need for non-pharmalogical interventions to help these people, such as individualized music.

Research question: How can nurses prevent challenging behaviour and at the same time increase the quality of life amongst patients with dementia in nursing homes through music therapy?

Aim: The purpose of this task is to increase the level of knowledge about music therapy, more specifically individualized music and how it can have a positive effect on BPSD. Also find out how this can increase the quality of life for people with dementia in nursing homes.

Method: I have used literature study as a method. I have found research and literature to shed light on my research question.

Findings: The main findings of the various studies that were considered where that individualized music could work for some. It is important to spend time finding music that the patient likes, then it won't defeat its own end. Next of kin are pointed out as an important resource in several of the studies, especially where the patients have lost their ability to talk and communicate the way they used to before. Various models for implementation can be useful in the work of implementing individualized music in nursing homes, such as the "PARiSH framework".

Discussion: To implement individualized music into nursing homes in a good way there is a couple of things to remember. First of all, it is important to remember that everyone is different, including elderly people with dementia. Music will not be efficient in every situation. This therefore requires a lot from the nurses because they need to learn the different signs from everyone of the patients.

Keywords: dementia, nursing home, BPSD, quality of life, individualized music.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Introduksjon til temavalg	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Presentasjon av problemstilling	5
1.4 Avgrensing av problemstilling	5
1.5 Temaets sykepleiefaglig relevans	6
1.6 Hensikt	7
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Demens	7
2.2 Utdfordrende atferd/APSD	8
2.3 Livskvalitet	9
2.4 Joyce Travelbee	9
2.5 Musikkterapi	11
2.6 Individualisert musikk for personer med demens	11
3.0 Metode	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Fremgangsmåte og søkeoversikt.....	12
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Kildekritikk	14
3.5 Forskningsetikk.....	15
4.0 Resultater	15
4.1 Artikkel 1	15
4.2 Artikkel 2	16
4.3 Artikkel 3	17
4.4 Artikkel 4	17
4.5 Artikkel 5	17
5.0 Drøfting	19
5.1 Fungerer individualisert musikk på APSD?	19
5.2 Kan individualisert musikk bidra til økt livskvalitet hos personer med demens på sykehjem? ...	22
5.3 Individualisert musikk og medikamentbruk	24
5.4 Utdfordringer ved individualisert musikk	25
6.0 Avslutning	27
7.0 Kilder	29
8.0 Tabeller	32
8.1 Tabell 1: Oversikt over inkluderte studier	32
8.2 Tabell 2: PICO s.13.....	36

1.0 Introduksjon

Denne oppgaven skal dreie seg om personer med demens på sykehjem og hvordan individualisert musikk kan redusere atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APDS) og på den måten øke livskvaliteten til disse pasientene.

1.1 Introduksjon til temavalg

Temaet jeg skal skrive om i min oppgave er hvordan vi som sykepleiere kan øke livskvaliteten til personer med demens på sykehjem som sliter med utfordrende atferd. Jeg har valgt å se på utfordrende atferd i et forebyggende perspektiv. Som forebyggende tiltak har jeg valgt å se på musikkterapi, og mer spesifikt individualisert musikk.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for at jeg valgte dette temaet er fordi jeg har jobbet som vikar på sykehjem og jeg har vært i praksis på sykehjem. Der har jeg sett at mange personer med demens har utfordrende atferd og det fikk meg til å tenke på hva man kan gjøre for å forebygge dette. Jeg har tenkt mye på sammenhengen mellom utfordrende atferd og god livskvalitet. Jeg tenker derfor at studier som ser på utfordrende atferd som mål for resultatene av studien og de som ser på økt livskvalitet kan være nyttig i min oppgave. Jeg har selv sett at musikk kan få frem noe i personer som har demens på en utrolig måte. Det er spesielt en episode i praksis som virkelig har gjort stort inntrykk på meg. Det var en pasient på sykehjemmet som vanligvis ikke hadde språk. Det ble satt på en gammel folkesang fra det landet hun opprinnelig var i fra med tips fra familien. Hun begynte med en gang å synge med og det viste seg at hun kunne hvert eneste ord av teksten. Å se hva denne musikken gjorde med denne damen var en veldig fin opplevelse.

En annen grunn er den økende forekomsten av demens. I Demensplan 2020 står det følgende: «Ettersom forekomsten av demens øker med alderen, regner vi av demografiske årsaker med at antall personer med demens vil fordobles fram mot år 2040» (Demensplan 2020, 2015, s.19). Myskja beskriver hvordan det kan føles å ha en demenslidelse på en veldig god måte. Han sammenligner det å ha en demenssykdom med når personer som ikke har demens har spist og drukket for lite og i tillegg fått for lite søvn. Alle har nok opplevd det noen ganger, da kjenner man at man utfordrer hjernen. Man tenker og handler mer irrasjonelt og småting kan

gjøre oss rasende. Plutselig glemmer vi navnet på noen vi vet så godt hva heter eller vi husker ikke postnummeret til en av våre nærmeste. Heldigvis gjenopprettes balansen i kroppen igjen, ved at mat inntar mat og får seg litt søvn for eksempel. For de fleste eldre vil denne følelsen øke med årene, men ved demenssykdom blir tilstanden varig. (2017, s.19). Det å forstå litt mer av hvordan personer som lider av demens opplever det er nyttig og motiverer meg til å finne ut av hvordan vi kan hjelpe dem til et verdifullt liv.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen som jeg har kommet frem til er:

«Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd og samtidig øke livskvaliteten blant pasienter med demens på sykehjem ved hjelp av musikkterapi?»

1.4 Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle personer med demens på sykehjem. Jeg har helt bevisst valgt å bruke «personer med demens» og ikke «demente» i oppgaven min. I følge Rokstad og Smebye (2008, s.21) skal fokuset fortsatt være på personen bak sykdommen, en person er alltid mer enn bare sin sykdom. Først var jeg veldig sikker på at jeg ville avgrense oppgaven til å omhandle personer med Alzheimers demens. Jeg prøvde derfor å utføre søkene mine ved å bruke dette som stikkord. Jeg så da at jeg ikke fikk så mange artikler i søkene mine. Når jeg prøvde å bare søke med demens som stikkord i kombinasjon med de andre ordene jeg har i PIO modellen min fikk jeg flere treff, men allikevel ikke for mange. Det jeg oppdaget når jeg leste sammendrag fra noen av disse artiklene var at det ofte var fokus på personer med Alzheimers demens. Noen ganger var det ikke spesifisert hvilken type demens utvalget av personer hadde. En tredje ting jeg la merke til var at dersom artikkelen dreide seg om personer med lewy-legeme demens eller frontotemporallapsdemens kom dette veldig tydelig frem. Siden disse to demenstypene er blant de som skiller seg mest ut med tanke på symptomer fra de andre typene syntes jeg det virket greit å gjøre søket slik som jeg gjorde til slutt. Jeg kommer mer tilbake til selve søkingen og kombinasjoner av ord under metodekapittelet.

Jeg har valgt å bruke APSD, livskvalitet og medikamentbruk som mål på om musikkintervensjonen har fungert eller ikke. Agitasjon er et underpunkt under APSD. Jeg fikk derfor inntrykk av at jeg ville gå glipp av mange relevante artikler dersom jeg ikke tok dette

med. Jeg valgte også å søke på livskvalitet fordi dette er også noe som blir hyppig brukt som mål på om det har fungert. I flere av artiklene blir det sett på som at dersom pasienten ikke uttrykker like mye agitasjon (eller andre tegn på APSD) som før, har pasienten oppnådd økt livskvalitet. I tillegg ønsket jeg å ha med et punkt som var litt mer spesifikt og kanskje lettere å «måle», derfor valgte jeg å ta med medikamentbruk.

Innenfor musikkterapi har jeg valgt å avgrense til individualisert musikk. Da dette kan være en form for metode som er relativt enkel å implementere inn i den travle hverdagen på et sykehjem uten å ha ansatt en musikkterapeut eller andre med musikkfaglig bakgrunn (Aasgaard, 2006, s.176).

1.5 Temaets sykepleiefaglig relevans

Jeg har valgt å se på personer med demens som bor på sykehjem. På et sykehjem jobber det mange sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. For alle disse gruppene vil det være relevant å vite hvordan man kan forebygge utfordrende atferd ved hjelp ikke medikamentelle tiltak, som for eksempel musikk. Det er kjent at bruk av beroligende legemidler er mye brukt ved utfordrende atferd. En undersøkelse gjort av sykepleien viser at ofte gir sykepleierne pasientene angst og/eller sovemedisiner på grunn av tidsnød (Helmers, 2018). Det som da skjer er at pasienten blir roligere og det ses ofte på som ett uttrykk for at tilstanden er bedret. Ofte er denne bedringen resultat av sedasjon. Pasienten blir rett og slett dempet og symptomene er kanskje ikke så uttalte. Sedasjon kan være med på å øke blant annet fallfaren til denne pasientgruppen. (Engedal og Wyller, 2006, s.179) Jeg ville finne ut mer om effekt av tiltak som ikke går på legemidler, og valget falt derfor på individualisert musikk.

Først ønsket jeg å skrive oppgaven min om musikkbasert miljøbehandling. Det viste seg å være vanskelig å finne studier som tydelig avgrenser musikkterapi og musikkbasert miljøbehandling. Individualisert musikk blir på en måte en mellomting mellom musikkterapi og musikkbasert miljøbehandling. Ofte blir opplegg som er basert på individualisert musikk laget av en musikkterapeut og andre på sykehjemmet som ikke har musikkfaglig bakgrunn utfører selve prosjektet. Det vil være viktig at de som skal utføre intervensjonen får opplæring av musikkterapeuten i forkant. Det vil enten si at musikkterapeuten kartlegger hvilken type musikk de forskjellige pasientene liker eller at for eksempel en sykepleier gjør det. Noen av artiklene som er funnet baserer seg på at en musikkterapeut har vært med på å lage den

individualiserte listen med musikk og enten de som jobber på sykehjemmet av sykepleiere og lignende eller familie har spilt av musikken for personen med demens. Andre studier baserer seg på at sykepleiere uten musikkfaglig bakgrunn har laget hele opplegget og utført det hele, men har i det minste fått en «oppskrift» på hvordan det skal gjøres.

1.6 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut mer om hvilken effekt individualisert musikk kan ha på personer med demens med tanke på atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens og livskvalitet. I tillegg til å finne ut mer om de ulike metodene for implementering av individualisert musikk i langtidsavdelinger for personer med demens.

2.0 Bakgrunn

Jeg vil i dette avsnittet gjøre rede for de ulike begrepene som er brukt i problemstillingen og oppgaven forøvrig. I tillegg vil jeg ha med teorigrunnet for denne oppgaven i denne delen.

2.1 Demens

Demenssykdommene kan deles inn i tre ulike grupper i henhold til hva som er årsaken; de degenerative, vaskulære og sekundære. I gruppen med degenerative hjernesykdommer finner man blant annet Alzheimer sykdom, fronto-temporallappsdemens, demens med Lewy-legemer og Parkinsons sykdom. Av de som er rammet av demens har over 60 % Alzheimer sykdom. (Engedal og Wyller, 2006, s.128) De fleste artiklene som var å finne hadde ikke presisert hvilken type demens som var inkludert i studien, men det kan tenkes at en stor andel har Alzheimers sykdom med tanke på det høye tallet som er nevnt ovenfor. Dessuten er det mange av plagene/symptomene de samme, men i varierende grad for de ulike gruppene.

Alzheimer kjennetegnes av at den ofte progredierer over lang tid og det kan ta flere år før pasienten får diagnosen. I den første fasen er noen av symptomene ofte sviktende hukommelse, vansker med å relatere hendelser i et tidsperspektiv og at tidsorienteringsevnen svikter. Deretter blir symptomene mer tiltakende, hukommelsen blir ytterligere svekket, problemer med språk og tale, psykotiske symptomer kan opptre og til slutt motorisk svikt. Etter hvert som sykdommen progredierer blir pasienten helt hjelpetrengende som oftest.

(Engedal og Wyller, 2006, s.135) Kanskje det viktigste kjennetegnet for demenssykdommer er at hukommelsen har blitt betydelig dårligere enn den var tidligere. Man klarer ikke lenger å fungere i vante omgivelser og det samme gjelder med utførelsen av dagligdagse oppgaver. Dette blir sett på som avgjørende for at man skal kunne anvende begrepet demens. (Engedal, 2016, s.22) Det er allikevel viktig å huske på at alle demenssyke er ikke like og sykdommen kan utarte seg veldig forskjellig fra person til person.

2.2 Utfordrende atferd/APSD

Utfordrende atferd er et av temaene jeg kommer inn på i oppgaven min og vil derfor skrive litt kort om hva det er. Jeg vil også presisere hvorfor jeg har valgt å bruke begrepet utfordrende atferd og ikke begrep som vanskelig atferd, aggressiv atferd eller voldelig atferd. Utfordrende atferd er et mer nøytralt begrep og det er viktig å understreke at det ikke er unormal atferd. (Rokstad og Smebye, 2008, s.181). Rokstad og Smebye (2008, s.183) forklarer videre det ved å si at utfordrende atferd må ikke ses på som avvik, men heller som normale reaksjoner, med tanke på pasientens perspektiv og forutsetninger tatt i betraktning.

I faglitteraturen er det ofte brukt et begrep som kalles atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD). Disse symptomene medfører tap av livskvalitet, både for pasienten og pårørende. APSD består av to kategorier: psykiske symptomer og atferdsendringer. Eksempler på psykiske symptomer kan være hallusinasjoner, depresjon, søvnløshet, ustabil humør og angst. Blant atferdsendringer kan man finne fysisk aggresjon, vandring, roping, uro, gråting, banning, m.m.(Rokstad og Smebye, 2008, s.181-182).

Rokstad og Smebye (2008, s.183) forklarer APSD som en slags måte for pasientene å kommunisere på. Når man mister evnen til å snakke vil man naturligvis finne andre måter å uttrykke seg på. Det kan være mange forskjellige grunner til denne atferden og det vil bli oppgaven til de ansatte å finne ut hva de prøver å kommunisere. Det kan være udekkede behov eller en reaksjon på omgivelsenes urimelige krav og reaksjoner. Opplevelsesperspektiv vil si at de ansatte må prøve å sette seg inn i hva pasienten måtte føle. Man må også kunne vurdere sin egen væremåte ut i fra hvordan pasienten reagerer, og ikke minst justere seg etter signalene som pasienten uttrykker.

I følge Engedal og Wyller (2006, s.178) kan det ta flere dager og kanskje uker før en person med demens er kommet i psykisk balanse etter å ha opplevd en traumatisk opplevelse som har brakt han/hun ut av likevekt. Selv om den akutte hendelsen er glemt, kan det sitte igjen en indre utrygghet. Denne utryggheten kan være med på å bidra til at pasientens terskel for å reagere med heftighet er lavere enn den ellers ville vært.

2.3 Livskvalitet

På folkehelseinstituttet (2017) står det at: «livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement». For eldre som rammes av demens kan det bli mer utfordrende å oppleve alle disse elementene. Mange kan ikke i like stor grad stå for dette selv og trenger hjelp for å kunne oppleve god livskvalitet. Det er her sykepleierne og annet helsepersonell kommer inn. I demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.41) står det at: «for å bidra til bedre livskvalitet og helse for personer som lever med demens og deres nærmeste vil regjeringen vektlegge sekundærforebygging, blant annet fallforebygging, fysisk aktivitet, sosial og kognitiv trening og tiltak for å forebygge underernæring og depresjon.» Musikk kan være et slikt sekundærforebyggende tiltak. Det står også i demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.17) at man må legge til rette for at personer med demens skal få et godt liv ved å møte dem med respekt og forståelse.

2.4 Joyce Travelbee

Jeg har valgt å knytte temaet og problemstillingen opp mot Joyce Travelbees teori. I 1926 ble Joyce Travelbee født i New Orleans i USA og i 1946 var hun ferdig med sin sykepleierutdanning. Travelbee hadde sitt utgangspunkt i psykiatrisk sykepleie i tillegg til at hun arbeidet som lærer i sykepleierutdanningen (2001, s.5).

Om sykepleie sier Joyce Travelbee (2001, s.29) : «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.»

Jeg har valgt ut noen punkter som Travelbee har fokus på i sin forståelse av sykepleie. Det vil si kommunikasjon, menneske-til-menneske-forhold og å hjelpe den sykes familie. Noe det

står en god del om i boken til Travelbee er kommunikasjon. Der skriver hun at det er det som kommuniseres i sykepleiesituasjoner, som enten gjør sykepleieren i stand til å bli kjent med den hun har omsorg for, eller som blokkerer denne prosessen; som enten hjelper sykepleieren til å få kontakt med vedkommende, eller som ødelegger denne kontakten. (Travelbee, 2001, s.147).

Kommunikasjon er et veldig viktig tema når det kommer til personer med demens. Travelbee (2001, s.136) er veldig opptatt av at sykepleieren skal klare etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasientene. Med dette uttrykket mener Travelbee at man har opparbeidet seg en rekke erfaringer mellom sykepleieren og det syke mennesket eller den som har behov for sykepleierens tjenester. Kjentegnet ved disse erfaringene er at personene som mottar tjenestene som han/hun trenger føler at ens sykepleiebehov blir godt ivaretatt. Travelbee presiserer at det er også fullt mulig å kommunisere effektivt uten å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I hvilken grad sykepleieren evner å anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og om hun klarer å bruke seg selv terapeutisk har mye å si for om man klarer å etablere kontakt med pasienten. Det å kunne etablere dette forholdet består av 4 ulike deler: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen og til slutt sympati og medfølelse (2001, s.186).

Det å bruke seg selv terapeutisk mener Travelbee (2001, s.44) er noe som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren. Det vil si at man bruker sin egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere et forhold til den syke. Det er mye som kreves av sykepleieren for å klare dette, blant annet må man ha selvinnsett og selvforståelse. Det kreves også at man har innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evnen til å tolke andres atferd, men også sin egen atferd og til slutt er det viktig å kunne intervere effektivt i sykepleiesituasjoner.

Jeg har også valgt å se på emnet: å hjelpe den sykes familie i Travelbees bok. Dette fordi individualisert musikk er ett tiltak som også pårørende kan bidra med. Travelbee (2001, s.259) skriver om hvordan man indirekte og direkte kan hjelpe de pårørende. Indirekte vil si at man hjelper den syke og på den måten hjelper de pårørende. Direkte vil si at man går inn for å bli kjent med de pårørende for å finne ut mer om dem og hva de behøver for å ha det så bra som mulig. Det er viktig at sykepleier nytter seg av situasjonen når pårørende kommer for å besøke den syke.

2.5 Musikkterapi

«Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Aasgaard, 2006, s.24). Videre skriver Aasgaard (2006, s.24) at dette er definisjonen som skal være den mest brukte i Norge for å forklare hva musikkterapi er. Det denne definisjonen ikke sier noe om er hvordan musikkterapeuten arbeider eller hva som er målet med arbeidet. Definisjonen betoner et handlingsbegrep, den sier at vi har muligheten til å påvirke eget liv. Det gir den en samfunnsvitenskapelig retning. Det vil si at vi kan se på musikkterapi som bruk av musikk for å fremme helse.

Musikkterapi vil si at det er en person som er utdannet musikkterapeut som har for eksempel musikkstund med beboere på et sykehjem. Som fagfelt kan man forstå musikkterapien som studiet av sammenheng mellom musikk og helse. (Norsk forening for musikkterapi, u.å) I følge Aasgaard (2006, s.154) er det få musikkterapeuter som er ansatt på alders- og sykehjem i Norge. Det er allikevel ofte sporadiske innslag av musikk, på grunn av andre faggrupper som har innlemmet det i sitt arbeid, som for eksempel fysioterapeuter, aktivitører og sykepleiere. Det blir i hovedsak det sistnevnte jeg skal konsentrere meg om i denne oppgaven, da jeg skal prøve å se det fra en sykepleiers perspektiv.

2.6 Individualisert musikk for personer med demens

Aasgaard (2006, s.157) skriver at allerede i tidlig fase av demens er det vanlig med oppmerksomhetssvikt og konsentrasjonsvansker. Musikk kan fange en persons oppmerksomhet og holde på den. Samtidig er det viktig å huske på at musikk kan også virke sløvende, irriterende og utmattende. Oppmerksomheten svekkes når radio, TV eller CD-spiller står på uten stans. Når det blir spilt musikk som vi ikke liker eller musikk som blir oppfattet som støy, har gjerne dette samme effekt i tillegg til at den skaper aggresjon. Monoton stimulering er et begrep innen oppmerksomhetsteori, og det handler om at det har søvndyssende effekt.

Man må huske på at et musikkstykke eller sang kan bety veldig mye for en person, men kan være helt likegyldig for en annen. Det viser at ulike opplevelser og erfaringer er med og former vår musikksmak. Musikk som vi husker, vil ofte ha berørt oss emosjonelt. Noen ganger kan til og med musikk som man tidligere ikke hadde noe spesielt forhold til, påvirke følelser når den høres igjen etter mange år. Det kan minne om en periode, hendelser eller

personer som man nå savner. (Aasgaard, 2006, s.161-162). «Ovenfor demensrammede kan musikk bidra til å underbygge en følelse, hjelpe med å gi uttrykk for en følelse, forandre humør eller avlede» (Aasgaard, 2006, s.162).

Aasgaard (2006) sier også dette om musikk og demensrammede:

I en tilværelse preget av orienteringssvikt og hukommelsessvikt som gjør at mange føler seg forvirret og bortkommet, kan musikkaktiviteter fremme mange kjærkomne gjenkjennelser. Mange demensrammede som ofte er mistenksomme og avvisende mot fremmede, virker mer tillitsfulle i ulike musikalske sammenhenger. (s.162)

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I boken *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* av Thidemann (2015, s.76) står det at framgangsmåten man bruker for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling kalles metode. I følge Dalland (2017, s.51) velger man metode ut i fra hvilken man tenker kan belyse og svare på problemstillingen man har kommet frem til på best mulig måte. For å kunne svare best mulig på problemstilling som en valgt til denne oppgaven er litteraturstudie valgt som metode. Det vil si at man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Man må samle inn litteratur, gå kritisk igjennom det man har funnet og deretter sammenfatte det hele. Det er viktig å starte med en avgrenset og presisert formulert problemstilling. Man må også tydelig få frem hva som er hensikten med oppgaven. Hvordan man har tenkt å søke, hvilke kriterier man har valgt artikler etter og hvordan de er analysert. På slutten må man også presentere resultatene og diskutere disse. (Thidemann, 2015, s.79-80)

3.2 Fremgangsmåte og søkeoversikt

Før man starter å søke i ulike databaser kan det være lurt å lage en PICO ut i fra problemstillingen man har. Da får man en presis og søkbar problemstilling. Det blir også litt lettere å systematisere søkeprosessen (Thidemann, s.86). P-en i PICO-modellen står for hvem eller hvilke det dreier seg om. I-en står for hva man er interessert i med denne pasientgruppen. C-en bruker man dersom man ønsker å sammenligne to tiltak. O-en står for hvilke resultater man er interessert i. (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har valgt å lage en PIO fordi jeg ikke ønsker å sammenligne individualisert musikk opp mot noe annet.

Tabell 1: PICO

Patient/problem (pasient/problem)	Intervention (intervensjon)	Outcomes(resultater)
Dementia 65 +	Music therapy Individualized music	Quality of life BPSD

Når man skal begynne å søke i ulike databaser er det nødvendig å sette seg inn i hva de forskjellige databasene inneholder. Jeg leste om de ulike databasene i boken av Thidemann (2015, s.85). Da fant jeg ut at pubmed/medline, cinahl, ovid nursing data og proquest var databaser jeg burde være innom. Jeg søkte deretter i disse databasene for å finne artikler som var relevant for min oppgave. Søkeprosessen startet ved at jeg første søkte på ordene fra pio-skjemaet alene og sammen i ulike kombinasjoner. Ved å kun søke på ett og ett ord får man naturligvis veldig mange treff. Det skjedde flere ganger at kun ved å kombinere to av ordene at jeg fikk opp en god del treff. Jeg prøvde derfor å kombinere flere av ordene for å spesifisere søket enda mer.

Jeg hadde også en time sammen med en bibliotekar på skolen for å tilegne meg mer kunnskap om søkeprosessen, få hjelp til å finne gode søkeord og selve søkeprosessen. I tillegg fikk jeg forhørt meg med henne om hvilke databaser hun tenkte jeg burde søke i med tanke på min problemstilling. Etter å ha fått litt hjelp på veien av bibliotekaren fortsatte jeg søkeprosessen alene.

Det aller første søket jeg gjorde var i cinahl. Der kombinerte jeg ordene «dementia», «music therapy» og «individualized music» med «and». Søkeresultatet ble da 15 artikler. Alle disse hadde sammendrag som ble lest, deretter ble 3 av de 15 artiklene valgt ut. Deretter gjorde jeg søk i pubmed. Først gjorde jeg et søk hvor ordene «dementia» og «individualized music» ble kombinert med «and». Da fikk jeg 36 treff, jeg gikk gjennom alle de overskriftene, men leste ikke noen av artiklene enda. Jeg prøvde meg på et nytt søk hvor «dementia», «music therapy» og «individualized music» kombinert med AND og, «quality of life» OR «BPSD» ble kombinert. Da ble antallet redusert til 10. Av de 10 artiklene ble 2 valgt ut og disse to kunne jeg også finne blant de 36 i første søket. Jeg gikk også mer nøye gjennom det første søket for å sjekke at jeg ikke hadde gått glipp av en relevant artikkel. Det siste søket gjorde jeg i HVL biblioteket sine nettsider. Der kombinerte jeg ordene «dementia», «individualized music» og

«quality of life». Der ble resultatet 2 157 treff. Jeg gikk gjennom de første sidene og merket at artiklene ble mindre og mindre relevante. Jeg ente opp med å velge ut 1 av disse artiklene som jeg fant i løpet av de 2 første sidene i søket.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Først og fremst er det viktig at artiklene er relevant for problemstillingen som er valgt. For å finne disse artiklene valgte jeg ut noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. For at jeg skulle vurdere artiklene satte jeg som krav at de hadde et sammendrag. I tillegg var det ønskelig at artiklene hadde IMRAD oppbygning. At artiklene var fagfellevurdert var et annet viktig inklusjonskriterium. Det vil i følge Hildebrandt (2011) si at artikkelen har blitt godkjent av to eller tre upartiske eksperter. Disse er utpekt av tidsskriftets redaktør. Jeg satte også som inklusjonskriterie at artiklene var enten skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. En siste begrensning som ble satt var at ingen av studiene skulle være eldre enn år 2000.

3.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2017, s.150) er informasjonskompetanse viktig når man skal vurdere hvor pålitelig kildene er. Det vil si at man vurderer kildene man har funnet med tanke på kvalitet og om den er relevant for min oppgave og eventuelt da tar den i bruk i egen kunnskapsutvikling. Det er veldig vanlig å bruke sjekklister i sitt arbeid i å finne ut om kildene er pålitelige. Jeg har brukt sjekklister fra helsebiblioteket (2016) sine nettsider. Her kan man finne sjekklister for alle typer vitenskapelige artikler. De artiklene som jeg har valgt følger IMRaD-strukturen. Det vil si introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon. Dette er en veldig vanlig måte å formidle forskning på. (Dalland, 2017, s.163).

Alle artiklene som jeg valgte ut var skrevet på engelsk. Det kan derfor forekomme språkmessige feiltolkninger. Dette igjen kan påvirke troverdigheten til oppgaven. Sett i sammenheng med at jeg selv har valgt ut hvilke artikler som skulle være med og vurdert resultatene gjør dette at resultatene kunne ha blitt veldig forskjellig dersom noen andre skulle gjort den samme oppgaven. Flere av artiklene som jeg har valgt ut har små utvalg. Dette gjør at man har vanskelig for å kunne generalisere resultatene til en større populasjon, men de resultatene som forekommer kan allikevel være med på å gi en pekepinn på hvordan intervensjonen kan fungere. Alle artiklene er publisert i ulike tidsskrift som er «peer reviewed».

3.5 Forskningsetikk

Forskning stiller høye krav til etikk. I følge Dalland (2017, s.236) dreier forskningsetikk seg om hvordan man gjør vurderingen av alle ledd i forskningsprosessen. Alt fra planleggingsfasen til hvordan man kan anvende og rapportere resultatene. Hver og en som forsker har selv et ansvar for å følge anerkjente forskningsetiske normer i alle ledd av prosessen. De ulike forskningsinstitusjonen har som mål å legge til rette for at de som forsker enkelt kan følge god praksis. I tillegg skal de ha systemer som gjør at de kan behandle og avsløre brudd på forskningsetiske normer. (Regjeringen, 2018)

Det å forske på personer med demens fører med seg mange etiske utfordringer. Hauvik (2012, s.57) sier at selv om det er stor enighet om at man ønsker å lære mer om sykdommen demens vil det være flere etiske problemer, både før, under og etter et forskningsprosjekt. Grunnet den kognitive svikten som følger med sykdommen har denne gruppen ofte blitt neglisjert i forskningssammenheng. Videre påpeker Hauvik (2012, s.57) hvilke negative effekter det kan ha å anta at personer med demens ikke har samtykkekompetanse. Det gjør at denne gruppen av mennesker ekskluderes fra å få muligheten til å delta i forskning som de selv senere kan dra nytte av. Det er viktig at også deres stemmer får bli hørt. Det blir nevnt to lover/retningslinjer som er spesielt viktige i denne sammenheng; Helseforskningsloven paragraf 18 og NEM's forskningsetiske retningslinjer. Her står det at forskning på ikke-samtykkekompetente voksne kun kan gjennomføres dersom eventuell risiko og ulempe for deltakeren(e) er ubetydelig. For at risikoen skal regnes som minimal må man kunne sammenligne nivået med det som deltakeren ellers ville møte i sitt daglige liv og det som anses å være vanlig for denne gruppen.

4.0 Resultater

I dette kapittelet skal jeg systematisk vise til hvordan de ulike studiene ble gjennomført og resultatene for å svare best mulig på min problemstilling.

4.1 Artikkel 1

Implementation of Individualized Music in Long-term Care: Application of the PARIHS Framework

Studien av Hebert, C. A., Hancock, K. og McConnell, E. S. (2018, s.29-39) er en kvalitativ utforskende studie. Hensikten her var å undersøke hvordan implementering av individualisert musikk fungerte i en langtidsavdeling for personer med demens ved bruk av en modell som kalles «Promoting Action on Reserach in Health systems (PARiHS) » Alle 23 av pasientene som bodde på avdelingen ble tilbudt å delta i studien, men 4 av dem ønsket ikke å delta. Det var altså 19 personer som deltok i denne studien. Hver av beboerne som uttrykte interesse for å få en personlig spilleliste på en MP3-spiller ble intervjuet ved hjelp av vurdering av personlig musikkpreferanse (APMP), et spørreskjema som er utviklet for å fremkalle beboernes musikkpreferanser, enten fra beboerne selv eller fra familie/venner. Spillelistene ble laget og beboerne fikk lytte til musikken. Hvor lenge hver og en lyttet til musikken ble individuelt bestemt ut i fra hva beboerne selv ønsket og deres respons på musikken. MP3-spillerne ble plassert inne på hver av beboerne sine rom, de som klarte å sette på musikken selv kunne det, og de som trengte hjelp til dette måtte spørre de ansatte, eventuelt at de ansatte kom med tilbud til beboerne. Resultatene viser til at PARiHS modellen viser seg å være veldig nyttig for å implementere individualisert musikk. Flere av pasienten uttrykte at de følte på en veldig glede av å få være med å bestemme selv hvilken musikk de skulle høre på.

4.2 Artikkel 2

Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions

Hensikten med denne studien fra 2001(s.145-155) var å finne ut om musikkintervensjon kunne bli brukt for å redusere symptomer på agitasjon for personer med demens på sykehjem. Ragneskog, Asplaund, Kihlgren og Norberg utførte denne studien i Sverige på et sykehjem. Fire pasienter var med i studien og ble filmet i løpet av fire musikktimer i fire perioder. Det vil si en kontrollperiode uten musikk, to perioder hvor individualisert musikk ble spilt av og en periode med klassisk musikk. Opptakene ble analysert av systematiske observasjoner og The facial action Coding system. Funnene i studien var at to av pasientene ble roligere under noe av avspillingen av individualisert musikk; en av de ble sittende lenger i stolen sin og den andre sluttet å rope. De personene som hadde mest langt kommet demens var effekten av intervensjonen minimal. De konkluderer studien med at dersom man klarer å finne hvilken musikk hver og en liker og spiller dette for dem, kan musikk kanskje ha en effekt på atferdsmessige symptomer som for eksempel angst.

4.3 Artikkel 3

Use of Individualized Music by Trained Staff and Family: Translating Research into Practice

Denne studien er utført av Gerdner (2005, s.22-30) i USA. Det er en studie som baserer seg på kombinerte metoder. Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av individualisert musikk på agitasjon når det ble implementert av ansatte og familie som hadde fått opplæring i nettopp dette. 8 personer med demens i en langtidsavdeling på sykehjem ble inkludert i studien. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ble brukt for å måle effekten av studien på agitasjonssymptomer. Dette instrumentet var egentlig laget for å undersøke hyppigheten av 29 ulike agitasjonssymptomer i løpet av en 2 ukersperiode. Instrumentet ble tilpasset til å undersøke de samme agitasjonssymptomene, men bare i løpet av en uke. Også her kommenteres det lavet tallet av deltakere. En tydelig nedgang i agitasjon ble funnet etter musikkintervensjonen.

4.4 Artikkel 4

Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial

Raglio, Bellandi, Baiardi, Gianotti, Ubezio, Zancchi, Granieri, Imbriani og Stramba-Badiale (2015, s.1534-1539) utførte en RCT studie i Italia som så på effekten av aktiv musikkterapi og individualisert lytting til musikk ved hjelp av mål på APSD hos personer med demens på sykehjem. 9 italienske institusjoner var med på studien og 120 personer med moderat til alvorlig grad av demens og APSD ble randomisert til ulike grupper. Resultatene av studien viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det kom til atferdsmessige symptomer. Alle gruppene hadde en reduksjon i NPI-score over tid og det samme gjaldt for målene i Cornwell-Brown Scale for livskvalitet blant personer med demens. NPI blir brukt for å måle psykiske symptomer hos personer med demens. Gruppen som fikk individualisert musikk hadde en reduksjon på 12 % i NPI. Gruppene som fikk musikk terapi og vanlige pleie hadde enda større reduksjon (henholdsvis 28 % og 21 %). (Raglio, 2015, s.5.)

4.5 Artikkel 5

Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia

Thomas, Baier, Kosar, Ogarek, Trepman og Mor (2017, s.1-11) utførte en studie i USA ved bruk av kvantitativ metode. Hensikten med denne studien var å sammenligne APSD ved demens på sykehjem før og etter implementering av individualisert musikk. Ved å ta utgangspunkt i musikkprogrammet M&M (Music & Memory). For å kunne måle om intervensjonen fungerte brukte de et verktøy som heter Aggressive Behavior Scale (ABS). Her registrerer man utfordrende atferd, både om det er til stede og eventuelt hyppighet. ABS verktøyet består av 4 komponenter; psyksisk, verbal, eller annen utfordrende atferd rettet mot andre og å nekte å ta i mot hjelp(for eksempel i stell). I 2012, altså året før studien ble gjennomført var gjennomsnittscoren for ABS 0,84 i M&M sykehjemmene og 0,67 i sammenlignings sykehjemmene. Det neste året var scoren 0,74 for M&M sykehjemmene og 0,63 for sammenlignings sykehjemmene. Kali et al. (2017) undersøkte ikke bare effekt på APSD, men også effekten M&M kan ha på bruken av antipsykotiske og angstdempende medikamenter. Det viste seg at blant M&M sykehjemmene økte antallet som sluttet på de antipsykotiske medikamentene fra 17,6 % i 2012 til 20,1 % i 2013. Blant sammenligningssykehjemmene holdt det seg ganske stabil med 15,9 % i 2012 og 15,2% i 2013. Når det kommer til angstdempende medikamenter ble det også her blant M&M sykehjemmene en økning i antallet som sluttet (23,5% til 24,4%). Sammenlignet med de andre sykehjemmene hvor denne typen medikamentbruk ble redusert med antall som sluttet fra 24,8 % til 20,0 %. (Kali et al., 2017, s.6)

4.6 Artikkel 6.

«Opening Our Time Capsule» - Creating an Individualized Music and Other Memory Cues Database to Promote Communication Between Spouses and People With Dementia During Visits to a Nursing Home.

Denne studien utført av Dassa (2018, s.1-7) i Israel ønsket å bidra til å gjøre besøkene til pårørende av ektefeller med demens som bodde på sykehjem til en bedre opplevelse. Tre ektefeller av personer med demens på et sykehjem i Israel deltok i studien. De lagde databaser bestående av personlig musikk og bilder som representerer livet til personen med demens. Første fasen i studien gikk ut på å få informasjon av ektefellen til å lage denne databasen. Den andre fasen gikk ut på at i løpet av 4 møter mellom ektefelle og personen med demens skulle databasen blir brukt. Ved bruk av intervjuer av ektefellene, logg skrevet av musikkterapeut under selve utførelsen og korte møter med ektefellene rett etter intervensjonen som ble tatt opp kunne man vurdere hvordan dette fungerte. De tre ulike ektefellene rapporterte alle om kommunikasjonsvansker med sine ektefeller på sykehjemmet. Etter å ha prøvd databasene

syntes de tre kvinnene at det ble lettere å finne frem til ulike måter å kommunisere med sine patinere, gjenoppleve tidligere erfaringer og lindre følelsen av å ikke nå inn til sin partner.

5.0 Drøfting

Drøftingen vil ta utgangspunkt i problemstilling min: Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd og samtidig øke livskvaliteten blant pasienter med demens på sykehjem ved hjelp av musikkterapi?

Jeg har valgt å dele inn i underkapitler for å kunne vise til hva de ulike artiklene har kommet frem til på en oversiktlig måte. Underkapitlene jeg har valgt er:

5.1 Fungerer individualisert musikk på APSD?

5.2 Kan individualisert musikk bidra til økt livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?

5.3 Individualisert musikk og medikamentbruk

5.4 Utfordringer ved individualisert musikk

5.1 Fungerer individualisert musikk på APSD?

Kanskje har agitasjon og andre APSD en sammenheng med at personen som har demens kjenner på en følelse av å miste seg selv? Man kjenner seg kanskje ikke igjen på sykehjemmet som man bor, de ansatte på sykehjemmet er ukjente og for noen kan pårørende som kommer på besøk også føles som ukjente. Kanskje har man vært en ressurssterk person som har vært viktig i manges liv. Å føle på at man mister en så viktig del av seg selv kan være vanskelig. I følge Rokstad og Smeby (2008, s.21) er det viktig at vi som helsepersonell husker på at personen fortsatt har sider ved seg som er friske. Selv ved alvorlig demens er evnen til å vise og gjenkjenne følelser og til å henvende seg til andre mennesker bevart. Det kan tenkes at agitasjon og andre APSD er en måte å få frem hva man føler.

I følge Benner og Wrubel er meningsløshet og manglende tilhørighet de viktigste truslene mot mestring (Referert i Konsmo, 2003, s.92). Mange personer med demens opplever i større og større grad å ikke mestre ulike aspekt av livet som de før gjorde ettersom sykdommen progredierer. De kan oppleve en form for motløshet. Også Travelbee (2011, s.37) skriver om viktigheten av å hjelpe pasienter til å finne mening i sykdommen og lidelsen. Kanskje kan

bruk av individualisert musikk hjelpe disse personene til å oppleve tilhørighet med den personen de var før sykdommen rammet dem. Det kan minne dem på det fine som en gang var og skape mening i den nye hverdagen deres. I tillegg kan det kanskje være med på å redusere atferdsmessige symptomer ved demens fordi den indre uroen kan begrenses ved å lytte til kjent musikk. Studien utført av Thomas et al. (2017) viser at individualisert musikk, mer spesifikt M&M intervensjonen kan ha positiv effekt på APSD. De så en merkbar nedgang blant personer med demens som fikk prøve intervensjonen kontra sammenligningssykehjemmene som kun tilbydde vanlig pleie. Et annet viktig moment ved M&M intervensjonen er at det oppmuntrer og tillater stor fleksibilitet for de som jobber på sykehjemmet til å bruke egen vurderingsevne og kunnskap om beboerne, og dermed skreddersy intervensjonen til å passe til hver og en. Potensialet til denne metoden er vist i dokumentaren *Alive Inside* fra 2014. Der får man sett beboere med demens som «danser», synger og henvender seg til andre når de hører på sin favorittmusikk. (Thomas et al., 2017, s. 2)

M&M intervensjonen er utviklet av den ideelle organisasjonen «Music & Memory» i New York. Intervensjonen går ut på at man skal finne musikk som passer for den enkelte. Ofte er det pårørende som kan si mest om hvilken type musikk personen hørte på tidligere, dersom personen ikke kan si så mye selv. Det blir også anbefalt å spille musikk som var populær på den tiden personen var barn eller ung voksen. Dette kan inkludere musikk som ofte ble spilt på radio eller på populære tv-serier på den tiden. Da kan man se på reaksjonen til personen og ut i fra dette vurdere om musikken falt i smak eller ikke. (Music & Memory, u.å). Audun Myskja er utdannet lege og har senere tatt doktorgrad innen musikkterapi i behandling av personer med demens. (Jakobsen, 2018) Han sier dette om musikk i sykehjem: «Du trenger ikke å ha spesialutdanning. Du trenger ikke en gang å ha en fin stemme: Om du synger under stellet av demenspasienter vil de slappe av og få mange minner tilbake.» Han har laget en metode for at personalet på sykehjem skal kunne kartlegge hva slags musikk pasientene liker. (Bergmo, T. og Paszkiewicz, Z., 2012). Dette kan altså minne om M&M programmet.

Det må også tas med i betraktningen at individualisert musikk kanskje ikke alltid vil passe like godt. For noen kan det kanskje føles invaderende at en sykepleier plutselig kommer inn på rommet og sier at nå er det tid for musikkstund. Travelbee (2011, s.177) fokuserer som nevnt i teoridelen mye på dette menneske-til-menneske-forholdet. Dette forholdet basere seg på erfaringer mellom pasient og sykepleier. Det kan da tenkes at desto flere erfaringer

sykepleieren får med pasienten, desto lettere kan hun forstå de ulike tegnene som pasientene gir ved for eksempel en musikkstund. Dette gjelder også med å forstå tegnene som pasienten gir dersom han/hun ikke har lyst å høre på musikk. Dersom personen ikke har språk til å si i fra eller ikke klarer å si i fra på andre måter kan det utarte seg i agitasjon eller andre atferdsmessige symptomer. Som sykepleier vil det da være viktig å vurdere dette og forstå at tegnene. Her kan man se forskjellen på utdanningen til en musikkterapeut og en sykepleier. Musikkterapien innebærer ikke bare å ha kunnskap om musikk, men også om brukeren og samarbeid med annet fagpersonale. Ikke minst lærer man å finne balansen mellom nærhet og avstand og det å ikke invadere noen. (Norsk forening for musikkterapi, u.å) Selvfølgelig kan man argumenter med at sykepleiere også lærer om hvordan å finne denne balansen mellom nærhet og avstand, men man lærer ikke om dette sett i sammenheng med musikk.

Raglio et al. (2015) kom også frem til at individualisert musikk kan ha en effekt på APSD. De brukte Neuropsychiatric Inventory (NPI) som mål på intervensjonen. De hadde også en gruppe som fikk musikkterapi, denne gruppen hadde enda større reduksjon i NPI enn gruppen som fikk individualisert musikk. Alt i alt ser man ikke en veldig signifikant forskjell mellom de som fikk musikkterapi eller individualisert musikk og de som bare fikk vanlig pleie. Ragneskog et. al (2001) så også på agitasjonssymptomer hos personer med demens. Studien hadde lavt antall deltakere, kun 4, derfor kan man ikke nødvendigvis si at dette gjelder for en større populasjon. Det de kom frem til var at det som gjelder er å finne den musikken som personen liker og spille dette for dem, da kan kanskje intervensjonen ha en effekt på atferdsmessige symptomer. Noe de også kom frem til var at de to personene som var mest berørt av demens reagerte minst til musikken. Siden studien har et så lavt antall deltakere er det vanskelig å si noe om dette er tilfeldig eller ikke, men det er definitivt noe som kan være interessant å se på i videre studier. Gerdner (2005) kom også frem til at mye av det samme som Ragneskog et al.(2001). I denne studien av Gerdner opplevde de en tydelig nedgang i agitasjon blant deltakerne i studien.

Travelbee understreker som nevnt tidligere viktigheten av menneske-til-menneske-forhold. I studien av Ragneskog et al. (2001) blir det også nevnt at det å møte mennesker med demens på en måte som er fokusert på å gi omsorg som er individuelt tilpasset hver og en har mye å si. De som har hatt god effekt av individualisert musikk som for eksempel i Ragneskog et al. (2001) sin studie har kanskje også følt på effekten av at kun en sykepleier/ansatt har satt seg ned med pasienten og lyttet til musikken. I følge Travelbee er de personene som vi som

sykepleiere finner tiltrekkende, altså de som oppfyller våre egne krav, lettere for en sykepleier å se pasienten som et menneskelig individ. (2001, s.188) Dersom pasienten ikke er tiltrekkende eller virker frastøtende i form av utfordrende atferd, som for eksempel en person med demens og utfordrende atferd kan gjøre, er det vanskeligere for sykepleier å se personen for et individ. Det kreves derfor av sykepleier at hun/han kan se forbi dette og klarer å se mennesket bak diagnosen for å kunne skape et menneske-til-menneske-forhold. Musikk kan tenkes å være et godt hjelpemiddel for å oppå et godt menneske-til-menneske-forhold.

5.2 Kan individualisert musikk bidra til økt livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?

Ofta deler man demens inn i tre ulike faser; tidlig fase, mellomfase og seneste stadium. Som beskrevet i teoridelen kan kommunikasjonen i det seneste stadiumet være så fattig at personen som lider av demens kan ha store vansker med å formidle egne behov og ønsker. Desto viktigere blir de ikke-verbale aspektene ved kommunikasjon hos den demensrammede. Oftest er disse funksjonene fortsatt intakt. Det vil for eksempel si blikk, mimikk, stemmebruk, bevegelser og berøring. (Rokstad og Smebye, 2008, s.98).

I boken Music Therapy (2004, s.39, oversatt av meg) blir det presentert noen punkter om musikkterapiens terapeutiske virking av Rachel Darnley-Smith og Helen M. Patey. Her er to av punktene som er oversatt av meg:

1. Det å få lage lyder fritt ved hjelp av musikalske instrumenter gir et non-verbalt middel i kommunikasjon og uttrykkelse. Noe som kan bidra til at en person kan få uttrykt sitt hele seg.
2. Et vidt spekter av følelser og emosjoner kan oppleves ved respons på musikalsk lyd, uansett om det er forhåndsbestemt eller improvisert musikk.
(Darnley-Smith og Patey M., 2004, s.39, oversatt av meg).

Disse punktene er virkelig relevant for denne oppgaven. For de personene som fortsatt har språk kan det å snakke om musikken og følelser den bringer frem være en del av terapien. For demensrammede kan det være like fint å bare lytte og la musikken snakke for seg selv. Det at musikk også kan brukes som et verktøy i kommunikasjon for personer med demens er et viktig punkt. (Darnley-Smith og Patey M., 2004, s.41, oversatt av meg) Travelbee (2001, s.147) understreker viktigheten av kommunikasjon i sykepleiesituasjoner. Det er her man

enten kan oppnå god kontakt med den man har omsorg for eller ikke. Også Benner og Wrubel understreker viktigheten av at sykepleiere bør jobbe for at pasienten skal klare å ta vare på menneskelige bånd og det han bryr seg om (Referert i Konsmo, 2003, s.98).

Raglio et al. (2015) brukte Cornell-Brown Scale som måler livskvalitet hos personer med demens i sin studie. De har tatt med statistisk interaksjon som vil si at effekten av en variabel, som i dette tilfellet er individualisert musikk, musikkterapi eller vanlig behandling, er ulik og avhenger av en verdi på en annen variabel, for eksempel kan det være annen behandling som medikamenter eller annen type miljøbehandling. (Dahlum, 2015) Det er altså verdt å bemerke seg at også andre faktorer kan ha mye å si for utfallet og det derfor kan være vanskelig å si noe om hvor godt en intervensjon har fungert. Studien til Raglio et al. (2015, s.1536) fikk som resultat at de som fikk musikkterapi hadde større nedgang i NPI-score enn de som fikk individualisert musikk. Musikkterapistundene mellom musikkterapeuten og pasienten gikk ut på mer direkte kontakt mellom de to enn hos de som fikk individualisert musikk, som for eksempel at musikkterapeuten sang med pasienten. Kanskje kan dette være med på å forklare at de pasientene hadde større nedgang. Det kan tenkes å ha sammenheng med at pasienten opplever å oppnå kontakt med noen og føler seg sett.

I studien av Gerdner (2005) kommer det frem at alle sykepleierne rapporterte om en reduksjon i agitasjon hos pasientene ved å sette på musikk. Myskja (2017, s.166) skriver så fint om hvordan vi som er «åndsfriske» må hjelpe de demensrammede til å sette sammen brikkene. Det å ha demens kan nok ofte føles som når man var barn og fikk et puslespill med alt for mange små brikker. Det følte uoversiktlig og uoverkommelige. Når det ble for mye for barna kunne de voksne alltid hjelpe til med å sette sammen brikkene til det fine bildet som var på lokket. Vi som jobber med demensrammede må være de personene i livet deres som har oversikten og kan hjelpe. Individualisert musikk viser seg å være en mulig inngangsport til å gi den demensrammede noe som kan minne om en oversikt over eget liv.

Travelbee snakker om at vi må hjelpe den sykes familie. Det er ikke bare den som er rammet av sykdommen, men også de rundt som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. (Travelbee, 2001, s.259) Ved å inkludere pårørende i behandlingen kan man gi dem muligheten til å bearbeide at en av deres kjære er blitt syk. Dersom pårørende kan få være med å bidra til å få lov til å ha musikkstund med deres mor/far for eksempel som er på sykehjem kan det øke livskvaliteten til både personen som bor på sykehjemmet og de

pårørende, samtidig som sykepleier kan få bidra med å legge til rette for at pårørende skal få gjøre dette. Pårørende til hele 7 av 8 pasienter som var med i studien til Gerdner (2005, s.27) fortalte om en synlig reduksjon i agitasjon. Her må man selvfølgelig huske på at dette har blitt vurdert slik ut i fra hva de har fortalt om i intervjuet etter intervensjonen.

Også studien av Thomas et al. (2017, s.6) kom frem til at man kunne klare å redusere medikamentbruk (antipsykotika og angstdempende) hos disse pasientene som fikk høre på individualisert musikk. Dette kan også ses i sammenheng med livskvalitet. Det er viktig å huske på at det å måle livskvalitet er vanskelig. Det er en individuell og subjektiv opplevelse. Men agitasjon og medikamentbruk er faktorer som kan påvirke livskvaliteten. Uansett hvilken pasientgruppe man har med å gjøre er selvfølgelig målet færrest mulig medikamenter, men samtidig må se det i sammenheng med livskvaliteten til pasienten.

5.3 Individualisert musikk og medikamentbruk

Engedal og Wyller (2006, s.179) skriver i sin bok at bruk av beroligende medikamenter ved APSD har inntatt en sentral rolle i behandlingen. Som nevnt i teoridelen fører ofte bruken av beroligende medikamenter til sedasjon, som igjen kan føre til flere negative konsekvenser som for eksempel fall. En av studiene som så på medikamentbruk var studien av Thomas et al. (2017). Angstdempende og antipsykotika var medikamentgruppene som ble sett på i denne studien. Studien viser til at nedgangen i bruk av antipsykotiske medikamenter økte mer blant M&M sykehjemmene enn sykehjemmene som man sammenlignet med. De angstdempende medikamentene hadde også en liten økning i antallet som sluttet i løpet av perioden studien pågikk blant M&M sykehjemmene, og en tydelig økning blant sammenligningssykehjemmene. Dette kan tyde på at individualisert musikk kan ha effekt på medikamentbruk hos personer med demens på sykehjem. Ragneskog et al. (2001, s.148) skrev i sin studie at det ikke skjedde noen forandringer i medisineren av pasientene som deltok i studien. De skulle heller ikke fokusere direkte på medikamenter og det kan derfor ha noe med saken å gjøre. Det som er viktig å trekke inn når man snakker om medikamenter er de etiske dilemmaene man står ovenfor. I tidsskriftet til Den Norske legeforening (Ruths & Straand, 2005, s.1673) er det skrevet litt om at den sederende effekten som kan oppstå ved bruk av psykofarmaka til personer med demens kan oppleves som positiv for de ansatte fordi pasienten kan oppleves som mer «medgjørilig». På den andre siden, dersom de ikke er medisinerert, kan man kan oppleve å få mer opplagte pasienter, på grunn av at de ikke lenger vil oppleve sedasjon som følge av medisineren. Når pasienten er mer våken kan det tenkes at

ulike ikke-farmakologiske tiltak kan ha bedre effekt. Kanskje vil også da personalet se at det fungerer og på den måten skaper dette et bedre arbeidsmiljø for de ansatte og bedre miljø for pasientene. Det vil også mest sannsynlig bli lettere å utføre god personsentrert omsorg. Som blir beskrevet i boken Geriatrik sykepleie som noe som innebærer blant annet at man har fokus på den enkelte og at personen selv er ekspert på sitt eget liv. (Leplege et al., referert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014, s.108).

5.4 utfordringer ved individualisert musikk

Selv om resultatene av «PARiHS framework» viste at det kunne være et nyttig hjelpemiddel, hadde også denne metoden sine begrensninger. Det viser seg blant annet at kun 53% av deltakerne nådde målet om å høre på individualisert musikk to ganger i uken, selv om 100 % hadde tilgang på musikk hele tiden. (Herbert et.al, 2018, s.35) Det er derfor viktig å ha med seg at selv om man har et slikt hjelpemiddel som «PARiHS framwork», er det allikevel mange andre elementer som spiller en rolle. Disse resultatene viser at blant annet sykepleieren har en veldig viktig rolle her. Dersom ikke sykepleier legger til rette for at pasienten skal få høre på musikken, vil det i mange tilfeller ikke bli noe av.

Et godt poeng som kommer frem i studien til Thomas et al. (2017, s.7) er at de sykehjemmene som har valgt å være med på den nye intervensjonen Music & Memory, kanskje er mer tilbøyelige for å ta i bruk andre nye og veldokumenterte intervensjoner. Som for eksempel andre ikke-farmakologiske intervensjoner, som igjen er med på å minimere bruken av antipsykotika og angstdempende medikamenter. Dette er selvfølgelig positivt for beboere på sykehjem, pårørende og ansatte, men for studien kan det ha innvirkning på resultatene som er vanskelig å finne ut av. Dette kan nok overføres til flere av studiene.

Musikkterapi vil si «bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Aasgard, 2006, s.66) De studiene jeg har funnet dreier seg om at man enten lærer opp pårørende eller ansatte på sykehjemmet til å kunne utføre intervensjonen. Ragneskog et al. (2001) så på hvordan man kunne gjøre dette med sykepleiere. Aasgaard (2006, s.176) skriver at så lenge antall ansatte musikkterapeuter er så lavt, vil det være veldig mange sykehjem og andre institusjoner som ikke vil få nytte av dette terapeutiske virkemiddelet. I tidsskriftet til Norsk Sykepleierforbund (2014) skriver musikkterapeuten Olaug Sandve om sin erfaring med å være musikkterapeut i sykehjem:

Tilbakemeldingene jeg får er ofte at personalet trenger mer metodikk og veiledning for å gi et gruppetilbud til pasientene. Når de øker sin kompetanse på bruk av sang og musikk både individuelt og i gruppe og det blir en integrert del av behandlingen ser jeg at både pasientene og personalet sine ressurser kommer tydeligere frem. Begge parter får flere handlemuligheter. (s.9)

Siden ikke mange har ansatt musikkterapeut vil det være essensielt med metoder som pleiepersonell eller pårørende kan utføre på en enkel måte og gjennomføre i hverdagen for at beboere på sykehjem skal få glede av denne intervensjonen.

Den ideelle organisasjon Music & Memory konsentrerer seg om å lære opp ansatte og pårørende til å finne musikk som passer for den enkelte pasient. (Music & Memory, u.å). Et viktig punkt innenfor dette med å finne individualisert musikk til personer på sykehjem er at det skal fremme positive tanker og følelser. Å sette på musikk som man ikke vet om personen liker eller ikke kan føre til negative følelser og tanker. Det kan være litt risikabelt å bare sette på noe, men samtidig vil man da ofte se en reaksjon på at dette ikke falt i smak og ta dette med i vurderingen. Samtidig vet man at ikke alle med demens alltid klarer å uttrykke seg på en måte som de ansatte klarer å tolke riktig. Et eksempel kan være at det blir satt på en sang og personen begynner å bevege på seg, noe som kan være som å danse eller det kan være forårsaket av uro. Da krever det at noen som kjenner pasienten godt kan tolke disse signalene, for eksempel en pårørende eller ansatt.

Man kan se den store nytten man kan ha av å samarbeide godt med pårørende som sykepleier når det kommer til musikk. Travelbee (2001, s.259) skriver om at det er vanlig at sykepleiere betrakter pårørende til den syke på ulike måter. Travelbee (2001, s.259) sier også at noen dessverre ser på pårørende som noe som bare må tolereres. Denne måten å se pårørende på gjør at de blir sett på som problemer i seg selv og ikke som det de egentlig er; nemlig mennesker med problemer. Når sykepleieren har slik oppfatninger vil det påvirke forholdet dem i mellom. Noen sykepleiere ser på jobben sin som at de kun er ansatt for den syke, men alt som omhandler den syke, inkludert pårørende er en viktig del av helhetlig sykepleie. Dersom man klarer å snu litt på tankegangen og heller se på pårørende som en stor ressurs for pasienten vil det gagne alle parter. Travelbee (s.259) snakker også om at vi må hjelpe den sykes familie. Det er ikke bare den som er rammet av sykdommen, men også de rundt som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. Sykepleiere har derfor en veldig viktig rolle her

ovenfor pårørende. Man må huske på at den syke er en del av en familie og det som skjer med en i familie, vil mest sannsynlig påvirke de andre medlemmene også. «En sykepleier som overser den sykes familie fordi hun «ikke er ansatt for å ta seg av besøkende, men for å ta seg av de syke», narrer seg selv. Alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt» (Travelbee, 2001, s.259).

I studien utført av Dassa (2018, s.1-7) understrekes viktigheten av pårørende som engasjerer seg for å kunne gi pasienten et best mulig tilbud. Jeg vil bare ta med et eksempel på hvor viktig pårørende kan være fra denne studien. Under forberedelsesintervjuene som ble utført av musikkterapeut sammen med en og en kone, uttrykte konen til han ene «wow, for en god sang (reagerer til musikken), dette er ham, denne musikken er ham!» Hun sa også på slutten av intervjuet at «dette kommer til å erstatte ordene som er borte. Det sterkeste som jeg føler akkurat nå er at jeg vil ta han med meg hjem igjen» (Dassa, 2018, s.5). Å få en slik bekreftelse på musikken fra noen som kjenner personen med demens godt, er veldig viktig. I følge Ragneskog et al. (2001, s.154) kan musikk vekke ulike følelser i en person, men man skal være veldig bevisst på at musikken skal tilføre noe bra og man kan heller ikke ta det som en selvfølge at personen liker den samme musikken som han likte før. Her er et eksempel på hvordan det ikke bør gjøres, fra boken Case Examples of Music Therapy Alzheimer's Disease skrevet av Bruscia (2012):

En musikkterapeut spilte en etnisk sang for en pasient på sykehjemmet som var fra et afrikansk land. Han trodde at han hadde valgt en veldig passende sang. Sangen hadde rike og levende harmonier. Det han ikke visste var at denne sangen ofte ble brukt i begravelser. I stedet for å skape et fint øyeblikk med pasienten, ble hun veldig trist og lei seg. (s.31, min oversettelse)

6.0 Avslutning

Alt i alt ser det ut som at individualisert musikk kan ha god effekt på APSD, medikamentbruk og på den måten kanskje kunne ha innvirkning på livskvaliteten til beboere med demens på sykehjem. Det kommenteres i de fleste artiklene at det bør prøves videre og bli utført flere studier med enda flere deltakere for å få bedre oversikt over hvor godt det kan fungere. Flere av studiene etterspør også større studier, altså med flere deltakere over lengre tid. Studiene har ikke nevnt mye om negative konsekvenser av intervensjonen, utenom de gangene hvor det kan se ut som det er blitt valgt «feil» type musikk til pasienten. Det vil derfor være naturlig å si at en av de store fordelene med denne intervensjonen er de få konsekvensene så lenge det

blir gjort på riktig måte. Myskja (2017, s.162) presiserer noe viktig som er at eldre mennesker er like forskjellige som vi unge derfor er det viktig og ta individuelle hensyn med tanke på bruken av sang og musikk. Musikk kan også brukes for å lindre og trøste, men da må man huske på at musikk ikke bare kan vekke gode minner, men også dårlige.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg tilegnet meg mer kunnskap om hvordan individualisert musikk kan bli implementert i sykehjem og mulig effekt av dette. Det er noe jeg absolutt kommer til å ta med meg videre i mitt fremtidige arbeid som sykepleier.

7.0 Kilder

Aasgaard, T. (2006). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Bergmo, T. og Paszkiewicz, Z. (2012, 15.august). Sang hjelper demente. *NRK*. Hentet fra:
<https://www.nrk.no/kultur/sang-hjelper-demente-1.8281585>

Bruscia, K. E. (2012). *Case Examples of Music Therapy for Alzheimers Disease*. New Braunfels, texas: Barcelona Publishers.

Dahlum, S. (2015, 4.september). Statistisk interaksjon. Hentet fra:
https://snl.no/statistisk_interaksjon

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Darnley-Smith, R. og Patey, H. M. (2004). *Music Therapy*. London: SAGE publications.
Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). Sjekklistor. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Dassa, A. (2018). «Opening Our Time Capsule» - Creating an Individualized Music and Other Memory cues Database to Promote Communication Between Spouses and People With Dementia During Visits to a Nursing home. *Frontiers in Medicine*. (Vol: 5)
<https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00215>

Engedal, K. (2016). *En bok om demens*. Oslo: Pax forlag.

Engedal, K. og Wyller, T. B. (2006). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe forlag.

Folkehelseinstituttet. (2017, 21.mars). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet 30.januar 2019 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Fonn, M. (2016, 13.oktober). Er det lov å si dement? Hentet fra:
<https://sykepleien.no/2016/10/er-det-lov-si-dement-0>

Emnekode: BSS9, Kandidatnummer: 427

Gerdner, A. L. (2005). Use of Individualized Music by Trained Staff and Family. *Journal of Gerontological Nursing*. 31(6), 22- 30. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050601-08>

Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på personer med demens. *Sykepleien*. 100(14), 65-67. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0150

Hebert, A. C., Hancock, K. & McConnell, S. E. (2018). Implementation of Individualized Music in Long-term Care: Application of the PARiHS Framework. *Journal of Gerontological Nursing*. 44(8), 29-38. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180626-01>

Helmers, A-K. B. (2018, 15.mars). Sykepleiere gir pasienter beroligende midler på grunn av tidsnød. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/03/sykepleiere-gir-pasienter-beroligende-midler-pa-grunn-av-tidsnod>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020, et mer demensvennlig samfunn. Meld. St. 15 (2017-2018) Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Hildebrandt, S. (2011, 09.mars). Fagfelleevaluering med plettet rykte. Hentet fra: <https://forskning.no/forskningssvindel/fagfelleevaluering-med-plettet-rykte/789830>

Jakobsen, S. E. (2018, 09.januar). Sang og musikk hjelper personer med demens. *Forskning.no*. Hentet fra: <https://forskning.no/musikk-aldring-psykiske-lidelser/sang-og-musikk-hjelper-personer-med-demens/297674>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (Red.). (2014). *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Konsmo, T. (2003). *En hatt med slør..* Otta: Tano Aschehoug.

Music & Memory. (u.å). Our mission and vision. Hentet 21.02.19 fra: <https://musicandmemory.org/about/mission-and-vision/>

Emnekode: BSS9, Kandidatnummer: 427

Myskja, A. (2017). *Hjertet husker det hodet glemmer: en praktisk bok om demens*. Oslo: Cappelen Damm.

Norsk forening for musikkterapi. (u.å). Hva er musikkterapi. Hentet fra:

<https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi/>

Norsk forening for musikkterapi. (u.å). Kronikk: Lik, men unik. Hentet fra:

<https://www.musikkterapi.no/nyheter/kronikk-lik-men-unik>

Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Chiara, U., Zancchi, E., Granieri, E., Imbriani, M. & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*. 63(8), 1534-1539.

<https://doi.org/10.1111/jgs.13558>

Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M., og Norgberg, A. (2001). Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*. 7,146–155. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00254.x>

Regjeringen. (2018, 15.november). Etikk i forskning. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens, møte og samhandling* (1.utg.). Oslo: Akribe A.S.

Ruths, S. & Straand, J. (2005). Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 125, 1672-1675. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/antipsykotiske-midler-mot-uro-ved-demens-medisinsk-behandling-eller>

Emnekode: BSS9, Kandidatnummer: 427

Sandve, O. (2014). Musikkterapi og implementering av sang og musikk i behandling på sykehjem. I Rogaland NSF lokalen. 31(2), 9. Stavanger: Norsk sykepleierforbund.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, I.J. Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). PICO. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Thomas, K., Baier, R., Kosar, C., Ogarek, J., Trepman, A. & Mor, V. (2017). Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 25(9), 931–938. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.04.008>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

8.0 Tabeller

8.1 Tabell 1: Oversikt over inkluderte studier

Studie	Mål/hensikt	Metode	Deltakere	Resultat	Etisk vurdering
Herbert et al. (2018) Implementation of Individualized Music in Long-Term Care: Application of the PARIHS	Hensikten med denne studien var å undersøke implementeringen av et individualisert musikk program i en institusjon for	Utforskende studie	19 personer med demens som bor i en langtidsavdeling på	Pasienten uttrykte at de synes det var veldig bra at de selv fikk være med på å bestemme hvilken musikk	Denne studien ble godkjent av Charles George Veterans Affairs Medical

Framework.	personer med demens.		sykehjem. Alle 23 som bodde på avdelingen ble tilbudt å delta i studien, men 4 av dem ønsket ikke å delta. 10 av 19 var det dokumentasjon på at hadde fått IM minst 2 ganger i uken.	de skulle høre på. «PARiHS framwork» viste seg å være et nyttig hjelpemiddel for å implementere individualisert musikk i klinisk praksis. De konkluderer med at denne modellen kan være med på å styrke den personsentrerte omsorgen til personer med demens.	Center (CGVAMC) Institutional Review Board (IRB) og the East Tennessee State University IRB.
Ragneskog et al. (2000) Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions	Hensikten var å finne ut om denne intervensjonen kunne redusere symptomer på agitasjon hos personer med demens på sykehjem.	Kvantitativ metode.	4 personer med demens på det samme sykehjemet.	Hovedfunnene var at to av pasienten ble roligere. Blant de som hadde mest langt kommet demens var effekten minimal.	The Ethics Committee of the University of Göteborg, Sweden har godkjent studien.

Gerdner (2005) Use of Individualized Music by Trained Staff and Family: Translating Research into Practice	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av individualisert musikk på agitasjon når det ble implementert av trente ansatte og familie.	Kvantitativ metode.	8 personer med demens i en langtidsavdeling på sykehjem.	Resultatene viser til en tydelig nedgang i agitasjon.	Publisert i tidsskrift som er Peer reviewed.
Raglio et al. (2015) Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial	Hensikten med studien var å undersøke effekten av aktiv musikkterapi og individualisert lytting til musikk, ved hjelp av mål på APSD hos personer med demens.	Randomisert kontrollert studie (RCT)	9 italienske institusjoner. 120 personer med moderat til alvorlig demens og APDS ble randomisert til tre ulike grupper.	Undersøkelse av atferdsmessige symptomer viste ikke signifikant forskjell mellom gruppene. Alle gruppene hadde en reduksjon i NPI score over tid og det samme gjaldt for målene i Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia.	Det lokale etikkutvalget godkjente studieprotokollen.
Thomas et al. (2017) Individualized	Hensikten med denne studien var å sammenligne	Kvantitativ metode.	98 sykehjem som fikk	Sykehjemmene som utførte M&M	Publisert i tidsskrift som er Peer

Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia	personers atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens på sykehjem før og etter implementering av individualisert musikk.		opplæring i M&M programmet i løpet av 2013 og 98 matched-pair comparisons.	programmet økte prosent av reduksjon i oppførselseproblemer (fra 50,9% til 56,5%), sammenlignet med de andre sykehjemmene (fra 55,8% til 55,9%).	reviewed.
Dassa (2018) «Opening our timecapsule» - Creating an individualized Music and Other memory cues Database to Promote Communication Between Spouses and People with dementia during visits to a Nursing Home.	Hensikten med denne studien var å bidra til å gjøre pårørendes besøk til sine ektefeller med demens på sykehjem til en bedre opplevelse, ved å fremme kommunikasjonsmuligheter. Ved å bruke individualiserte databaser bestående av personlig musikk og bilder som representerer livet til personen med demens.	Kvalitativ metode.	3 ektefeller av pasienter med demens på sykehjem i Israel.	Før studien rapporterte alle de tre kvinnene om kommunikasjon svansker med sine ektefeller. Etter å ha prøvd de individualiserte databasene rapporterte alle om at det ble lettere å finne måter å kommunisere med sine partnere, gjenoppleve tidligere erfaringer og lindre følelsen	Studien ble godkjent av «The Bar-Ilan University Music Department's Ethics Committee.»

				av å ikke nå inn til sin partner under besøk.	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------	--

8.2 Tabell 2: PICO s.13

Patient/problem (pasient/problem)	Intervention (intervensjon)	Outcomes(resultater)
Dementia 65 +	Music therapy Individualized music	Quality of life BPSD