



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bachelor oppgave

Kandidatnummer: 116

Leveringsfrist: 20.02.2015

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarleg: Benny Huser

Vegleder: Gurli K. Tveit

Musikk som terapeutisk verkemiddel
i demensomsorga



SYKSB3001

BACHELOROPPGÅVE

Bacheloroppgåve i sjukepleie.

Stord -Våren 2015

Kull: 2012

Kandidat nr.: 116

Vegleder: Gurli K. Tveit

Ord: 8831



De nære ting

Ditt sinn monne flyve så vide omkring,
det er som du glemmer de nære ting,
det er som du aldri en time har fred,
du lengter bestandig et annet sted.

Du syns dine dager er usle og grå,
hva er det du søker, hva venter du på?
Når aldri du unner deg rast eller ro,
kan ingen ting vokse og intet gro.

Gå inn i din stue, hvor liten den er,
så rommer den noe ditt hjerte har kjær,
på ropet i skogen skal ingen få svar,
finn veien tilbake til det du har.

Den lykken du søker bak blående fjell,
kan hende du alltid har eiet den selv.
Du skal ikke jage i hvileløs ring,
men lær deg å elske de nære ting.

Arne Paasche Aasen
(Norsk sangbok, 2005, s. 85)

Samandrag

Tittel: Musikk som terapeutisk verkemiddel i demensomsorga

Bakgrunn for val av tema: Gjennom praksis ved demensavdeling oppdaga eg effekten musikken hadde på pasientane, den positive og oppkvikkande effekten som skapte glede og tryggleik. Eg fann musikkterapi å vera motiverande og inspirerande, og håpar du vil finne det like relevant og inspirerande som meg.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar legge til rette for eit terapeutisk miljø på sjukeheim, ved hjelp av musikk?

Føremål med oppgåva: Oppgåvas føremål er å fremje musikk som terapeutisk verkemiddel, i ein slik form at helsepersonell kan utføre det. Gjennom å setje lys på effekten av musikkterapi, og implementering av tiltaket, vonar eg fleire kan ha nytte av musikk på demensavdelingar.

Metode: I denne litteraturstudien vart databasane CINAHL og SveMed+ brukt. Søkeord som vart nytta var «music therapy, dementia, nursing experience, communication, nursing home, dementia care, music, og individualisert musikk». Det vart valt ut fem forskingsartiklar til denne studien.

Resultat: Forsking nytta i denne studien viser positiv effekt av musikkterapi. Musikk hadde ikkje betre verknad enn andre aktivitetar, men samla hadde dei god effekt på uro hos personar med demens. Ved song i morgonstell eller i små grupper gav pasientane uttrykk for velvære, glede og vart meir opne for relasjonar med andre. Personalets holdningar synes også å vera positive, tross liten bruk av musikk i deira pleie. Tid, ressursar, og vanskar med å finne ein aktivitet for alle er faktorar som påverkar bruken av musikkterapi.

Konklusjon: Musikkterapi er eit positivt supplement for å skape eit terapeutisk miljø på sjukeheim for personar med demens. Musikk kan nyttast der pasienten er, og bidra til velvære og glede hos pasienten. Sjukepleiar kan legge til rette for at tiltaket vert nytta bevisst ved å utarbeide ein aktivitetsplan som er tilpassa gruppa, og som skaper rom for å nytte tiltaket.

Nøkkelord: Musikk, musikkterapi, miljøterapi, sjukepleie, sjukeheim.

Summary

Title: Music as additional therapy in dementia care

Background: During clinical practice in dementia care, I experienced the beneficial effects of music in a nursing home for people with Dementia. The music brought joy and safety. I found this experience motivating and inspiring, to me as a nurse, but most of all for these people with dementia. I hope you will find it just as relevant and inspiring.

Problem: How can nurses promote a therapeutic environment in nursing, by using music?

Intention: In this study I want to promote music therapy as a tool to create a therapeutic environment in dementia care, in a way that nurses can use it and implement it in their own practices. Hopefully this leads to inspired and improved care.

Method: For this literature study I used CINAHL and SveMed+ databases. The terms searched for were; «music therapy, dementia, nursing experience, communication, nursing home, dementia care, music and individualized music». A total of five research-articles was selected for this study.

Results: Research used in this study show positive effects of music therapy. Music was not better than other activities, but both of them had good effects on agitation in people with dementia. By singing in morning-care situations, or in small groups, the patients expressed satisfaction, joy, and seemed more open for communication with others. Staffs attitudes also seemed positive, despite the little use of music in their own practice. Time, resources, and difficulties in finding a suitable activity were all factors that influence the use of music therapy.

Conclusion: Music therapy is a positive supply to creating a therapeutic environment for people with dementia. Music can be used where the patient is, and contribute to relaxation and enjoyment. Nurses can organize it by preparing an activity-plan that is adapted to the group.

Keywords: Music, Music therapy, milieu therapy, nursing, nursing home

Innhold

1. Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn og føremål med studien.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing og presisering	1
2. Teori	3
2.1 Sjukepleieteori: Joyce Travelbee	3
2.2 Demens	4
2.3 Kommunikasjon	5
2.3.1 Kommunikasjon og demens	5
2.4 Terapeutisk miljø på sjukeheim	6
2.5 Musikkterapi	7
2.5.1 Individualisert musikkterapi.....	8
3. Metode.....	9
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	10
3.2 Framgang.....	10
3.2.1 Søketablellar.....	10
3.3 Forskingsetikk.....	12
3.4 Kritisk vurdering.....	12
4.0 Resultat.....	14
Artikkel 1.....	14
Artikkel 2.....	14
Artikkel 3.....	15
Artikkel 4.....	16
Artikkel 5.....	17
5.0 Drøfting	18
5.1 Implementere og bruke musikkterapi.....	18
5.2 Musikkens terapeutiske effekt	20
5.3 Fellesskap gjennom musikk.....	22
5.4 Haldningar til musikkterapi	23
6. Avslutting.....	24
Referansar	25
Vedlegg 1: Resultattabell	1

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn og føremål med studien

I Noreg er det over 70 000 personar som er råka av demenssjukdom (Myskja, 2013, s.20). Dersom ein reknar at kvar av desse har fire pårørande kjem ein fram til at godt over 250 000 personar i Noreg er indirekte råka av sjukdomen. Demens er ein folkesjukdom, der Alzheimers rammar 60-70% av sjukdomstilfella. Demens som skuldast hjerneslag gjeld for om lag 15-20% av tilfella. Grunna auka levealder der fleire vert over 90 år, reknar ein med at talet på personar med demens vil auke til 135 000 innan år 2040 (NOU 2007:10).

I praksis ved demensavdeling på sjukeheim fekk eg mange positive erfaringar med bruk av musikk som eit terapeutisk verkemiddel i avdelinga. Ikkje berre såg det ut til å ha verknad på pasientane, men også for personalet. Det var tydeleg at musikk skapte ein atmosfære ingen medikament eller andre terapeutiske verkemiddel kan gi. Også pasientar som ikkje lengre hadde språk, eller såg ut til å forstå det som vart sagt av personalet, var med å song i fellesskap. Det forundra meg at eit slikt tiltak ikkje vert brukt oftare innan demensomsorg, og i helsevesenet elles.

Føremålet med denne studien er å finne gode måtar for helsepersonell å bruke musikk som eit terapeutisk hjelpemiddel på demensavdelingar. Dette for å gjere kvardagen betre for personar med demens, samt lindre utagerande åtferd. Gjennom litteratursøk i databasane CINAHL og SveMed+ med søke orda «Music therapy», «dementia», «dementia care», «nursing home», «communication», «nursing experience», og «individualisert musikk» har eg funne forskning som oppgåva byggjer på, saman med Travelbee si forståing av sjukepleie.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar legge til rette for eit terapeutisk miljø på sjukeheim, ved hjelp av musikk?»

1.3 Avgrensing og presisering

I denne litteraturstudien rettar «terapeutisk miljø» seg mot demensomsorg, og ulike miljøtiltak som er med å fremme gode kvardagar for personar med demens på sjukeheim. På bakgrunn av at musikk ikkje låser seg til ei bestemt demens-gruppe, ynskjer eg å ha fokus på demenssjukdom generelt. Pårørande er ein viktig ressurs, men vert ikkje belyst nærmare grunna oppgåvas omfang. Eg har valt å ha med nokre korte forklaringar på kva musikkterapi, demens og terapeutisk miljø er, knytt til tematikken i oppgåva. Musikk og musikkterapi vil

brukast om same handling, tross terapeutisk forskjell. Dette grunna sjukepleiaren nyttar musikk, medan musikken kan vera terapeutisk.

Musikkterapi: Trondalen (2006, s. 66) nyttar Ruud sin definisjon for å forklare kva musikkterapi er: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlingsmuligheter».

Demens: I følge Berentsen (2010, s. 354) er demenssjukdom ein irreverserbar kognitiv svikt som fører til (gradvis) tap av hukommelse, læringsprosess og kommunikasjonsevner.

Terapeutisk miljø: Jakobsen (2007, s. 105) nyttar Edner mfl. sin definisjon på miljøterapi: «..en systematisk utforming av atmosfære, tid , rom og menneskelige relasjoner på en slik måte at personer med demens kan utvikle, opprettholde og bevare sin funksjonsevne og beholde sitt selvbilde og sin selvfølelse».

2. Teori

2.1 Sjukepleieteori: Joyce Travelbee

Oppgåva byggjer på Joyce Travelbee sin interaksjonsteori som omhandlar blant anna etablering av eit menneske til menneske forhold, og korleis ein kan bruke seg sjølv på ein terapeutisk måte i sjukepleie utøvinga. Ho er kjend for sin filosofi og tenking innan sjukepleie der ho legg vekt på å finne mening i sjukdom og lidning, slik at pasienten på best mulig måte kan mestre eigen situasjon. (Kristoffersen, 2012, s. 216) Travelbee (2007, s. 29) beskriv det slik; «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre efringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.»

I følge Travelbee (2007, s.30) er sjukepleie som nemnt ein mellommenneskeleg prosess. Prosessen inneber at sjukepleiaren hjelper eit anna individ, eller ein familie som treng det, med det sjukepleiaren kan bidra med av praktisk omsorg og faglig kunnskap. Ho seier sjukepleie er flytande, at det stadig er noko for fører til forandring. Mellom sjukepleiar og pasient vil arbeidet bli påverka eller forandra gjennom eit samspel, fordi dei verkar inn på kvarandre.

Det finnes mange definisjonar på helse. Kva helse er, og kva det inneber. Travelbee (2007,s. 32-33) legg vekt på at det finnes både objektive syn på helse, og det subjektive synet på helse. Ho meina det er viktig at ein som sjukepleiar i tillegg til det objektive, det målbare, kan sjå det subjektive hos pasienten. Korleis pasienten føler seg, tross i at alle prøver er fine.

Travelbee meiner at profesjonell sjukepleie inneber å bruke seg sjølv terapeutisk i sitt arbeid. Å ha evna til å bruke sin eigen personlegdom bevisst i samhandling med pasienten, på ein slik måte at det er med å fremje den forandringa som er ynskja hos pasienten. Dette kan også vera å lindra eller redusera plagene pasienten opplever (Kristoffersen,2012, s. 222). I tillegg til fagkunnskap ein tileignar seg, påpeikar ho at det er lærdomen om korleis sjukepleiar kan bruke seg sjølv til å hjelpe andre som er den beste læra. Ved å vera bevisst på eigen åtferd og væremåte kan ein bruke seg sjølv for å lindre pasientens plager og skape gode relasjonar. Det er ikkje enkelt å bruke seg sjølv terapeutisk. Ein må bruke fornuft og intelligens, og kunne reflektere over eigen og andre si åtferd for å best mulig kunne hjelpe. Det heile handlar om ein fin balanse mellom hjertet og intellektet (Travelbee, 2007. s. 44-45).

2.2 Demens

Engedal og Haugen definerer demens som;

...en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid (sitert i: Berentsen, 2010, s. 354).

Demens er ein kognitiv svikt. Kognitiv inneber å kunne tenke klart, bruke erfaringer til å tolke sanseinntrykk og sette dei i ei mening, samt kunne kontrollere tanke til handling prosessen. Ein kognitiv svikt vil dermed svekke desse eigenskapane, og det er nettopp dette som gjer demens til ein sårbar sjukdom. Dei fleste som er råka av demens merkar forandringane sjukdomen gjer med dei (Myskja, 2013, s. 18-20).

Demenssjukdom kan delast inn i tre stadium; mild, moderat og alvorleg demens. Ved mild grad kan ein klare seg heime, men ved moderat grad vil hjelpebehovet vera så stort at sjukeheim vil vera det beste for pasienten. Funksjon, språk, praktiske evner og forståing er noko av det som oftast vert svekka etter som sjukdomen utviklar seg (Berentsen, 2010, s. 355).

Det finnes ulike typar demens. Symptoma avhenger av årsaken til sjukdomen. Områder rundt tredje hjerneventrikkel, som hippocampus, thalamus og tinninglappen er sentralt for at menneske skal kunne ta i mot informasjon og for læring. Ved demenssjukdom er det dette området som er råka, og sjukdomen/skaden kan ikkje reverserast (Berentsen,2012,s. 356). Symptoma ved demenssjukdom kan delast inn i tre hovudområder: kognitive symptom, åtferds- og psykiske symptom ved demens (APSD) og motoriske symptom (Berentsen, 2012. s. 356-362). Med kognitive symptom meina ein det som har med det mentale å gjer. Tankar, merkksamhet, ny kunnskap og hukommelse, språkforståing, korleis ein bruker ulike reiskap og orienteringssansen. Symptoma som påverker åtferd og APSD rettar seg mot at personen kan bli engsteleg, endrar personlegdom og får vrangførestellingar eller brå endringar i humøret. I tillegg kan ein oppleve at personen ikkje viser same interessa som før, og har problem med å oppretthalde normal døgnrytme. Motoriske symptom, dreier seg om uro i form av vandring eller gjentatt bevegelses mønster, rastlaushet eller manglande evne til å utføra oppgåver. (Myskja, 2013, s. 21-22).

2.3 Kommunikasjon

I følge Eide og Eide (2008, s. 17) er kommunikasjon å gjere noko felles, å dele eit budskap med andre. Kommunikasjon står sentralt i begrepet «relasjon» som betyr at éin ting er i forbindelse med ein anna, som eit forhold eller ein kontakt mellom fleire menneske.

Kommunikasjon består av to deler, det me seier, og det me viser med kroppsspråk og mimikk, altså haldninga vår. Ved kommunikasjon ynskjer ein å formidle eit budskap, oftast ved hjelp av ord og tale. Haldningar vert avslørt av kroppsspråk og mimikk. Korleis me ordlegg oss og nyttar kroppen til å bekrefte det me sa er difor med å skape respekt for kvarandre (Berentsen, 2010, s. 381). Me deler det inn i «verbal» og «non-verbal» kommunikasjon, der verbal vil sei med språk, og non-verbal ved hjelp av kroppsspråk og mimikk (Travelbee, 2007, s. 138). Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient skjer når dei snakkar, men også når dei er tause. Gjennom kroppsspråk kan den sjuke sei mykje til sjukepleiaren. Ansiktsuttrykk, haldning, korleis han ser ut eller oppfører seg kan fortelje mykje. Sjukepleiar må difor vite om det er noko pasienten prøver å formidle, og *kva* budskapet er (Travelbee, 2007, s. 135).

Saklege budskap vert ofte formidla gjennom ord, korleis ein vektlegg orda er med på å styrke budskapet. Ein kan til dømes ha ein høfleg tone, eller ein kan ha eit tonefall som gir inntrykk av lite engasjement. Ofte er det ikkje det som vert sakt som vert lagt mest merke til, men måten det vert sakt på. Dette gjeld også kroppsspråket, sjølv om dette ofte viser meir følelsar knytt til det som vert sakt (Berentsen, 2010, s. 381).

2.3.1 Kommunikasjon og demens

Når det kjem til kommunikasjon med personar med demenssjukdom, kan dette ofte vera utfordrande. Dei kan ha vanskar med å forstå innhaldet i det me seier, men kan ofte forstå kroppsspråket og forstå humøret vårt ut i frå stemmebruk og mimikk. Det me seier vert oppfatta bokstavelig av personar med demens, ein må difor vera konkret og kortfatta for at personen skal få med seg essensen i det som vert sakt. Det er også viktig å gi rom til å oppfatte det som vart sakt, i tillegg til å snakke i eit normalt roleg tempo. For å oppnå kontakt er det lurt å bruke namnet til pasienten. Dersom personen har lite eller dårleg ordforråd er kroppsspråket viktig for å skape relasjon, tillit og forståing. Dersom sjukepleiar ikkje forstår pasienten kan dette auke risikoen for angst og uro (Berentsen, 2010 s. 381). Sjølv om personar med demens kan oppleve vanskar med å uttale seg verbalt, kan dei fleste likevel synge. Dette har vist seg å ha god verknad på vedlikehald av tale og andedretts-funksjonen (Kvamme, 2006, s. 156).

2.4 Terapeutisk miljø på sjukeheim

Eit terapeutisk miljø, eller miljøterapi, er omgivnader som har til hensikt å fremje eller oppretthalde ei positiv stadfesting og dekke grunnleggande behov, der miljøet i seg sjølv er aktivt terapeutisk (Jakobsen, 2007, s. 105). Eit terapeutisk miljø skal bidra til kjensle av mestring, kontroll og tryggleik hos pasienten. For å skape tryggleik må omgivnadane i ei sjukeheimsavdeling vera tilpassa og utforma med mål om å skape ei heimsleg kjensle. For nokre kan minna frå heimen vera vonde, og tiltaket vil dermed stride mot si hensikt. Ein såkalla antiterapeutisk verknad (Jakobsen, 2007, s. 102). I Demensplan 2015 (NOU 2007:10) vert det lagt vekt på at utforminga av sjukeheimsavdelingane/bukollektiv for personar med demens bør ha små avdelingar, med gode aktivitetsmoglegheiter og direkte tilgang til uteareal. Dette kjem også fram i Verdighetsgarantien (2013) §2 «De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov».

Ei god stemning i kollegiet, som gir rom for å bevisst bruke seg sjølv og omgivnadane til å skape trivsel og tryggleik er viktig. Rom for spontan og kunnskapssterk omsorg er også sentralt for eit godt miljø og ei god omsorg. Vidare må ein ha kunnskapen som trengs for å forstå sjukdomen pasientane er råka av, og møte dei der dei er, på ein god måte. Nære relasjonar mellom pleiar og pasient er avgjerande for at pasienten skal kjenne seg heime, og for samhandlinga dei imellom. Pasientar med demenssjukdom kan framleis dele følelsar, sjølv om dei ikkje lengre kan dele kognitive delar av samhandlinga (Jakobsen, 2007, s. 103).

Som sjukepleiar ved demensavdeling må ein kjenne pasienten si historie dersom ein ynskjer god effekt av miljøtiltak som til dømes minnearbeid eller validering. Realitetsorientering, åtferdsterapi og fysisk aktivitet er også miljøtiltak som krev at ein kjenner til den enkelte pasient sine ressursar og historia deira. Ein må likevel vera bevisst på korleis og kvifor ein nyttar seg av miljøtiltaka. I følgje Jakobsen (2007, s. 10) er bruken av reminisens til å oppnå relasjon og god tilnærming er noko anna enn å bruke reminisens som planlagt gruppeterapi, då dette kan føre til eit feilfordelt maktforhold. I følgje Kvamme (2006, s. 161) handlar psykososiale forhold om meir enn personens eigenskapar. Ho skriv: «Grad av psykisk og sosial funksjon handler ikke bare om (iboende) egenskaper hos den demensrammede, men avhenger også av omgivelsenes ressurser og kompetanse på området, «kjemien» mellom

partene og den aktuelle situasjon.» Kvamme (2006, s. 161) viser med dette til samspelet mellom menneska, som er sentralt for at den psykososiale funksjonen hos personar med demens. At dei skal kjenne seg trygg, og føle mestring av situasjonen.

2.5 Musikkterapi

Musikkterapi er bruken av musikk, med hensikt å fremje helse (Trondalen, 2006, s. 66). I følgje Mysja (1999, s. 83) har musikk ei eiga evne til å førebyggje helseplager. Han samanliknar rytmen i musikk med blant anna pulsen av hjerteslaga hos mennesket.

«Pulsen i musikk er uløselg knyttet til kroppens naturlige rytmer, enten det omhandler åndedrett, puls, lemmenes dans eller hovedpulsårens rytmiske karsus, de fysiologiske komponenter som speiler – og kanskje forutsetter – verdensmusikkens rytmer» (Myskja, 1999, s. 83).

Wall og Duffy (2010) fremjar at musikken har vist seg å vera eit effektivt alternativ til medikamentell behandling av ulike åtferdsproblem knytt til demenslidninga. Dette grunna musikken sin rytme og melodi som når fram til ulike delar av hjernen. Rytmen verkar inspirerende, og får oss til å ville bevege oss, og danse til rytmen (Kvamme, 2006, s. 155). I tillegg har også musikk ein evne til å betre taleflyten hos personar med demens. Musikkens verknad på igangsetting av tale går langt tilbake i tid, og har blant anna vist god effekt hos personar som er plaga med stamming (Kvamme, 2006, s. 158). I følgje Myskja (1999, s.82) går forskinga på området langt tilbake, og på 1920 talet, då dei første EEG målingane vart gjort, kunne ein sjå at også hjernen sin frekvens kunne målast i ei form for rytme.

Hjernebølge-mønsterar kan ein dele inn i Beta, Alfa, Theta og Delta-bølgjer, der alle påverkar ulike delar av hjernen. Beta frekvensen er rask, og er knytt til aktivering, energi og uro, med meir. Stress er ei over-aktivering av slike beta bølgjer. Alfa-bølgjer er rolegare, og gir avspenning. Denne tilstanden gir oppleving av indre fantasiar og «dagdrøyming», og fungerer best med lukka auge. Theta er nivået djupare, og kan forbindast med søvntilstand eller hypnose, mens delta er enda djupare tilstand der ein har ein djup draumlaus søvn eller er medvitslaus (Myskja, 1999, s. 82). Myskja (1999, s. 83) peikar på at det er gjort forskning som tilseier at rolig klassisk musikk kan få hjerneaktiviteten frå beta-bølgjer til alfa-bølgjer.

I storhjernen finnes eit område som vert kalla «det limbiske system», her vert blant anna blodtrykk og andedrett, samt andre autonome funksjonar styrt. Hippocampus, som spelar ei viktig rolle for hukommelse og læring, er også å finne i dette området (Jansen, 2009). Det limbiske system er sentralt i musikkterapi fordi tidlegare koding vert lagra her, og vekker

dermed minner når personar med demens høyrer kjente tonar dei har relasjonar til. Områder i det limbiske system er knytt til vårt endokrine system, og vert aktivert og stimulert av forholdet mellom tonane i musikken. Altså det ein opplever som harmonisk. Dette kan vera forklaringa på kvifor musikk har ei innverknad på blant anna pust og puls (Myskja, 1999, s. 85-86).

I følgje Ruud (2006, s. 22) er det forskjell på om musikken har meining skreve inn i teksten, og musikk som har til hensikt å gi eller å tilby ei bestemt meining eller bruk, til dømes beroligande musikk. Ruud (2006, s. 24) seier også noko om «den subjektive opplevelsen», om musikkens verknad i kroppen. Musikk får oss til å føle, får oss til å gløyme negative tankar og får fram positive og oppmuntrande tankar og kjensler. Musikken skapar mestringskjensle, betrar hukommelsen og aukar konsentrasjonen. I tillegg til dette gir musikk rom for å frigjere undertrykka kjensler i kroppen, stressreduksjon og lar oss føle at ein lev i takt med musikken. Musikken bidrar til at vi som menneske får auka livskvalitet gjennom kjensle-aktivering og fellesskapet musikken gir. Dette bidrar igjen til samanheng og meining i livet, sjølv om det finnes mange andre viktige brikkar for å skape god livskvalitet (Ruud, 2006, s. 25). I følgje Wall og Duffy (2010) lagrar musikken seg, og særleg for personar med demens vil kjente songar og melodiar kunne bidra til å bringe fram minner knytt til dei ulike melodiane.

2.5.1 Individualisert musikkterapi

Opplevinga av musikk, kva musikken gjer med oss, er situasjonsavhengig og vert påverka av våre musikalske vanar og erfaringar. Musikkopplevinga er individuell. Det som verker avslappande på meg, treng ikkje å ha same effekt på deg. Dette kjem av erfaringar og minner knytt til situasjonar, eller musikken i seg sjølv (Ruud, 2006, s.21). I følgje Kvamme (2006,s.160-161) , og Wall og Duffy (2010) kan musikk skape assosiasjonar til episodar tidlegare i livet. Musikk kan difor brukast som minnearbeid, dersom pasienten er kjent med melodien eller songen frå tidlegare. Ofte er melodiar lettare å hugse enn songtekstane, og gjenkjenning av melodiar og tekstar er lettare for personar med demenssjukdom, enn å gjengi dei. Wall og Duffy (2010) set lys på den gode kort-tids effekten musikken har på åtferda til personar med demens som opplever agitasjon, der «live» musikk som er individualisert og tilpassa den enkelte synes å ha den beste effekten.

Musikk treng ikkje bare å ha positiv verknad. Dersom det ikkje er mål og meining i musikken, eller dersom volumet er for høgt, vert dette tolka som støy. Eit eksempel kan vera TV eller radio/CD som spelar i det uendelige. Same effekt kan også musikk ein ikkje har eit forhold til,

og som ein ikkje liker, gi. Dette vil føre til aggresjon, framfor å roe den (Kvamme, 2006, s.157-158). I følgje Jakobsen (2007, s. 102) vert tiltaket då anti-terapeutisk. Nortvedt (2012, s. 20) viser til sjukepleiarens etikk, der han skriv at sjukepleiarar skal handle upartisk, og i tråd med det som er best for pasienten.

3. Metode

Metode vil enkelt forklart vera framgangsmåten i studien. I framgangsmåten skal ein samle data (informasjon) som ein deretter måler, samanliknar, tolkar og så vidare, for så å komme fram til eit påliteleg resultat (Dalland, 2012, s. 112). Oppgåva har gitte rammer og retningslinjer, og er ein systematisk litteraturstudie.

Ein deler metode inn i kvalitativ og kvantitativ, der kvantitative metodane gir målbar informasjon og kvalitativ gir innsyn og forståing av aktuelt tema. I kvantitativ metode bruker ein tall til å rekne seg fram til resultatet av ei problemstilling. Metoden kan kjenneteiknast ved at studien går i breidda og finn få opplysningar om mange einingar, vidare får ein fram det som er felles for målingane. Den kvantitative metoden er basert på systematikk, der det gjerne vert nytta spørjeskjema der det er utarbeida svaralternativ for deltakarane i studien. Data som kjem fram er knytt til separerte fenomen, der ein vil få fram ei forklaring på noko. I kvantitativ metode ser forskaren det heile utanfrå, og jobbar for å vera objektiv og nøytral, også i forhold til personar som er med i undersøkinga (Dalland, 2012, s. 112-113).

I Kvalitativ metode er målet å måle meining eller oppleving som ikkje kan målast i tall. Metoden bygger på kjensler enn den kvantitative metoden. Med kvalitativ metode går ein i djupna og finn mykje informasjon om få emne, der ein får fram det som er spesielt for temaet og gjerne avvik frå det forventa. Her vert det ikkje nytta spørjeskjema, men heller opne intervju der personane kan svare fritt, eller at forskaren gjer observasjonar. Forskaren er i direkte kontakt deltakarane, då ein ynskjer å framstille resultatet i ein samanheng og i ein heilhet. Ein ynskjer å formidle forståing, noko som kjem av at forskaren ser emnet innanfrå, og kan ha muligheit til å påverke gjennom sin forståing eller tolking. Kvalitativ metode bygger på relasjon med deltakarane i undersøkinga (Dalland, 2012, s. 112-113).

3.1 Systematisk litteraturstudie

Ein systematisk litteraturstudie har som hensikt å finne løysing på eit spørsmål eller ei problemstilling, og bygger på ein systematisk metode som har relevant forskning i grunn, der forskinga er nøye vurdert og analysert. Det handlar om å vurdere resultata av forskinga på ein kritisk og systematisk måte. Med systematisk måte meinas at ein går gjennom kvar studie og vurderer om framgangsmåten og resultatet er kvalitetssikra (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30-32).

Når ein skal gjere ein systematisk litteraturstudie er det viktig å ha ei rekke studiar av god kvalitet som grunnlag for litteraturstudien. Litteraturstudien skal kunne svare på kva som fungerer best eller korleis ein kan gjere ting mest effektivt. Det er viktig at litteraturstudiar har ei klart formulert problemstilling og at kriterier og metode er gjort godt reie for. Eit anna viktig poeng er at artikkane ein har valt ut til litteraturstudien er relevant for problemstillinga. (Forsberg & Wengström, 2012, s.30-32)

3.2 Framgang

3.2.1 Søketablellar

Søk etter Artiklar vart gjort i CINAHL og SveMed+. Eg ønska ikkje å ha artiklar som er meir enn ti år gamle. Eg ønska full tekst i søket, og at fleirtalet av dei artikkane eg valte ut skulle vera frå Europa. Dei måtte også vera engelsk språklege, norske, svenske eller danske for at eg kunne jobbe med dei. Artikkane måtte også vera relevant for mi problemstilling.

Søk i CINAHL 02.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Music therapy AND dementia AND nursing experience	Full text	2
S2	Music therapy AND dementia	Full text	90
S3	Music AND dementia care AND nursing home	Full text	13
S4	Music therapy AND dementia AND communication	Full text	8

S1 gav to treff, der treff nr 1 vart brukt; «The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care», artikkelen er skriven av Lena M. Hammar, Azita Emami, Eva Götell og Gabriella Engström. Denne artikkelen er relevant for studien då den viser effekten av song i relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Studien er gjort i Sverige.

S2 gav nitti treff, av dei vart nr 6 valt; «The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial». Artikkelen er skriven av A.C. Vink, M. Zuidersma, F. Boersma, P. de Jonge, og J. P. J. Slaets. Artikkelen er relevant for tema i studien då den belyser musikkterapi opp mot andre aktivitetar.

S3 gav tretten treff, av dei vart nr 1 valt; «Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities». Artikkelen er skriven av Huei-Chuan Sung, Wen-Li Lee, Shu-Min Chang og Graeme D. Smith. Artikkelen er relevant for studien då den legg vekt på personalets holdning til musikkterapi som tiltak, samt effekten av tiltaket.

Søk i SveMed+ 02.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat
S1	Music dementia (enkelt søk)	Les online	10
S2	Individualisert musikk (enkelt søk)	Les online	1

S1 gav ti treff, av dei vart nr 2 valt; «Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg». Artikkelen er skriven av Kerstin Hamre og Karin Zingmark. Artikkelen er relevant då det er gjort undersøking på om musikk og rørsle har effekt på eldre personar med kognitiv svikt og demens, den tar også opp den sosiale effekten av aktiviteten.

S2 gav eit treff, og denne vart valt på bakgrunn av at eg ønska ein artikkel om viktigheta av individuell tilpassing av musikken. Artikkelen heiter «Individualisert musikk for personer med demens», og er skriven av Line Bragstad og Marit Kirkevold.

3.3 Forskingsetikk

Forskingsetikk er eit område med feste i grunnlagsetikken, som inneber normer om god oppførsel ogandel i livet. Ethiske utfordringar møter ein ofte i forskning innan helse/sosialektor. Difor er det viktig å tenke etikk allereie i planleggingsfasen av undersøkinga. Det handlar om å finne ut kven som har nytte av resultatane i di forskning, og om dette gir noko tilbake til deltakarane i studien (Dalland, 2012, s. 96-97).

Kunnskapsdepartementet har etablert fleire forskningsetiske komitear for å ivareta samfunnets interesser og den enkeltes interesser for forskning. Oppgåva deira er å gi råd ved etiske utfordringar. Dersom ein skal forske på menneske, eller på annan måte bruke helseopplysingar i studien (inkludert pilot-studie og utprøvande behandling) må det søkast om løyve frå komiteane på førehand (Dalland, 2012, s. 98). I følgje Forsberg og Wengström (2012, s. 77) er det viktig at ein systematisk litteraturstudie bygger på studiar som er godkjent av etisk komité, samt at alle resultat vert presentert slik at studien ikkje vert vinkla etter forskaren sitt synspunkt.

De nasjonale forskningsetiske komiteane (2009) belyser også viktigheten av å unngå plagiat i forskinga. Plagiat inneber at ein stel frå andre forfattarar eller forskarar ved å bruke direkte avskrift, same definisjonar og liknande, utan å vise til kjelda. Dette påverkar truverda til forskaren og til forskinga generelt.

For å bevare personvernet er det utarbeida ei lov om behandling av personopplysingar (Dalland, 2012, s. 100). Det skal vera samtykke skriftleg eller munnleg frå deltakaren. Det er anbefalt med skriftleg samtykke, då ein kan vise til det om det vert ueinighet. Deltakaren skal kva tid som helst kunne trekke seg. Moglegheita skal vera informert om på førehand, og det er forskaren sitt ansvar å sikre at informasjonen om innhald og deltaking i studien er oppfatta (Dalland, 2012, s. 106-107).

3.4 Kritisk vurdering

Artiklane som vert nytta i denne oppgåva vinklar bruken av musikkterapi på ulike måtar, som gir eit breidt bilete på både bruksområde, haldningar og effekten av musikk. Artiklane er også både kvantitativ, kvalitativ og litteraturstudie slik at eg får både konkrete målingar, og meir utdjupande konklusjonar. I artikkelen som omhandlar personalets haldningar ved hjelp av spørjeskjema der 214 av 285 svara, kan det ha vert dei som er mest engasjert som har svart. Dette kan ha påverka resultatet. Elles synes artiklane å ha brukt gode metodar for sine problemstillingar. I tillegg til artiklane eg har valt ut, har eg valt å ha med pensum og anna

litteratur som i hovudsak er publisert innan dei siste ti åra. Eit unntak i denne oppgåva er Myskja (1999). Eg har valt å ha denne med då innhaldet frå denne boka, som eg har nytta i mi oppgåve, er fysiologi knytt til musikk og er dermed framleis aktuelt. Ein av artiklane eg har valt er frå Taiwan. Den vart valt til tross for dimensjonsforskjellar i dei kliniske omgivnadane. Eg fann ikkje vesentlige årsaker til at resultata ikkje kunne brukast i Noreg.

Tre av artiklane i oppgåva er godkjent av etisk komité, og ein er fagfellevurdert. I artiklane som belyser kliniske forsøk er det også informert om at samtykke er gitt. Grunna demenssjukdom er pasientane i studiane ei såkalla «sårbar gruppe». Dette inneber at pårørande må ta avgjersler, eller uttale seg på vegne av pasienten. Då står ein i fare for å få pårørande si meining. Det er difor avgjerande at den som uttaler seg på pasientens vegne, kjenner pasienten sin ståstad. Fordi dette er ei sårbar gruppe er det viktig at forskaren legg opp til trygge rammer rundt intervju (Hauvik, 2012). For å kvalitetssikre artiklane som vart nytta i denne litteraturstudien har eg nytta sjekklister frå www.kunnskapssenteret.no (2015).

4.0 Resultat

Alle artiklane syner at musikkterapi har god lindrande effekt på utagerande åtferd hos personar med demens. Det er behov for meir forskning, då graden av effekt i forhold til andre tiltak er uklar. Mangel på kunnskap hos personalet er argument som kjem fram i konklusjonane. Minnearbeid og inspirasjon gjennom musikk synes å vera erfaringar personalet har fått. Det er likevel ingen konklusjon om kva tid på dagen tiltaket har best effekt. Det kjem heller ikkje fram kva tid musikkterapien bør i verk setjast i forhold til pasientens agitasjon for mest effektiv lindring av utagering og uro.

Artikkel 1

«The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care»

Dette er ein kvantitativ studie gjort av Lena M. Hammar (doktorgradsstudent), Azita Emami, Eva Götell og Gabriella Engström, som alle har doktorgrad, og jobbar med sjukepleiarutdanningar i Sverige. Studien vart publisert i «Journal of clinical nursing» i 2011. I studien har dei gjort video observasjonar, der det er gjort fire opptak av vanlig morgonstell og fire opptak med musikk i morgonstellet. Deltakarane i studien var ti kvinner og menn i alderen 66-92 år, med langt-kommen demens på to forskjellige sjukeheimar i Sverige. To typar skala vart nytta for å måle observasjonane; «the resistivness to care scale», som måler protest mot pleie og «observed emotion rating scale» som måler kjensleuttrykk på ein fem-punkts skala ved å analysere ansiktsuttrykk hos pasienten. Resultatet av studien viser at det var mest vanlig at pasientane trakk seg vekk under morgonstell, men at dette vart betydelig redusert når pasientane mot tok musikkterapeutisk pleie. Pasientane utstrålte glede og velvære, i motsetning til dei vanlege morgonstella utan musikk. «Musikk» innebar at pleiar song for (eller med) pasienten under heile morgonstellet. To av ti pleiarar som deltok i studien hadde tatt kurs i musikkterapi, resten fekk opplæring av eine forfattaren i studien.

Artikkel 2

«The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial»

Denne studien er gjort av A.C. Vink, M. Zuidersma, F. Boersma, P. de Jonge, S. U. Zuidema og J. P. J. Slaets. Studien vart publisert i «International journal of geriatric psychiatry» i 2013.

Forfattarane har ulike bakgrunnar representert ved indremedisin, musikkterapi, forskingssenter for kunst-terapi, psykiatri og generell praksis. Studien har ein kvantitativ metode med randomisert kontrollert design. Dei ønska å finne ut om musikkterapi hadde betre verknad enn andre aktivitetar for personar med demens. Studien vart utført på seks tyske sjukeheimar (gjennomsnittleg 150 bebuarar). Fire av sjukeheimane var vanlege, mens to av dei hadde antroposofisk pleie. Ein musikkterapeut vart tilsett ved kvar sjukeheim. Syttisju personar med demens vart delt i to grupper, ei med musikkterapi (43 stk), og ei med andre reaksjonsframkallande aktivitetar (34 stk). Begge gruppene fekk lik oppfølging: to gangar i veka i fire månader. Det vart sett grense på maksimum fem deltakarar om gangen. I aktivitetsgruppa vart det nytta yrkesterapeut, der pasientane gjorde handarbeid, lage mat og liknande. Kvar samling i begge grupper varte i 40 min. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) vart brukt til å måle utagerande åtferd hos pasientane. Målinga vart utført fire gangar dagleg. Resultat av målingar fire timar etter gruppa, og frå ein time før start vart brukt til å måle effekten av musikkterapi kontra andre aktivitetar. Begge gruppene viste forskjell frå før gruppa og etter, og musikkterapi såg ut til å ha noko betre effekt. Det viste seg i ettertid at gruppa som hadde vanlege aktivitetar hadde pasientar med sterkare demens enn i musikkterapigruppa. Etter justeringar i studien (Global Deterioration Scale) konkluderte dei med at det er ikkje var noko betre effekt av musikkterapi enn andre aktivitetar, men at begge gruppene utgjor forskjell for pasientane.

Artikkel 3

«Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities»

Denne studien er skriven av Huei-Chuan Sung, Wen-Li Lee, Shu-Min Chang og Graeme D Smith, og er utført i Taiwan. Studien vart publisert i «Journal of clinical nursing» i 2011. Fleirtalet av forfattarane har doktorgrad (eller mastergrad), og jobbar innan sjukepleieutdanning, medan ein av forfattarane jobbar ved avdeling for radiologisk teknologi. Det er ein kvantitativ studie der dei har brukt spørje skjema blant 214 tilsette fordelt på 16 ulike langtidssjukeheimar. Dei ønska å finne ut om personalet sine haldningar og forventningar til musikkterapi, i kva grad dei brukar det i jobben og kva faktorar som verkar inn på bruken av musikkterapi. Responsen på spørjeskjema vart rekna til 75,1%. Demografiske forskjellar på deltakarane i studien vart kartlagt og teke omsyn til. Spørjeskjema var delt i to, den eine om personalets haldningar, og den andre om forventningane. Det vart nytta krysstabulering og «chi-square test» til å analysere data.

Personalet som deltok i studien bestod av både sjukepleiarar (88stk) og hjelpepleiarar (126 stk). Dei var mellom 19 og 62 år, og hadde ei snitt erfaring på 7,38 år. Resultatet om personalets holdningar viser positiv haldning til bruk av musikk, og at dei burde bruke det meir. 51,9% svarte at dette ikkje ville forstyrre dei i sitt arbeid. Dei hadde liten erfaring med dette og visste ikkje korleis dei skulle ta det i bruk. Resultat om kva som var årsaka viser at mangel på kunnskap om temaet er den største utfordringa (72,9%), også mangel på tid hadde over halvparten svara. Haldninga hos personalet kan smitte over på effekten av musikkterapien.

Artikkel 4

«Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg»

Denne artikkelen er skriven av Kerstin Hamre (strategist, kultur og helse) og Karin Zingmark (Med. Dr. og FoU-sjef), og er ein kvalitativ studie som vart publisert i «sosialmedicinsk tidsskrift» i 2012. I studien ønska dei å finne meir kunnskap om musikk og bevegelse som verktøy i eldreomsorga. Studien er utført i Sverige, ved to sjukeheimar, samt ei gruppe heimebuande personar med hjelp frå heimesjukepleiarar. Totalt 34 personar deltok mellom 70 og 90 år. Fleirtalet av dei hadde ein form for kognitiv svikt i forhold til hukommelse, eller demens. I tillegg til desse, var det sju av personalet som deltok. Dei tre gruppene trefftes 32 gonger, der deltakarane deltok frå ein til tjuefire gonger. Det vart registrert gjennomsnitt deltakarar av alle treffa. Latterskala vart nytta til å måle resultat. Prosjektet, kalla «Prosjekt musikk och rörelse» var gjort i samarbeid med leiarane i dei aktuelle føretaka. Den musikk-ansvarlege og omsorgspersonalet utveksla informasjon om opplegget og pasientane. Treffa innehaldt song og rørsle. Fokusgrupper vart brukt til å få god informasjon om effekten. Latterskalaen viste at ingen av deltakarane var særleg urolege verken før eller etter samlingane. Resultatet viste stor glede, og mykje latter. Deltakarane følte seg meir delaktige og motiverte, fekk nye kjennskap og vart inspirert til å fortelje om minna knytt til aktiviteten. Personalet var positive til å ta i bruk kulturelle metodar i jobben, men nokon av personalet var usikre og trakk seg unna. Dei opplevde vanskar med å finne den rette aktiviteten for å motivera til deltaking. Likevill var dei einige om betydinga av musikken, som bidrog til at pasientane opna seg meir i fellesskap, var viktig for kommunikasjonen. Studien understreker at det er behov for ei haldningsjustering hos helsepersonell når det kjem til kulturele tiltak framfor legemiddlar.

Artikkel 5

«Individualisert musikk for personer med demens»

Denne litteraturstudien vart utført av Line Bragstad (ergoterapeut) og Marit Kirkevold (sjukepleiar og professor) og vart publisert i «Sykepleien» i 2010. Det vart gjort søk i fleire databasar; Cochrane, Cinahl, Medline, PsychINFO, Embase, Amed og RILM Music Abstracts. Søkene vart gjort i 2009. Dei ville ha fagfellevurderte publikasjonar, med aldersgruppe over 65 år. Dei har tatt med studiar på individnivå og gruppenivå, der design varierer frå casestudiar til større kliniske kontrollerte studiar, eller RTC (randomiserte kontrollerte studiar). Stordelen av forkinga i studien, viser reduksjon i agitasjon hos pasientane med individualisert musikk. Tid for implementering av musikk-tiltaket er avgjerande for effekten, men det er uklart kva som er best. I dei fleste studiane vart cd-spelar brukt, medan andre song for eller med pasientane. Musikkterapien vart nytta der pasienten var. Dei konkluderer med at for å bruke musikk som eit individualisert tiltak må ein vera bevisst på kvifor og korleis ein implementerer den. Musikk har ei positiv verknad på utagerande åtferd hos personar med demens. Ein må likevull bruke det med forsiktighet, då det er mangelfull forking på området.

5.0 Drøfting

I drøftinga skal eg diskutere resultat frå forskning og teori som rettar seg mot problemstillinga mi;

«Korleis kan sjukepleiar legge til rette for eit terapeutisk miljø på sjukeheim, ved hjelp av musikk?»

5.1 Implementere og bruke musikkterapi

Føremålet med musikkterapi er i følgje Trondalen (2006, s. 66) å fremje, eller førebygge helse. Helse er eit to-delt begrep då dette, i følgje Travelbee sin teori, er både eiga kjensle (subjektivt) og det målbare (objektivt) (Travelbee, 2007, s. 32-33). Sjukepleiarar kan nytte musikk til å oppnå relasjonar, skape glede og tryggleik.

I følgje Hammar et.al (2011) treng det ikkje å vera vanskeleg å ta i bruk tiltaket. Ein kan då spør seg kvifor tiltaket ikkje vert nytta oftare. I ein studie gjort av Sung et.al (2011) kjem det fram at både haldningar frå personalet si side, ressursar og tid er avgjerande for om tiltaket vert prøvd ut, og implementert i avdelings-kvardagen. Det er vist at ein ikkje treng mykje kunnskap og formell trening for å gjennomføre tiltaket (Hammar et.al, 2011). På ei anna side viser Sung et.al (2011) også til at personalet hadde lite erfaring med bruk av musikk, og hadde liten kunnskap om korleis dei skulle nytte seg av tiltaket.

Bragstad og Kirkevold (2010) viser til positive effektar ved bruk av musikkterapi, tross enkel opplæring av personalet. Tid og stad for musikkterapi varierer veldig. Jakobsen (2007, s. 134) belyser viktigheta av eit utgangspunkt i normal døgnrytme, med måltider og kviletid i betraktning. Nokre nyttar det i stell-situasjonar der pleiarane syng, medan andre nyttar det i grupper som ein aktivitet. Stell situasjonar er særleg egna til å skape ei individuell tilnærming (Jakobsen, 2007, s. 118). I følgje Travelbee skal ein profesjonell sjukepleiar kunne bruke seg sjølv bevisst, og vera reflektert over sin væremåte slik at dette gir ein terapeutisk relasjon i møte med andre (Kristoffersen, 2012, s. 216). Sjølv har erfaringar frå praksis vist meg at musikk handlar meir om å bruke riktig musikk til rett tid, framfor ei formell trening på området. Der igjen krev vurderinga faglig god trening, og eit godt kjennskap til pasientgruppa. Dette kjem også fram av Bragstad og Kirkevold (2010) sin studie, der dei fann ut at det viktigaste ved bruk av musikk er å vera bevisst på kvifor dette tiltaket kan hjelpe, og korleis ein skal nytte seg av det.

Det er likevel ikkje enkelt å finne riktig aktivitet, eller riktig song som treff alle i ei gruppe (Hamre & Zingmark, 2012). Dersom ein brukar «riktig» musikk på ein god måte, kan ein vekke minner hos pasienten (Jakobsen, 2007, s. 135). I tillegg til, eller som ein del av innkomstsamtale på sjukeheim bør difor kartlegging av musikkpreferanse og musikalske ressursar vera sentralt for at musikktiltak skal gi ei positiv verknad (Myskja, 2006, s. 108-109). Grunna den kognitive svikten som oppstår ved demenssjukdom kan ei slik kartlegging vera utfordrande i møte med denne pasientgruppa på sjukeheim. Pårørande vil dermed vera sentrale i kartlegginga. I følge Travelbee (2007, s. 29) skal sjukepleiaren hjelpe både pasienten, men også familien eller samfunnet til å finne meining, og mestre situasjonen. Kartlegging av pårørande sine ressursar innan til dømes musikk, eller andre aktivitetar som inviterer til fellesskap, kan vera gunstig for å skape engasjement. Aktive pårørande er med å bekrefte identiteten til deira nære, og kan vera ein viktig ressurs for å stelle i stand ekstraordinære tilstellingar som til dømes basar, sommarfest for pasientar og pårørande med meir (Jakobsen, 2007, s. 124).

Ei slik kartlegging kan gjerast gjennom ein uformell samtale med pasienten, der ein kan fylle ut eit skjema som består av spørsmål som rettar seg mot pasientens musikalske interesse. På førehand kan ein spørje pårørande om det same, og på den måten få litt informasjon til å hjelpe pasienten i gang med temaet (Myskja, 2006, s. 113). Ei slik kartlegging er for å få innsyn i musikk-smaken til den enkelte. Ein kan også nytte informasjonen til å finne fellestrekk hos pasientgruppa på den aktuelle avdelinga, slik at utøvinga av musikken kan skje både i fellesskap og individuelt. Kvamme (2006, s. 155) set lys på evna personar med demens har til å hugse gamle ferdigheter, som å spele instrument. Dette bør òg takast med i kartlegginga, og prøvast forsiktig ut.

Då personar med demens er råka av ein kognitiv svikt, gjer dette at mange av dei føler mangel på kontroll. Gjennom å bevisst legge til rette for gode rutinar i avdelinga kan ein skape ein trygg atmosfære med kjente aktivitetar til faste tider (Jakobsen, 2007, s. 121). Mellom måltida har personalet tendensar til å gjere «andre gjeremål» i avdelinga, og pasientane vert gjerne overlata til seg sjølve. Dette skapar utrygghet og uro (Jakobsen, 2007, s. 122). Ved å lage ein aktivitetsplan kan ein tilpasse aktivitetane etter pasientane sine behov, der ein inkluderer morgonstell og måltid som ein del av planen. Jakobsen (2007, s. 117) presenterer Midtåsenhjemmet sin aktivitetsplan, som inkluderer alt frå rapport, stell, og måltid til historieforteljing, song og tur til biblioteket. Planen er gjennomtenkt, og har god tid på kvar aktivitet slik at pasientane kan gjere mest mogleg sjølv. Ein slik plan må sjølvstilt tilpassast

gruppa. Planen Jakobsen (2007, s. 117) viser til krev naturlegvis at pasientane er i stand til å delta på aktivitetane, og at dette er aktivitetar dei finn glede og mestring i. For at det skal vera mogleg å implementere musikkterapi som miljøtiltak bør også leddarar syte for at det er ressursar nok til kartlegging og gjennomføring av tiltaket (Sung et.al, 2011).

5.2 Musikkens terapeutiske effekt

Reminisens (minnearbeid), realitetsorientering, validering og åtferdsterapi er alle kjente begrep i demensomsorga. Dette er tiltak som har til hensikt å skape ein terapeutisk effekt (Jakobsen, 2007, s. 107). Den terapeutiske effekten kan ein også oppnå gjennom song og musikk. I følgje Berentsen (2010, s. 376) bidrar musikk til trivsel og velvære hos pasientane. Song og musikk kan ikkje gjere om på sjukdomen, men kan lindre symptom og på den måten gi ein helsegevinst likevel. Sjølv har eg opplevd i praksis pasientar som vandrar, som lengtar, utan å kunne forklare kva dei lengtar etter. Når dei kom inn i stova og me sat oss ned, vart musikken sett på. Ein CD spelt inn av aktiviteten, saman med ei eldre dame. Gamle klassikarar som «la oss leve» og «de nære ting» fylde rommet, og såg også ut til å fylle tomrommet der lengselen hadde vert. Eg opplevde at pasientane fann roen, og søkte kontakt med meg sjølv om eg hadde prøvd fleire gangar tidlegare. Musikk gjer noko med oss, som i dette eksempelet skapar ro og tryggleik i ein situasjon prega av frustrasjon og lengsel.

I studien gjort av Hammar et.al (2011) viser dei også positive resultat ved bruk av musikk. Gjennom song i morgonstell ved utagerande pasientar fann dei ut at pasientane utstrålte glede og velvære når dei vart sunge for, eller song med gjennom stellet. Også i Hamre og Zingmark (2012) sin studie fann dei mykje glede og motivasjon for pasientane ved bruk av musikk. Pasientane lo, og det vart eit fellesskap i gruppa. Dei vart motivert til å bevege seg, noko som også bidrog til at pasientane følte helsevinning. Dersom ein tar utgangspunkt i Travelbee (2007, s. 29) sitt syn på helse, vil dette vera subjektiv vinning av helsa.

På ei anna side kan ein stille spørsmål ved bruk av musikk i forhold til andre aktivitetar. Vink et.al (2013) si undersøking tyder på at musikk ikkje har noko særleg betre effekt enn andre generelle aktivitetar som til dømes å bake, gjere handarbeid og liknande. Sjølv om musikken ikkje hadde betre effekt, hadde likevel dei to forskjellige gruppene ein total samla god effekt. Kanskje handlar det om interesser, og kanskje handlar det om å fylle tomrom, uansett vil denne totale effekten bygge under tanken om at miljøterapi er viktig for å gi pasientane glede, trivsel og ikkje minst tryggleik.

Musikk kan brukast på fleire områder innan miljøterapi. Å bruke musikk i minnearbeid og relasjonsbygging er det som går mest igjen. Musikk kan vekke minner og skape assosiasjonar til episodar tidlegare i livet. Bryllaup, gravferd, skuledansen og liknande er eksempel på slike episodar. Melodiar er som stikkord for minner knytt til slike episodar (Kvamme, 2006, s. 160-161). Musikk kan bety mykje for eit menneske, og vera totalt uviktig for eit anna. Dersom ein veit at eit bestemt musikkstykk har vert av betydning for personen med demens, kan dette musikkstykket vere med å gi ein reminisens-effekt. Ein port inn til dette minnet. Musikken kan også gi ein validerande effekt, gjennom å underbygge ei kjensle, og dermed gi rom for å uttrykke (Kvamme, 2006, s. 161-162). Ved validering er det viktig å ikkje korrigere pasienten, ein skal la pasienten få gi uttrykk for det han føler og legge til rette slik at dette blir verdig for pasienten (Berentsen, 2010, s. 377). Gjennom validering og reminisens ved bruk av musikk skapar ein rom for kommunikasjon. Gode samtalar om fortid, notid, kjensler med meir. For at dette springbrettet skal fungere må ein, som Bragstad og Kirkevold (2010) understreker, vite kvifor og korleis ein best muleg kan nytte seg av tiltaket.

Wogn-Henriksen (referert i Jakobsen, 2007, s.102) meina miljøterapi ikkje skal vera anten eit reint kognitivt eller reint praktisk tiltak, men at det skal vera ein total av fantasi, drømmar og utfoldelse som er med å bekrefte identitet og mestring. Bilete og musikk kan vera portopnarar inn til sjela, til «menneskets indre». Jakobsen (2007, s. 103) skriv også om ei god og profesjonell omsorg i demensomsorga, der ho legg vekt på at det må vera oppdatert kunnskap om pasientgruppa, samt rom for at personalet skal få bruke sine kunnskapar og styrker spontant i relasjonane. Dette kjem også fram i Travelbee (referert i Kristoffersen, 2012, s. 222) sine tankar rundt sjukepleieutøvinga, der ho meina ein profesjonell sjukepleie byggjer på å bruke seg sjølv terapeutisk. Dette inneber å vera bevisst på korleis ein bruker eigen personlegdom til å lindre pasientens plager.

Det som også er viktig å tenkje over er korleis ein nyttar miljøtiltaket med mål å gi ei individuell tilnærming, som er med å skape gode mellom-menneskelige relasjonar (Jakobsen, 2007, s. 108). Som nemnt tidlegare i oppgåva er kartlegging sentralt. Dersom ein ikkje har kartlagt, kan ein oppleve å treffe feil med bruk av musikk. Minna og assosiasjonane knytt til musikken kan vera vonde for pasienten, og kanskje vil musikken miste sin tenkte effekt. For nokre er minnearbeid knytt til familie og heim vanskeleg, då barndomen gjerne var hard. Andre faktorar som kan verke negativt på pasienten gjennom musikkterapi er dersom musikken vert brukt overdriven, eller det er musikk som pasienten ikkje kjenner seg igjen i. Til dømes kan dette vera cd, eller radio som vert bakgrunnsstøy. Eit slikt tiltak utan personleg

tilnærming kan difor verta «antiterapeutisk» (Jakobsen, 2007, s. 102). Studien til Bragstad og Kirkevold (2010) viser at det er vanskeleg å finne ut kor lenge ei slik musikk-økt bør vare, men mellom 30-40 minutt synes å vera nok for å oppnå ønska effekt. Sidan musikk har svært få biverknadar, vil det gjerne vere betre for pasienten å bytte ut, eller kutte ned på legemiddlar som kan erstattast med miljøtiltak som musikkterapi.

5.3 Fellesskap gjennom musikk

Personar med demenssjukdom har tendensar til å isolere seg frå sosiale samanhengar. Dette kan kome av fleire årsaker, men truleg skuldast det at sjukdomen fører til passivitet gjennom manglande initiativ. Miljøtiltak bør difor vera lite kognitivt utfordrande, som til dømes tur eller song (Berentsen, 2010, s. 360-361). Det er sjølvstakt fleire symptom som kjem med denne sjukdomen, som er med å påverkar kva miljøtiltak som verkar best. Frå praksis har eg erfart pasientar med afasi som har vanskar med å finne ord, og setningane gir ikkje lenger meining. Eg har sett eksemplar på sensorisk afasi som gir pasienten vanskar med å forstå og setje ord i samanheng, og global afasi som gir pasienten store utfordringar med å uttrykke seg der bare eit og anna ord er korrekt (Berentsen, 2010, s. 358). Tross ulik afasi, kunne dei likevett synge heile vers i allsongen.

Musikk er med å fremje funksjonar og finne meining i kvardagane (Hammar et.al, 2011). Dette inngår også som ein del av Travelbee (2007, s.29) si forståing av sjukepleie, der ho mellom anna legg vekt på at sjukepleie er mellom-menneskeleg, der sjukepleiaren skal prøve å førebygge, hjelpe dei å mestre, eller finne meining i sjukdomen. Denne meininga kan ein finne gjennom musikk. I studien til Hamre og Zingmark (2012) fann dei mykje glede i aktivitetane som pasientane vart tilbudd, inkludert i ulike rørsle aktivitetar var det alltid musikk. Pasientane gav klare teikn på at dei hadde ei triveleg stund saman, og fortalde at det var god motivasjon for å bli med i eit fellesskap.

Eit musikkterapeutisk tiltak er «aktiv lytting». Dersom ein ikkje har aktivitør, eller andre ressurspersonar som kan spele instrument er dette eit godt alternativ. Ein lagar ein cd, som treff alle ut frå preferansar, og som varer omlag 30-45 minutt. Dette tiltaket kan bidra til å pasienten føler ein nærleik og tryggleik, som igjen er med å redusere uro (Myskja, 2006, s. 95). Samtale om musikkopplevinga etterpå er ein god måte å komme inn på pasientane, og skape eit fellesskap i gruppa (Myskja, 2006, s. 96). Dette tiltaket kan ein nytte både i grupper for eit fellesskap, eller individuelt, med ein individuelt tilpassa cd for den enkelte. Dermed kan dei som liker å sitje for seg sjølv også få høyre musikk dei likar godt.

5.4 Haldningar til musikkterapi

Haldningar kjem fram via handlingar og kommunikasjon (Berentsen, 2010, s. 381). Haldninga til bruk av musikk som miljøterapeutisk tiltak vil difor vera viktig for om tiltaket vert nytta, og kva utbytte det gir. I studien gjort av Sung et.al (2011) meinte storparten at musikk var positivt for pasientane, men likevel var det få som hadde nytta det i eigen praksis. Det viste seg at blant anna mangel på kunnskap kring temaet var ein årsak til at det ikkje vart nytta meir. I tillegg var også årsaker som tid, ressursar, og behovet for formell opplæring sentralt. I følgje Bragstad og Kirkevold (2010) treng ein ikkje mykje opplæring for å gjennomføre tiltaket med gode resultat. Dette vert også støtta av Hammar et.al (2011) der dei nytta morgonstellet til musiske-relasjonar med pasientane. Ved å bruke song i stell-situasjonar skapte dei ein positiv start på dagen.

Sjølv om Travelbee (referert i Kristoffersen, 2012, s. 216) meina sjukepleiarar har ein evne til å bruke seg sjølv terapeutisk, kan det vera vanskeleg for pleiarar å skulle bruke seg sjølv på denne måten i møte med pasientane. Sjølv fekk eg kjenne på dette i praksis. Det tok meg fleire veker før eg følte meg trygg nok til å spele instrument for pasientane. Det er nemleg ikkje bare pasientane, det er også kollegiet. Heldigvis var kollegiet på avdelinga glad for kulturelle innslag, då dei såg nytta i det. Mens eg spelte, kunne dei andre pleiarane gjere andre praktiske gjeremål og vete at pasientane i stova hadde det fint. I følgje Berentsen (2010, s. 374) er det opp til personalet å gjere det sosiale miljøet til ei trygg og gledelig atmosfære. Dette kan påverke om pasienten føler seg trygg, og om han føler seg trygg nok til å delta i aktivitetar. Ei god og trygg tone mellom dei tilsette er difor viktig.

Leiarane har i følgje yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar eit særskilt ansvar for å skape rom for utvikling hos personalet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette bør også gjelde for bevisstgjerung og opplæring innan musikkterapi. I følgje Nortvedt (2012, s. 20) skal sjukepleiaren handle upartisk og rettferdig ut i frå pasientens interesser, ikkje sine egne. Dette kjem også fram i yrkesetiske retningslinjer som seier at sjukepleie skal bidra til «håp, mestring og livsmot» hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette må takast omsyn til, særleg dersom pasienten gir uttrykk for at han ikkje likar musikken eller føler seg ukomfortabel i gruppa. Ved riktig bruk, og gjennom ei positiv haldning frå personalet er det auka sjans for at musikkterapi vert eit godt miljøtiltak. Hamre og Zingmark (2012) understreker at det er behov for ei haldningsjustering i helsevesenet, når det kjem til kulturelle tiltak framfor bruk av legemiddlar.

6. Avslutting

Musikkterapi synes å ha god effekt hos den enkelte pasient, men også som eit verktøy for fellesskap og relasjonar. Glede, velvære og latter er resultat som har gått att i studiane som er nytta i denne litteraturstudien. For personalet var det også ei positiv oppleving, men usikkerhet knytt til kompetanse, bruk og ressursar i arbeidskvardagen. Gjennom å setje opp ein aktivitetsplan for avdelinga, kan ein få betre organisering av «andre arbeidsoppgåver», og dermed finne plass til miljøtiltak, inkludert musikk. Haldningar hos personalet synes å spele ei vesentleg rolle for om tiltaket vert brukt, og engasjement knytt til bruk av musikk i avdelinga.

Ein måte å bruke musikk på er «aktiv lytting» som passar både individuelt, og i gruppe. Tiltaket tar utgangspunkt i musikken pasienten liker, der ein lagar ein cd som spelar om lag ein halv time. Kartlegging av musikkpreferanse er difor naudsynt og heilt sentralt for tiltakets effekt. Då det er venta ei stor auke i talet på personar med demens dei kommande åra, er det viktig å finne rimelige og kvalitetssikre tiltak. Musikkterapi synes å vera ein rimelig, effektiv og gledande måte å yte omsorg på.

Ved å vera reflektert og bevisst bruk av musikk, med fokus på *kvifor* og *korleis* ein nyttar tiltaket, kan musikk bidra til ein betre kvardag for personar med demens. Det er likevel behov for meir kompetanse og forskning på området for å kartlegge tiltakets effekt opp mot andre aktivitetar. Det er ingen tvil om at helsepersonell kan nytte tiltaket i praksis, sjølv om det ideelle ville vert å ha ein musikkterapeut tilsett på sjukeheimen.

Referansar

- Berentsen, V. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1 utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bragstad, L., & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien Forsking*, 2 (5), 110–118. Henta frå: <http://svemedplus.kib.ki.se/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009, 19.mai). *Plagiat*. Henta 27.01.15 frå <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/D-Forskersamfunnet-27---34/28-Plagiat/>
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hammar L. M. , Emami, A., Götell, E., Engström, G.(2011). The impact of caregivers singing on expressions of emotions and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of clinical nursing*, 20,969-978. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x
- Hamre, K., Zingmark, K. (2012). Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 178-188. Henta frå: <http://svemedplus.kib.ki.se/>
- Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien*, 14, 57-59. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0150
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jansen, J. (2009, 13. februar). *Limbiske system*. Henta frå https://sml.snl.no/limbiske_system
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2.utg.,s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 153-168). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Myskja, A. (1999). *Den musiske medisin*. Oslo: Grøndal Dreyer.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- NOU 2007:10. (2007). *Demensplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Paasche-Aasen, A (2005). De nære ting I: *Norsk sangbok* (s. 85). Oslo: Cappelen
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 17-29). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Sung, H. C., Lee, W. L., Chang, S. M., Smith, G. D. (2011). Exploring nursingstaff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of clinical nursing*, 20, 1776-1783. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03633.x
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 58-69). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Verdighetsgarantien. (2013). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Henta 30.01.15 frå
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>
- Vink, A. C., Zuidersma, M., Boersma, F., Jounge, P., Zuidema, S. U., Slaets, J. P J. (2013). The effect of music therapy compared with general creational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 28, 1031-1038. DOI: 10.1002/gps.3924
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of nursing*, s. 108-113.

Vedlegg 1: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>“The impact of caregivers singing on expressions of emotions and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care”(2011)</p> <p>Forfattarar: L.M. Hammar, A. Emami, E. Götell, G. Engström</p>	<p>Beskrive kjensleuttrykk og motstand til pleie i morgonstell-situasjonar med personar med Demens, både med og utan musikkterapi.</p>	<p>Kvantitativ studie. Video-opptak vart nytta i 8 sesjonar pr veke. 4 i vanleg stell, og 4 med musikk/song, i to månadar. Det vart kunn filma overkropp/ ansiktsuttrykk. Dei vart mål med skala for motstand til pleie, og skala for kjensleuttrykk.</p>	<p>Ti deltakarar totalt. Fire menn og seks damer med demens. Gjennomsnitt MMSE test: 3,3. (varierte fra 0-12). Deltakarane var mellom 66 og 92 år og hadde budd på sjukeheimen mellom ein månad og fem år. Personalet utførte musikkterapi ved å synge for eller med pasienten. Kunn to av pleiarane møtte på kurs, resten fekk kort opplæring av eine forfattaren.</p>	<p>«pull away» var vanlegaste teikn på utagering, likevett vart ttrykk for glede, velvære, og positivitet auke betydelig ved bruk av song i morgonstell. Eit effektivt tiltak for å gi pasienten ei betre oppleving av morgonstellet. Tiltaket er enkelt å implementere i sjukepleie kontekst, med tanke på å møte pasienten sine behov.</p>
<p>«The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial» (2013)</p> <p>Denne studien er gjort av A.C. Vink, M. Zuidersma, F. Boersma, P. de Jonge, S. U. Zuidema og J. P. J. Slaets</p>	<p>Samanlikne effekten av musikkterapi opp mot generelle aktivitetar (handarbeid, matlagning m.m) på sjukeheim</p>	<p>Kvantitativ metode med randomisert kontrollert design. Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI) brukt til måling av resultat fire ganger pr dag med forsøk. «mixed model analysis» vart brukt til å samanlikne resultat for gruppene. Max 5 deltakarar pr sesjon med gruppa. Terapi i 40 min, to dagar i veka i to månadar.</p>	<p>77 deltakarar, 43 i musikkterapigruppa og 34 i generelle aktivitetar. Musikkterapeut med minimum 5 års erfaring og yrkesterapeut utførte forsøket i praksis.</p>	<p>Både musikkterapi og generelle aktivitetar synes å ha god kortids-effekt på uro/utagering hos deltakarane. Det ser ikkje ut til at musikkterapi har noko betre verknad enn vanlege aktivitetar, men at dei samla har god effekt. Behov for meir forskning på området.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>«Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities» (2011)</p> <p>skreven av: Huei-Chuan Sung, Wen-Li Lee, Shu-Min Chang og Graeme D Smith. Studien er utført i Taiwan.</p>	<p>Finne ut kva haldningar personalet ved demensavdelingar på sjukeheim har til musikkterapi, og om musikk vert nytta i deira arbeid.</p>	<p>Kvantitativ studie. 285 tilsette ved demensavdelingar spreidd på 16 sjukeheimar fekk tilsendt spørjeskjema. 214 tilsette fullførte spørjeundersøkinga. 75,1 % respons. Spørsmål retta seg mot haldningar, forventingar, kva grad musikk vert nytta, og kva faktorar som spelar inn for bruk av musikk på deira avdeling.</p>	<p>214 tilsette svarte. 191 av dei var kvinner. Deltakarane var mellom 19 og 62 år, gjennomsnittsåar på arbeidserfaring ved den aktuelle avdeling var 5,8. 88 av deltakane var sjukepleiarar, resten var hjelpepleiarar.</p>	<p>Dei fleste hadde veldig positiv haldning til bruk av musikkterapi, til tross for at veldig få hadde nytta det til no. Mangel på kunnskap og ferdigheter gjekk igjen på kvifor det var slik. Også mangel på ressursar og tid. Dei konkludera med at det er behov for formell trening på området, då pleiarar enkelt kan lære seg det, og implementere det i deira praksis. Behov for meir støtte frå ledarane.</p>
<p>«Bättre vård och roligare jobb med kreativ omsorg» (2012)</p> <p>skreven av: Kerstin Hamre og Karin Zingmark</p>	<p>Auke kunnskapen om musikk og rørsle som verktøy i eldreomsorga.</p>	<p>Kvalitativ studie utført på to eldreheimar og hso ei gruppe med hjelp frå heimetjenesten. Fokusgruppeintervju vart nytta til informasjon og forståing samt latterskala. I samlingane vart det nytta både musikk og rørsle. Personalet hadde fått opplæring. Deltakarane deltok mellom 1 og 24 ganger på dei totalt 32 samlingane. Samlingane i studien vart leda av ein «musikkledar».</p>	<p>34 deltakarar mellom 70 og 90 år, der dei fleste hadde ulik grad av kognitiv svikt. Sju av personalet deltok også. Det vart, med unntak av eit tilfelle, ikkje målt uro før samlingane.</p>	<p>Deltakarane gav uttrykk for mykje latter i og etter samlingane, opplevde godt fellesskap og motivasjon, samt fysisk mosjon. Også at helsa og sjølvfølelsen vart betre av aktiviteten i songstundene. Personalet opplevde mulighet for betre omsorg for de eldre, men at det var vanskelig å finne passende aktivitet og ha nok tid. Når personalet deltok merka dei betring i kommunikasjon mellom personal og pasientar.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>«Individualisert musikk for personer med demens» (2010)</p> <p>utført av:</p> <p>Line Bragstad & Marit Kirkevold</p>	<p>Undersøke kva tilgjengelig vitenskapelig forskingslitteratur seier om bruk av musikk for personar med demens.</p>	<p>Systematiske søk i databasar (Cochrane, Cinahl, Medline, Psychinfo, Embase, Amed, rilm)</p>	<p>11 emperiske studier vart nytta. Alle omhandl individualisert musikk som åtferdsmodifiserande tiltak. Studiane inneheld samla 263 pasientar.</p>	<p>Studiane har nytta musikk ulikt, til ulike tider og med variert varighet. Tross enkel opplæring av dei som skal utføre dette, viser musikk positive tendensar på å lindre åtferdsproblematikk hos personar med demens. Fokus må vera på kvifor og korleis tiltaket vert nytta. Likevill er det behov for meir forskning på området.</p>