



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjuepleiaren sin bruk av musikk i personsentrert omsorg for pasientar med demens

Nurses' use of music in person centred care for patients with dementia

Kandidatnummer: 339

Bachelorprogram: SK 152

Fakultet: FHS/Instit. for helse-og omsorgsvitskap/Sjuepleie

Innleveringsdato: 13.12.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

SAMANDRAG:

Tittel: Sjukepleiaren sin bruk av musikk i personsentrert omsorg for personar med demens.

Bakgrunn: Auken i talet på personar med demens gjer at vi treng kostnadseffektive tiltak i demensomsorga. Musikk som psykososial behandling er tilrådd og har få biverknader samanlikna med farmasøytiske. Omsorg for personar med demens bør vere personsentrert, og sjukepleiarar treng difor kompetanse i å bruke musikk personsentrert.

Problemstillinga i denne bacheloren er følgande: *Korleis kan sjukepleiaren gjennom bruk av musikk i miljøterapien fremje personsentrert omsorg til sjukeheimsbebuarar med demens?*

Metode: Oppgåva er ei litteraturstudie, der eg les kvalitative forskningsstudier for å samle relevante empiriske data som kan opplyse spørsmålet mitt og gje eit breidt bilete av erfaringane på forskningsfeltet.

Funns: Forskinga blei drøfta på tre områder knytt til grunnleggande psykologiske behov:

1. Gjennom persontilpassa musikk fekk sjukepleiaren fremja *deltaking og likeverd* hjå pasienten: deltakinga gav kjensle av prestasjons glede og sjølvverd, og tilgangen til musikkaktivitet uavhengig av kognitive evner gav kjensla av likeverd med andre. 2. Deltaking i musikken gav også fremjing av *tilknytning* til noko/nokon betydningsfullt, samt *inkludering* i akseptierende og likeverdig fellesskap. Sjukepleiaren har ein viktig relasjonell tilretteleggingsrolle for å oppnå denne vinsten. 3. Ikkje minst fremja biografisk relevant musikk kjensla av *identitet*, både individuelt og kollektivt, gjennom reminisens og det å bli møtt med empati. Gjennom opplevinga av kroppsleg *nærvere* i augneblinken hadde musikkdeltakinga betydning for identitetskjenla i kroppsleg-sanseleg forstand.

Konklusjon: Desse funna gjev sjukepleiaren godt grunnlag å legge vekt på musikkintervensjon som eit vesentleg bidrag til pasientsentrert omsorg for sjukeheimsbebuarar med demens.

Søkeord: *musikkintervensjon, personar med demens, personsentrert omsorg*

SUMMARY:

Title: Nurses' use of music in person centred care for persons with dementia

Background: The increasing number of persons with dementia calls for cost efficient efforts in dementia care. Music as psychosocial treatment is advised and presents few side effects compared to pharmaceutical treatment. Care for people with dementia should be person centred, therefore nurses need competence in person centred use of music. **Topic:** The topic of this Bachelor was to explore the following question: *How can nurses through use of music in environmental therapy contribute to person centred care for nursing home residents with dementia?* **Method:** The design of this Bachelor is a literature study, in which I read studies with qualitative design, in order to collect relevant empirical data to inform my question and give a wide impression of the experiences in this field of research.

Findings: The discussion of the research material was carried out through three categories related to fundamental psychological needs: 1. Through the use of personalized music, nurses contributed to *participation* and *equality* for the patients: taking part in music gave patients with dementia a sense of accomplishment and self value, and access to music activity regardless of cognitive abilities gave them a sense of being equals. 2. Participating in music also made the patients feel *connected* to someone/something meaningful, as well as being *included* and accepted in a community as equals. Nurses play an important role in relationally facilitating this personal benefit. 3. Importantly, biographically relevant music strengthened the sense of *identity*, both individually and collectively, through reminiscence and empathic encounter. Through the experience of embodied *immersion in the moment*, participation in music made an impact on the sense of identity in a sensory and embodied way.

Conclusion: These findings form a solid foundation for nurses to emphasize music intervention as a substantial contribution to patient centred care for care home residents with dementia.

Keywords: *music intervention, persons with dementia, person centred care*

Innhald

FØREORD	1
1 BAKGRUNN	2
1.1 Innleiing: Musikken og omsorga	2
1.2 Problemstilling	2
2 TEORETISKE PERSPEKTIV	3
2.1 Miljøterapi og musikk	3
2.2 Demenssjukdom og omsorgsbehov	4
2.3 Offentlege føringar kring demensomsorga	5
2.4 Personsentrert omsorg	6
2.4 Omsorgsfilosofien til Kari Martinsen	7
3 METODE.....	11
3.1 Litteraturstudie	11
3.2 Søkord- og forskningsdatabasar	12
3.3 Kjeldekritikk	12
4 FUNN I FORSKNINGSARTIKLAR	14
4.1 Personlege vinstar av musikken – deltaking, tilknytning og identitet.....	14
4.1.1 Presentasjon av funna hjå Dowlen et al (2018)	14
4.1.2 Relevansen av Dowlen et al. (2018) som kjelde	15
4.2 Persontilpassa spelelister – betre miljø og livskvalitet med enkle ressursar.....	16
4.2.1 Presentasjon av funna hjå Kuot et al. (2021)	16
4.2.2 Relevansen av Kuot et al. (2021) som kjelde	17
4.3 Musikk og omsorgssong – gjev kontakt og glimt av personen.....	17
4.3.1 Presentasjon av funna hjå Swall et al. (2020)	17
4.3.2 Relevansen av Swall et al. (2020) som kjelde	18
5 DRØFTING AV SPØRSMÅLET: Korleis kan sjukepleiaren gjennom bruk av musikk i miljøterapien fremje personsentrert omsorg til sjukeheimsbebuarar med demens?	19
5.1 Det sentrale – å møte grunnleggande psykologiske behov med nestekjærleik	19
5.1.1 Å fremje deltaking og likeverd	20
5.1.2 Å fremje tilknytning og inkludering.....	23
5.1.3 Å fremje identitet og nærvere	24
6 KONKLUSJON	28
7 LITTERATURLISTE	30

FØREORD

Dei fleste av oss har erfart korleis god musikk eller ein velvald song har evne til å løfte sinnet og skape god stemning. Musikk gjev trivnad og velvere når den treff på rette måten. Denne kunnskapen er sjølvstøtt også utbreidd hjå sjukepleiarar og andre som arbeider profesjonelt med sårbare og utfordrande pasientgrupper, som menneske med demenssjukdom. Som sjukepleiestudent i praksis har eg ved mange høve sett korleis song og musikk har vore i dagleg bruk på demensavdelingar. Det kunne vere spontane songstunder med ei gruppe pasientar på stova, eller nynning og tralling i stellsituasjonar eller i møte med uroleg og agiterte pasientar – når situasjonen kallar på eit roande tiltak. Eg har sett korleis songen kan vekke gneisten tilbake i eit sløva blick, skape glede og kontakt, eller ei stund av fred frå uro. Slike erfaringar inspirerer til å undersøkje nærare kva rolle song og musikk har og kan ha i pleien og behandlinga av pasientar med demenssjukdom.

1 BAKGRUNN

1.1 Innleiing: Musikken og omsorga

Den stigande tverrsnittsalderen i befolkninga og assosiasjonen av demens med høg alder gjer at vi dei neste tiåra vil sjå ein sterk auke i talet på menneske som har ein demenssjukdom og blir omsorgstrengande. Talet er venta å bli fordobla fram til 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25). Då blir det ei stor utfordring i eldreomsorgen å gje gode og kostnadseffektive tenester til denne pasientgruppa (Engedal & Haugen, 2018, s. 22–25). Farmasøytiske middel har avgrensa effekt på demenssymptoma og dessutan uheldige biverknader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 35). Psykososiale intervensjonar/miljøbehandling er difor sterkt tilrådd av Helsedirektoratet i Nasjonal fagleg retningslinje for demens (Helsedirektoratet, 2020, s. 4–5). Musikk er erfart som trygt og risikofritt for pasientane, og sett på som effektive for ein del symptom og tilstandar (Rokstad, 2020a, s. 175). Kompetanse i bruk av musikk hjå dagleg personale blir då viktig (Myskja, 2011, s. 287–289). Det arbeidet sjukepleiarar allereie gjer ved bruk av musikk kan kome enno betre fram og bli styrka av forskningsbasert kunnskap om terapeutisk bruk av musikk (Myskja, 2011, s. 253). Eit hovudsiktemål i denne oppgåva er difor å undersøke korleis sjukepleiaren kan bruke musikk til å gje personsentrert omsorg til pasientar med demens.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga eg då vil legge til grunn blir:

Korleis kan sjukepleiaren gjennom bruk av musikk i miljøterapien fremje personsentrert omsorg til sjukeheimsbebuarar med demens?

I personsentrert omsorg legg eg hovudvekta på dimensjonane deltaking, tilknytning og identitet. I miljøterapien inkluderer eg både kollektive og individuelle musikktiltak, og både levande og innspela song og musikk. Eg vil avgrense meg til pasientar med så langt komen demens at dei er i døgntkontinuerleg omsorg, og altså bur på sjukeheim.

2 TEORETISKE PERSPEKTIV

2.1 Miljøterapi og musikk

Musikk og song er brukt av ulike yrkesgrupper, inkludert sjukepleiarar, i rammen av miljøterapi. Rokstad definerer *miljøterapi* synonymt med miljøbehandling, som «en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, og som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring» (Rokstad, 2020a, s. 166). Det overordna målet med miljøterapien for personar med demens blir å fremje god livskvalitet og styrke personverdet (sjå også avsnitt 1.2.4 om personsentrert omsorg under) (Rokstad, 2020a, s. 166).

For sjukepleiaren blir den generelle oppgåva i miljøterapien å tilrettelegge dei fysiske, psykiske, andeleg-kulturelle og sosiale faktorane i omgjevnadane slik at dei fremjar livskvalitet og personverd for den einskilde, og slik at pasienten kan fungere så godt som råd er. Blant metodane sjukepleiaren kan bruke i miljøterapi er både tilpassa fysisk aktivitet, tilrettelegging av innandørs og utandørs fysisk miljø for riktig sansestimulering, og ikkje minst psykososiale aktivitetar som validering og reminisens: *Validering* – å bekrefte kjenslene personen med demens uttrykkjer gjennom verbal/nonverbal kommunikasjon, og slik styrkje sjølvkjensla og tryggleiken til pasienten. *Reminisens* – å minnast, å stimulere til erindring ved å bruke minne-triggjarar, til dømes bilete, men songar er også eigna. Både glede og sorg kan vekkast opp slik. Målet med reminisensen er å auke sjølvkjensla, sjølvtiliten og oppleve sterkare identitet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 427–430).

Dei psykososiale tiltaka eg er særleg interessert i her, er sjølv sagt song og musikk. Her er mulighetane og variasjonane i form og setting stor, alt frå lytting til song og musikk, til sjølv å delta aktivt, synge i kor, spele instrument eller danse til musikk. Som med dei andre miljøtiltaka er det viktig at sjukepleiaren tek utgangspunkt i den einskilde pasienten sine interesser og øvrige funksjonsnivå. Musikk verkar på mange måtar; rytmar og harmoniar som set seg i kroppen, songar som vekker minner, glede eller ubehag. Musikk må dermed

tilpassast situasjonen og målet: det kan vere å stimulere til sosial aktivitet og positive opplevingar, framkalle minner, eller redusere angst og stress, til dømes knytt til stellsituasjonar (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 432). Song med pasientar fremjar også kontakt og kommunikasjon mellom pasient og personal (ibid, s. 431f). Dette er døme på den generelle bruken av musikk sjukepleiaren utøver i miljøterapien. I ein snevrare forstand er «musikkterapi» å forstå som berre den bruken av musikk som musikkterapeutar utøver, for å oppnå ikkje-musikalske mål for pasienten: Roande tiltak kan verke til å redusere spenning, stress og uro. Stimulerande tiltak kan handle om sosial deltaking, positive opplevingar og å vekke minner (Rokstad, 2020a, s. 174–175).

Metodane og tilnærmingane i slike psykososiale tiltak kan altså variere, men dei har til felles at det er viktig å kjenne pasienten og kva føresetnader kvar einskild har, skal ein lukkast i å nå det terapeutiske målet. Pasientgruppa vår er svært heterogen og mangfaldig, men vi må likevel ha med kunnskap om ein del fellestrekk ved pasientar som har demenssjukdom, og kva betydning det har for omsorgsbehova deira.

2.2 Demenssjukdom og omsorgsbehov

Omgrepet demens femner om ulike kroniske, hjerneorganiske tilstandar som har til felles at dei gjev kognitiv svikt, svikt i evne til å utføre dagleglivets aktivitetar og endringar i sosial åtferd. Den kognitive svikten inneber redusert evne til hukommelse, merksemd, læring, tenking og kommunikasjon. Ofte forverrar tilstanden seg over tid. Grad av symptom og funksjonsnivå i dagleglivet blir kriterium for inndeling i mild, moderat og alvorleg grad av kognitiv svikt. Den vanlegaste formen for demens er Alzheimers sjukdom, 60%, nest hyppigst er vaskulær demens (15-20%), så demens med lewy-legemer. (Engedal & Haugen, 2018, s. 17-18,24).

Omsorgsbehovet til personar med demens vil avhenge av faktorar i symptomatologien til den einskilde. Her er personlege føresetnader viktig, kva meinstringsevner og ressursar

personen som får demens har i utgangspunktet, og til dømes kva andre sjukdomar og stressfaktorar som påverkar heile symptombildet. Og sjølvstilt vil omsorgsbehovet endre seg i takt med progresjonen av sjukdomen og endringa i symptombildet. Dette skjer i ulik takt hjå ulike personar (Engedal & Haugen, 2018, s. 20–21).

Over 90 % av alle pasientar med demens vil på eit tidspunkt i sjukdomsforløpet utvikle nevropsykiatriske symptom, også kalla *atferdsmessige og psykologiske symptom ved demens* (APSD). Det kan vere atferdssymptom som aggresjon, agitasjon/uro og manglande hemningar, psykotiske symptom som hallusinasjonar, eller affektive symptom som depresjon og apati. Dette er utfordrande tilstandar å behandle, og pasientar med alvorleg grad av APSD krev mykje ressurar i omsorgen. (Helsedirektoratet, 2020, s. 5). Desse er vanskelege å behandle medikamentelt, så her blir miljøterapien ekstra viktig, som vi skal sjå styresmaktene legg føringar for.

2.3 Offentlege føringar kring demensomsorga

Handlingsplanen «Demensplan 2025» vidarefører mål om å utvikle og spre miljøterapeutiske metodar i demensomsorgen. Dei nevner særleg musikk og song som tiltak til å forebygge nevropsykiatriske symptom: «når ansatte får mulighet til å bruke sang og musikk terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87). I den forrige demensplanen, *Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn*, låg der også satsing på personsentrert tilnærming. Den la vekt på kjennskap til personenes livshistorie, personledom, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner (Rokstad, 2021, s. 39). Styresmaktene seier også i Nasjonal faglig retningslinje at helse- og omsorgstenestene skal vere *personsentrerte* (Helsedirektoratet, 2020, s. 4). Dette omgrepet vil eg no studere nærare.

2.4 Personsentrert omsorg

Hovudpoenget i *personsentrert omsorg* er å møte personar med demens som unike menneske heile vegen, og styrke opplevinga av *verdi* (Rokstad, 2020b, s. 52). I den såkalla VIPS-modellen er Kitwoods omgrep om personsentrert omsorg frå 1997 omsatt (av Brooker i 2016) i fire «hjørnesteinar», basert på dei fire bokstavane VIPS : 1) Verdigrunnlaget – alle menneske har absolutt verdi uavhengig av alder/kognitiv funksjon, 2) Individuell tilnærming, 3) Perspektivet til personen og 4) Sosialt miljø tilrettelagt for velferd og trivsel (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 426) (Rokstad, 2021, s. 35ff). Utgangspunktet for personsentrert demensomsorg er dei fem grunnleggande psykososiale behova: «identitet, sosial inkludering, tilknytning, beskjeftigelse, trøst og kjærlyghet» (Kitwood, 2006, s. 89f; Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422). Det inneber å gje trygghet på å tilhøyre eit fellesskap, og hjelpe personen halde fast på kven han/ho er, identiteten. Musikk kan vere slik hjelp: Den rette musikken blir eit landskap som får subjektiv mening for pasienten, gjennom samanheng med bakgrunn, sosialt miljø og livshistoria. Gjennom minnene og meininga knytt til musikken blir dermed identiteten bekrefta og halden fast for personen (Rokstad, 2020a, s. 175).

Sosialpsykologen Tom Kitwood gjorde altså sitt framstøyt på 80-90 talet for ein ny kultur i demensomsorgen: Han ville vekk frå den biomedisinske, symptomsentrerte modellen og over til ein relasjonell, heilskapleg og personsentrert modell, basert på ein filosofi om personverd. *Personverd* («personhood») er der definert som «a position or social relationship that is bestowed on one human being by «others», in the context of relationship and social being» (Kitwood, 2006, s. 18; Myskja, 2011, s. 46). Denne statusen/verdien inneber også gjenkjenning, respekt og tillit. Anne Marie Rokstad tek også Kitwood til utgangspunkt og poengerer at ein nettopp ikkje kan bli ein *person* isolert frå gjensidige relasjonar til andre, og at *personverdet* gjer ein avhengig av slike samanhengar der verdien som menneske kan bli bekrefta. I demensomsorgen blir dette spesielt viktig (Rokstad, 2021, s. 31). Rokstad held fram at denne dreininga i personorientert medvit og kultur har vore framveksande i sjukepleien seinare tid, men at den heile tida blir utfordra av aukande vektlegging på effektivitet og budsjettbalanse, i tillegg til faktorar i organisasjonskultur og pleiekultur (Rokstad, 2021, s. 32. 104ff). Konsekvensen av låg kvalitet på omsorgspraksis og

manglande sosial støtte blir redusert livskvalitet og fortviling hjå den som lir av demens. Rokstad løftar difor fram eit omsorgsmoralsk perspektiv som heller legg vekt på det vi har til felles som menneske enn det som skiljer, og som då er kritisk til vestens overfokusering på kognitive evner og påfølgande degradering av td. personar med demens. Eit korrektiv til Kitwood tek ho med i denne samanhengen, nemleg betydninga av *kroppen* for personverdet. Kroppen med sine rørsler og atferd gjev meining ved å uttrykke kven vi er, og det å tolke kroppsspråket til ein som har demens kan gje ei djupare forståing for personen. Kroppsmedvit er dermed også foreslått som eit viktig omgrep for personverdet (Rokstad, 2021, s. 35).

Når fundamentale verdier som personverd står på spel for pasientane, meiner eg det er høveleg å bringe inn ein djupare etisk-filosofisk refleksjon om omsorga vi sjukepleiarar yt. Eg treng å ha med ein sjukepleieteori om omsorg.

2.4 Omsorgsfilosofien til Kari Martinsen

Ein sjukepleieteori som høver til denne oppgåva, er ein som kan gje fruktbare drøftingsrammer der identitet og verdi står på spel i demensomsorgen. Kari Martinsen legg vekt på *omsorg* som fundamentalt for sjukepleien. Den er relasjonell, praktisk og moralsk. Sjukepleiaren må møte den konkrete pasienten i sin avhengige situasjon med både omsorg og profesjonell dømmekraft. Ho legg også vekt på det kroppsleg-sosiale miljøet i personforståinga, og er ei kritisk motrøyst til nedvurdering av den kronisk/uhelbredeleg sjuke pasienten (Alvsvåg, 2018, s. 128–129).

Eg ser stort potensiale i å bruke Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi til å forstå djupare kva som skal til for å møte pasientar personorientert og profesjonelt. Ho er nettopp oppteken av korleis det profesjonelle møtet byggjer på det allmennmenneskelege, og dei grunnleggande fenomenane som opprettheldt alt liv og alle menneskelege relasjonar. Her trekkjer ho tungt veksle på sansefilosofien til K.E.Løgstrup, som er ein kropps nær filosofi med utgangspunktet i situasjonane og i livet i dei menneskelege relasjonane (Martinsen, 2012, s. 13). Det handlar

om reiskapar for å forstå fenomen som vi allereie har underforstått tilgang til i våre kvardagslege erfaringar. Særleg relevant for sjukepleien blir den fenomenologiske tydinga av tilveret at «vi er sårbare og avhengige av hverandre, at vi er utlevert til andres ivaretagelse» (Martinsen, 2012, s. 12).

Martinsen skriv også om betydninga av *sansninga* med referanse til Løgstrup, og utlegninga hans av *tydninga* som «en måte å være tilstede i situasjonen på. Å være sansende og sårbart til stede vil også si å være tydende til stede, og det gjelder både for pasient og sykepleier. For sykepleieren er utfordringen i tillegg hvordan faglighet spiller med i tydingen av situasjonen» (Martinsen, 2012, s. 14). Ho er oppteken av at sjukepleiaren må finne ein balanse i pendelrørsla mellom å vere mottakande og oppmerksamt til stede med sansning og tyding i situasjonen, og å kople inn den meir distanserende fortolkninga og refleksjonen i forståinga av det som står på spel (Martinsen, 2012, s. 15–16).

Til liks med Løgstrup er Martinsen altså oppteken av ein fenomenologisk utlegning av situasjonen og den etiske fordringa som kjem frå dei grunnleggande, før-etiske og allestadsnærverande fenomena som framstår som *suverene livsytringar*: tillit, barmhjertighet, talens åpenhet og medkjensle. Dette er spontane impulsar til handling som verken kjem frå meg eller deg, men likevel kan erfarast i mellommenneskelege relasjonar og møter, som godleik som kjem til oss som ei gåve i livet sjølv (Martinsen, 2012, s. 47f). Denne erfaringa av dei spontane livsytringane heng tett på sansninga og det kroppslege: «Sansningen åpner verden for oss, og vi erfarer i vår kropp sansningen som stemt. Vi er alltid stemt, stemtheten er en livskilde vi er nedsenket i (...) Sansningen virker oppstemmende og opplivende på sinnet» (Martinsen, 2012, s. 48). Den kan sjølv sagt også gje nedslåande stemningar. Poenget er at vi alltid blir kroppsleg stemt gjennom sansninga, som klangbotn for kjenslene, og at dette fører oss ut i livet med medmenneska, til å bli berørt av kvarandres sårbarhet, utlevert og gjensidig avhengige av andre, og der dei suverene livsytringane oppfordrar oss til å ta vare på kvarandre. Altså den etiske fordring. Martinsen oppsummerer Løgstrups ontologiske situasjonsetikk som eit *treklang-samspel*: «den spontane medfølelsen, den etiske fordringen om å ta vare på det liv som i tillit er utlevert til sykepleierens omsorg,

og de relative kulturbestemte normene» (Martinsen, 2012, s. 50). Alle sidene av samspelet må vere med, om enn ulikt uttrykt og vektlagt i ulike situasjonar.

I *Samtalen, skjønnnet og evidensen* frå 2005 diskuterer Martinsen både med Løgstrups *Den etiske fordring* men også med Skjervheims *Deltakar og Tilskodar*, om korleis vi møter kvarandre i språket, om «kroppens tilstedeværelse i samtalen», og betydningen av *saken* i kommunikasjon. Det felles fokuset på saken gjer at samtalen kan bli ein tre-ledda relasjon, som vernar mot overtramp: «Urørlighetssonen må ha motspill av åpenheten, samtidig som det felles vi taler om, hindrer angrepet på hverandres urørlighetssoner». Begge er opptatt av å bevare integriteten til den andre (Martinsen, 2005, s. 33–34). I boka *Fenomenologi og omsorg* frå 2003 identifiserer Martinsen det etiske grunnfenomen som «aktelse», ei fundamental moralsk kjensle av å ville verne om livet. Denne kjem frå nettopp den kroppslege grunnstemtheten/berørtheten vi skildra over, som sansninga set oss i. Tilsvarende fører sansninga også til tilbakeholdenhet, for å verne om livet, med uttrykk som skam, bluferdighet, anerkjening – alt for å verne mot at noko sårbart blir krenka (Martinsen, 2003, s. 56).

Martinsen bygger også på Kierkegaard i dette med å tore vere open og sårbart nærverande i samtalen/kommunikasjonen, også den profesjonelle/faglege, og trekkjer fram det velkjende sitatet om «Hemmeligheden i al Hjælpekunst». Martinsen fortolkar dette i ein løgstrupsk ramme: «Å finne mennesket der mennesket er, eller å stilles inn i forhold til den andre, er hemmeligheten i all hjelpekunst. Det er å møtes i en gjensidig sårbarhet og utleverthet» (Martinsen, 2005, s. 40). Martinsen legg stor vekt på denne berørte oppmerksomheten på den andre personen, og betydninga av sjukepleiaren sitt faglege *skjønn*: «Skjønnnet viser både til berørthet og faglig handlekraft i forhold til den fordring som livet selv kaller en til å ta vare på» (Martinsen, 2021, s. 51). Også i skildringa av skjønnnet og den tilhøyrande oppmerksomheten brukar ho metaforar frå musikkens domene: stillhet, tone og klang. Stillheten er ei forutsetning, den oppmerksomme stillheten som får den andre til å stå fram, med sin tone, som seier noko om kva som står på spel: «Tonen gjev form til det sansede

inntrykk. Tonen spiller en avgjørende rolle for den andres forståelse, og kroppen melder seg til den andre ut fra en tone eller en stemning» (Martinsen, 2021, s. 53).

Det gjeld altså å «finne tonen og samklngen med pasienten», og då er vi med Kari Martinsen sine fenomenologiske grep komen eit stykke inn i det landskapet eg vil undersøke her, korleis musikken kan brukast spesifikt i den personsentrerte omsorga.

3 METODE

I dette avsnittet vil eg skildre framgangsmåten for å finne svar på problemstillinga og skaffe kunnskap om temaet som eg kan stole på, altså metoden (Dalland, 2017, s. 51).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva er ei litteraturstudie, der eg leitar systematisk og kritisk i eksisterande fag- og forskningslitteratur etter data som kan belyse problemstillinga mi (Dalland, 2017, s. 207). Først må eg klargjere kva type data som svarer til spørsmålet mitt, dvs kva forskningsdesign eg må sjå etter i litteraturen (Nortvedt et al., 2012, s. 35). Eg vil ha kunnskap om korleis musikkintervensjonar kan brukast i personsentrert demensomsorg. Då er data som får fram både breidda og djupnen av erfaringar og opplevingar relevant. Kvalitativ forskning ser på subjektive opplevingar og oppfatningar og er eigna til å undersøke personar sine liv og deira atferd, og kommunikasjon mellom ulike aktørar. Generelt vil ein då forske på eit relativt lite tal informantar, men med ein design som gjev eit rikt skildrande datamateriale, t.d. gjennom observasjon eller intervju. Når ein analyserer dataen i slike design søker ein finne meningsstrukturar og generelle mønstre for å nå ei djupare forståing av fenomenet ein undersøker (Nortvedt et al., 2012, s. 72). Litteratur med kvalitativt design verkar då godt eigna i vårt tilfelle. Eg må også ha kunnskapspyramiden i tankane, om litteraturen er ein einskildstudie, eller speglar kunnskapen frå fleire studier, og er høgare i pyramiden. Helst vil eg då finne systematiske oversikter og oppsummert forskning som er førehandsvurdert og kvalitetssikra (Nortvedt et al., 2012, s. 44).

Før litteratursøket har eg brukt PICO-skjemaet (Nortvedt et al., 2012, s. 33) og systematisert problemstillinga med kjerneord slik: P (populasjon) = personar med demens (på institusjon). I (intervensjon) = musikk. O (outcome/utfall) = personsentrert omsorg.

3.2 Søkeord- og forskningsdatabasar

Med kjerneorda frå PICO-skjemaet kunne eg finne fram søkbare helsefaglege MeSH-ord i databasen SweMed, og kom fram til følgande engelske søkeord: P: dementia, patients with dementia, ol.. I: music therapy, music intervention, music-based intervention ol.. O: patient centered nursing/-care ol.

Eg brukte Academic Search Elite saman med dei andre medisinfaglege store databasane, Cinahl og Medline, og kombinerte dei tre gruppene av kjerneord i «AND»-søk. Der kom 122 treff. Eg gjorde også tilsvarande søk i databasen Embase, med færre treff, og mindre relevante kjelder. Eg valde difor å konsentrere meg om trefflista på første søket. Etter å ha sila gjennom overskrift og samandrag til dei 50-60 første, har eg lasta ned seks av artiklane og valt ut dei tre mest relevante kvalitative studiane, som representerer kunnskap og erfaringar om ulike sider av problemstillinga.

3.3 Kjeldekritikk

For å kunne bruke denne litteraturen som gode kjelder til å finne svar på problemstillinga mi, må eg gå metodisk fram og gjere ei vurdering av relevansen av kjeldene og om eg kan stole på resultata deira. Sidan eg har valt å ha hovudfokus på forskningslitteratur med kvalitative forskningsdesign, må eg bruke omgrep i vurderinga som høver med kvalitative design. Sjekkspørsmåla her går på om funna er pålitelege, truverdige og relevante, i tillegg til vurdering av etiske forhold. Truverdighet og pålitelighet handlar om at forskaren gjer greie for korleis datasamlinga skjer, og korleis den blir reflektert av forskaren og tolka. Relevansen blir så eit spørsmål om kva meining desse funna gjev for mi problemstilling, om dei tilfører noko eller forsterkar kunnskap om det eg vil finne ut (Nortvedt et al., 2012, s. 78–79). Først må eg altså vurdere om kjeldene er truverdige, pålitelege og etisk klarerte: Kjeldene er forfatta av fagpersonar, publisert på anerkjente tidsskrift og fagfelleverdert. Kjeldene er bygd opp etter IMRAD-prinsippet (Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon) (Nortvedt et al., 2012, s. 69), og gjev slik oversiktelege framstillingar av metode og framgangsmåte for

studien, så det er mogeleg å vurdere gyldighet og gjenta for andre. Dei har også med etisk avklaring. Eg vurderer dermed alle kjeldene som pålitelege nok til å gje haldbare svar på spørsmålet i oppgåva. Når eg så skal vurdere *relevansen* av kjeldene – altså om eg har nytte av å bruke dei – blir det naudsynt å gå inn i det materielle innhaldet i kvar av dei, og eg vil difor utføre den vurderinga i samanheng med presentasjonen av forskningsartiklane i neste kapittel.

4 FUNN I FORSKNINGSARTIKLAR

Dei tre forskningsartiklane eg har valt ut til å finne svar på problemstillinga mi blir her presentert i rekkefølge. Eg byrjar med den viktigaste kjelda først, den som er høgst på kunnskapspyramiden og som eg har mest å hente frå, og så dei to andre etterpå. Kvar av artiklane blir etterfylgd av ei kort vurdering av den relevansen dei har for oppgåva mi som blei spurt etter i metodekapitlet.

4.1 Personlege vinstar av musikken – deltaking, tilknytning og identitet

Dowlen et al., (2018): The personal benefits of musicking for people living with dementia: a thematic synthesis of the qualitative literature. *Arts & Health, 10*(3), ss 197–212.

4.1.1 Presentasjon av funna hjå Dowlen et al. (2018)

Den første hovudkjelda mi oppsummerer 18 kvalitative forskningsstudier som omhandlar verknaden av musikk for personar med demens. Hovudmålet var å kaste lys på kva *personlege vinstar* bruk av musikk kan gje for denne gruppa, som bl.a. kan forklare kvifor musikk verkar positivt på livskvalitet og velvere. Forfattarane forstod “personlege vinstar” utifrå både den emosjonelle, psykologiske og sosiale verknaden av musikk. (Dowlen et al., 2018, s. 198–199).

Resultatet på spørsmålet om dei personlege vinstane av musikken er oppsummert i 4 analytiske tema dei trakk ut av litteraturen, der dei under kvart tema fann følgande:

1) *Deltaking* (“taking part”) handlar om at musikken er tilgjengeleg uavhengig av evnenivå, og at ein dermed opplever å vere likeverdig deltakar, med noko meningsfullt å bidra med. Dette kan fremje sjølvbilde og identitetskjenning. Temaet tek også opp hinder for deltaking, sidan personar med demens har lite kontroll med når og korleis musikk skjer (Dowlen et al., 2018, s. 201).

2) *Tilknytning* (“being connected”) kjem over tid der ein støttande gruppekultur utviklar seg, og gjev ei kjensle av trygghet og det å høyre til. Samhøyrigheten med personalet blir også betre ved den delte gleden over musikken. Musikken bryt ned barrierer og aukar samkjensle. Tilknytninga blir betre ved at musikken fremjar ikkje-verbal kommunikasjon (Dowlen et al., 2018, s. 205–206).

3) *Identiteten* (“affirming identity”) blir bekrefta på fleire måtar: *individuell*, når personleg preferansemusikk evnar å vekke opp minner. Musikken blir ei bru til fortida, og bekreftar fortid-notid-identitet. *Kollektivt* kan ei delt musikkhistorie – og ein delt reminisens – gje ei personleg og felles identifisering med andre i gruppa (Dowlen et al., 2018, s. 206).

4) *Tilstadevere i augneblinken* (“immersion in the moment”): musikken kan oppsluke ein i eit positivt her-og-no- engasjement, kor deltakarane verka gladare, meir “levande” og mindre agitert. Det vart lagt vekt på dei kroppslege reaksjonane på musikken, som gav høve til å uttrykke seg utan ord, at rytmen og musikkgleaden lever i og gjennom kroppen. Forfattarane såg at musikken blei ei plattform for kroppsleg sjølvkjensle, og styrka identitet gjennom kroppslege uttrykk (Dowlen et al., 2018, s. 207, 209).

4.1.2 Relevansen av Dowlen et al. (2018) som kjelde

Dowlen et al. (2018) sin studie er oppsummert kvalitativ forskning, og dermed høgare på kunnskapspyramiden enn einskildstudier. Temaet om personlege vinstar av musikken er svært relevant for spørsmålet om personsentrert omsorg. Dei mange einskildstudiane i underlaget har ei spreiding i type musikkintervensjon (musikk/song/instrument), setting og kven som utfører intervensjonen (td sjukepleiarar eller musikkterapeutar). Denne spreinga gjev naturleg nok ei lita senkning i relevans på ein del av underlaget til studien, der det må vurderast kor stor grad kunnskapen er overførbart til ein sjukepleiepraktisk røyndom i Noreg. Samla sett vurderer eg likevel kjelda som god og relevant.

4.2 Persontilpassa spelelister – betre miljø og livskvalitet med enkle ressursar

Kuot et al., (2021): Personalised music for residents with dementia in an Australian rural aged-care setting. *Aust J Rural Health*, 29, ss 71-77

4.2.1 Presentasjon av funna hjå Kuot et al. (2021)

Denne pilotstudien blei gjort i eit ruralt område i Sør-Australia med lite ressursar. Intervensjonen, eit 8-vekers musikkprogram med tilpassa musikklistar på headphones, blei utført av ikkje-terapeutar. 10 sjukeheimsbebuarar deltok. 4 fokusgrupper blei gjort med dei tilsette etterpå, med ei tematisk analyse i etterkant. Hovudmålet i piloten var å sjå om persontilpassa musikk påverka atferda og velveret til bebuarane positivt, måle sosial interaksjon og arbeidsmiljø-/kultur, og om slik musikkintervensjon var eit nyttig reiskap for personsentrert omsorg (Kuot et al., 2021, s. 71–72).

Analysen etter fokusgruppene resulterte i tre tema, der dei fann dei følgande:

- 1) *Livskvalitet*: Dei erfarte at humøret blei betre, også appetitten, søvnen og den sosiale interaksjonen. Dei blei rolegare og mindre agiterte.
- 2) *Personsentrert omsorg*: Dei erfarte at personleg samansetjing av meningsfull musikk var eit nyttig reiskap til å roe ned bebuarar. Det blei lettare å fokusere på musikken. Sjukepleiarane fekk utvikla ferdigheter i personsentrert omsorg (Kuot et al., 2021, s. 74).
- 3) *Betre miljø*: Bruk av persontilpassa musikk skapte eit rolegare miljø og reduserte motstand mot pleie/omsorg. Det blei eit mindre stressande miljø for alle. Dei tilsette blei meir tilfreds når dei såg bebuarane var meir nøgde og glade. Det blei betre kommunikasjon stab-bebuar, og staben fann stor variasjon i bruksmulighetar for musikken, alt frå stell til kvile (Kuot et al., 2021, s. 75).

4.2.2 Relevansen av Kuot et al. (2021) som kjelde

Kuot et al. (2021) er ein fersk einskildstudie, eit pilotprosjekt med fokusgruppe-design. Den er smal i innretning, men relevant fordi den rettar seg mot personsentrert omsorg, og til skilnad frå mange andre studier kun brukar lokalt personale i intervensjonen, ikkje musikkterapeutar. Dette speglar meir realistisk ressursituasjonen mange stader, spesielt i rurale strok, og har slik direkte overføringsverdi til sjukepleiaren sin kvardag. Den speglar også behovet for kostnadseffektivitet. Dermed er det interessant å sjå kva erfaringar dei trekkjer ut av piloten.

4.3 Musikk og omsorgssong – gjev kontakt og glimt av personen

Swall et al., (2020): Like a bridge over troubled water – a qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1)

4.3.1 Presentasjon av funna hjå Swall et al. (2020)

Denne svenske studien tok utgangspunkt i bruk av omsorgssong og musikk på tre sjukeheimar i ein rural småby. Målet var å skildre korleis pleiepersonalet brukar omsorgssong og musikk i kvardagen, og korleis song og musikk verkar inn på omsorga og interaksjonen med pasientane. Studien brukte metoden World Café-diskusjonar til å samle data – gruppediskusjon der ein deler kunnskap om eit emne. Deretter blei gruppediskusjonen analysert etter innhald (Content analysis) (Swall et al., 2020, s. 2).

Studien fann at både song og musikk er sterke reiskapar i omsorg og kommunikasjon med personar som har demens, på kvar sine måtar: Musikk stimulerer samtaler og legg slik til rette for sosialisering. Omsorgssong var å foretrekke når ein skulle fremje god interaksjon og legge til rette for stell-/omsorgssituasjonar. I begge former var den viktigaste faktoren for å lukkast at ein innretta tiltaket personsentrert (Swall et al., 2020, s. 4).

Det overordna funnet var at musikken «byggjer bru til personsentrert omsorg». Dette er hovudkategorien i dataanalysen. Denne byggjer på to generiske kategoriar, og fire subkategoriar (Swall et al., 2020, s. 4). Inndelinga representerer ein stigande abstraksjonsgrad/kondensering av meining. I dei to generiske kategoriane er funnet dermed meir spesifikt: - 1) «Omsorgssong og musikk er reiskapar til å fremje interaksjon med personar med demens», igjen eksplisert med at dei «fremjar gjensidig kommunikasjon», og gjer situasjonen meir forståeleg for pasienten. – 2) Andre generiske kategori var «omsorgssong og musikk får fram ein glimt av personen», fordi dei har emosjonell karakter og appellerar til personlege erfaringar, altså «får fram emosjonelle uttrykk». Songen kunne også vekke opp gløynde ferdigheter, som å vise rytme i kroppen, i hender og føter, eller til og med å danse (Swall et al., 2020, s. 4–6).

4.3.2 Relevansen av Swall et al. (2020) som kjelde

Det er relevant å representere ulike *former* for musikkintervensjonar i kjeldetilfanget mitt. Som ei motvekt til den australske kjelda med ferdiginnspela spelelister, har Swall et al. (2020) musikk og omsorgssong som intervensjon. Den er også gjort i ein rural setting, og utført av lokale pleiepersonale som blir opplært i intervensjonen. Sverige ligg nært i samfunnsform og helsevesen, så det er lett overførbar kunnskap. Fokuset på personsentrert omsorg gjev også studien høg relevans for problemstillinga mi.

5 DRØFTING AV SPØRSMÅLET: Korleis kan sjukepleiaren gjennom bruk av musikk i miljøterapien fremje personsentrert omsorg til sjukeheimsbebuarar med demens?

I samspel med kunnskap frå fag- og forskningslitteraturen kan eg no gå eit steg vidare og diskutere saken for denne oppgåva, korleis sjukepleiaren kan fremje personsentrert demensomsorg ved bruk av musikk. Eg vil først sjå nærare på avgrensninga av drøftinga, orientert utifrå det som er mest sentralt i materialet mitt, og deretter drøfte tre tema som kjem ut frå dette sentrum.

5.1 Det sentrale – å møte grunnleggande psykologiske behov med nestekjærleik

For å avgrense tema i funna frå kvarandre vil eg la dimensjonane i *personsentrert omsorg* strukturere diskusjonen i dette kapitlet. Både fag- og forskningslitteraturen refererer Kitwood og utlegginga hans av *grunnleggande psykologiske behov* som nødvendig å fremje ved personsentrert omsorg, og det er difor interessant å drøfte dei opp mot nytten av musikkintervensjon. Kitwood sine psykologiske behov var: *trøyst, tilknytning, inklusjon, deltaking* og *identitet* (Kitwood, 2006, s. 89f; Myskja, 2011, s. 45). Jamført med forskningskjeldene der ein har sett på funn ved musikkintervensjonar, ser eg at dei ikkje alle er like relevante, dvs at musikkintervensjonar ikkje har same betydning for alle psykologiske behov personsentrert tilnærming skal imøtekomme. Hovudkjelda Dowlen et al. (2018) har analysert funna i kategoriane *deltaking, tilknytning, identitet, og oppleving i augneblinken* (Dowlen et al., 2018, s. 201). Kuot et al. (2021) fekk fram kategoriane *livskvalitet, personsentrert omsorg og betre miljø* (Kuot et al., 2021, s. 74). Den svenske studien, Swall et al. (2020), har kategoriane *interaksjon/kommunikasjon og få fram glimt av personen/emosjonelle uttrykk* (Swall et al., 2020, s. 4–6).

Kitwood (2006) sjølv peika på at dei ulike behova overlappar kvarandre og distinksjonane vilkårlege. Dvs at oppfyller ein eitt av behova vil ein til ein viss grad oppfylle alle. Kitwood skildrar dei som ei klynge behov med eitt sentralt behov til fellesnemnar, nemleg *kjærleik*,

definert som: «en generøs, tilgivende og betingelsesløs accept, en helhjertet emotionel given uden forventning om direkte belønning» (Kitwood, 2006, s. 89). Denne fellesnevnen, lengta etter å bli møtt med ubetinga kjærleik, gjer det moralske aspektet ved sjukepleien tydeleg. Det er dei djupaste menneskelege behova som står på spel for personar med demens, og korleis dei blir møtt i sin sårbarhet og utleverthet, kan gjere stor skilnad for den einskilde, på godt og vondt. Det fører oss tematisk inn i det omsorgsfilosofiske landskapet til Kari Martinsen, og hennar utlegning av Løgstrups ontologiske fenomenologi. Ho seier nettopp at «sykepleie er omsorg i nestekjærighet for det lidende og syke menneske» (Martinsen, 2003, s. 38). Martinsen blir dermed naturleg å trekke inn som ein sentral samtalepartner i drøftinga av tema knytt til personsentrert omsorg.

Sidan det som nevnt er overlapp mellom dei ulike behovskategoriane eg legg til grunn i drøftingsstrukturen, og eg ynskjer samle meg om dei mest sentrale tema som kan opplyse spørsmålet mitt, har eg valt ut tre hovudområder å sjå nærare på: 1) Deltaking og likeverd, 2) Tilknytning og inkludering, og 3) Identitet og nærvere.

5.1.1 Å fremje deltaking og likeverd

Den første dimensjonen ved personsentrert omsorg eg vil sjå nærare på, er den eg har kalla *deltaking* (hjá Kitwood: *occupation*). Det betyr å drive med noko, ta del i livsprosessen (Myskja, 2011, s. 45). Rokstad (2021) brukar termen *beskjeftigelse*, og refererer til eit djupt menneskeleg behov for aktivitet som gjev personleg meining og er tilpassa evnene. Det vil seie at om sjukepleiaren har god kjennskap til biografi og preferansar – og godt samarbeid med pårørande – vil det betre sjansen for at aktiviteten fungerer. Personen må også oppleve å ha noko medverknad til aktiviteten, når og korleis den skal skje. Slik vil ein oppnå at deltakinga fremjar myndiggjering av personen og ikkje umyndiggjering. Dessverre er det lett for at sjukepleiaren overtek for personen med demens, utifrå eit oppgåve-fokusert blick der det då blir funksjonstapet til personen som kjem fram (Rokstad, 2021, s. 80–81). Dette kan då bidra til å svekke sjølvbildet og sjølvtiliten til pasienten. Utan ein meningsfull aktivitet kan personen falle inn i keisemd og apati, og kjenne seg ubrukeleg. På motsatt vis vil

sjukepleiaren i ei personsentrert tilnærming halde blikket på personen som deltar, på sine egne premisser, og halde fast på at opplevinga av deltaking er det primære målet med aktiviteten. Då vil ein også få med på kjøpet den positive sjølvopplevinga det vil gje. Eg tenkjer tilpassa musikkaktivitet har godt potensiale for å gje slik vinst ved deltaking. Kanskje må sjukepleieren oppmuntre til deltaking og aktivitet, men det er ikkje i motsetning til at pasienten får kjensla av å medvirke og vekka opp eit indre engasjement. Musikk kan tilpassast fleksibelt. Sjukepleiaren bør også vere klar til å utnytte kreativt sjansane til musikkaktivitet som byr seg i kvardagen (Rokstad, 2021, s. 82).

Ser vi på funna i forskningslitteraturen vår, legg Dowlen et al. (2018) vekt på personen sin aktive deltaking. Informantane i studien uttrykte stolthet og prestasjons glede ved å delta i musikkaktivitet. Den gav sjanse til å friske opp dugleikane ein har hatt før men som var tapt i sjukdomen. Dei såg at deltakarane fekk både auka sjølvtilitt og betre sjølvkjensle (Dowlen et al., 2018, s. 201). Dette er heilt i tråd med den generelle forventninga til utfall når det psykologiske behovet blir møtt ved personsentrert omsorg, som gjengjeve frå Rokstad over.

Eit deltakings-fremjande aspekt ved musikken som Dowlen et al. (2018) peikar på, er korleis den er tilgjengeleg uavhengig av kognitive evner. Ein sansar musikken, brukar emosjonar – og kroppsmotorikk – men ikkje intellektuelt krevjande. Musikkopplevinga blir i liten grad øydelagt av demensutviklinga, og difor kan ein i alle stadier oppleve dei beroligande og motiverande aspekta ved musikk. Denne sida av musikk-deltakinga, det uvilkårleg tilgjengelege ved den, gjer at pasientane opplever eit *likeverd* med dei andre deltakarane – uavhengig av funksjonstilstand (Dowlen et al., 2018, s. 201). Ein person utan språk kan slik dele gleden i musikken med den profesjonelle, sjukepleiaren, og kome i «same bås». Dette gjer musikk svært eigna som personsentrert omsorg – nettopp fordi det dreg merksemd vekk frå sjukdom, symptom og pasient-rolle, og over på personen, både den einskilde som deltar og på det vi har felles i situasjonen: Det å vere sansande og nærverande i ei likeverdig deltaking i musikken. Dette fremjer i seg sjølv både sjølvkjensle og relasjon – og forsterkar opplevinga av personverdet.

På kva måte kan opplevinga av personverdet bli forsterka i musikk situasjonen? Kari Martinsen seier med Løgstrup at sjukepleiaren ved eit sansande og oppmerksamt nærvere tyder pasienten, men også at pasienten tyder sjukepleiaren. Denne tydinga er ein måte å vere i verda på, «i en sansende åpenhet for at verden og menneskene vil oss noe. I tydingen erfarer vi hva det vil si å være menneske i verden, og hvordan vi forholder oss til det som berører oss i vår sansning. For det vi berører og berøres av i vår sansning, er nettopp det mest betydningsfulle for oss» (Martinsen, 2012, s. 15–16). I Rokstad si utlegning av personverd-omgrepet til Kitwood, såg vi at personverdet blir til i gjensidig relasjon, at det treng ytre stadfesting (Rokstad, 2021, s. 31). I ein slik situasjon vi skildra over med sansande likeverd i musikkdeltakinga, ser eg det kan vere ein god sjanse for pasienten å få personverdet stadfesta og tyda på ein naturleg og sjølvsgt måte, å «bli berørt av det mest betydningsfulle for oss». Kva betyr dette for sjukepleiaren? Med eit slikt potensiale for å fremje grunnleggjande behov bør følgene for sjukepleien vere å gje høg prioritet på tilrettelegging for deltaking i musikkaktivitet for personar med demens.

Kva så med det som hindrar pasientane i å delta, og oppnå gode ting gjennom musikken? Dowlen et al. (2018) fann fleire faktorar som kunne skape barrierer for pasientane si deltaking. Først og fremst *tilgangen til musikk*: det kunne vere at nokre personar på grunn av demenstilstanden ikkje klarte å uttrykke musikkinteressene sine, eller ikkje hadde noko kontroll med *korleis* dei blei engasjert i musikken (Dowlen et al., 2018, s. 205). Studien peikar også på faktorar i haldningane til sjukepleiaren/staben, at musikk kan bli sett på som rein underhaldning. Dei foreslår å overvinne slike hindre ved å tenke musikk i vidare forstand enn planlagte aktivitetar, og at staben utforskar måtar musikk kan bli integrert i dagleglivet på, og dessutan kopla til biografien. (Dowlen et al., 2018, s. 208). Denne tankegangen ser eg har støtte hjå sjukepleieforskarar som Rokstad, som er oppteken av utfordringane i å oppnå personsentrert omsorg på arbeidsplassane. Ho ser at ein må arbeide med både organisasjonskultur og pleiekultur, for å oppnå god praksis i dagleglivet. Ofte må leiaren gå framfor og vise korleis måla skal bli nådde, og føre ein personsentrert personalbehandling (Rokstad, 2021, s. 104). Det verkar som ein god strategi. Viss ein sjølv opplever på kroppen å bli behandla med respekt, bli teken omsyn til, inkludert og verdsatt, er det lett å sjå at slike

verdiar lettare kan få feste og bli internalisert hjå personale, og i neste omgang på ein naturleg og intuitiv måte bli spegla vidare til pasientane.

5.1.2 Å fremje tilknytning og inkludering

Den andre hovudkategorien eg vil drøfte her, er korleis musikkintervensjon verkar inn på dimensjonen *tilknytning* og tilhøyrande *inkludering* som grunnleggande psykologiske behov i personsentrert omsorg.

Kva står på spel for pasienten i denne hovudkategorien? Det er sosiale funksjonar. Mennesket er eit sosialt vesen, og avhengig av emosjonelle band og tilknytningar. Det gjev oss kjensla av tryggleik i ei uviss verd. Personar med demens kjenner seg ofte usikre og forvirra, og har dermed eit ekstra sterkt behov for tilknytning (Kitwood, 2006, s. 91). Tilknytning involverer å kjenne på samhøyre med andre, tillit og omsorg (Rokstad, 2021, s. 75). Eit anna aspekt ved det sosiale behovet er å vere del av ei gruppe, inkludert i eit fellesskap, som til dømes ei songgruppe. Atferdsvanskar knytt til demenssymptom kan gjere det utfordrande å bli inkludert, og i staden finn ein seg i ei boble av isolasjon (Kitwood, 2006, s. 91).

Svikten i tilknytning og inkludering ved demens er det viktig at personsentrert omsorg kjem i møte, også ved musikkintervensjonar. For å hjelpe på angst og uvisse, og styrke opplevinga av tilknytning til noko eller nokon som er kjent, kan sjukepleiaren nytte den psykososiale teknikken *validering* (jf kap 2.1, s3). Det inneber å vere anerkjennande og sensitiv til dei kjenslene som ligg bak det personen seier eller gjer (Rokstad, 2021, s. 76). Til dømes kan det bety å bekrefte kjensler for musikken. Når det gjeld inkludering og det å oppretthalde relasjonar er det også viktig at sjukepleiaren tilrettelegg for at ein skal kjenne seg velkomen, akseptert og verdifull (Rokstad, 2021, s. 77f). Det kan bety at sjukepleiaren som leiar songgruppa uttrykker verdien av at den einskilde pasienten deltar, uavhengig av songstemme og prestasjon. Også Dowlen et al. (2018) la vekt på tilknytning og inkludering:

musikken gav folk høve til å knyte seg til andre utan vilkår og utan å trenge ord, og slik kjenne på både samhald og tryggleik (Dowlen et al., 2018, s. 206). Her ser eg at sjukepleiaren får ei viktig rolle å legge til rette for ein gruppedynamikk som gjev slik trygg inkludering.

No brukar sjukepleiaren ulike former for musikkintervensjonar i ulike settingar, og det gjev også rammer for korleis tilknytning og inkludering kan skje. Ulike typar musikkbruk får ulikt utslag for pasientane, viser forskningsfunna. Nokre musikkformer vil betre tilknytning og interaksjon med staben eksklusivt, slik som omsorgssong og musikk i stellsituasjonar (Kuot et al., 2021, s. 75), medan andre – som musikk/fellessong i grupper – vil fremje interaksjon og tilknytning i heile gruppa (Swall et al., 2020, s. 4). Uansett ser det ut til at intervensjonane på ulikt vis leverer sosiale goder som personar med demens har behov for: kjensla av tilknytning til noko/nokon som er betydningsfulle for dei, og akseptierende inkludering i fellesskap med andre.

Då er eg klar til å sjå på musikkens betydning for den tredje av dimensjonane i drøftinga, som har med stadfesting og styrking av identitet å gjere.

5.1.3 Å fremje identitet og nærvere

Av dei grunnleggande psykologiske behova er det å ha ein *identitet* fundamentalt. For mange pasientar med demens vil svikt i kognitive evner føre til at kjensla av å vite kven ein er, blir svekka. Det kan kome av at samanhengen med fortida blir broten, når minnene forsvinn, eller det kan vere at forståinga av samanhengen i rollene og kontekstane omkring livet her og no blir uklår. Kitwood ser dermed det å oppretthalde *personleg identitet* som den primære oppgåva i demensomsorgen (Kitwood, 2006, s. 92).

Som vi skildra i starten av drøftinga, kan dei ulike psykologiske behova vere knytt saman og overlape kvarandre, slik at ein får sirklar av effekt frå den eine dimensjonen til den andre. Mange vegar kan slik føre til styrking av identitet. Til dømes kan vi ta utgangspunkt i å styrkje

ei trygg tilknytning til sjukepleiaren og inkludering i ei gruppe gjennom musikkaktivitet, som skildra i forrige avsnitt. Vidare kan ein tenkje seg at tryggleiken som ein pasient får gjennom tilknytningsarbeidet i musikkintervensjonen, også vil gje fridom og impuls til meir deltaking i musikkaktivitet og påfølgande meistringsoppleving, og dermed får styrkja sjølvkjensla og kjensla av identitet, som eg framstilte i første drøftingsavsnitt. Kitwood skildrar dette som *magiske sirklar*: «Efterhånden som en hel klynge av behov opfyldes, er det sandsynlig, at der vil være en forbedring af den globale fornemmelse af selvværd, af at være påskønnet og værdsat» (Kitwood, 2006, s. 92). Korleis stemmer så denne klyngeteorien med erfaringar ved bruk av musikkintervensjonar? Vi kan sjå på forskningsfunna: I dei to forrige avsnitta har vi sett at hovudkjelda mi, Dowlen et al. (2018), påviste *deltaking* og *tilknytning* som viktige personlege vinstar av musikkintervensjonane. Når dei også har med *identitet* som kategori, styrkar det Kitwoods «klyngeteori» om dei grunnleggande behova.

Dowlen et al. (2018) skildrar fleire måtar musikken kan styrke ulike sider av identitetskjensla: Den *individuelle identiteten* blei styrka gjennom å få uttrykke preferansar for musikk, og gjennom aktivitet med musikk knytt til livshistoria, som eit reminisens-arbeid. Dei poengterer at det viktigaste ved dette minnearbeidet var at det blei skapt ei kjensle av identitet, og meningsfull tilknytning til andre i augneblinken (Dowlen et al., 2018, s. 206, 209). Dowlen et al. (2018) tek også med det *kollektive* aspektet av identitet: i tilfella der musikk og song blei gjort i fellesskap, og der medlemmane delte tidsreferansar, kunne det skje ein kollektivt reminisens som gav kjensle av gruppeidentitet (Dowlen et al., 2018, s. 206f). Også her var det eit islett av tilhøyrlighet og inkludering i effekten, altså ei «klynge» av behov som blei adressert i ei og same erfaring. Musikk/song fører folk saman; viss du syng så tar du del i noko uansett kven du er, fordi alle er saman om det (Dowlen et al., 2018, s. 207). Vi ser altså at det er ulike aspekt ved musikkintervensjonen som styrkar identitetskjensla. *Reminisens* og narrativ støtte er openbart viktig, som vi har sett i forskningsfunna, og som er i tråd med teori på personsentrert omsorg iflg Kitwood og Rokstad (Rokstad, 2020a, s. 175). Kitwood hevdar at *empati* er den andre essensielle faktoren som fremjar identitet, når sjukepleiaren forhold seg til personen med demens som «Du» som er eineståande og unik (Kitwood, 2006, s. 92). Dette fører oss også nær det sentrale møtepunktet i alle psykologiske

behov som vi tok med i starten av drøftinga, behovet for kjærleik, som ein uvilkårleg emosjonell aksept av personen og stadfesting av personverdet (sjå innleiinga av kap 5).

Med sikte på føresetnadane for det empatiske og identitetsstyrkande møtet mellom sjukepleiar og pasient har også Kari Martinsen innsiktsfulle bidrag. Ho framstiller til dømes betydninga av kroppen og det sansande nærvere, kroppen som blir stemt og stilt inn på det vi er saman om: «det gjelder om å ta den andres tone imot, slik at hans integritet bevares. Det er å møtes i tillit, da er tonen båret av tillit» (Martinsen, 2005, s. 37). Nyttan i denne tilnærminga med sansande nærvere blir ekstra tydeleg når pasienten til dømes har langtkomen demens og manglar språk – men framleis har ein kropp med sine uttrykk for kjensler, som sjukepleiaren må bli stemt og innstilt på for å tyde rett.

Kari Martinsen sin sansefenomenologiske vinkling har også fruktbare bidrag til det aspektet av identitetsarbeid som ikkje primært er tilbakeskodande, reminiserande, men meir handlar om *opplevinga i augneblinken, nærveret i noet*. I denne samanhengen med musikkintervensjon tenkjer eg det oppmerksomme nærveret kan femne om kroppen sine akutte responsar på å vere engasjert i musikkaktivitet, den nevromotorisk stimulerande, emosjonelt opplivande responsen i kroppen saman med sansninga av det fysiske og musikalske miljøet kring. Ein kroppsleg respons er til dømes impulsen til å danse, eller gjere rytmiske rørsler. Dowlen et al. (2018) fann at slike kroppslege responsar i augneblinken forsterkar kjensla av sjølvstet så vel som relasjonane til dei andre kring, i tillegg til å bringe fram kroppsleggjorte minner frå fortida (Dowlen et al., 2018, s. 207).

Dette funnet om betydninga av opplevinga i augneblinken kan vere eit korrektiv til å fokusere einseitig på reminisens-aspektet ved intervensjonane. Å legge til rette for positive kroppslege opplevingar med musikken i augneblinken er også godt identitetsstøttande arbeid og personsentrert omsorg. Ein kan innvende at slike multisensoriske effektar er kortvarige og berre gjeld i ramma av musikk situasjonen (Dowlen et al., 2018, s. 209). Men opplyst av ein sansenær omsorgsfilosofi frå Kari Martinsen ser eg at verdien av den meningsfulle augneblinken for pasienten ikkje er avhengig av tidsvarighet. For ein person

med demens – der sjukdomsutviklinga er irreversibelt forverrande – er det nettopp augneblinkane av glede, tryggleik, samanheng og tilknytning som balanserer dei faktorane som trekkjer ned. Og tilsvarande blir det for sjukepleiaren som brukar musikk i demensomsorga ei meiningsfull utfordring å våge det oppmerksomme nærveret i sansninga av situasjonen. Vi treng etter mitt skjønn både slik nærverande sansning og empati saman med fagkunnskap i dømekrafta for å kome i møte det som står mest på spel for personen.

6 KONKLUSJON

I denne bacheloroppgåva har eg stilt spørsmålet korleis sjukepleiaren gjennom bruk av musikk i miljøterapien kan fremje personsentrert omsorg til sjukeheimsbebuarar med demens. Eg har svart på dette spørsmålet med ein litteraturstudie der eg har valt å sjå på kvalitativ forskning på området, der hovudfiguranten blant tre studier har vore Dowlen et al. (2018) sin oppsummerte studie om personlege vinstar ved bruk av musikk for pasientar med demens. I tillegg har eg dratt vekslel på relevant faglitteratur. Her har eg særleg nytta meg av tekstar om personsentrert omsorg (Rokstad og Kitwood), med utlegning av dei grunnleggande psykologiske behova til personar med demens. Ein hovudfigurant i faglitteraturen er dessutan sansefenomenologien til sjukepleiefilosof Kari Martinsen, som seier noko om grunnleggande forutsetningar for å møte pasienten på ein personsentrert måte, i det sansande og oppmerksomme nærveret i møtet.

Etter samanlikning av funna i dei tre forskningskjeldene har eg i drøftinga kondensert tre områder å utvikle svaret på problemstillinga, 1) deltaking og likeverd, 2) tilknytning og inkludering, og 3) identitet og nærvere: 1) På første området var hovudpoenget at tilgangen til musikkaktivitet uavhengig av kognitive evner kunne gje ei kjensle av prestasjons glede, sjølvverd og likeverd med andre i deltakinga. Men for å lukkast å nå desse vinstane er pasienten avhengig av reell tilgang på persontilpassa musikkaktivitet, og her blir haldninga og kompetansen hjå sjukepleiaren avgjerande. 2) På det andre området fann eg at musikkaktivitet gjev eit rom pasienten kan kjenne seg tilknytt noko og nokon personleg betydningsfullt, og bli inkludert på ein likeverdig og akseptierende måte. Også her er tilrettelegging for reell inkludering av ulike menneske viktig, og den opne og imøtekomande haldninga til sjukepleiaren. 3) På det tredje området fann eg at persontilpassa musikk kunne styrkje kjensla av identitet for personar med demens, både individuelt gjennom biografisk tilpassa preferansemusikk, og kollektivt i felles reminisens. Empati i kontakten aukar kjensla av sjølvverd og identitet. Eit viktig funn var også betydninga av kroppsleggjorte opplevingar av musikken i augneblinken, opplivande nærvere, som styrkjer identitetskjenla.

Eg vurderer at funna på desse områda gjev sjukepleiaren eit godt grunnlag å legge vekt på musikkintevensjon i miljøterapien som eit vesentleg bidrag til pasientsentrert omsorg for sjukeheimsbebuarar med demens.

7 LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (2018). Kari Martinsen: Philosophy of Caring. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing Theorists and Their Work* (9. utg., s. 120–139). Elsevier.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal Akademisk.
- Dowlen, R., Keady, J., Swarbrick, C., Ponsillo, N., Geddes, L. & Riley, B. (2018). The personal benefits of musicking for people living with dementia: A thematic synthesis of the qualitative literature. *Arts & Health, 10*(3), 197–212.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1370718>
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens—Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14–28). Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsedirektoratet. (2020). *Demens. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Kitwood, T. (2006). *En revurdering av demens—Personen kommer i første række*. Munksgaard Danmark.
- Kuot, A., Barton, E., Tiri, G., McKinlay, T., Greenhill, J. & Isaac, V. (2021). Personalised music for residents with dementia in an Australian rural aged-care setting. *Aust J Rural Health, 29*, 71–77. <https://doi.org/DOI: 10.1111/ajr.12691>
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- Mykja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes—An approach to dementia care*. Universitetet i Bergen.
- Nortvedt, M. W., Jamstvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg). Cappelen Damm Akademisk.

- Rokstad, A. M. M. (2020a). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (2. utg., s. 165–195). Cappelen Damm.
- Rokstad, A. M. M. (2020b). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (2. utg., s. 51–71). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408–437). Gyldendal Akademisk.
- Swall, A., Hammar, L. M. & Craftman, Å. G. (2020). Like a bridge over troubled water – a qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735092>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	13-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	Irene Valaker		

Deltaker

Kandidatnr.:	339
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7997
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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: 13
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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