



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Når ordene svikter

Musikk som terapi for mennesker med aldersdemens/

When the words fail

Music as therapy for people with senile dementia.

Bente Kristin Reinfjell Hansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 24.05.2017



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anne Botslangen

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 22.05.2017

Antall ord: 8143

## Forord

*Hvor ord svikter, taler musikken.*

- H.C. Andersen

## Sammendrag

I 2018 er det 40 år siden utdanningen av norske musikkterapeuter ble startet som videreutdanning. Det har siden den gang vært skrevet mange artikler og avhandlinger, samt vært forsket på og utviklet musikkterapeutiske metoder.

Oppgaven tar for seg musikkens egenskaper for mennesker med aldersdemens. Musikk kan bidra til å redusere angst, uro, uttrykke/regulere følelser, fremme relasjonell tilknytning og sosial deltakelse, glede og mestring. Musikk har historisk vært knyttet til behandling av sinnets lidelser og har vist effekt i behandling av angst og depresjon. Musikk er et enkelt og billig hjelpemiddel, lite ressurskrevende å ta i bruk, krever lite spesialkompetanse og medfører høy pasienttilfredshet samtidig som det har få bivirkninger. Musikk bærer også i seg et spekter av muligheter for medvirkning for den som lytter.

Problemstillingen tar for seg når musikkterapi oppsto som et fenomen i norske papiraviser. Det tar også for seg musikkterapiens virkning og hvordan den kan fremme livskvalitet for mennesker med aldersdemens.

Data er innsamlet ved bruk av kvalitative metoder som scoping studie og litteraturstudie, samt ved å skrive logg.

Drøftinga går ut på å se på funn fra scoping studie, samt drøfte musikkens virkning og om den kan fremme livskvalitet for mennesker med aldersdemens. Jeg har også drøftet teoretiske perspektiv om forskjellige menneskesyn og helhetlig tenkning.

**Konklusjon:** Min konklusjon er at musikk som terapi skaper livskvalitet, men ikke alene. Musikk, sang og dans fungerer som terapi i kombinasjon med sosialt samvær og i kontakt med andre mennesker.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Tema .....	1
1.2	Problemstilling .....	3
1.3	Begrunnelse for problemstilling .....	3
1.4	Begrepsdefinisjoner .....	4
1.4.1	Livskvalitet på individnivå.....	4
1.4.2	Musikk.....	4
1.4.3	Demens.....	5
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>7</b>
2.1	Scoping studie .....	7
2.2	Litteraturstudie .....	7
2.3	Logg.....	8
2.4	Validitet og reliabilitet.....	8
<b>3.0</b>	<b>Funn</b> .....	<b>10</b>
3.1	Funn i scopingstudie.....	10
<b>4.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>12</b>
4.1	Menneskesyn og helhetlig tenkning .....	12
4.1.1	Humanistisk menneskesyn .....	13
4.1.2	Naturvitenskapelig menneskesyn.....	13
4.1.3	Kitwoods personsentrerte menneskesyn .....	14
4.2	Vernepleierperspektiv og helhetlig omsorg.....	14
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>16</b>
5.1	Samfunnstema i 40 år .....	16
5.2	Musikkterapi i humanistisk og naturvitenskapelig perspektiv .....	18
5.3	Hvilken virkning kan musikkterapi ha? .....	19
5.3.1	Musikk kan opprettholde språk- og talefunksjon.....	20
5.3.2	Musikk kan bearbeide følelser og sinnstemninger.....	21
5.3.3	Musikk kan redusere stress og uro .....	21
5.3.4	Musikk kan virke avspennende og aktiviserende.....	22
5.4	Aldersdemens og livskvalitet .....	23
<b>6.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>27</b>
6.1	Oppsummering .....	27
6.2	Konklusjon .....	27
6.3	Mine refleksjoner.....	28
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>

## 1.0 Innledning

*Musikk begynner der språkets muligheter slutter.*

- *Jean Sibelius*

### 1.1 Tema

Temaet for min bachelor i vernepleie er kulturell aktivitet i arbeid med å fremme livskvalitet og mental helse. Her utforskes sang og musikk som helsefremmende aktivitet. Min interesse retter seg mot hvordan musikk kan bidra i arbeid med eldre menneskers helse. Musikkterapi utforsker forholdet mellom musikk og helse, der eldre helse i stor grad handler om musikk som samvær og kommunikasjon.

I Norge har legen Audun Myskja hatt stor betydning for å få musikk inn i eldreomsorgen, og spesielt for mennesker med aldersdemens. Han har ifølge Stige og Ridder (2016) drevet et stort formidlingsarbeid, har vært involvert i flere utviklingsarbeid, og holdt en rekke foredrag.

Musikk har i mange kulturer vært tillagt magiske og helbredende egenskaper (Myskja og Lindbæk 2000). I etterkrigstiden har det vært en jevnt stigende interesse for musikkens medisinske egenskaper og det gjenspeiler seg i økende grad innen forskning og definisjon av musikkterapi. I dagens samfunn handler mange av debattene om målbarheten og etterprøvbareheten i musikk som terapi.

Musikk som behandlingsmetode er med på å redusere stress og uro, det kan stimulere til positive opplevelser, øke til sosial deltagelse og vekke gamle minner (Myskja 2009). På samme måte kan aktiviteter koblet til musikk være med på å trene opp mentale og kroppslige funksjoner, skape kontakt mellom mennesker og på den måten øke livskvaliteten.

NRK Puls (2014) har laget en film som heter «Musikk i møte med demens»<sup>1</sup>. Sammen med Gina Nordby viser Helene Sandvik at musikk og sang skaper nærhet og følelser, og også gjenkjenning som gir opplevelser av gode øyeblikk. Jeg anbefaler leser å se filmen.

Demensplan (2020) fremhever at det er behov for økt kunnskap om demenssykdom. I 2015 var det 17 473 personer med demenssykdom registrert, men diagnoseopplysninger antas å være underrapportert. Antall personer med demens vil sannsynlig fordobles de nærmeste 30-40 årene på grunn av økt levealder (IS- 0600, 2017). Denne økningen av mennesker med demenssykdom bidrar til at samfunnet vi lever i må ha fokus på denne sykdommen, og prøve å tilrettelegge for at disse menneskene skal ha god livskvalitet. Rehabilitering og rehabilitering har i flere år vært pekt på som ett av helse- og omsorgstjenestens svakeste områder, der en stor og økende gruppe med rehabiliteringsbehov er eldre som opplever funksjonstap av ulike årsaker (Meld. St. 26, 2014-2015). Talespråket og kognitive evner blir redusert eller går tapt, og da må alternative kommunikasjonsformer tas i bruk. Å anvende musikk som terapi kan nyttiggjøres på mange områder. Det legges vekt på musikkens evne til å utløse minner, assosiasjoner og indre bilder hos mennesker med aldersdemens.

Oppgaven undersøker når musikkterapi som offentlig begrep oppsto i norske papiraviser samt hvilken virkning den har. Den belyser hvordan musikkterapi kan bidra til å fremme livskvalitet hos mennesker med aldersdemens. Begrep som kommunikasjon og samhandling vil være sentrale.

---

<sup>1</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=B6b1PGgBX1c> lastet ned 10.05.17



## 1.2 Problemstilling

Presentasjon av problemstilling:

**Oppgaven undersøker når uttrykket musikkterapi ble tatt i bruk i norske papiraviser, og hvilken virkning musikkterapi har. Den drøfter hvordan musikk som terapi kan fremme livskvalitet hos mennesker med aldersdements.**

Ved søk i ATEKST vil jeg undersøke når begrepet musikkterapi ble tatt i bruk i norske papiraviser, og se på hvordan musikk som terapi blir beskrevet. Søk i norske papiraviser kan bidra til kunnskap om når musikk som terapi ble formet som tema i offentligheten.

Musikk betyr mye for meg personlig. Ifølge min mor, sang jeg før jeg kunne snakke. Jeg er vokst opp med sang, dans og musikk, spiller flere instrumenter og synger i kor. For meg er musikk en form for terapi, et slags rom der jeg slapper av, får ny energi, samt opplever mestringsfølelse. Samtidig er det sosialt å synge i kor, det skaper mye glede og et godt samhold.

Min oppfatning er at musikk, sang og dans kan fremme livskvalitet ved å bidra til glede, trivsel og gode øyeblikk i hverdagen. Min litterære forforståelse har jeg fått ved å lese bøker og artikler om begrepet musikkterapi, samtidig har min forforståelse blitt påvirket av samfunnsdebatter som tar for seg begrepet musikkterapi, dens funksjon og virkning på mennesker med aldersdements.

## 1.3 Begrunnelse for problemstilling

Problemstillingen er valgt for å belyse hvordan musikk kan fremme livskvalitet for mennesker med aldersdemens. Jeg skal forsøke å utvikle en forståelse på hvordan en vernepleier i samarbeid med andre kan bruke musikk, sang og dans som helsefremmende aktivitet.

Interessen for å undersøke i papiraviser har jeg fått etter å ha lest bøker og artikler om musikk som terapi, og dens virkning. Jeg leste at musikkterapi har vært et tema i snart 40

år og ble nysgjerrig på når musikkterapi dukket opp som et fenomen, og hva som ble skrevet om temaet.

Det er flere vernepleiere som jobber innen demensomsorgen, noe som gjør at oppgaven er relevant for vernepleierens yrkespraksis. Det presiseres at oppgaven er gjort av en vernepleierstudent. Drøfting av problemstillingene kan derfor være preget av refleksjoner fra et vernepleierperspektiv. Med denne problemstillingen håper jeg å oppnå et resultat som kan være til nytte for vernepleierprofesjonen i samarbeid med andre.

## **1.4 Begrepsdefinisjoner**

### **1.4.1 Livskvalitet på individnivå**

Begrepet livskvalitet er et omdiskutert begrep i velferdspolitikken, og begrepet brukes både i videreutvikling av normaliseringstenkningen, og som en reaksjon på normalisering (Askheim 2003). Målet med normaliseringen oppnås først når det fører til økt livskvalitet for den enkelte.

*Når målet er å fremme livskvalitet og mestring, er ikke vår omsorg og behandling god nok uten at den oppleves som god* (Stige og Ridder 2016:23). Det vil si at menneskene vi arbeider med må føle seg sett, hørt og respektert samtidig som de har anledning til å medvirke i situasjonen. Begrepet god livskvalitet handler om mer enn fravær av sykdom og tap av funksjoner, det handler om å ha det godt med seg selv og sin tilværelse (Stige og Ridder 2016). En meningsfull hverdag ved å ha kontakt med andre er målverdi for å gi livet mening og innhold, og kan fremme livskvalitet (Lingås 2014).

### **1.4.2 Musikk**

Fra vi er små opplever vi musikk som rytmer, klang og form. I mors mage hører vi rytmer fra hjerteslag og mors stemme, noe som gir følelse av trygghet. Musikk påvirker oss ikke bare gjennom ørene, men også både rasjonelt og emosjonelt (Andresen 2005). Gjennom sang, musikk og dans uttrykkes følelsene våre. Følelsene våre gjenspeiles når vi føler for å klappe eller trampe takten, danse eller nynne til musikk (Andresen 2015).

## **Musikkterapi**

Musikkterapi handler om å stimulere sosiale interaksjoner, redusere uro, håndtere emosjonelle problemer og styrke evner til tidligere evner og positive minner via musikk (Myskja 2009:1). Teknikker som brukes er ofte sang, improvisasjon, instrumenter og bevegelse (dans). Musikkterapi brukes ofte når det er vanskelig å komme i kontakt med blant annet mennesker med aldersdemens. Når de to ordene musikk og terapi brukes sammen oppstår en meningsammenheng ut over definisjonen av det enkelte ordet. Det handler om å oppnå kontakt og samhandling, som er en grunnleggende forutsetning for utvikling, mestring og læring (Myskja 2009).

Faget musikkterapi utforsker forholdet mellom musikk og helse, mens yrket handler om å bruke musikken for å fremme helse (Stige og Ridder 2016). Musikkterapi brukes innen eldreomsorg på forskjellige typer institusjoner som for eksempel sykehjem og omsorgsbolig.

### **1.4.3 Demens**

Demens er definert som en tilstand der flere av de intellektuelle funksjonene er svekket, blant annet hukommelse, konsentrasjon, kritisk sans og språkfunksjoner. Når de kognitive evnene svekkes, skjer det forandringer som kan oppleves vanskelig både for dem det gjelder og deres pårørende. Kognitiv svikt handler om det som er knyttet til våre mentale evner som et å tenke klart, kunne følge tankerekker, tolke sanseinntrykk, og utføre handlinger (Myskja 2013). I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 fra World Health Organization (WHO) for å diagnostisere demenssykdom.

Det fins mange typer demenssykdom, og også mange demenslignende symptomer, derfor vil det være viktig å skille mellom de ulike typer demens (Myskja 2013). Den vanligste demenssykdommen er Alzheimers sykdom, vaskulær demens, demens med Lewy-legemer og senil demens (aldersdemens). I dag har ca. 80000 personer en eller annen form for demenssykdom, der 90% er over 70 år (Engdal 2016).

## **Aldersdemens**

Aldersdemens starter snikende og forverres gradvis. Mennesker med aldersdemens trenger økende grad av tilsyn på grunn av hukommelsessvikt og desorientering (Norsk helseinformatikk 2016). Aldring medfører ofte svekkelser av sanseapparatet, balanseorganer, muskelstyrke og koordinasjonsevne. Blir et eldre menneske i tillegg rammet av aldersdemens, kan det være vanskelig å kommunisere, som kan føre til at personen blir isolert (Ridder 2016).

## 2.0 Metode

Den metodiske tilnærmingen i denne oppgaven er kvalitativ. Kvalitativ metode handler om å fange opp mening og opplevelse, den lar seg verken tallfeste eller måle, men det stilles en rekke krav til bruk av metoden (Dalland 2007). Jeg har gjort en litteraturstudie samt brukt scoping studier. Logg har jeg skrevet under hele prosessen.

### 2.1 Scoping studie

Jeg anvender scoping studier som er en tilnærming til gjennomgang av litteratur (Arksey og O'Mally 2007).

Undersøkelsen av når begrepet musikkterapi ble tatt i bruk i norske papiraviser og noen av de ulike betydningene begrepet inngår i er inspirert av scoping<sup>2</sup> som metode (Arksey og O'Mally 2007). Ved bruk av scoping er det undersøkt når emneordene musikk, terapi og demente, blir brukt i norske papiraviser. Det er foretatt søk i databasen ATEKST. Dette er et elektronisk nyhetsarkiv. Det inneholder redaksjonelle artikler og oppdateres daglig. Min vurdering er at dette er en relevant og holdbar kilde.

### 2.2 Litteraturstudie

Litteraturstudien har en kvalitativ innretning. Jeg har vært bevisst på hva slags litteratur jeg har skaffet til oppgaven, og har brukt litterære kilder som forskningslitteratur, nettsider og fagartikler som i hovedsak er skrevet av helsepersonell. Jeg har brukt problemstillingen aktivt ved å stille spørsmål til om kilden er relevant i forhold til problemstillingen.

Fagartiklene støtter opp om forskningsartiklene, men kan ikke ses på som like troverdige på samme måte som forskning. Jeg har også dratt nytte av egne opplevelser og erfaringer fra tidligere arbeid.

Litteratursøk vil si å søke kunnskap i forskjellige databaser for å belyse en problemstilling (Dalland 2007). For å finne teori og empiri har jeg brukt ulike søkemotorer. Jeg har

---

<sup>2</sup> Scoping kan beskrives som en metode for å sammenfatte kunnskap på et område. Metoden stiller mindre strenge krav til systematikk og vitenskapelighet i søket. Den er egnet for å kople sammen ulike tekster.

primært brukt bibliotekets databaser, blant annet BIBSYS og Oria. I tillegg til det har jeg brukt kilder fra internett som blant annet Nakus kunnskapsbank, Norsk forening for musikkterapi, Helsebiblioteket, FO (Fellesorganisasjonen), samt Tidskriftet den norske legeforening. Jeg har prøvd med søk på ord alene, men har også satt sammen flere.

Søkeord: livskvalitet, sanse, musikk og helse, musikkmedisin, musikkterapi, vernepleier, demens, rehabilitering.

### **2.3 Logg**

Fra den dagen jeg bestemte meg for tema for bachelor har jeg skrevet logg. Loggen bruker jeg som et verktøy for refleksjon samt som støtte for tankeutviklingen min. Jeg har skrevet ned tanker og ideer, tips om litteratur og kilder jeg har kommet over underveis i prosessen.

### **2.4 Validitet og reliabilitet**

Validitet står for relevans og gyldighet for det problemet som skal løses, og reliabilitet betyr oppgavens pålitelighet (Dalland 2007). For at dette arbeidet skal fremstå som, og belyse hvordan musikk kan bidra terapeutisk, har jeg stilt kritiske spørsmål til kildene. Ved å la meg inspirere av å bruke scoping som metode forsøker jeg å være samfunnsaktuell.

Jeg har stilt følgende spørsmål til mine kilder: hvem har skrevet kilden, i hvilken sammenheng er kilden skrevet, hva er mine tolkninger og på hvilken måte har kilden relevans for min problemstilling. Ved å bruke forskningsartikler og fagartikler skrevet av musikkterapeuter og andre helsepersonell, er kildene troverdige fordi de har gjennomgått en kvalitetssikring og en godkjenning fra eksperter på området.

Ved alle metodevalg medfølger det spesifikke feilkilder. Dalland (2007) hevder at selv om data i utgangspunktet er relevante, må jeg ta sikte på at de er nøyaktig innhentet, og at de er samlet inn på en pålitelig måte. En feilkilde i oppgaven kan være at jeg først og fremst har brukt norske kilder. Det kan ha vært gjennomført flere studier og forskning internasjonalt som jeg derfor har gått glipp av.

Siden jeg selv har engasjement og tro på at musikk som terapi har god funksjon på mennesker med aldersdemens, kan dette være med på å påvirke mine konklusjoner og tolkninger av litteratur.

## 3.0 Funn

### 3.1 Funn i scopingstudie

En undersøkelse med søk i ATEKST ved bruk av søkeorda: musikk, terapi, demente, viser 71 treff på artikler i norske papiraviser. Første treff var en kronikk i Aftenposten «En dans for livet» skrevet av Sissel Lange Nielsen i 1988. Siste treff var en artikkel i Vårt Land, «Sang og musikk som gjør frisk» skrevet av Arne Guttormsen og Heidi Lindekleiv i 2017.

Den første artikkelen om musikkterapi er skrevet i Aftenposten den 27.05.1988. Artikkelen beskriver mennesker med demens som «de gåtefulle eldre som går inn i det ukjente, tause landet og lukker døren bak seg». Artikkelen skriver om pårørendes fortvilelse over sine eldre som ikke får den hjelp de fortjener. Forfatteren trekker fram en dansk musikkterapeut Synnøve Friis som en som bruker musikk som hjelpemiddel og terapi for demente.

I de nyere artiklene fra 2015 og fram til i dag er fokuset på hvilken makt vi alle har i møtet med den demensrammede, og hvordan vi kan bruke musikk som kommunikasjon når ordenen mangler. Audun Myskja nevnes i 18 av artiklene, første gang i 2006, og han hevder at musikk kan ha effekt i behandling av demente, samt at musikk kan være terapi til å få et bedre liv og en bedre livskvalitet.

Søket viser store hopp i tid mellom avisartiklene fra 1988 til 2000 tallet.

Det neste treffet jeg fikk var året etterpå i 1989, deretter var det et stort hopp der det ikke var skrevet noe i avisene før 1994, da var det skrevet kun en artikkel. Neste gang det ble skrevet noe i avisene var ikke før 11 år etter, i 2005.

Søket viser at innholdet i avisartiklene viser to perspektiver på musikkterapi. Det ene er et humanistisk perspektiv på musikkterapi der det skrives om «glede», «deltagelse» og «inkludering». Det andre er et naturvitenskapelig perspektiv på musikkterapi, der det nevnes ord som å «myke opp lemmer» og «smertelindring» og for å «styrke immunforsvaret».



Avisen som har skrevet flest artikler om temaet er Bergens Tidene. Ved å sammenligne overskrifter viser mine funn at de begrepene som går igjen er; helse og behandling, musikk og sang, musikk som terapi, musikk erstatter orda, glede og trygghet samt gode følelser.

## 4.0 Teori

### 4.1 Menneskesyn og helhetlig tenkning

*Med menneskesyn menes tanker og refleksjoner om hvorfor mennesket er som det er* (Garsjø 2001:1). Menneskesynet handler om ulike måter å forstå oss selv og andre som mennesker på. Ulike menneskesyn lever side om side, er valgfrie og tilpasset ulike roller vi trer inn i (Garsjø 2001). Hva som er empirisk holdbart (fakta), hva som virker, er nyttig og verdifullt i omgang med andre, er byggesteinene i et reflektert menneskesyn (Aadland 2011). Hvordan vi ser på og forstår menneskene vi møter, er ikke bare avhengig av hvem de er som menneske, men av vårt livssyn vi har med oss på veien (Henriksen og Vetlesen 2011). Mennesker har krav på å bli behandlet med verdighet og respekt, det skal ikke tvinges til noe mot sin vilje. Holdningene våre til andre mennesker er ofte formet av samfunnet vi lever i, de tradisjonene vi er oppvokst med gjennom oppdragelse og utdanning. Holdninger fra profesjonelle yrkesutøvere kan formes og utvikles, de er avhengig av hvilke holdninger og egenverdier de innehar og hva som legges vekt på (Henriksen og Vetlesen 2011).

Begrepet helhetlig tenkning går ut på at mennesket eller grupper av mennesker ikke bare kan betraktes som enten et individ eller samfunn, men må betraktes som summen av alle delene til sammen, der alle delene påvirker hverandre gjensidig (Witzø og Teksum 2007). For aldersdemente vil de mest sentrale arenaene være hjemmet, der hverdagslivet gjøres og sosialt samvær har en plass, samt deres nærmiljø. Den helhetlige tenkningen i arbeid med mennesker med aldersdemens, forutsetter planlegging og å være målrettet. Det må blant annet ses på utforming av boligen, økonomiske ressurser, hjemmets beliggenhet, personalets kompetanse, og holdninger (Witzø og Teksum 2007). Det er en forutsetning at det jobbes med den aldersdementes livssituasjon, og tas utgangspunkt i deres fysiske, psykiske og sosiale behov. Med tanke på at mange mennesker med aldersdemens har problemer med kort- og langtidshukommelse, samt at språk og oppmerksomhet påvirkes, kan dette påvirke evnen til å tenke abstrakt og til å resonere (Witzø og Teksum 2007).

Musikk kan bidra til å trene opp og vedlikeholde kroppslige og mentale funksjoner, samt skape sosial kontakt og hindre isolasjon (Solheim 2009). Musikk som terapi kan gi en modell for gode miljøtiltak, samt også hjelpe ansatte til å forstå beboernes behov bedre.

Tanken om likeverd, rettferdighet og respekt for forskjellighet til det enkelte menneske ligger til grunn for alle helsefaglige profesjoner (Eide og Eide 2007). *Ut fra et helhetlig menneskesyn skal de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behovene ivaretas på en best mulig måte. Lindring av fysiske smerter og andre symptomer/plager står helt sentralt* (Norges offentlige utredninger 1999:2). Livskvalitet og trivsel er positivt for den fysiske helsetilstanden, på grunn av positiv effekt på sosiale relasjoner, livstil, stress, mestring samt også på immunforsvaret (Witzø og Teksum 2007).

Hvordan vi ser på menneskene rundt oss, og måten vi opptrer på, er forskjellig fra hvilket perspektiv vi forstår menneskesynet på.

#### **4.1.1 Humanistisk menneskesyn**

I et humanistisk menneskesyn forstås mennesker som et unikt og fritt menneske, med mulighet til å treffe egne valg (Aadland 2011). Et humanistisk perspektiv bygger på et flerdimensjonalt menneskesyn der mennesket forstås både som en organisme, en person og et samfunnsvesen. Innen det humanistiske perspektivet handler musikkterapi om å gi mennesker mulighet til å handle ikke bare gjennom kropp og biologi, men også gjennom sosiale, kulturelle og psykologiske prosesser (Ruud 2008). Hjelpers forforståelse og fordommer er like avgjørende for relasjonen som den aldersdementes generelle forutsetninger (Aadland 2011). Relasjonen må vektlegges i like stor grad som oppgavene som skal gjøres. Relasjon innehar tillitt, trygghet og kontakt som grunnsteiner (Røkenes og Hanssen 2006).

I dag bygger musikkterapi på et humanistisk menneskesyn. Musikkterapi handler om å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk (Ruud 2008).

#### **4.1.2 Naturvitenskaplig menneskesyn**

Det naturvitenskaplige menneskesynet ser på mennesket som en del av naturen hvor mennesket er bestemt av ytre og indre faktorer, hvor et sterkt fokus på sykdommen er omtalt som «apparatfeil» og på den måten glemmer at mennesket bak sykdommen er et eget vesen (Ruud 2008).

Menneskesynet ble kalt «den medisinske modellen», og kan sies å være reduksjonistisk fordi den reduserer et komplekst fenomen (mennesket) til enklere deler uten å ta hensyn til forskjellene i fenomenet natur, som forekommer av spesielle kombinasjoner i de ulike delene (Garsjø 2001:8). I naturvitenskapen tar de utgangspunkt i at alle menneskers handlinger er fullstendig årsaksbestemte, og mennesket betraktes som en gjenstand «som reagerer lovbundet» (Garsjø 2001).

### **4.1.3 Kitwoods personsentrerte menneskesyn**

Synet på mennesker med demens på 1970 og -80 tallet var at demens var en tilstand hvor sinnet hadde forlatt kroppen, som i den opprinnelige betydningen av ordet *de- mens* (uten-sinn). Personsentrert omsorg, er et grunnsyn på mennesket som har fått stor innflytelse innen demensomsorgen. Tom Kitwoods «theory of personhood» er *bygd på et tydelig verdivalg der personer med demens blir sett på som likeverdige mennesker, med like rettigheter, behov, tanker og følelser* (Myskja 2006:187). Kitwood forsket på demenssykdom og er en av frontpersonene til å endre dette synet på demens. I pleie av mennesker med demens må det biologiske, psykologiske og sosiale perspektivet integreres. Det ble fokusert på helheten, det vil si en bipsykologisk forståelse, og at gjennom å optimere pleie og omsorg blir omsorgskulturen i sentrum (Ridder 2016).

Kitwood mente at alle må involveres og bli hørt når det er snakk egen helsebehandling, men dette var vanskelig i møte med demensrammede som har mistet språk og dømmekraft. Derfor utviklet Kitwood et behandlingssystem, kalt Dementia Care Mapping, DMC. Han mente at pleie og omsorg burde baseres på observasjoner, og på denne måten kan DMC være et skritt i riktig retning for å gjøre pleie og omsorg evidensmålbart (Ridder 2016).

## **4.2 Vernepleierperspektiv og helhetlig omsorg**

En vernepleiers overordna mål er å bidra til at de menneskene man arbeider for og med skal oppnå høyest mulig livskvalitet, og ved å ta utgangspunkt i deres ressurser i arbeidet med å tilrettelegge for vedlikehold av ressurser samt forebygge funksjonssvikt, kan vernepleieren fremme økt livskvalitet (FO 2016). Vernepleierfaglig arbeid handler om

utviklingsprosesser og arbeid med mennesker som trenger bistand av en eller annen grad, for å mestre sin hverdag (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). For å kunne gi mennesker med aldersdemens en helhetlig omsorg vil det være viktig å se på den totale livssituasjonen, samt en forutsetning av å se på mennesket som helhet (Witzø og Teksum 2007). *De siste årene av livet med demens krever økt innsats for tilrettelegging av boforhold og omgivelser, meningsfulle dager og aktiviteter, ernæring, pleie, smertelindring og palliativ behandling* (Demensplan 2020:8).

Terapeutiske målsettinger kan ved bruk av musikk og musikkaktiviteter stimulere sosiale interaksjoner, redusere uro, håndtere emosjonelle problemer og styrke og skape minneaktivitet. En vernepleier kan bruke sang, musikk og dans både som forebyggende og symptomlindrende tiltak i hverdagen. Musikk som terapi kan anvendes i grupper der det arbeides for velvære, sosiale opplevelser samt deltagelse ved aktiviteter der bevegelse og det å holde i hevd kroppsfunksjoner er en målsetting. Musikk kan øke livskvalitet og skape trivsel og god stemning, forebygge uro og skape kontakt mellom mennesker (Myskja 2009). For å oppnå livskvalitet vil brukermedvirkning og samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter være vesentlig. Ifølge Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap. 3 § 3-1 *rett til medvirkning til informasjon*, står det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester (LOV-1999-07-02-63). Der er flere undersøkelser som viser at det å oppleve mulighet for selvbestemmelse og kontroll er viktig for livskvalitet og helse (Røkenes og Hanssen 2006).

Faget musikkterapi utøves av en fagperson med utdanning innen musikk med kompetanse på å bruke musikk for å vurdere pasientens behov. Musikkmedisin utøves av helsepersonell i institusjoner, og settes inn som et tiltak for å lindre plager og øke mestring i daglige situasjoner. Forskning viser at musikk er en god ressurs i hverdagen for mennesker med aldersdemens. Sang og musikk kan stimulere hukommelse og språkfunksjonen, minske angst og smerte samt øke positive følelser (Ridder 2016).

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Samfunnstema i 40 år

Musikkterapi har som nevnt vært et begrep brukt i snart 40 år. Den første avisartikkelen relatert til begrepet, dukket først opp i norske aviser i 1988. Det kan kanskje henge sammen med at det var i starten av 1980 årene at et gryende forskningsfelt innen musikkterapi startet. Audun Myskja skrev på 1980 tallet en doktorgrad om bruk av musikkterapi i behandling av demente. I artikkelen «Kultur gir bedre helse for eldre», skriver Helene Andreasson om musikk som helsebringende faktor, spesielt med tanke på eldre mennesker med demens (Stavanger Aftenblad 22.10.07). Grunnen til at det var skrevet lite om musikkterapi i sammenheng med mennesker med demens på 1980 og -90 tallet, kan kanskje henge sammen med at det på den tiden var en økt bevissthet rundt integrering av mennesker med særlige behov. Almås (2008) skriver at musikkterapiens blomstringsperiode på 90 tallet, handlet mye om «normalisering» og integrering av mennesker med funksjonshemming, som da var målgruppen for samarbeidet med musikkterapeuter.

En musikkterapeut som ble nevnt i den første avisartikkelen fra 1988, var danske Synnøve Friis (Aftenposten 27.05.88). Hun er en av de nordiske pionerene for musikk i eldreomsorg og beskriver at *musikkterapeutar kvalifiserer seg til å kunne bruke musikken kommunikativt, for å engasjere til aktivitet og deltaking. Kva som er god aktivitet vil sjølvsagt variere med person og situasjon* (Stige 2010:13). Synnøve Friis nevnes kun i artikkelen fra 1988, på 2000 tallet er det Audun Myskja som blir mest nevnt i sammenheng med musikkterapi.

I de eldste artiklene ble demensrammede beskrevet som «gåtefulle eldre» det er vanskelige å nå inn til, og å kommunisere med. Musikk nevnes som et hjelpemiddel, som terapi for aktivisering og sosialisering. Videre skrives det at trening til musikk skaper glede og at musikk kan være et middel til avspenning, samtidig som det kan dempe angst. I starten på 2000 tallet derimot, blir aldersdemente omtalt som «de svakeste av de svake i samfunnet». Spørsmål som ble stilt var hvorfor arbeid med demente har så lav status i Norge (Bergens Tidene 17.09.05). Artikkelen undret seg over om svaret kan være at mange mennesker er

redde for sin egen fremtid, over hva som venter dem i alderdommen? Samtidig ble det beskrevet at det fortsatt mangler kunnskap om hvordan oppføre og kommunisere med aldersdemente. De fleste psykososiale behandlingsalternativer fungerer primært via talespråket og verbal kommunikasjon. Når talespråket og kognitive evner svekkes eller går tapt, må det anvendes andre kommunikasjonskanaler (Myskja 2009). Det å legge vekt på identitetsbevarende tiltak, samspill, stimulering og tilrettelegging for mestring, bidrar til at personer med demens får et mer innhold i hverdagen da det stimulerer sansene og skaper glede (Rokstad 2008). Det å få dele en musikkopplevelse med andre kan gi mulighet for å inngå i sosialt fellesskap med andre.

Det var skrevet kun to avisartikler om demens og musikkterapi på 80 tallet, og en på 90 tallet. Fra 2005 ble det skrevet om temaet nesten hvert år. Jeg undrer meg over disse store sprangene, og hva det kan skyldes? Bergens Tidene er den papiravisa som har skrevet flest artikler om musikkterapi og demente. Jeg undrer på om det har en sammenheng med at det er musikkterapeututdannelse i Bergen, samt at GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning også ligger i Bergen? Nyhetene og interessen for musikk som terapi kan være større her enn andre steder i Norge.

Fra 2012 og framover til i dag er det skrevet flere artikler der Audun Myskja er en fremtredende person. I artikkelen «Lær å takle mennesker med demens - glede og trygghet er viktig», blir Myskja sitert med «vi har alle stor makt i møte med den demensrammede» (Allers 28.12.15). Videre blir det beskrevet i artikkelen at nøkkelen er å ha respekt for individet, og at det handler om å se mennesket bak sykdommen. Her ser jeg en forbindelse til et vernepleiefaglig perspektiv. Vernepleierfaglig arbeid handler om hva vernepleieren legger til grunn av kunnskap og verdier, samt at brukerperspektivet er å se hele mennesket og ikke sykdommen.

Et menneske med aldersdemens er følsom overfor sanseintrykk, og stress og uro inntar kroppen. Det kan være av bråk og støy, høye stemmer, eller «bakgrunnsstøy» fra radio eller tv. Det kan også være tegn på et udekket behov eller fysisk smerte. I denne sammenheng blir det nevnt at det forskes fortsatt på musikk og at det i noen tilfeller kan bli erstattet av medisin, samt at beroligende sang og musikk kan minske stress og uro, noe som kan virke avslappende og trygt (Allers 28.12.15).

Overskrifter og begrep som går igjen i avisartiklene er helse og behandling, musikk og sang, musikk som terapi, musikk erstatter orda, glede og trygghet samt gode følelser. Ut i fra dette vises et engasjement i at musikk som terapi er noe som fungerer i kommunikasjon og samhandling med aldersdemente. Å bruke musikk som behandling, å kunne minske medisinbruk er et tema som ble tatt opp. Selv om det ble understreket i noen avisartikler at dette ikke er forsket nok på, var det mange meninger, blant annet fra Myskja som mente at musikkterapi fungerer godt som behandlingsform og at det i visse tilfeller kan erstatte medisin.

## **5.2 Musikkterapi i humanistisk og naturvitenskapelig perspektiv**

For å forstå forholdet mellom en naturvitenskapelig og en humanistisk tankegang vil synet på den frie vilje stå sentralt. Mens naturvitenskapene går ut fra at alle handlinger er årsaksbestemte, hevder humanistene at mennesket kan la seg forstå innenfra av forskjellige spontane faktorer (Garsjø 2001). Motsetningen kan framstilles som konflikt mellom de to menneskesynene. Men hva er den frie vilje egentlig? Humanismen hevder at viljens frihet består i å ha autonomi, mens naturvitenskapen på sin side hevder at friheten vi mener å ha, bare er en subjektiv følelse (Garsjø 2001).

*Den logiske positivismen er kanskje den mest innflytelsesrike vitenskapsteoretiske retningen i de siste hundre åra (Aadland 2011:125).* Posivismen støtter seg til det naturvitenskapelige synet som bygger på et virkelighetssyn hvor påstander og fakta lar seg redusere til enklere naturlige fakta. Fenomenet musikkterapi vekker til livet denne gamle positivismedebatten som var en debatt som hadde sin tyngde fra 1960 til 1980 tallet. Ny-marxister og hermeneutikere lanserte kraftige angrep på den da dominerende human- og samfunnsvitenskapen, der nøytraliteten og verdifriheten ble utfordret. Prinsippet om etterprøvbare forskningsresultater var debattens utgangspunkt (Aadland 2011).

Det er fortsatt samfunnsdebatter i dag som omhandler musikkterapi. De mest framtrædende er kanskje debattene; kan musikk lindrer demens? og kan musikk erstatte medisin for mennesker med blant annet demens? Flere studier har vært gjort for å se om dette er målbart. En norsk studie viser at tilleggslidelser som angst og depresjon kan lindres med medisin (Anker, Christian 2015). Kvamme, Tone Sæther har forsket på musikk og demens,



der hun over 12 musikkstunder målte graden av angst og depresjon. Målet med forskningen var å finne ut om livskvaliteten kan øke ved bruk av musikk som terapi (Anker, Christian 2015).

*Musikk kan være et virksomt supplement til medikamentell behandling og tradisjonell pleie og omsorg ved institusjoner for eldre. Den musikkterapeutiske faglitteratur er av varierende kvalitet, og tillater per i dag ikke sikre konklusjoner om effektiviteten av musikk som terapeutisk tiltak (Myskja 2005:3).*

Flere studier viser at når sang og musikk brukes terapeutisk i samhandling med mennesker med demens, har det god effekt på behandling, trivsel og medisinbruk. Ifølge Myskja (2005) er smerter underdiagnostisert hos eldre mennesker, og ved regelmessig bruk av musikk, kan det gi en positiv distraksjon.

### **5.3 Hvilken virkning kan musikkterapi ha?**

*Musikk er ikke en impuls eller et sett med stimuli som vi passivt reagerer på, men virker gjennom vår virksomhet som en del av en helhet og et samspill (Ridder 2016:55).* I musikkterapeutisk arbeid med mennesker med demens betones de terapeutiske relasjonene som mer prosessorientert enn symptomrettet.

*Musikkterapeutiske fagmiljø har utviklet seg i retning av å anvende musikk som verktøy for å uttrykke klientens følelser, og å speile emosjonelt kaos, heller enn å sikte mot ren symptomlindring, slik at pasienten kan gjennomleve en psykoterapeutisk prosess (Myskja og Lindbæk 2000).*

De musikkterapeutiske fagmiljøene har altså ifølge Myskja og Lindbæk (2000) utviklet seg i en retning mot å anvende musikk for å uttrykke pasientens følelser og å speile emosjonelt kaos. Men hva er skillet mellom musikkterapi og musikkmedisin? Mens musikkterapi er mest konsentrert om relasjonen mellom terapeut og klient, søker musikkmedisin å spesifisere menneskers bruk av musikk som «egenterapi», slik som for eksempel muskulær avspenning (Myskja og Lindbæk 2000). Musikkterapi er ifølge forfatterne sannsynligvis det mest utbredte av ikke-medikamentelle behandlingstiltak på sykehjem. Musikkterapi har utviklet seg fra en pedagogisk – psykologisk tradisjon innen en humanistisk ramme,

mens musikkmedisinen har sitt utspring i helsevesenet, blant medisinerne (Myskja 2006). *Medikamentell behandling medfører større risiko for bivirkninger i aldersgruppen over 67 år, og ikke-farmakologiske behandlingstiltak er derfor attraktive* (Myskja og Lindbæk 2000:1). Når eldre mennesker får demens kan det å integrere musikkterapi som en terapeutisk metode være en måte å prøve ut om musikken kan «erstatte» medisin i enkelte tilfeller.

Musikkmedisin og individualisert musikk, er former for musikkterapi som etter opplæring kan utføres av helsearbeidere uten musikalske kvalifikasjoner. *Metoden individualisert musikk er en syntese av musikkterapi og musikkmedisin, spesielt tilpasset pasienter ved sykehjem, og kan utøves av personal uten musikkterapeutisk utdanning* (Myskja 2005:1). Individualisert musikk integrerer musikkterapeutisk arbeid i den øvrige pleien og omsorgen. Det ser ut til å at individualisert musikkterapi har positiv virkning på problematferd hos mennesker med demens (Bragstad og Kirkevold 2010). Problematferd kan være sinne, frustrasjon, angst, depresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Samtidig må det ytes forsiktighet med å kalle vrangforestillinger og hallusinasjoner som problematferd, da dette kan feiltolkes. Ved å sette seg inn i hvor personen psykologisk befinner seg, kan en lettere konkludere med hva problematferden skyldes (Witzø og Teksum 2007). Det har vært forsket på bruk av individualisert musikkterapi som tiltak med fokus på problematferd. Konklusjonen av forskningen er ifølge Brage og Kirkevold (2010) at det kan ha positiv effekt for personer med demens, men at mer forskning er nødvendig.

### **5.3.1 Musikk kan opprettholde språk- og talefunksjon**

*Musikkterapi kan defineres som anvendelse av musikk og musikkaktiviteter for å oppnå individuelle ikke- musikalske mål for en klient eller gruppe* (Myskja 2006:22). Musikk som terapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom musikalsk samarbeid og kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Gjennom helsefremmende arbeid som rehabilitering, behandling og omsorg, kan bruk av musikk skape nye muligheter for kommunikasjon og samspill (Norsk forening for musikkterapi 2017). Det å miste taleevnen kan føles vanskelig og frustrerende, så ved å bruke sang og andre former for musikkterapi kan det lette kommunikasjonen for mennesker med aldersdemens. Det å synge sammen kan være et alternativ til et fellesskap. For mennesker med aldersdemens

kan det være nok å sitte med en bok i fanget, og lytte til sangen, andre kan falle inn og synge enkelt ord i teksten (oftest rimordene), mens hos noen kommer minnene og ordene tilbake i sangen (Ridder 2005).

### **5.3.2 Musikk kan bearbeide følelser og sinnstemninger**

En studie gjennomført ved norske og danske sykehjem viser at musikkterapi reduserer urolig atferd hos pasientene med demens (Rolvjord 2014). Studien viser også at målrettet bruk av musikkterapi reduserer behovet for medisiner mot uro, psykoser, depresjon og angst. Musikken når fram til personer med demens, og gjennom musikken skapes trygghet, gjenkjenning og regulere nærvær. Stige, som er en av forskerne bak studiet forklarer at på denne måten får en kontakt også på et følelsesmessig plan (Rolvjord 2014). Hva er et følelsesmessig plan? Handler det om at musikk kan nå inn til mennesker på en måte som gjør at de indre følelsene kommer frem? Ifølge Myskja (2009) kan hukommelse, gjenkjenning og følelsene blir bragt fram av toner, melodier og sangtekster. Musikkterapi kan være en vei inn til den aldersdementes følelser, og samtidig validerer livsopplevelse. Men er det slik at alle de indre følelsene kun oppleves positive? Det er ikke alle som føler den samme stemningen om en sang. Stemningen i en sang kan oppfattes forskjellig fra menneske til menneske ut ifra hvilke assosiasjoner og minner den frembringer. Ikke alle minner vi har er bare positive.

### **5.3.3 Musikk kan redusere stress og uro**

Ved å bruke musikk koblet til daglige gjøremål samt aktiviteter, kan musikk åpne dører til gamle minner (Rokstad og Smebye 2008). Kommunikasjon mellom den aldersdemente og ansatte er sterkt knyttet til det grunnleggende stemmeleie med tanke på trygghet og for å roe ned eventuell urolig atferd. Det kan dreie seg om å etablere kontakt og en relasjon gjennom et samspill mellom ansatte og den aldersdemente. I et samspill mellom mennesker er det viktig å fokusere på menneskets forutsetninger og ressurser. Musikk kan betraktes som en konkret metode for å styrke kommunikasjon. Alle mennesker kan føle stress, uro, engstelse og raseri, men for mennesker med aldersdemens er det ofte

vanskeligere å takle da de kanskje ikke forstår hvorfor. For å roe urolige mennesker kan nynning, sang og musikk anvendes for å lindre sorg og smerter (Myskja 2009).

### **5.3.4 Musikk kan virke avspennende og aktiviserende**

Myskja (2003) påstår at musikk kan gi fysisk og muskulær avspenning. Myskja forklarer det med at musikken har en evne til å gi muskulær avspenning ved stress, nervøsitet, angst, uro og søvnforstyrrelser. Musikk kan på samme måte ha en mental avspenning, ved at musikk roer ned tankelivet. Hva vet vi om tankelivet til den andre? Det vi vet er at hukommelsen til mennesker med demens blir svekket. De kan glemme hvor de er, hva de akkurat skulle gjøre, hvem de andre rundt en er, og da kan tankene føles forvirrende. Det jeg har observert i praksis er at ved å sette på rolig og avslappende musikk, ble den demensrammede mer avslappa. Myskja viser til forskeren Merera<sup>3</sup> som har funnet ut at beroligende musikk minsker surstoffbehov og stoffskifte, i tillegg til å senke puls, blodtrykk og respirasjonshastighet. Metera konkluderte med at denne type beroligende musikk kan være nyttig ved angst og motorisk hyperaktivitet (Myskja 2003).

Musikk kan også ha en avledende og distraherende effekt. Myskja (2003) forklarer at musikk kan stimulere behagelige følelser, og slik ta bort et annet fokus, som for eksempel smerte, angst og stress. Jeg tenker at for ansatte som er sammen med mennesker med alderdemens, blir det viktig å klare å se mennesket bak sykdommen, og å skape en kontakt som fremmer en trygg og fin hverdag. I mange tilfeller kan uro og frustrasjon være at mennesker har behov for noe, som for eksempel er tørste eller må på do, men i mange andre tilfeller kan det ved bruk av sang og musikk, samtidig som det tas, strykes, og ses på mennesket, skape ro og trygghet.

Som aktivitet kan musikk brukes i grupper der instrumenter tas i bruk sammen med sang, eller hver for seg. Det skapes da et sosialt samvær, som er spesielt viktig for mennesker med aldersdemens, da de har lett for å isolere seg. Musikk som terapi i sosiale relasjoner kan får fram gode sanseopplevelser og bidrar til en opplevelse av samhold og følelse av en kontinuitet som fastholdes (Ridder 2016). Opplevelse av samhold kan skapes over sang, dans og musikk som en positiv stimulering av ressurser og språkerstatning. Musikk kan

---

<sup>3</sup> Metera, A: Effect of music on airway resistance in patients. Anesthesia, resuscitation and intensive therapy, 1975, 3. 275-269.

altså på den ene siden utløse minner fra tidligere samvær, akkurat som samvær oppstår i her og nå situasjoner, ved å dele musikkopplevelsen med andre.

## 5.4 Aldersdemens og livskvalitet

Kan musikk hjelpe den aldersdemente til å få tilbake ferdigheter gjennom musikkrelaterte aktiviteter? Det vi vet er at musikk kan virke som stimuli for mennesker uten språk ved å erstatte talespråket. Musikk kan dempe indre og ytre støy, motvirke ensomhet og isolasjon, og styrke opplevelsen av egenverd. «Her og nå» øyeblikkene for mennesker med aldersdemens er gull verdt, selv om de i neste øyeblikk er glemt. De øyeblikkene er det som skaper liv og glede i hverdagen, det er de øyeblikkene som fremmer god livskvalitet. Men hvordan kan vi måle livskvalitet? Livskvalitet er vanskelig å måle, men ved å observere hva mennesket gir uttrykk for, kan vi se om det gir uttrykk for velvære og trivsel eller nedtrykthet og apati (mangel på følelser). Manglende livskvalitet kan være relatert til kvaliteten på omsorg som blir gitt (Witzø og Teksum 2007).

Solheim (2009) påpeker at å bruke musikk som behandlingsform handler om å skape trygghet, initiativ, skape ro men også fremme mestringsfølelse. Men er det bare musikken som skaper de gode øyeblikkene? I filmen «Musikk i møte med demens» (NRK Puls 2014) tas det opp at musikken vekker noe i den demensrammede, de får glimt i øyet, de smiler og ler – og gråter. Musikken vekker fram følelsene. Men samtidig er det et menneske der som ser den demensrammede, som gir oppmerksomhet, som tar på og ser på. De gode øyeblikkene med et annet menneske, og nærheten kan sammen med musikken skape gode øyeblikk og stemning, det kan vekke noe i den andre, vekke gamle minner, gamle følelser. En av de demensrammede i filmen uttrykte at «det var så ekte og så fint». Musikken og nærheten mellom mennesker er ekte, og det er det som gjør øyeblikket så vakkert, og det er det som skaper relasjon og som fremmer livskvalitet.

Moltubak (2016) skriver at i eldreomsorgen møter vi mange mennesker som har behov for rehabilitering, og at musikkterapi kan inngå på ulike måter. Forfatteren hevder at det finnes ulike metoder innen musikkterapi som vektlegger ulike sider av menneskers helse. Det handler om å tilpasse den enkeltes behov, både fysisk og kognitivt og følelsesmessig. Demenssykdommen endrer seg over tid, og målsettingen for terapien som er basert på den

demensrammedes forutsetninger og behov, må derfor også endre fokus og behov (Moltubak 2016).

*Som for alle med funksjonsnedsettelse, handler det for personer med demens om å bygge ned barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling. Søkelyset bør derfor i like stor grad rettes mot omgivelsene, som mot egenskaper ved den enkelte person (Demensplan 2020:8).*

For mennesker med aldersdemens kan tilpassede omgivelser bidra til å redusere funksjonshemmede forhold, som for eksempel tilrettelagte boenheter, og velferdsteknologiske løsninger. Men hvilke kvaliteter tillegges et godt liv? Et godt liv handler om mye mere enn velferdsteknologi og et tilrettelagt samfunn, det handler om å ha kontakt med andre slik at ikke isolasjon og ensomhet oppstår. *Personsentrert tilnærming legger vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, kulturell bakgrunn, helsetilstand og vaner, i tillegg til den kognitive svikten demens medfører (Demensplan 2020:11).* Ved å arbeide for at aldersdemente skal få opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig, må kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter opprettholdes. Historien om demens er ikke bare vonde følelser og tap av funksjoner, det finnes også være mye glede, trivsel og et godt liv (Myskja 2013). Vi har stor makt som «hjelpere» til å skape livsglede ved bruk av tiltak som kan øke velvære og føre til et menneske kan leve et godt liv. Det er flere forhold som påvirker livskvaliteten til mennesker med aldersdemens, blant annet relasjonen til «hjelperen» og deres holdninger, samt riktig bruk av medisin (Myskja 2013).

*Noe som gjør musikkterapi annerledes fra andre former for terapi, er at relasjoner kan bygges og utvikles gjennom musikalsk samhandling (Stige og Ridder 2016:156).* Solheim og Øvrelid (2001) viser til Mead og interaksjonistisk tenkning, som sier at identitet blir skapt i kommunikasjon og samhandling med andre. Det å skape en relasjon med mennesker med aldersdemens er utfordrende på den måten at deres hukommelse og språkfunksjonen er redusert eller borte. Musikk kan dermed hjelpe i en kommunikasjonsprosess.

*Musikalsk kommunikasjon er som sådan ikke spesielt avhengig av intellektuelt nivå, og involverer til dels andre hjerneområder og mekanismer enn verbalspråk.*

*Det burde derfor ligge vel til rette for mer utbredt og systemtisk terapeutisk bruk av musikk, som eksempel i medisinen (Ridder 2005:189).*

Mennesker med aldersdemens har svekket mulighet til verbal kommunikasjon. Den kognitive svikten gir en redusert evne til å gjøre seg nytte av språket til å snakke med, eller for å forstå den andre. De musikalske evner ser derimot ut til å være bevart. Deres manglende evne til å kommunisere kan igjen føre til symptomer av psykologisk eller atferdsmessig karakter. Derfor hevder Ridder (2005) at musikkens potensiale virkning på demensrammede er av stor relevans.

Det er mange forskjellige måter å anvende musikk på med tanke på mennesker med demens, der de fleste musikktiltak har et formål. Musikkterapi kan deles opp i to hovedformer/teknikker. Ridder (2005) forklarer reseptiv musikkterapi som en overordnet musikkterapikategori som står i kontrast til aktiv musikkterapi. Reseptiv musikkterapi omhandler lytting til musikk i musikkterapi, mens aktiv musikkterapi forstås som bruk av sang, improvisasjon, spill på instrumenter og dans. Disse to teknikkene kan blandes ved at det lyttes til levende musikk, og der det deltas aktivt med å spille et instrument. Denne teknikken kalles reaktiv musikkterapi (Ridder 2005). Alle disse teknikkene kan avendes sammen med mennesker med aldersdemens. Ved still kan det nynnes, eller synges for å roe ned uro og stress eller det kan settes på en cd med beroligende musikk. Her er det viktig å teste ut hvilken type musikk som virker beroligende på hvert enkelt individ, da all musikk ikke virker beroligende på alle. Det må også tas hensyn til at blant eldre er syns- og hørseltap vanlig, og mange opplever redusert stemmekvalitet (Myskja 2005). Dette må tas hensyn til ved valg av sanger, da funksjonstapet kan føre til redusert mestring. Varsomhet i forbindelse med sang- og musikk stunder vil være viktig da den kognitive svikten for mennesker med aldersdemens kan føre til utrygghet.

Sang kan også brukes for å gå fra A til B, når kroppen «stopper opp», og personen glemmer hva eller hvor den skal. Et selvopplevd tilfelle er at jeg ved å syng «Napoleons med sin hær» fikk med meg en person på å *marsjere* dit vi skulle. Det ble lettere å bevege beina i takt med sangen. Det kan jo tenkes at personen mintes sangen fra barndommen og hadde assosiasjoner på at til denne sangen marsjeres det? Moltubak (2016) beskriver bruken av rytme, sang og telling som en terapeutisk metode. *En systematisk bruk av rytme for å bedre motoriske funksjoner finnes i metoden rytmisk auditiv stimulering (RAS)* (Stige

og Ridder 2016). I trening med RAS tas det utgangspunkt i gangtempo til den demensrammede, og støtter gangen med en jevn rytme. Innføring av sang eller en regle kan også brukes for å angi taktslag, og det kan ha god innvirkning på motivasjon og lyst til å bevege seg (Moltubak 2016). Jeg tenker at ved daglig aktivisering med bevegelser av for eksempel armer og bein, kan musikk bidra til mestring og motivasjon, samtidig som det er med på å holde kroppen i bevegelse.



## 6.0 Avslutning

### 6.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på når musikkterapi i sammenheng med mennesker med demens ble et fenomen i norske papiraviser. Jeg har også sett på musikkens virkning, og på hvilken måte den kan fremme livskvalitet for mennesker med aldersdemens.

### 6.2 Konklusjon

Drøftingen viser at fenomenet musikkterapi i forbindelse med eldre helse kom på 1980 tallet. Et gryende forskningsfelt hadde startet der de studerte musikkens terapeutiske virkning for mennesker med demens. Fortsatt er det forskning på dette, og det forskes også på om musikk i noen tilfeller kan erstatte medisin. Audun Myskja har skrevet mange artikler og bøker om dette tema, og har også testet ut dette i praksis. Han er en av musikkterapeutene som mener at musikk i noen tilfeller kan erstatte eller redusere medisinbruk. På 1980 og -90 tallet ble musikk sett på som et hjelpemiddel og som terapi for aktivisering og sosialisering for mennesker med demens, som ble sett på som de svakeste i samfunnet.

Drøftingen viser at livskvalitet er vanskelig å måle. Kanskje spesielt hos mennesker med aldersdemens som kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg. For å oppleve seg verdig må et menneske bli behandlet med verdighet. Brukermedvirkning er viktig i samarbeid med mennesker med aldersdemens. Selv om det for noen kan være vanskelig å uttrykke seg, kan det ved kroppsspråk og blikkontakt, tolkes hva menneskene med aldersdemens ønsker.

Konklusjonen min er at musikk fremmer livskvalitet for mennesker med aldersdemens. Men det er ikke bare musikken, sangen eller dansen i seg selv, men i kombinasjon av felleskap og nærvær av andre. Gjennom kommunikasjon og samvær med andre, toveis eller i grupper gjør at mennesker kommer seg ut av isolasjonen og ensomheten som demens sykdom ofte kan skape. Drøftingen viser at musikk skaper rom for sosialt samvær, øker identitetsfølelsen ved å fremme gamle minner, samt kompenser for tap av funksjonsevne. Men først og fremst får musikk fram følelser og skaper glede i hverdagen.

En annen konklusjon er at det er gjort mye forskning på om musikk som terapi virker, og om det kan erstatte bruk av medisin i noen tilfeller. Konklusjonen etter drøftingen viser at flere studier og forskning viser at musikkterapi, musikkmedisin og individualisert musikk virker positivt på aldersdemente, men at mer forskning og kunnskap trengs fortsatt.

Jeg tenker at denne oppgaven kan kaste lys over at det er mange mennesker som kan ha nytte av bruk av musikk som terapi.

### **6.3 Mine refleksjoner**

Etter å ha skrevet denne oppgaven har jeg reflektert mye over det å bruke musikk som terapi i samspill med mennesker med aldersdemens, samt å fremme livskvalitet ved å anvende musikk. Livskvalitet handler ikke bare om å være frisk, det handler også om å oppleve livsglede og velvære, om små øyeblikk med ektefølt respons. Musikk kan være med å skape disse øyeblikkene. Men det er ikke bare musikken som skaper disse øyeblikkene, det er også vi som arbeider med aldersdemente som må skape øyeblikkene i hverdagen. Ved å nynne, synge sanger eller spille musikk kan vi sammen med blikk kontakt, berøring og å «være ekte», skape vakre øyeblikk. Vi kan bruke musikken, melodiene og sangene ved å være nær et annet menneske og gi respons på at mennesket bli sett.

Jeg har reflektert over min nå avdøde mormor som hadde aldersdemens. Hadde jeg bare visst det jeg vet nå, skulle jeg ha sunget og spilt musikk til henne når jeg var innom på besøk, samt oppfordret de ansatte til å gjøre det samme. Filmen fra NRK Puls fikk meg til å reflektere over hvor mange følelser som kommer frem ved bruk av musikk. Et menneske det er vanskelig å komme inn på, et menneske det er vanskelig å kommunisere med, et menneske som virker «borte», kan kvikne til, snakke og kanskje synge med, smile, le eller gråte. Det er så viktig å huske på at bak sykdommen som gjør at et menneske forandrer seg, er det en historie, et langt liv som er levd.

Jeg reflekterer at for oss som er så heldige å få være sammen med mennesker som har aldersdemens, bør vi sette oss inn i deres historie for å skape tryggheten og livskvaliteten de fortjener. Alle mennesker har følelsesmessige behov, som å føle seg trygg og verdifull.

Dette endrer seg ikke når en kropp blir gammel og glemsk, kanskje behovet er sterkere da.  
En vernepleiers ansvar er å skape gode og trygge rammer for at mennesker med  
aldersdemens skal får sine behov oppfylt og for at de skal ha en god livskvalitet.

## 7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar (2011). «Og eg ser på deg» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Almås, Bente (2008). «Norsk musikkterapi på 1980 – 1990 tallet, en banebrytende periode», I Trondalen, Gro og Even Ruud (red) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*, s 5-28. Oslo: Norges musikkhøgskole og forfatterne  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172678/BOKA\\_endelig%20versjon\\_020708.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172678/BOKA_endelig%20versjon_020708.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Anker, Christian (2015). *Musikk lindrer demens*. Helsenett.no  
[https://www.helsenett.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19392:musikk-lindrer-demens&catid=114:nervesystemet&Itemid=529](https://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=19392:musikk-lindrer-demens&catid=114:nervesystemet&Itemid=529)

Arksey, Hillary og Lisa O Malley (2007). *Scoping studier mot et metodisk rammeverk*.  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>

Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologer og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bragestad, Line og Marit Kirkevold. *Individualisert musikk for personer med demens*. Sykepleien Forskning.  
<https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens>

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, Hilde og Tom Hilde (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engdal, Knut (2016). «Når vi blir gamle» I Stige, Brynjulf og Hanne Mette Ridder, *Musikkterapi og eldre helse*, s. 13-15. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen (FO) 2016. *Om vernepleieryrket*.

[https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Om%20vernepleieryrket_A5.pdf)

Garsjø, Olav (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet. *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen (2011). *Nærhet og distanse. Grunnlag. Verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

IS – 0600, 2017. *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Helsedirektoratet (2017).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1284/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20IS-0600.pdf>

Lingås, Lars Gunnar. *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Lov av 20. februar 1999 nr. 63. *Rett til medvirkning og informasjon*. Helse- og omsorgsdepartementet (1999).

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brugerrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brugerrettighetsloven#KAPITTEL_3)

Meld. St 26 (2014-2015). *Fremtiden primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet (2015).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Moltubak, Anette Dalmo (2016). «Musikkterapi i nevrorehabilitering; musikk, funksjon og relasjon» I Stige, Brynjulf og Hanne Mette Ridder, *Musikkterapi og eldre helse*, s. 155-165. Oslo: Universitetsforlaget.

Myskja, Audun. (2003). *Den musiske medisinen*. Oslo: Grøndahl Dreyer.

Myskja, Audun (2005). Nr. 11. 02, juni 2005. *Bruk av musikk som terapeutisk virkemiddel i sykehjem*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening  
<http://tidsskriftet.no/2005/06/tema-sykehjemsmedisin/bruk-av-musikk-som-terapeutisk-hjelpemiddel-i-sykehjem>

Myskja, Audun (2006). *Den siste sang – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Myskja, Audun (2009). *Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid.  
<https://www.idunn.no/tph/2009/02/art10>

Myskja, Audun (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Cappelen Damm.

Myskja, Audun og Morten Lindbæk (2000). Nr. 10, 20 april 2000. *Hvordan virker musikk på menneskekroppen?* Tidsskriftet Den Norske Legeforening.  
<http://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/hvordan-virker-musikk-pa-menneskekroppen>

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk helseinformatikk (NHI) 2016. *Utvikling av aldersdemens*.  
<https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-utvikling/#heading-1>

Norsk forening for musikkterapi (2017). *Hva er musikkterapi?*  
<http://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi/>

Norges Offentlige Utredninger (1999). *Livshjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec5>

NRK Puls (2014) Film om *Musikk i møte med demens*  
<https://www.youtube.com/watch?v=B6b1PGgBX1c>

Ridder, Hanne Mette (2016). «Musikk som hverdagsressource i ældrelivet: samvær og erindring». I Stige, Brynjulf og Hanne Mette Ridder, *Musikkterapi og eldre helse*, s. 59-67. Oslo: Universitetsforlaget.

Ridder, Hanne Mette (2005). *Musik og demens. Musikaktiviteter og musikkterapi med demensramte*. Århus N: Forlaget klim.

Rokstad, Anne Marie og Kari Lislerud Smebye (2008). *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akademika AS.

Rolvjord, Rune 2014. *Musikkterapi demper urolig atferd hos personer med demens*. Uni Research Helse.  
<https://uni.no/nb/news/2014/06/26/musikkterapi-demper-urolig-atferd/>

Ruud, Even (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi, I Trondalen, Gro og Even Ruud (red) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*, s 5-28. Oslo: Norges musikkhøyskole og forfatterne  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172678/BOKA\\_endelig%20versjon\\_020708.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172678/BOKA_endelig%20versjon_020708.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Solheim, Kirsti (2009). *Demensguide*. Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, Liv Johanne og Bjarne Øvrelid (2001). *Samhandling i velferdsyrke*. Bergen: Fagbokforlaget

Stige, Brynjulf (2010). *Musikkterapi og demens, musikk som samhandling og ressursmobilisering*.

[http://www.barneselskap.no/Portals/14/Utposten10/UP10\\_05/12\\_15\\_musikkterapi\\_Utp\\_5\\_2010w.pdf](http://www.barneselskap.no/Portals/14/Utposten10/UP10_05/12_15_musikkterapi_Utp_5_2010w.pdf)

Stige, Brynjulf og Hanne Mette Ridder (2016). «Musikk som mulighet og rettighet». I *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Witzø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (2007). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Oslo: Tano Aschehoug.