



# Fordypningsoppgave

**VAK706 Avansert klinisk sykepleie**

**Musikk som terapeutisk tiltak til personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens/ Music as therapeutic intervention for people with behavioral and psychological symptoms in dementia**

**Eli-Anne Dragsund Aas**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 47**

**Molde, 16.05.18**



## 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: Ragnhild Sættem

## 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.

Oppgaver 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: 16.05.18

Antall ord: 9743

## Forord

*«Musikk er den kunstformen  
som ligger nærmest tårer  
og minner.»*

*-Oscar Wilde-*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ifølge demensplan 2020 er en av de største utfordringene vi står overfor at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene, grunnet økt levealder og endret alderssammensetning. Mange av dem som har demens opplever i sykdomsforløpet å få psykiske tilleggslidelser, det vil si atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Noen vanlige konsekvenser av APSD er tidligere innleggelse i institusjon, økte pleiekostnader, og tap av livskvalitet både for pasient og pårørende (Rokstad 2005). Ikke alle atferdsmessige og psykologiske symptomer kan eller bør behandles med legemidler (Myskja 2005).

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å undersøke om musikkterapi er et velegnet miljøterapeutisk tiltak overfor personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Studien bygger på 10 kvantitative forskningsartikler.

**Resultat:** Aktivt deltagende musikkgruppe, musikk en til en og individualisert musikk så ut til å ha positiv effekt på ulike former for atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, både underveis i behandlingen og i etterkant en viss periode. Å bruke musikk terapeutisk så ut til å redusere forekomsten av APSD.

**Konklusjon:** Resultatet i denne litteraturstudien viser at musikkterapi er et velegnet miljøterapeutisk tiltak til personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.

**Nøkkelord:** atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, musikk, demens

## **Abstract**

**Background:** According to the dementia plan 2020, one of the largest challenges we are facing is that the number of people with dementia will most likely double during the nearest 30-40 years, due to increased life expectancy and changed age structure. Many of those affected by dementia are experiencing psychological morbidities during the disease, meaning behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD) (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Some normal BPSD consequences are earlier admission to institutions, increased care costs, and decreased quality of life for both the patient and the dependents (Rokstad 2005). Not all behavioural and psychological symptoms can, nor should be treated with medication (Myskja 2005).

**Aim:** The aim of this assignment was to research whether music therapy is a suitable milieu therapeutic intervention towards people with behavioural disturbances and psychological symptoms in dementia.

**Method:** The assignment is a literature study. The study is based on 10 quantitative research papers.

**Results:** Active partaking in music groups, music one on one and individualised music seemed to have a positive effect on different forms of behavioural disturbances and psychological symptoms in dementia, both during the treatment and following a certain period. Using music therapy seemed to reduce the occurrence of BPSD.

**Conclusion:** The result to this literature study shows that music therapy is a suitable milieu therapeutic measure for people with behavioural disturbances and psychological symptoms in dementia.

**Keywords:** Behavioural and psychological symptoms in dementia, music, dementia

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Hensikt.....	1
1.2	Problemstilling .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Demens .....	3
2.2	Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens .....	3
2.3	Personsentrert omsorg og grunnleggende psykologiske behov .....	4
2.4	Miljøbehandling .....	6
2.5	Musikkterapi.....	7
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b> .....	<b>8</b>
3.1	Litteratursøk .....	8
3.2	Datainnsamling.....	9
3.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	9
3.4	Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	10
3.4.1	Inklusjonskriterier .....	10
3.4.2	Eksklusjonskriterier.....	11
3.5	Analyse.....	11
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1	Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på ulike former for APSD.....	12
4.1.1	Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på agitert atferd.....	13
4.1.2	Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på angst.....	13
4.1.3	Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på depresjon.....	14
4.2	Musikkterapi en til en og effekt på APSD.....	15
4.3	Individualisert musikk og effekt på APSD.....	16
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1	Metodediskusjon .....	18
5.1.1	Datainnsamling .....	18
5.1.2	Inklusjonskriterium .....	18
5.1.3	Kvalitetsvurdering.....	19
5.1.4	Etisk vurdering.....	20
5.1.5	Analyse.....	20
5.2	Resultatdiskusjon.....	21
5.2.1	Musikkterapi i grupper.....	21

5.2.2	Musikkterapi en til en.....	24
5.2.3	Individualisert musikk.....	25
5.2.4	Musikkterapi og gjennomføring i praksis .....	26
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>28</b>



## 1.0 Innledning

Ifølge Demensplan 2020 er en av de største utfordringer vi står overfor at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene, grunnet økt levealder og endret alderssammensetning. Personer med demens har ikke nødvendigvis annet til felles enn sykdommen. Gruppen er ellers sammensatt med spenn i alder, livsstil, preferanser og sykdomsbilde for øvrig. Mange av dem som har demens opplever i sykdomsforløpet å få psykiske tilleggslidelser, det vil si atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD), noe som krever særlig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Noen vanlige konsekvenser av APSD er tidligere innleggelse i institusjon, økte pleiekostnader, og tap av livskvalitet både for pasient og pårørende. I de ulike stadiene av sykdomsforløpet vil de ulike atferdsmessige og psykologiske symptomene være ulikt representert. Derfor vil temaet utfordrende atferd og/eller andre tilleggs symptom i form av depresjon, angst, hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger, være tilstede i en eller annen fase av forløpet hos de aller fleste personer som har en demenssykdom (Rokstad 2005).

Ikke alle atferdsmessige og psykologiske symptom kan eller bør behandles med legemidler. Eldre har en økt risiko for å få bivirkninger, derfor må medikamentell behandling skje med forsiktighet. Ikke-medikamentelle tiltak bør prøves før en tyr til medikamentell behandling (Engedal 2008). Et slikt ikke-medikamentelt tiltak som er mye brukt i demensomsorgen er musikkterapi. Det defineres som bruk av musikk og musikkaktivitet, av fagpersoner med spesiell trening innen musikk, for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe (Myskja 2005).

### 1.1 Hensikt

Hensikten med oppgaven var å undersøke om musikkterapi er et velegnet miljøterapeutisk tiltak overfor personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.

## **1.2 Problemstilling**

Hvilken effekt har systematisk bruk av musikkterapi på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens?

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Demens

Demens er en betegnelse på en samling av symptomer, altså et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Disse kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt og sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte, og endret sosial atferd (Engedal og Haugen 2009). I Norge baseres demensdiagnostikk på kriteriene som er gitt i WHO's sykdomsklassifikasjon, International Classification of Disease (ICD-10). I følge ICD-10 skal det foreligge svikt i minst to kognitive funksjonsområder, der en av dem skal være hukommelse, dette skal være i så stor grad at det påvirker personen i det daglige livet. I tillegg til dette skal det være svikt i minst ett ikke-kognitivt mentalt funksjonsområde, personen skal ha klar bevissthet og tilstanden skal ha vart i minst seks måneder (Wyller 2015).

Det er mange forskjellige sykdommer som kan forårsake demens, men de mest vanlige er Alzheimers sykdom som forårsaker 60 – 70% av demenstilfellene. Deretter vaskulær demens (minst 20 – 25% inkludert blandingsformer med Alzheimers sykdom), demens med lewylegemer, frontotemporallappsdemens og alkoholisk demens. Disse sykdommene står for mer enn 95 % av demenstilfellene med debut etter 65 års alder. For demens med tidlig debut, under 65 år, utgjør frontotemporallappsdemens minst 15%, alkoholisk demens nesten like stor andel, og Alzheimers sykdom bare omtrent 35% (Wyller 2015).

### 2.2 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Demens forbindes nesten utelukkende med kognitiv svikt som forstyrrelser i hukommelse og resonneringsevne. Etter ICD-10 omfatter det også ikke-kognitive mentale symptomer. Ofte sammenfattes disse under betegnelsen atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). Dette er i mange tilfeller det som skaper størst lidelse ved demens, og de viktigste av disse er:

- Depresjon og tilbaketrekking
- Angst og katastrofereaksjon
- Endret spiseatferd
- Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner

- Personlighetsendringer
- Apati og interesseløshet
- Rastløs motorisk atferd
- Irritabilitet og aggressivitet
- Repeterende handlinger, roping og klamring
- Døgnrytmeforstyrrelser

Symptomene kan gå i ulike retninger. Noen er deprimerte, apatiske og tilbaketrukne, mens andre er irritable, aggressive og motorisk urolig vandrende (Wyller 2015) Atferdsmessige og psykologiske symptomer er så vanlig at det må sees på som en del av demenssyndromet (Tretteteig et. al 2016).

I Rokstad og Smebye (2008) brukes betegnelsen utfordrende atferd om APSD, for å understreke at de atferdsendringene som observeres, ikke er å betrakte som unormale eller avvikende. Man kan heller si at det er forståelige reaksjoner på en endret livssituasjon som i høy grad er påvirket av hjerneorganiske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endret atferd hos personer i omgivelsene (Rokstad 2005).

Rokstad (2005) sier at vi kan se på atferd som en form for kommunikasjon fra pasientens side – en måte å meddele seg til omverdenen på, en kommunikasjonskanal når for eksempel tradisjonelle kanaler som verbalt språk blir utilstrekkelig eller forsvinner. For å prøve og forstå den enkelte pasients utfordrende atferd må vi ha evne til å ta inn ulike perspektiv. Det innebærer en evne til å se pasientens subjektive opplevelse og behov. Vi må kunne observere og reflektere over egen atferd og dennes innvirkning på situasjonen. Som hjelper må vi klare å se pasienten, miljøet og oss selv og egne reaksjoner som en del av miljøet.

### **2.3 Personsentrert omsorg og grunnleggende psykologiske behov**

Hvordan god omsorg kan gis til personer med demens har det vært ulike filosofier og teorier om opp igjennom tidene. Den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood utviklet omsorgsfilosofien «personsentrert omsorg». Dette er en omsorgsfilosofi som har hatt stor gjennomslagskraft i demensomsorgen i flere land siden den ble kjent på 1990-tallet. Denne teorien ble videreutviklet av Dawn Brooker. I denne filosofien anerkjennes ønskene og

behovene til personen med demens på lik linje med våre andres ønsker og behov. For å kunne gjøre dette på en god måte må vi ha kjennskap til personens livshistorie og hvilke vaner og rutiner personen har lagt seg til gjennom livet. I tillegg må vi ha kunnskap om hvordan demenssykdommen påvirker personen.

Personer med demens trenger ofte hjelp til å få dekket sine grunnleggende psykologiske behov. Kitwood beskriver fem psykologiske behov som alle mennesker har, og illustrerer dem i en blomst med overlappende kronblader. Disse behovene er; trøst som handler om å vise varme, nærhet, ømhet og mildhet. Dette skaper trygghet og demper angst. Identitet handler om å vite hvem du er, hva synes du om deg selv, og hvordan tenker du, dette er nært knyttet til identitet og livshistorie. Tilknytning handler om menneskets behov for å føle tilknytning til andre, særlig i settinger der vi opplever store forandringer og mye angst. Beskjeftigelse handler om deltagelse i livet, om å delta på meningsfulle aktiviteter, det dekker et dypt menneskelig behov for å ha innvirkning på verden og menneskene rundt seg. Inkludering handler om å være en del av en gruppe, om å bli sett og invitert inn i fellesskapet. Disse fem psykologiske behovene er målene og grunntankene i personsentrert omsorg (Tretteteig et. al 2016).

Begrepet personsentrert omsorg har en tendens til å variere fra person til person og fra sammenheng til sammenheng. Noen forstår det som individuell omsorg og noen som et verdigrunnlag. Noen ser det som metoder som kan brukes i forbindelse med personer med demens, og for andre er det et fenomenologisk perspektiv og et kommunikasjonsmiddel. I forbindelse med personer med demens har personsentrert omsorg blitt et sammensatt begrep (Brooker 2013).

Mennesker eksisterer i relasjon til andre, og grunnlaget for all behandling er relasjonen mellom omsorgsgiver og pasient. Pasientens egne standpunkter og preferanser skal i dette fellesskapet bli verdsatt basert på gjensidig tillit, en ikke-dømmende holdning og tilstrebet likeverdighet. For å forstå hva som er viktig for vedkommende må vi ha kjennskap til pasientens livshistorie og bakgrunn, og i hvilken sammenheng de kan forstås (Rokstad 2014).

## 2.4 Miljøbehandling

Begrepen miljøbehandling og miljøterapi brukes ofte om hverandre. Dette innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser der målet er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Dette gjøres gjennom å bruke forhold som virker inn på dagliglivet aktivt, som måltider, egenpleie, aktiviteter og balanse mellom søvn/hvile og stimulering. Et viktig mål er også å skape glede, trivsel, aktivitet, velvære og livskvalitet. Gjennom dette kan angst og uro reduseres. Målsettingen tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad og Smebye 2008).

For å kunne gi god miljøbehandling må denne bygge på verdiene til personsentrert omsorg. Dette er et viktig fundament for å utvikle gode holdninger og forståelse, og på denne måten kan vi gi miljøbehandling tilpasset den enkeltes behov. Mange av miljøbehandlingstiltakene foregår i gruppe. Samspillet man oppnår i en slik gruppe kan være gunstig for å oppnå miljøbehandlingsmål som å dekke pasientens psykososiale behov eller å øke opplevelsen av å tilhøre en gruppe (behov for tilknytning og inklusjon). Dette kan være måltider, reminisens, fysisk aktivitet eller sang og musikk. Det å synge sammen eller minnes i fellesskap kan gi en «ekstra gevinst» i form av fellesskapsopplevelse om man sammenligner det med å gjøre de samme tingene alene. Dette er viktig i den personsentrerte omsorgen, der verdier som aksept, inklusjon og fellesskap er sentrale (Tretteteig et. al 2016).

For å kunne lykkes med aktivisering av personer med demens er det viktig at personalet tror at aktivitet er positivt. Aktiviteten må være tilpasset den enkeltes behov, interesser og ferdigheter. Det må foregå i omgivelser der pasienten ikke blir forstyrret av lyder og bevegelser som tar oppmerksomheten bort fra aktiviteten. Motivasjonen til personalet er også viktig for å lykkes, og en evne til å overføre dette til pasientene (Rokstad og Smebye 2008).

Ifølge Tretteteig og Røssvik er det ut fra erfaringer grunn til å tro at forhold i miljøet har betydning for APSD, og at miljøbehandling kan ha en positiv effekt på disse symptomene. Å forske på dette er svært utfordrende, forskjellige studier viser positiv effekt på ulike typer miljøbehandling. Forskning så langt har ikke gitt noen klare konklusjoner, men det trenger ikke bety mangel på effekt. Oppgaven blir da å finne den rette typen

miljøbehandling. Om vi går tilbake til Kitwoods fem grunnleggende psykologiske behov som personer med demens ofte trenger hjelp til å få dekket, det mest grunnleggende behovet springer ut fra dette, behovet for å være elsket. Om man dekker noen av disse behovene kan det kanskje bidra til å forebygge APSD. For å oppnå glede og livskvalitet, kan det å dekke sitt behov for beskjeftigelse være et delmål på veien til dette (Tretteteig et. al 2016).

## **2.5 Musikkterapi**

Det å bruke musikk er sannsynligvis det mest utbredte og best undersøkte av ikke-medikamentelle behandlingstiltak på sykehjem. Musikkterapi kan defineres som bruk av musikk og musikkaktiviteter for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe. Det utføres av fagpersoner med spesiell trening innen musikk. I et historisk perspektiv har musikk langt tilbake i tid blitt brukt som et hjelpemiddel for å helbrede sykdom. På slutten av 1800-tallet påviste forskning at ulike typer musikk både kunne senke og øke puls og blodtrykk (Myskja 2006).

Myskja (2006) bruker også begrepet musikkmedisin som utøves av helsepersonell på institusjoner. Da blir musikken brukt som et symptomlindrende tiltak for å lindre plager som smerter, angst og kvalme. I praksis er forskjellene mindre tydelige, men musikkterapeutene bruker en del teknikker som krever spesialutdanning, som f. eks. improvisasjon.

Bruk av musikk og sang i ulike former er aktiviteter som lenge har vært vanlig i demensomsorgen. Musikkterapi med godkjente musikkterapeuter har blitt mer vanlig siste årene (Rokstad og Smebye 2008).

## 3.0 Metodebeskrivelse

Metode er et redskap i møte med noe vi vil se nærmere på og undersøke. Det er en måte å gå frem på som forteller oss hvordan vi bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man velger metoden fordi den vil gi gode data, og belyse den valgte problemstillingen på en god måte (Dalland 2012). Oppgaven min er et litteraturstudium som skal bygge på relevant litteratur og forskning for å belyse problemstillingen. Ifølge retningslinjene for fordypningsoppgaven skal litteraturstudiets resultat baseres på minst 10 forskningsartikler (Orøy 2017). For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er man avhengig av et tilstrekkelig antall artikler av god kvalitet. Det er viktig å tydelig vise hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan man har gjort utvalget. Kildegrunnlaget skal være godt begrunnet og beskrevet (Dalland 2012).

### 3.1 Litteratursøk

For å gjøre gode søk i databasen må man ha et klart formulert spørsmål som viser hvilken forskning en ønsker å finne. Ifølge Nortvedt et. al (2012) bør man bruke rammeverket PICO som hjelp, fordi det informasjonsbehovet man har bør være så presist som mulig. PICO er en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. P: Patient/Problem. I: Intervention. C: Comparison. O: Outcome. C ble ikke brukt i søkene mine da jeg ikke hadde til hensikt å sammenligne musikkterapi med noen andre tiltak. O ble ikke brukt fordi jeg ikke ville begrense utfallet i funnene mine.

Jeg brukte AND og OR for å kombinere søkeordene. OR ble brukt mellom synonymene for å utvide søket og AND ble brukt for å presisere og begrense. Jeg gjorde noen søk med norske søkeord, men dette gav ingen treff. Funnene mine representerer bare artikler på engelsk. For avgrensning har jeg valgt artikler som er publisert fra år 2007, så forskningen ikke skal bli for gammel, men samtidig ikke gå glipp av gode og relevante artikler for besvarelsen. Alle artiklene som er valgt ut er fagfellevurdert. Har lagt ved PICO-skjema (vedlegg 1), oversikt over litteratursøk ved bruk av søkeord, database, antall treff, leste abstrakt og inkluderte artikler (vedlegg 2) og inkluderte artikler i en systematisk oversiktstabell (vedlegg 3).



## 3.2 Datainnsamling

Det å søke i databaser er helt nytt for meg, så det var et omfattende arbeid å sette seg inn i hvordan dette skulle gjøres. Brukte bibliotekar ved Høgskolen i Molde til å hjelpe meg litt i gang med dette arbeidet. De viktigste databasene jeg brukte i litteratursøket med tilgang fra Høgskolen i Molde sin hjemmeside var: OVID Medline, ProQuest og Chinal. Jeg brukte søkeordene: Dement\*, Alzheimer\*, behavioral and psychological symptoms in dementia, BPSD, anxi\*, unrest\*, confus\*, aggres\*, agitat\*, depress\*, apath\*, music\*, song\*. Har presentert disse i et PICO-skjema, se vedlegg 1.

Forskningsartiklene som jeg fant ved databasesøk gjennomgikk jeg ved å lese tittelen og sammendraget til artiklene. De artiklene som var relevante for besvarelsen ble skrevet ut i fulltekst, jeg analyserte dem og forsikret meg om at de kunne brukes opp mot problemstillingen. Artikler jeg ikke hadde tilgang på bestilte jeg, og fikk dem tilsendt fra biblioteket. Jeg brukte også Bibsys for å søke etter fagbøker og andre besvarelser som kunne omhandle musikkterapi og APSD. Har også søkt etter aktuelle lover og forskrifter som kan brukes i besvarelsen. Oppgaven bygger i tillegg på relevant litteratur som har vært pensum gjennom hele studiet. Det å søke etter litteratur har vært en kontinuerlig prosess.

## 3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle artiklene jeg har valgt ut til oppgaven er kvantitative, siden problemstillingen min (Hvilken effekt har systematisk bruk av musikkterapi på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens?) best lar seg undersøke med et kvantitativt perspektiv. For å kvalitets vurdere dem har jeg brukt sjekklister for tverrsnittstudier og sjekklister for RCT (Nortvedt et.al 2012). Skjemaene ble fylt ut for hver enkelt artikkel for å undersøke at de var av god kvalitet.

For å sikre at artiklene var publisert gjennom godkjente publiseringskanaler brukte jeg register over vitenskapelige publiseringskanaler hos NSD (Norsk senter for forskningsdata 2018). Alle artiklene jeg har brukt i litteraturstudiet er godkjent fra vitenskapelige publiseringskanaler og de er fagfellevurdert.

Ifølge Forsberg og Wengström (2008) må en velge forskningsartikler som har fått godkjenning fra en etisk komite eller som gjør greie for etiske vurderinger. Regionale

komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) vurderer om forskningsprosjektene er utført på en etisk forsvarlig måte. Når det gjelder helsefaglig og medisinsk forskning som involverer mennesker, må det søkes om forhåndsgodkjenning fra REK (Forsberg og Wengström 2008). Jeg hadde som krav at alle artiklene i oppgaven min skal være etisk vurdert. Alle artiklene jeg har valgt ut er godkjent av etiske komiteer i sine land, bortsett fra to stykker, men her er det gjort etiske overveielser.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM) har som standardkrav at for å inkludere personer i helsefaglig forskning skal de kunne avgi et gyldig samtykke. Dette skal beskytte mennesker mot fysiske og mentale integritetskrenkelser. Ved spørsmål om manglende eller redusert samtykke, som gjelder personer med demens, det vil si at de ikke har noen mulighet til å forstå hva et konkret forskningsprosjekt går ut på, eller de kan mangle tilstrekkelig forståelse av hva det innebærer. Det kan reises spørsmål om det i det hele tatt er etisk forsvarlig å inkludere personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i forskning. Men det kan på den annen side hevdes at hvis mennesker som anses som særlig sårbare, aldri skal kunne inkluderes i forskning, vil dette like gjerne kunne øke sårbarheten deres som å redusere den. Det er ofte i forhold til slike tilstander, at kunnskap er mest påkrevet, og den kan ofte ikke oppnås ved å studere andre og mindre utsatte grupper.

NEM mener derfor at behovet for kunnskapen man kan få som kan øke velferden til personer med manglende eller nedsatt samtykkekompetanse, er så vesentlig at det ikke kan forsvares med et prinsipielt forbud mot å inkludere dem som dette gjelder (Den nasjonale forskningsetiske komite 2005).

### **3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

På grunn av omfanget til oppgaven er det nødvendig med en avgrensning i forhold til valgt tema og problemstilling.

#### **3.4.1 Inklusjonskriterier**

- Oppgaven omhandler personer med demens og ulike symptomer på APSD.
- Alle typer demenssykdom er inkludert i søkene.

- Artiklene skal være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Alder og kjønn er ikke spesifisert fordi det ikke ekskluderer dem fra å kunne ha nytte av musikkterapi.
- Forskningsartiklene skal ikke være eldre enn 10 år.
- Artiklene skal være publisert gjennom godkjente publiseringskanaler og fagfellevurdert.
- Artiklene skal også være etisk vurdert.
- Kvantitative artikler.

### **3.4.2 Eksklusjonskriterier**

- Forskningsartikler som er eldre enn 10 år, kan vurdere å ta med eldre om de er relevante for besvarelsen.
- Artikler der det ikke står noe om at de er etisk vurdert.
- Kvalitative artikler, siden problemstillingen er kvantitativt formulert, og at det finnes mest kvantitativ forskning om musikkterapi.

## **3.5 Analyse**

For at analyseprosessen skulle bli mest mulig systematisk valgte jeg å ta utgangspunkt i David Evans analysemetode. Artikkelen «Systematic reviews of interpretive research» (Evans 2002) ble brukt i analysen. Ved hjelp av denne metoden kunne jeg finne ut av om artiklene kunne brukes sammen og skape temaer for besvarelsen. Evans (2002) deler denne modellen inn i 4 trinn. Trinn 1 består av innsamling av artikler, trinn 2 er å identifisere nøkkelfunn i hver enkelt artikkel, trinn 3 er å samle funn og sette dem sammen til temaer, trinn 4 er å samle felles funn og beskrive resultat av analysen. Hvordan jeg utførte analysen vil jeg nærmere beskrive i kapittel 5 – *metodediskusjon*.

## 4.0 Resultat

Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke om musikkterapi er et velegnet miljøterapeutisk tiltak overfor personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Gjennom databasesøk søkte jeg etter artikler som kunne belyse problemstillingen: Hvilken effekt har systematisk bruk av musikkterapi på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens?

Funnene jeg gjorde har jeg delt inn i tre ulike temaer, som viser hvilken effekt ulike musikkterapeutiske tilnærminger har på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Artikkene er nummerert i vedlegg 3, jeg setter dem inn i et skjema for å skape bedre oversikt over de valgte temaene.

Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på ulike former for APSD	Artikkel 1, 2, 4, 5, 9 og 10
Musikkterapi en til en og effekt på APSD	Artikkel 3, 6, og 7
Individualisert musikk og effekt på APSD	Artikkel 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 og 10

Etter presentasjon av syntesen gjeldende for hovedtema 1, har jeg delt inn i undertema for oversiktens skyld.

### 4.1 Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på ulike former for APSD

I mange av artiklene i studien min deltok personene aktivt i musikkgruppen med for eksempel forskjellige bevegelser, sang og bruk av ulike musikkinstrumenter ledet av en musikkterapeut. Dette har jeg definert som aktivt deltagende musikkgruppe. Min studie viser reduksjon i ulike former for APSD både underveis i behandlingen og i etterkant av dette i en viss periode. Men det viser også i mange tilfeller at effekten ikke er vedvarende over tid. Disse musikkgruppene ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottar vanlig pleie og vanlige daglige aktiviteter eller lesegrupper (Lin et. al 2010, Sung et. al 2011, Raglio et. al 2009, Cooke et. al 2010, Wang, Yu og Chang 2015, Cooke et. al 2010).

#### **4.1.1 Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på agitert atferd**

Lin et. al (2010), Sung et. al (2011), Raglio et. al (2009) og Cooke et. al (2010) har sett på effekten av dette i forhold til agitert atferd hos personer med demens. I artiklene til Lin et. al (2010), Sung et. al (2011) og Raglio et. al (2009) vistes en reduksjon i agitert atferd både underveis i behandlingen og etter avsluttet behandling. I artikkelen til Cooke et. al (2010) viste det seg at deltagelse i musikkgruppen ikke hadde noen signifikant effekt på agitasjon hos personer med demens, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette var en interaktiv lesegruppe ledet av en trent forskningsassistent, som skulle spille musikkgruppen. Selv om deltagelse i gruppene ikke gav noe signifikant effekt på agitert atferd gav det noen av deltagerne en «stemme» og økte den verbale atferden.

Deltagelse i aktiv musikkgruppe førte til signifikant mindre tilfeller med agitert atferd underveis i behandlingen og 1 mnd. etter, sammenlignet med kontrollgruppen som deltok i vanlige daglige aktiviteter. Dette viser at personer med demens kan dra fordel av å delta i musikkgrupper (Lin et. al 2010). Ifølge Sung et. al (2011) ble agitasjon redusert underveis i behandlingen, men ikke signifikant. En mulig årsak til dette kan ha kommet av få tilfeller av agitert atferd ved starten av behandlingen. Etter avsluttet behandling ble agitasjon redusert både hos eksperimentgruppen og kontrollgruppen som mottok vanlig pleie. Årsaken til dette kan ha vært at eksperimentgruppen påvirket kontrollgruppen da de kom tilbake til sine boenheter.

#### **4.1.2 Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på angst**

Sung et. al (2011), Wang, Yu og Chang (2015), Raglio et. al (2009) og Cooke et. al (2010) har sett på effekten av denne typen musikkterapi i forhold til angst hos personer med demens. Gruppen de er sammenlignet med her er også enten en gruppe som mottok vanlig pleie, eller en interaktiv lesegruppe. Artiklene til Sung et. al (2011) og Raglio et. al (2009) viser at aktivt deltagende musikkgruppe førte til reduksjon av angst. Hos Wang, Yu og Chang (2015) opprettholdt deltagerne sine nivåer av angst, men studien viste effektiviteten i denne formen for musikkterapi til å forsinke utviklingen av slike problemer. Hos Cooke et. al (2010) gav det ingen signifikant forskjell med musikkgruppe i forhold til interaktiv lesegruppe på nivåer av angst hos personer med demens.

Ifølge Sung et. al (2011) fører musikkgrupper til mindre angst hos personer med demens, og kan være en enkel og effektiv metode for å øke psykologisk velvære. Musikkgruppe med rolig musikk i 5 minutter, så utførelse av bevegelser etter instruksjoner til livlig musikk, deretter 5 minutter med rolig musikk igjen, med muntlig positiv tilbakemelding til deltagerne etter gruppeavslutning førte til at deltagerne opprettholdt sin kognitive funksjon i tillegg til nivåer av depresjon, helseproblemer og angst. Disse funnene sier noe om viktigheten av at personalet bidrar til daglige aktiviteter for eldre personer med demens (Wang, Yu og Chang 2015).

#### **4.1.3 Aktivt deltagende musikkgruppe og effekt på depresjon**

Wang, Yu og Chang (2015), Raglio et. al (2009) og Cooke et. al (2010) har sett på effekten av dette i forhold til depresjon hos personer med demens. Og det viser seg at denne typen musikkterapi har en positiv effekt på depresjon i alle tre artiklene.

Hos Wang, Yu og Chang (2015) endret ikke depresjonsnivået seg i løpet av studien, men det ble tolket i den retning at det forsinket utviklingen av depresjon. Hos Raglio et. al (2009) og Cooke et. al (2010) ble nivåene av depresjon bedret.

I musikkgruppe der pasient og musikkterapeut kan interagere og uttrykke følelsene sine gjennom non-verbal atferd og ved å bruke musikkinstrument, er musikkterapiens mål å fange momentene av inn-toning som hjelper til med å regulere pasientens behov og sinnsstemning, viser seg effektiv i reduksjon av APSD. Generelt antas det at en aktiv musikkterapi tilnærming basert på relasjon kan bedre APSD, i særlig grad de som er mest relatert til psykologiske og emosjonelle reguleringer (f. eks. depresjon, angst, agitasjon apati og irritabilitet). Kontrollgruppen og eksperimentgruppen mottar vanlig pleie langsmed (Raglio et. al 2009).

Hos Cooke et. al (2010) ble et signifikant funn gjort som skilte seg ut fra de andre. Det var en signifikant forskjell midtveis på følelse av tilhørighet mellom musikkgruppen og lesegruppen. Spesielt de som hadde vært i lesegruppen først rapporterte høyere følelse av tilhørighet enn de som var i musikkgruppen først. Målinger viste at mens den første lesegruppen byttet over til musikkgruppe gikk målingene deres ned, mens når den første musikkgruppen skiftet over til lesegruppe gikk målingene deres opp. De som deltok i mer enn 50 prosent av musikkgruppene i del en og to av studien hadde signifikant økning i

selvfølelse målinger over tid, spesielt fra midten til avslutningen. Både musikk og lesegruppen gav muligheter til å bedre følelsen av tilhørighet, selvfølelse og depresjon hos noen eldre personer med demens (Cooke et. al 2010).

## **4.2 Musikkterapi en til en og effekt på APSD**

Musikkterapi en til en innebærer at en musikkterapeut interagerer direkte med deltageren, gjennom klapping, synging og dansing. Dette kan foregå både i grupper med flere deltagere eller en til en. Musikkterapien ble ledet av utdannede musikkterapeuter og ble sammenlignet med forskjellige andre grupper som mottok passiv musikk eller vanlig pleie. Min studie viser at denne formen for musikkterapi har en positiv effekt på APSD både underveis i behandlingen og i en periode etter at behandlingen var avsluttet. Men effekten viste seg i noen tilfeller å ikke være vedvarende over tid (Sakamoto, Ando og Tsou 2013, Ridder et. al 2013 og Raglio et. al 2009).

I artikkelen til Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) ble tre grupper sammenlignet, en kontrollgruppe uten noen spesielle tiltak, en passiv musikkgruppe og en aktiv musikkgruppe. I kontrollgruppene ble deltagerne observert uten at noen interagererte med dem. I den interaktive gruppen ble hver enkelt deltager interagert med en til en gjennom klapping, synging og dansing guidet av en musikkpedagog. Resultatet viste at både passiv og interaktiv musikkgruppe kan redusere stress og gi avslapning hos personer med alvorlig demens. Reduksjon i APSD ble funnet to uker etter både i den interaktive og den passive gruppen, men ikke i kontrollgruppen. Reduksjonen i APSD var høyere i den interaktive enn i den passive gruppen. Men det er viktig å ta med at effekten i begge grupper forsvant etter tre uker.

Individuell musikkterapi gitt av utdannede musikkpedagoger to ganger ukentlig i en periode på seks uker viser seg å redusere agitert atferd og hindre økning av antipsykotisk medisin hos personer med demens, sammenlignet med deltagere i kontrollgruppen som mottok vanlig pleie i sykehjem, for noen involverte det aktiviteter som f. eks. sanggrupper. Tiltakene ble byttet om halvveis i studien. Den individuelle musikkterapien besto av vokal eller instrumental improvisasjon, sang til velkjente og ukjente sanger, lytting til musikk og andre aktiviteter som å snakke, gå tur osv. gjennom en personsentrert tilnærming, der tiltakene ble justert etter deltagerens behov. Målinger på livskvalitet ble økt under musikkterapi tiltaket, men ikke signifikant (Ridder et. al 2013).

Hos Raglio et. al (2009) ble også disse elementene av en til en kontakt brukt gjennom at musikkterapeuten interagerer med pasienten og uttrykte følelser non-verbalt og ved å bruke musikkinstrumenter. Det antas her at en aktiv musikkterapitilnærming basert på relasjon kan bedre APSD.

### **4.3 Individualisert musikk og effekt på APSD**

Musikk som pasientene på en eller annen måte kan relatere til, eller som er kjent for dem er noe som er et gjennomgående tema i studien min. Å velge musikk som er kjent viste seg å kunne redusere stress og øke avslapning, vekke positive følelser og vekke gode minner. Alt dette hadde en positiv effekt på ulike atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens underveis i behandlingen og en stund etter avslutning, men ikke alltid over tid (Ridder et. al 2013, Sakamoto, Ando og Tsutou 2013, Guètin et. al 2009, Cooke et. al 2010, Wang, Yu og Chang 2015, Lin et. al 2010, Sung, Chang og Lee 2010, Cooke et. al 2010, Sung et. al 2011).

Ridder et. al (2013) har brukt både velkjente sanger og ukjente sanger for deltagerne. Hos Sakamoto, Ando og Tsutou (2013) har de brukt individualisert musikk som de fant gjennom å undersøke deltagernes adferd for hvilken periode i livet som de oftest kom tilbake til. Ved å intervju deltagerne og deres familier kunne de velge ut musikk som var relatert til spesielle minner for hver deltager. Musikk som sannsynligvis ville vekke positive følelser av nytelse, glede og gode minner. Den individualiserte musikken ble lyttet til både i aktive og passive settinger, og det viste seg at det reduserte stress og økte avslapning hos personer med langtkommet demens, direkte etterpå, sammenlignet med de i kontrollgruppen som ikke lyttet til musikk.

Hos Guètin et. al (2009) ble det brukt individualisert musikk som de lyttet til i øretelefoner på rommet sitt. Musikk som er valgt på bakgrunn av personlige opplevelser vil stimulere til minner ved å vekke autobiografiske hendelser. I denne studien brukes en spesiell metode som skal bringe pasienten inn i fullstendig avslapning ved å redusere rytmen, orkesterformasjon, frekvens og volum til maksimal avslapning for så å snu og øke det igjen. Musikken ble valgt ut ved intervju og spørreskjema og var basert på pasientenes personlige smak. De som var i kontrollgruppen hadde lesegruppe. Resultatene i hele oppfølgingsperioden viste signifikant forskjell både når det gjelder angst og depresjon



mellom de to gruppene. Resultatene bekrefter den gunstige effekten av musikkterapi på angst og depresjon hos personer med Alzheimer demens. Og effekten av det viser seg opp til 2 måneder etter at behandlingen er avsluttet.

I studien til Sung, Chang og Lee (2010) brukte de The Music Preference Survey (MPS). Dette er en metode som er basert på evidens-basert individualisert musikkprotokoll som først var oppdaget av Gerdner i 2001. Musikkprotokollen ble utviklet basert på det beste tilgjengelige beviset angående bruken av foretrukket musikk for å veilede mestringen av atferdsforstyrrelser hos eldre personer med demens. I denne studien ble den foretrukne musikken lyttet til i 30 minutter på CD på ettermiddagen to ganger i uken, 12 sesjoner i løpet av 6 uker for å finne ut om det kunne redusere angst hos eldre personer med demens. Den viser at eldre personer som fikk lytte til foretrukket musikk hadde signifikant lavere angstmålinger etter seks uker enn de som fikk vanlig pleie uten musikk.

I de resterende studiene er det også valgt ut musikk som deltagerne har et forhold til ut i fra sin aldersgruppe og stedet de kommer fra (Lin et. al 2010, Cooke et. al 2010, Wang, Yu og Chang 2017, Sung et. al 2011). Ifølge Cooke et. al (2010) har forskere vist at musikkintervensjoner er mest effektive når en bruker de personlige musikkpreferansene til deltakerne. Ifølge Lin et. al (2010) kan kjente sanger ha ført til større grad av avslapning. Bruk av individualisert musikk som er forbundet med spesielle minner, brukt i aktiv deltagelse reduserer stress og øker positiv emosjonell respons. Begge disse effektene kan ha ført til økt livskvalitet hos eldre mennesker med alvorlig grad av demens (Sakamoto, Ando og Tsutou 2013).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Da jeg startet arbeidet med denne oppgaven hadde jeg klart for meg at jeg ville skrive noe om miljøterapi til personer med demens. Etter en del lesing av litteratur og artikler, fant jeg ut at musikkterapi og effekt på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer på demens var et interessant tema som jeg ønsket å fordype meg mer i. I dette delkapittelet vil jeg ta for meg styrker, svakheter og begrunnelser rundt metoden jeg har brukt i oppgaven.

#### **5.1.1 Datainnsamling**

Det å søke på forskning ble en veldig krevende prosess for meg siden det er første gang jeg skriver en oppgave med dette kravet. Jeg har aldri tidligere gjort databasesøk, så etter en del forsøk på egen hånd fikk jeg en bibliotekar til å hjelpe meg med søkene. Ved hjelp av dette og undervisningen ellers om databasesøk gikk det etter hvert litt bedre. Brukte mye tid på å utarbeide PICO-skjema til søkene. Dette ble etter hvert til et PI skjema da jeg i utgangspunktet ikke hadde planlagt å sammenligne musikkterapi med noen andre tiltak, og jeg heller ikke ville avgrense søkene mine for mye. Gjorde en del prøvesøk før jeg landet på et skjema som jeg brukte i alle databasesøkene, dette kan ha gjort at søkehistorikken ble mer systematisk og oversiktlig. Endte til slutt opp med bare engelske søkeord siden de norske ikke gav noen relevante treff. Søkte i flere forskjellige databaser, men endte til slutt opp med tre som førte til flest treff; Ovid, ProQuest og Chinal. Det at jeg ikke har gjort dette tidligere kan ha gjort at dette ikke ble utført på helt riktig måte. For å være mest mulig grundig og ikke gå glipp av gode artikler brukte jeg lang tid på dette arbeidet.

#### **5.1.2 Inklusjonskriterium**

Oppgaven min omhandler personer med demens og ulike symptomer på APSD, jeg satte ikke noen begrensning på demenstype, for uansett type kan man oppleve APSD og ha effekt av musikkterapi. Det samme gjelder kjønn og alder, jeg valgte å ikke sette begrensning på dette, da det ikke ekskluderer dem fra å ha nytte av musikkterapi. Jeg hadde ikke i utgangspunktet satt noen begrensning i forhold til om de var sykehjemsbeboere, men alle artiklene jeg valgte ut handlet om personer som bor i

sykehjem. Dette ser jeg som en styrke i forhold til sammenligningsgrunnlaget, at dette blir mer likt. Musikkterapien i alle artiklene ble utført av musikkterapeuter med spesialutdanning innen musikk, noen ganger ved hjelp av annet pleiepersonell. Selv om jeg ikke hadde satt dette som inklusjonskriterium ser jeg at dette kan være en styrke. De har større faglig bakgrunn for hvordan dette skal gjøres, og kan utføre dette på en mer systematisk måte, for å se om det er en faktisk effekt. Har heller ikke satt noe kriterium for hvilke land forskningen skulle være utført i. Artiklene jeg har valgt ut er fra Italia, Frankrike, Taiwan, Japan, Australia og en som er dansk og norsk. De fleste var fra Taiwan. Slik jeg ser det har kultur mindre å si når man studerer virkningen av et tiltak, enn for eksempel holdninger og opplevelser. Hva musikk betyr for mennesker i ulike deler av verden, kan likevel være forskjellig. Ut fra de funnene jeg gjorde, ser det ut som det er gjort mye mer forskning på musikk i Australia og asiatiske land; spesielt Taiwan, enn hva det er gjort i Europa og andre deler av verden. Siden jeg har en problemstilling som spør etter det kvantitative, har jeg valgt ut kun kvantitative artikler. Det er også denne typen forskning det er mest av innen musikkterapi ut fra mine funn.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering**

Det å skulle kvalitetssikre artiklene syntes jeg var utfordrende siden jeg ikke har gjort dette tidligere. Var i starten usikker på om jeg gjorde det riktig, men sjekklister jeg brukte var greie å forstå og hadde god beskrivelse av hvordan det skulle gjøres. Kvalitetssikringen gikk av den grunn mye bedre etter hvert, men det at jeg er uerfaren kan ha gjort at kvalitetsvurderingen ble feil. Jeg brukte sjekklister for tverrsnittstudier og sjekklister for RCT som jeg fant i boka til Nortvedt et. al (2012). Her stilles det en rekke spørsmål som man skal svare ja, uklart eller nei på, og man kan også utdype begrunnelsen litt mer for å være sikker på at vurderingen som blir tatt er best mulig. I alle artiklene jeg valgte ut ble de fleste svarene ja, kanskje en til to uklart, eller nei. Derfor vurderte jeg alle artiklene til å være av god kvalitet. Alle artiklene jeg valgte ut er på engelsk, dette kan være en utfordring i forhold til forståelse, det kan gjøre at ting blir oppfattet feil. For å være mer sikker på at kvaliteten på artiklene er god sjekket jeg at de var godkjent gjennom vitenskapelige publiseringskanaler og at de var fagfellevurdert.

#### **5.1.4 Etisk vurdering**

For å finne ut om artiklene var utført på etisk og hensiktsmessig måte, måtte jeg i mange av dem lete litt for å finne ut om det var gjort etiske vurderinger. Jeg hadde som kriterium at dette skulle være gjort for at artikkelen skulle være med i oppgaven min. I åtte av artiklene fant jeg at de var godkjent av etiske komiteer i sine respektive land. I de to siste artiklene var det litt vanskeligere å finne ut om de var etisk vurdert, så jeg var usikker på om jeg skulle ta dem med. Fant til slutt at det var gjort etiske vurderinger, valgte derfor å inkludere dem allikevel siden artiklene ellers var av god kvalitet og relevante for oppgaven min.

#### **5.1.5 Analyse**

Jeg utførte analysen av artiklene etter analysemetoden til Evans (2002). Jeg valgte ut tre temaer ut fra funnene jeg gjorde i artiklene. Artiklene ble lest gjennom flere ganger, og nøkkelfunn ble identifisert ved hjelp av selvkomponert skjema og fargekoder som jeg tegnet opp for å skape best mulig oversikt. Denne fremgangsmåten hjalp meg å identifisere relevante funn og lage en ny helhet. Jeg delte ikke inn funnene jeg gjorde etter type og grad av demens under analysen av artiklene. Dette kan ha vært en svakhet i studiet fordi musikk kan virke ulikt på ulike typer demens (Myskja 2006). Mange av artiklene skilte ikke på ulike typer og grader av demens, og av den grunn hadde det vanskelig latt seg gjennomføre. I artiklene som jeg valgte ut var det mange randomiserte kontrollerte studier. Alle de utvalgte artiklene delte opp i grupper som de sammenlignet med hverandre. Musikktiltakene som ble satt inn var forskjellige og gruppene de ble sammenlignet med var i noen tilfeller grupper som mottok en annen form for musikkterapi, i noen tilfeller var det lesegrupper eller det de kaller for vanlig pleie. Vanlig pleie er litt ulikt definert i de ulike artiklene, noen ganger involverer dette også vanlige aktiviteter som kan være miljøterapeutiske tiltak og i noen tilfeller musikkgrupper av ulike slag, noen ganger er det spesifisert at de ikke deltar i noen form for musikkgrupper i perioden forskningen pågår. Jeg trakk ut funnene om effekt fra de som fikk musikkterapi. Det at tiltaket er sammenlignet med grupper som får ulike aktiviteter, eller at de ikke er aktivisert i det hele tatt, kan ha noe å si for resultatet de har kommet frem til. Ut i fra at de gjennom annen type aktivisering kan få dekket noen av de samme behovene som gjennom musikkterapi.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil jeg drøfte funnene i litteraturstudiet mitt opp mot teori, annen forskning, egne erfaringer og konsekvenser for sykepleie. Siden jeg jobber på en demensavdeling i sykehjem og alle artiklene i studien min er utført på pasienter som bor i sykehjem eller lignende institusjoner, vil jeg konsentrere resultatdiskusjonen min omkring denne konteksten. Tom Kitwood utviklet omsorgsfilosofien «personsentrert omsorg», som senere ble videreutviklet av Dawn Brooker. Jeg vil bruke denne filosofien aktivt for å diskutere hvordan musikkterapi kan bidra til at personen med demens skal få dekket sine grunnleggende psykologiske behov som alle mennesker har. Ifølge Kitwood er dette trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inkludering. Dette er målene og grunntankene i personsentrert omsorg og god miljøbehandling må være bygget på disse verdiene for at den skal være tilpasset den enkeltes behov (Tretteteig et. al 2016).

### 5.2.1 Musikkterapi i grupper

Musikkterapi i grupper kan utføres på mange ulike måter. I min studie var deltagerne i denne typen musikkgruppe aktivt deltagende på en eller annen måte, gjennom at de deltok i sang, utførte bevegelser eller spilte på ulike musikkinstrumenter. Dette gav i de aller fleste tilfeller en reduksjon i APSD underveis i behandlingen og en stund etter, men det vedvarte ikke alltid over tid etter at tiltaket var avsluttet. Målinger var i hovedsak gjort i forhold til agitert atferd, angst og depresjon. Ifølge Rokstad og Smebye (2008) er det hos personer med demens i utgangspunktet to måter en kan bruke musikken på. Den kan brukes til å øke aktivitetsnivået hos pasienter som er passive og nedstemte, eller for å dempe uro, angst og stress. Ved aktivisering skjer gjerne musikkaktiviteten i grupper og kombineres med bevegelse, dans og aktivt fokus på å vekke minner. Ved avspenning, i mindre grupper eller individuelt, med musikk som reduserer pasientens aktivitetsnivå og gir ro, trygghet, avspenning og velvære.

Skal man se på dette ut fra et personsentrert perspektiv kan ifølge Tretteteig et. al (2016) samspillet man oppnår i en slik gruppe være gunstig for å dekke pasientens psykososiale behov eller å øke opplevelsen av å tilhøre en gruppe. Brooker (2013) sier at mennesket kan få dekket sitt behov for tilknytning gjennom samværet med andre, noe som er viktig i settinger der det oppleves store forandringer og mye angst. Tilknytning handler om å

knytte bånd, om forbindelser, fostring, tillit og relasjoner. Gjennom å være en del av en slik gruppe kan personen med demens føle tilknytning gjennom å være en del av et fellesskap. Jeg har selv sett i mitt arbeid som sykepleier hvor effektivt det kan være å bruke sang og musikk når det er vanskelig å nå frem til en pasient. Hos personer som har langtkommet demens kan kommunikasjonen ofte være utfordrende, og ord kan være vanskelig å forstå. Når man da sitter med en gruppe pasienter på stua og skal aktivisere dem og holde praten i gang, kan dette være vanskelig. Har selv erfaring med at det er lettere å ty til sang og musikk i en slik setting, de fleste lar seg engasjere, og du kan se at de har glede av det. I studien min så man en reduksjon i agitert atferd hos de fleste som deltok aktivt i musikkgruppe. Hos flere så man signifikant mindre tilfeller med agitert atferd underveis i behandlingen og en periode i etterkant, sammenlignet med kontrollgruppene som deltok i vanlige daglige aktiviteter. Når det kommer til angst viste resultatene at denne typen musikkterapi førte til reduksjon i angst eller forsinkelse i utvikling av angst hos de fleste, og kan av den grunn være en enkel og effektiv metode for å øke psykologisk velvære.

Et funn viste at musikkterapi ikke hadde noen signifikant effekt på nivåer av angst, sammenlignet med kontrollgruppen som var en interaktiv lesegruppe. Det gav heller ingen signifikant effekt på agitert atferd, men det gav noen av deltagerne en «stemme» og økte den verbale atferden. Den interaktive lesegruppen ble laget for at den skulle speile musikkgruppen og ble ledet av en trent forskningsassistent. Det med økt verbal atferd kan man kanskje som pleier tenke er en negativ ting, at det fører til mer uro, at det er mer utfordrende å forholde seg til. Men årsaken til den økte verbale atferden er kanskje at personene som deltok kjente seg trygge i gruppen, at de følte en tilknytning til personene som gjorde at de i større grad mestret å uttrykke seg. Det er mulig at de fikk dekket sitt behov for å bli erkjent, at personene rundt dem viste ekthet og følelsene deres ble validert (Brooker 2013). Det at det ikke var noen signifikant forskjell på målingene mellom lesegruppen og musikkgruppen kan ha sammenheng med hvordan lesegruppen ble utført, og at de derfor fikk dekket de samme behovene.

Ifølge Brooker (2013) handler inkludering om å være med i eller å bli gjort del av et sosialt fellesskap, enten fysisk eller verbalt. Dette behovet dekkes gjennom å anerkjenne personenes verdi, trekke dem med i samtaler og aktiviteter som vektlegger tilhørighet, og å ha det moro sammen. Det å være del av en gruppe er viktig for at vi mennesker skal kunne

overleve. Selv i et bofellesskap eller sykehjem står personer med demens i stor fare for å bli isolert. Om de ikke får hjelp til å bli inkludert blir det mer og mer usannsynlig at de kommer til å klare dette selv. På sikt kan dette føre til at de går inn i depresjon og en vegeterende tilværelse. Har gjennom min erfaring som sykepleier på demensavdeling sett mange slike pasienter som bare trekker seg tilbake, er stille og ikke krever noe. Personalet har da et ansvar for å prøve og «vekke» disse pasientene og inkludere dem i fellesskapet, om dette gjøres på riktig måte kan deres livskvalitet økes. Det å prøve og «vekke» dem gjennom musikk kan være et effektivt middel. Rokstad og Smebye (2008) sier at pasienter med redusert verbal språkevne vil ha effekt av de språklige stimuli som fins i musikken, og at den er en positiv distraksjon fra kjedsommelighet og monotoni. Den kan også motvirke ensomhet og isolasjon. Man kan også regulere graden av våkenhet ved bruk av rytmiske elementer.

I studien min fant jeg at å delta i en aktiv musikkgruppe for personer med demens har positiv effekt på depresjon i forhold til at nivåene ble bedret eller at det forsinket utviklingen av depresjon. Selv om funnene ikke var veldig tydelige, er det klart at der var en effekt hos de fleste. Det var også et funn angående dette som ble gjort i studien min som skilte seg ut fra de andre, i en av artiklene var det en signifikant forskjell midtveis på følelse av tilhørighet mellom musikkgruppe og interaktiv lesegruppe ved måling av effekt av musikkterapi på livskvalitet og depresjon. Begge gruppene gav muligheter til å bedre følelsen av tilhørighet, selvfølelse og depresjon hos noen eldre personer med demens. Dette kan ha sammenheng med at de i begge grupper fikk dekket sitt behov for inkludering at han eller hun er en del av gruppen og blir tatt imot og akseptert (Brooker 2013). Måten lesegruppen var lagt opp på, så den skulle speile musikkgruppen, gjorde kanskje at personene følte seg sett og inkludert. Et annet behov som også kanskje ble dekket gjennom både lesegruppen og musikkgruppen er behovet for beskjeftigelse. Brooker (2013) sier at dette handler om å delta i livet, det dekker et dypere menneskelig behov for å ha innvirkning på verden og menneskene rundt seg. Det dreier seg om å ta del i aktiviteter på en meningsfull måte. På denne måten kan vi se at det sannsynligvis ikke bare er musikken i seg selv, men at det også kan være andre faktorer som spiller inn på hvordan pasientene har det, som måten vi kommuniserer på. Som sykepleier er viktig å være bevisst på at når den språklige funksjonen forsvinner, blir det ikke-verbale-aspektet ved kommunikasjonen desto viktigere. Sjansen for meningsfull kommunikasjon vil øke betraktelig når vi legger til rette for en god situasjon og har avsatt tid og skjerpet fokus i samspillet (Rokstad og

Smebye 2008). Kanskje det vil si at det ikke alltid er sangen eller hva vi sier som er det viktigste, men at den non-verbale kommunikasjonen vår og hvordan vi samhandler med pasienten har større betydning.

### **5.2.2 Musikkterapi en til en**

Ifølge Rokstad og Smebye (2008), kan som tidligere nevnt, musikkterapi der målet er avspenning, med fordel gis i mindre grupper eller individuelt. Med musikk som reduserer pasientens aktivitetsnivå og gir ro, trygghet, avspenning og velvære. Chang et. al (2015) har gjort en meta-analyse av randomiserte kontrollerte undersøkelser (RCT) i hensikt å finne ut av effektiviteten av musikkterapi på atferdsforstyrrelser, angst, depresjon og kognitiv fungering hos personer med demens. Studien viste at musikkterapi hadde en moderat stor effekt på atferdsforstyrrelser, en moderat effekt på angst og depresjon, og en liten effekt på kognitiv fungering. Forfatterne av denne studien anbefaler at individuell musikkterapi blir gitt en gang i uka til personer med dårlig kognitiv fungering og atferdsforstyrrelser og flere ganger i uken til personer med høye nivåer av angst og depresjon. Ut fra deres undersøkelser av tidligere forskning, så det ut som individuell musikkterapi hadde best effekt. Ut fra min studie fant jeg at denne formen for musikkterapi hadde en positiv effekt på APSD både underveis i behandlingen og i en periode etter at behandlingen var avsluttet. Men at effekten ikke alltid var vedvarende over tid.

I musikkterapi en til en blir deltagerne interagert med enten i en større gruppe eller alene. På den måten får deltagerne sikkert dekket mange av de psykologiske behovene som mennesker har, men kanskje spesielt det som går på trøst. Brooker (2013) sier at dette handler om å vise varme, nærhet, ømhet og mildhet til andre, at dette kan skape trygghet, dempe angst og føre til avslapning. Dette kan man gi gjennom fysisk berøring, ord, bevegelser og omfavnelse. Det å bli interagert med en til en kan ha ført til at dette behovet ble dekket. Det så man spesielt der musikkterapien ble utført individuelt og musikkterapeuten interagerer med pasienten og uttrykte følelser non-verbalt og ved bruk av musikkinstrumenter. Dette viser igjen viktigheten av den non-verbale kommunikasjonen og betydningen av å bli sett som enkeltindivid. Som sykepleier bør man være bevisst betydningen av dette i omgang med pasientene, at vi ikke overser individet i vår travle og effektive hverdag. Ser ut fra egen erfaring at det er lett å synke mot dette, men at det også er lettere å være bevisst på dette om man vet betydningen av det, og hvor



lite som skal til for at det blir bedre. Ser derfor at jeg har en viktig rolle som spesialsykepleier å formidle kunnskapen om dette videre. I sykehjem bruker vi mye tid på stell av pasienter, i den situasjonen kan man kanskje benytte seg av sang en til en om pasienten liker det. Ut fra erfaring vet jeg at dette er en situasjon som pasienten kan synes er vanskelig, og har selv i slike settinger tydd til sang for å snu det negative til en fin stund med pasienten.

### **5.2.3 Individualisert musikk**

Musikk som pasienten på en eller annen måte kan relatere til, eller som er kjent for dem viste seg å redusere stress og øke avslapning, vekke positive følelser og vekke gode minner, dette hadde en positiv effekt på ulike atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Det kan ha sammenheng med at man gjennom å få lytte til musikk som er kjent og som man liker å høre på, får bevare sin identitet. Ifølge Brooker (2013) handler identitet om at du må vite hvem du er, hva du synes om deg selv, og hvordan du tenker. Ved demens der hukommelsen svikter og språket svikter, er det gjerne den som omgås personen som gir personen identitet. Personer med demens må gjerne ha hjelp til å opprettholde livshistorien og holde den levende. Her har sykepleieren en viktig oppgave i å hente inn informasjon om pasienten, enten fra pasienten selv eller fra pårørende. Det er her viktig ikke bare det vite hvilken musikk personen liker, men også andre ting som betyr mye for pasienten når han ikke lenger selv kan fortelle om dette. Ser gjennom egne erfaringer at vi har blitt flinkere på dette den siste tiden, at vi får pårørende til å fylle ut livshistorieskjemaer sammen med pasienten. Det vi kan bli flinkere på er å ha dette lettere tilgjengelig, det burde kanskje ligge inne i den elektroniske pasientjournalen så det er lett for alle som skal ha ansvar for pasienten å gå inn og lese.

Rokstad (2005) sier at atferden til personen med demens kan man se på som en form for kommunikasjon når andre kommunikasjonskanaler som språk blir utilstrekkelig eller forsvinner. Når man da mister evnen til å gi uttrykk for å si hva man liker eller ikke liker, er det viktig at de om er rundt kjenner livshistorien til personen med demens og vet hvilken musikk han eller hun foretrekker. Ifølge Myskja (2006) er det mange rapporter som tyder på at musikkterapi kan være særlig effektivt ved demens. Med tanke på at mange psykososiale behandlingsalternativer primært fungerer via talespråket og verbal kommunikasjon, er dette i utgangspunktet logisk. Når talespråket og kognitive evner blir

reduisert eller går tapt, trenger man andre kommunikasjonskanaler. Musikk er et av de få språklige uttrykk som til en viss grad kan erstatte talespråket. Musikalske evner kan holdes intakt helt til sene stadier av demens. Gjennom sang og musikk kan man hjelpe mennesker med kognitiv svikt til å håndtere symptomene på sykdommen og på det viset bevare identitet og selvrespekt. Slik kan man stimulere til sosial kontakt, redusere agitasjon og uro, håndtere emosjonelle problemer som angst og depresjon og gi tilgang til ressurser og positive minner.

Det at individualisert musikk har effekt på APSD som det viste seg i min studie, kan derfor være at deltagerne i musikkterapien ble møtt på de grunnleggende psykologiske behovene sine, som identitet. Sykepleieren har her en viktig oppgave i å innhente de opplysningene som er nødvendige for at pasienten skal få en best mulig tilrettelagt musikkterapi.

#### **5.2.4 Musikkterapi og gjennomføring i praksis**

Bruken av sang og musikk for eldre på institusjon mangler faglig konsensus, selv om det de siste årene har skjedd en utvikling som har gitt musikkterapi en større plass i helsevesenet (Myskja 2006). I praksis kan det å utføre musikkterapi med utdannende musikkterapeuter opptil flere ganger per uke bli vanskelig å gjennomføre. Ifølge Rokstad og Smebye (2008) går spennet miljøbehandling fra profesjonell musikkterapi, via aktiv deltakelse i sang, til det å lytte til sin favorittmusikk. Mye kan gjøres av andre faggrupper ved mangel på utdannet musikkterapeut. Så kanskje er det der vi må legge lista. Som spesialsykepleier i avansert klinisk sykepleie er det viktig at jeg bringer videre den kunnskapen jeg har fått om personer med demens gjennom utdannelsen min. Det er avgjørende at personalet ser viktigheten av miljøterapeutiske tiltak mot atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens for at det skal være mulig å gjennomføre. Rokstad og Smebye (2008) understreker at for å lykkes med aktivisering av personer med demens er det viktig at personalet tror at aktivitet er positivt og er motivert for dette.

Jeg har jobbet som sykepleier på demensavdeling i mange år, og i løpet av disse årene har det skjedd store endringer i tilnærmingen til pleien av personer med demens. Årsaken til dette er sannsynligvis at mye forskning rundt denne sykdommen har gjort at vi har fått en helt ny kunnskap om hvordan det er å leve med demens. Slik som det er på min avdeling var det før mye mer vanlig at vi tydde til medisiner i situasjoner der pasienten var urolig,

engstelig eller utagerende. Nå har vi mye større fokus på å prøve og forstå hva denne atferden kan være uttrykk for. Ifølge Chang et. al (2015) har det på grunn av usikker effekt og mye bivirkninger ved bruk av medisiner, blitt høyt verdsatt og promotert, ikke-medikamentelle tiltak til personer med atferdsforstyrrelser og demens. En av de mest vanlige og anbefalte av disse er musikkterapi. Myskja (2006) sier at han mener å ha grunnlag for å hevde at de samme fysiologiske endringene som gjør det vanskelig å behandle eldre med medikamenter, gir særlig grunnlag for å bruke musikk terapeutisk. Funnene i min studie sier at musikkterapien stort sett har effekt i ulike grader underveis i behandlingen og en stund etter at tiltaket er avsluttet, men at effekten ser ut til å forsvinne etter en tid. Derfor er det viktig at dette er et tiltak som vedvarer og blir gitt jevnlig.

For at et musikkterapitiltak skal være gjennomførbart i en demensavdeling må motivasjonen til personalet først og fremst være tilstede, det kan være vanskelig i en hverdag der de føler seg overbelastet med en beboergruppe som stadig blir eldre, sykere og mer ressurskrevende, samtidig som det ikke blir bevilget økte ressurser. Da er det viktig at sykepleier sørger for at det blir spredd kunnskap om at individuelt tilpasset musikk, i praktiske situasjoner kan avlaste og lette situasjoner, når tiltaket blir korrekt gjennomført. Veiledning i praksis er også viktig for at terskelen for bruk av tiltaket blir lavere (Myskja 2005). På sykehjemmet der jeg jobber er det ansatt en musikkterapeut som har korsang med pasientene en gang per uke. Der kunne vi bruke ressursen vi allerede har fått til å øke kunnskapen om musikkterapi hos personalet, ved at personalet prøver å delta under korsangen hennes sammen med pasientene. På grunn av ressursknapphet er det ofte vanskelig å få ledelse og bevilgende myndighet til å prioritere stillinger eller utstyr for å oppgradere musikkaktivitet (Myskja 2005). Som spesialsykepleier i avansert klinisk sykepleie, er det viktig at jeg formidler min kunnskap om demens og miljøterapeutiske tiltak, videre også til ledelsen. Om man kunne redusere mengden medisiner man bruker på sykehjem og erstatte dem med for eksempel musikkterapi eller andre tiltak, er det ikke sikkert at dette hadde blitt et økonomisk tap for kommunen.

## 6.0 Konklusjon

De viktigste funnene jeg har gjort i studien min er at det ser ut som at musikkterapi har en positiv effekt på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, at forekomsten av dette går ned, i perioden tiltaket pågår og en kort stund etter. På den måten kan en si at musikkterapi er et velegnet miljøterapeutisk tiltak til personer med APSD. Om de skal ha nytte av dette på lang sikt, må sannsynligvis musikkterapien gis på jevnlig basis, og ikke bare i korte perioder. Utfordringen med dette er at det er for lite kunnskap om musikkterapi hos personell og ledelse i sykehjem, og alt for lite ressurser blir brukt for å endre på det.

Myskja (2006) sier at slik som det er i dag mangler vi systematiske studier av hvordan en kombinasjon av musikkterapitimer og daglig, bevisst bruk av musikk på en institusjon virker, men kliniske erfaringer tyder på at det vil kunne gi en synergieffekt som kan øke den virkningen som er funnet i studier av musikkterapi og individualisert musikk for eldre. Dette ser jeg er et tema det kunne være interessant å forske mer på, og at pleiepersonellet i større grad kunne bli opplært i å utføre enkle musikkterapitiltak selv. På denne måten er det kanskje lettere å gjennomføre i det daglige.

Ut fra funnene mine da jeg søkte i databasen fant jeg mest kvantitativ forskning om temaet, og den gikk på effekten av musikkterapi. Der var mindre av kvalitativ forskning og pasientens opplevelse av det å motta musikkterapi. Dette er et interessant tema som det gjerne kunne vært forsket mer på, selv om jeg ser at dette i mange tilfeller kan være vanskelig å gjennomføre intervjuer med personer med demens. Jeg fant heller ikke mye forskning som gikk på bruk av antipsykotika eller andre medikamenter målt opp mot effekten av musikkterapi, og om bruken av dette eventuelt gikk ned. Dette er også et tema det gjerne kunne vært forsket mer på med tanke på den manglende beviste effekten av medikamenter på denne pasientgruppen, og de mange bivirkningene de kanskje helt unødig utsettes for.

## Litteraturliste

Brooker, Dawn. 2013. *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Chang, Yu-Shiun, Hsin Chu, Chyn-Yng Yang, Jui-Chen Tsai, Min-Huey Chung, Yuan-Mei Liao, Mei-ju Chi, Megan F. Liu og Kuei-Ru Chou. 2015. «The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials». *Journal of Clinical Nursing*, 2015, 24, 3425-3440.

Cooke, L. Marie, Wendy Moyle, David H. K. Shum, Scott B. Harrison og Jenny E. Murfield. 2010. «A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia». *Aging & Mental Health*, 2010, vol. 14, nr. 8: 905-916.

Cooke, Marie, Wendy Moyle, David Shum, Scott Harrison og Jenny Murfield. 2010. «A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia». *Journal of Health Psychology*, 2010, vol. 15 (5): 765-776.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin (NEM). 2005. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/> (Lest 17.03.18).

Engedal, Knut. 2008. *Lærebok. Alderspsykiatri i praksis*. 2. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, Knut og Haugen Per Kristian. 2009. *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol 20, nr. 2.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur Kultur.

Guètin, Stéphane, F. Porter, M. C. Picot, C. Pommiè, M. Messaoudi, L. Djabelkir, A. L. Olsen, M. M. Cano, E. Lecourt og J. 2009. Touchon. «Effect of music therapy on anxiety and depression an patients with alzheimer`s type dementia: Randomised, controlled study». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2009, 28: 36-46.

Helse – og omsorgsdepartementet. 2015 *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf) (lest 29.03.2018).

Lin, Yu, Hsin Chu, Chyn-Yng Yang, Chiung-Hua Chen, Shyi-Gen Chen, Hsiu-Ju Chang, Cha-Jung Hsieh og Kuei-Ru Chou. 2011. «Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia». *Geriatric Psychiatry*, 2011, 26: 670-678.

Myskja, Audun. 2006. *Den siste song. Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Myskja, Audun. 2005. *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe

Norsk senter for forskningsdata. 2018. *Database for statistikk om høyre utdanning. Publiseringsskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (Lest 15.03.18)

Raglio, A, G. Bellelli, D. Traficante, M. Gianotti, M. C. Ubezio, S. Gentile, D. Villani og M. Trabucchi. 2010. «Efficacy of music therapy treatment based of cycles of sessions: A randomised controlled trial». *Aging & Mental Health*, 2010, vol. 14, nr. 8: 900-904.

Ridder, Hanne Mette O., Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale og Christian Gold. 2013. «Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial». *Aging & Mental Health*; 2013, vol. 17, nr. 6: 667-678.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2005. *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er. Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari L. Smebye (red.). 2008. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Sakamoto, Mayumi, Hiroshi Ando og Akimitsu Tsutou. 2013. «Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia». *International Psychogeriatrics*, 2013, 25:5, 775-784.

Sung, Huei-Chuan, Anne M. Chang og Wen-Li Lee. 2010. «A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes». *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19: 1056-1064.

Sung, Huei-Chuan, Wen-li Lee, Tzai-li Li og Roger Watson. 2011. «A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia». *Geriatric Psychiatry*, 2012, 27: 621-627.

Tretteteig, Signe (red.) 2016. *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Wang, Su-Chin, Ching-Le Yu og Su-Hsien Chang. 2015. «Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study». *Aging & Mental Health*, 2017, vol. 21, nr. 2, 156-162.

Wyller, Torgeir Brun. 2015. *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

**PICO-skjema**

<b>P</b>	<b>I</b>
Dement* Alzheimer*  <b>AND</b>  Behavioral and psychological symptoms in dementia BPSD Anxi* Confus* Unrest* Agitat* Aggres* Depress* Apath*	Music* Song*



Vedlegg 2

**Oversiktstabel for litteratursøk**

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
Dement* or Alzheimer	10.02.18	Ovid Medline	119 283	0	0	0
Behavioral and psychological symptoms in dementia or BPSD or Anxi* or Confus* or Unrest* or Agitat* or Aggres* or Depress* or Apath	10.02.18	Ovid Medline	537 664	0	0	0
Music* or Song*	10.02.18	Ovid Medline	24 687	0	0	0
Dement* or Alzheimer* AND Behavioral and psychological symptoms in dementia or BPSD or Anxi* or Confus* or Unrest* or Agitat* or Aggres* or Depress* or Apath* AND Music* or Song*	10.02.18	Ovid Medline	89	27	14	7

Dement* or Alzheimer* AND Behavioral and psychological symptoms in dementia or BPSD or Anxi* or Confus* or Unrest* or Agitat* or Aggres* or Depress* or Apath* AND Music* or Song*	15.02.18	Pro Quest	189	9	3	1
Dement* or Alzheimer* AND Behavioral and psychological symptoms in dementia or BPSD or Anxi* or Confus* or Unrest* or Agitat* or Aggres* or Depress* or Apath* AND Music* or Song*	21.02.18	Chinal	219	34	9	2
Totalt						10

Vedlegg 3

**Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler**

	<b>Forfattere År Land Tidsskrift</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode/ Instrument</b>	<b>Deltagere/ frafall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Etisk Vurdering</b>	<b>Kvalitet</b>
1	Cooke, Marie L., Wendy Moyle, David H.K. Shum, Scott D. Harrison og Jenny Murfield 2010 Australia Aging & Mental Health.	A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia.	Hensikten med studien var å undersøke effekten av musikk på agitasjon, emosjon og livskvalitet hos eldre personer med demens.	En randomisert kontrollert cross-over studie/ musikkgruppe med sang og lytting til musikk og kontrollgruppe med lesing. I en periode på 6 måneder.	47 deltagere/ingen frafall.	Deltagelse i musikkprogrammet viste ingen signifikant effekt på agitasjon og angst. Både musikkgruppen og lesegruppen gav noen av deltagerne en stemme, og økte den verbale atferden.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Vurderte studien til å være av god kvalitet selv om det ikke var signifikant effekt på agitasjon og angst, er andre funn interessante.
2	Cooke, Marie, Wendy Moyle, David Shum, Scott Harrison og Jenny Murfield 2010 Australia Journal of Health Psychology.	A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia.	Hensikten med studien var å undersøke effekten av et live musikkprogram på livskvalitet og depresjon hos eldre personer med demens.	En randomisert kontrollert cross-over studie/ musikkgruppe med sang og lytting til musikk og kontrollgruppe med lesing. I en periode på 6 måneder.	47 deltagere/ingen frafall.	Deltagelse i musikkprogrammet viste ingen signifikant effekt på depresjon og livskvalitet. Både musikkgruppen og lesegruppen gjorde at noen deltagere følte større tilhørighet og fikk høyere selvfølelse.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Vurderte studien til å være av god kvalitet selv om det ikke var signifikant effekt på depresjon og livskvalitet, er andre funn interessante.

3	Guètin, Stéphane, F. Porter, M.C. Picot, C. Pommiè, M. Messaoudi, L. Djabelkir, A.L. Olsen, M.M. Cano, E. Lecourt, J. Touchon 2009 Frankrike Dementia and Cognitive Disorders.	Effect of musictherapy on anxiety and depression in patients with alzheimer`s type of dementia: Randomized controlled study.	Hensikten med denne studien var å finne ut om individualisert musikkterapi gitt i sykluser hadde effekt på angst og depresjon hos personer med Alzheimer demens.	En randomisert kontrollert blindet studie/Individuell lytting til musikk i sykluser og kontrollgruppe med lesing. I en periode på 24 uker.	30 deltagere fordelt på kontroll og musikk gruppe, 15 i hver/ Frafall 4 i kontroll gruppen, grunnet dødsfall og uforutsette hendelser.	Signifikant forbedring i nivåer av angst og depresjon ble observert i musikkgruppen fra uke 4 til 16. Effekten varte i opp til 8 uker etter at tiltaket var avsluttet.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Vurderte den til å være av god kvalitet ut fra sjekklister. Svarte ja på alle spørsmål, fant ingen uklarheter.
4	Lin, Yu, Hsin Chu, Chyn-Yng Yang, Chiung-Hua Chen, Shyi-Gen Chen, Hsiu-Ju Chang, Chia-Jung Hsieh og Kuei-Ru Chou 2010 Taiwan Geriatric Psychiatry	Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia.	Hensikten med denne studien var å undersøke om musikkterapi er et effektivt tiltak mot atferdsforstyrrelser hos eldre personer med demens.	Kvantitativ studie En eksperimentell studie som bruker repeterende målinger. Randomisert utvelgelse Eksperimentgruppe som får musikk og kontrollgruppe som får vanlige daglige aktiviteter i 6 uker.	104 deltager/ 100 fullførte. 49 i eksperimentgruppen og 51 i kontrollgruppen. Frafall grunnet forverring av sykdom.	Eksperimentgruppen viste reduksjon i agitert atferd generelt etter sju og tolvte sesjon og 1 måned etter at tiltaket var avsluttet. Reduksjon i verbal agitert atferd viste seg bare etter sju sesjoner. Musikkterapi tiltak viser en korttidseffekt, bør være vedvarende tiltak.	Det er gjort etiske vurderinger.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Vurderte den til å være av god kvalitet ut fra sjekklister. Svarte ja på alle spørsmål, fant ingen uklarheter.

5	Raglio, A., G. Bellelli, D. Traficante, M. Gianotti, M.C. Ubezio, S. Gentile, D. Villani og M. Trabucchi 2010 Italia Aging & Mental Health.	Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomized controlled trial.	Hensikten med denne studien var å vurdere effektiviteten av musikkterapi på atferdsforstyrrelser hos personer med langtkommet demens.	En randomisert kontrollert studie/ Eksperimentgruppe som mottar 3 sykluser av 12 musikk sesjoner hver 3 ganger per uke. Og 1 måned uten behandling. Kontrollgruppe som får vanlig pleie.	60 deltagere, 30 i hver gruppe/7 frafall. 3 i eksperimentgruppen og 4 i kontrollgruppen, grunnet sykdom og død.	Musikkterapi viste seg å være signifikant mer effektivt enn vanlig pleie for å redusere atferdsforstyrrelser hos personer med demens. Denne formen for musikkterapi viste seg effektiv i å redusere atferdsforstyrrelser ved alvorlig grad av demens.	Godkjent fra etisk komité.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Kriterier for randomisering ble ikke standardisert i denne studien, men har likevel vurdert den til å være av god kvalitet da jeg ikke fant noen andre uklarheter.
6	Ridder, Hanne Mette O., Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale og Christian Gold 2013 Danmark/ Norge Aging and Mental Health.	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjon hos personer med demens som bor i sykehjem, og undersøke effekten på antipsykotika og livskvalitet.	En randomisert kontrollert crossover studie/ deltagerne ble randomisert inn i 6 uker med individuell musikkterapi og 6 uker med vanlig pleie.	45 deltagere/ 3 frafall grunnet sykehusinnleggelse.	Den agiterte atferden økte signifikant ved vanlig pleie, og ble redusert ved musikkterapi. Utskrivelse av antipsykotika økte også signifikant ved vanlig pleie i forhold til musikkterapi. Ingen signifikant endring på livskvalitet.	Godkjent fra etisk komité.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Det var en svakhet i studien at intervjuerne og proxy respondentene ikke ble blindet under tildelingen, men har likevel vurdert den til å være av god kvalitet da jeg ikke fant noen andre uklarheter.

7	Sakamoto, Mayumi, Hiroshi Ando og Akimitsu Tsutou 2013 Japan International Psychogeriatrics.	Comparing the effects of different individualized Music interventions for elderly individuals with severe dementia.	Hensikten med studien var å undersøke forskjellen på kort- og langtidseffekt på passive og interaktive tilnærminger i bruk av individualisert musikk assosiert med spesielle minner for å vekke positive følelser og emosjoner.	Kvantitativ metode. En gruppe ble randomisert og blindet inn i to forskjellige musikkgrupper, passiv og aktiv, og i tillegg en kontrollgruppe som ikke fikk musikktiltak. Kort tids effekt og lang tids effekt ble målt.	39 deltagere/ingen frafall.	Passiv og interaktiv gruppe hadde kortsiktig parasympatisk dominans. Interaktiv musikk forårsaket den største forbedringen i emosjonell status. Bedre langtidseffekt i APSD ble observert etter interaktiv gruppe sammenlignet med passiv musikkgruppe og gruppe som ikke mottok musikktiltak. Effekt forsvant etter 3 uker.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Langtidseffekten ble målt bare 3 uker etter avsluttet tiltak, det er derfor usikkert om effekten etter hvert ble borte, har vurdert dette til å være en studie av god kvalitet da jeg ikke fant noen andre uklarheter i forhold til sjekklisten.
8	Sung, Huei-Chuan, Anne M. Chang og Wen-Li Lee 2010 Taiwan Journal of Clinical Nursing.	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes.	Hensikten med denne studien var å evaluere effektiviteten av foretrukken musikklytting på angst hos eldre personer med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie, kvasi-eksperimentelt pretest og posttest design. Eksperimentgruppe som mottok musikkterapi i 6 uker og kontrollgruppe som fikk vanlig standard pleie.	53 deltagere fordelt på eksperimentgruppe 30 deltagere og kontrollgruppe 23 deltagere/ frafall 1 i eksperimentgruppe, grunnet sykdom.	Resultatene i studien viser at de som mottok musikkterapi hadde signifikant lavere angstmålinger enn de som mottok vanlig pleie uten musikk.	Det er gjort etiske vurderinger.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 2. Studien var ikke blindet kan ha påvirket resultatet, vurderte dette til å være en studie av god kvalitet da jeg ikke fant andre uklarheter.

9	Wang, Su-Chin, Ching-Len Yu og Su-Hsien Chang 2015 Taiwan Aging & Mental Health.	Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study.	Hensikten med denne studien var å undersøke effektiviteten av musikk tiltak på kognitive funksjoner, depresjon og atferdsforstyrrelser hos eldre personer med demens.	En kvantitativ studie, et kvasi-eksperimentelt longitudinelt design. To grupper, ikke randomisert. Musikkgruppe og kontrollgruppe med vanlig daglige aktiviteter i 24 uker.	172 deltagere/ frafall: 7 innlagt sykehus, 9 døde. 90 stk. i eksperimentgruppen og 59 i kontrollgruppen fullførte.	Resultatene viste at deltagerne opprettholdt sin kognitive funksjon i tillegg til nivåer av depresjon, helseproblemer og angst. Viste også effektiviteten i musikkterapi til å forsinke utviklingen av slike problemer.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Gruppene i undersøkelsen er ikke randomisert, noe som kan ha påvirket resultatet, vurderer studien til å være av god kvalitet da jeg ikke finner andre uklarheter.
10	Sung, Hwei-chuan, Wen-li Lee, Tzai-li Li og Roger Watson 2011 Taiwan International Journal of Geriatric Psychiatry.	A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia.	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av gruppemusikk tiltak på angst og agitasjon på institusjonaliserte eldre personer med demens.	En kvantitativ studie, to randomiserte grupper, en eksperimentgruppe som mottar musikkterapi i gruppe og en kontrollgruppe som mottar vanlig pleie i 6 uker.	60 deltagere/ delt i to grupper. 27 fullførte i eksperimentgruppen og 28 i kontrollgruppen. 3 sendt til sykehus, 2 flyttet.	Resultatene viste signifikant lavere angstmålinger hos personer som mottok musikkterapi sammenlignet med kontrollgruppen. Reduksjon av agitasjon var ikke signifikant forskjellig i de to gruppene.	Godkjent av etisk komitè.	Utgitt gjennom godkjent publiseringskanal. Fagfellevurdert 1. Deltagere og data innsamlere var ikke blindet, kan ha påvirket utfallet, vurderer studien til å være av god kvalitet da jeg ikke finner andre uklarheter.