



Musikk og demens

Kandidatnummer: 186
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8979
Dato: 14. april 2020



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14/4-2020
Tittel Musikk og demens	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilken effekt kan individuelt tilpasset musikk ha på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgavens kunnskapsgrunnlag vil jeg diskutere teorier om demens, nevropsykiatriske symptomer, personsentrert omsorg og musikkens virkning. Kapittelet vil avsluttes med en gjennomgang av det jeg mener er relevante etiske og juridiske problemstillinger.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave, som bygger på fag- og forskningsartikler, pensum og selvvalgt litteratur i tillegg til egne erfaringer, for å besvare oppgavens problemstilling. Innhenting av relevante forskningsartikler er gjort fra flere databaser. Følgende søkeord er benyttet i litteratursøket: Dementia, Nursing, Music Therapy, Music, Individualized music, Preferred music, Anxiety, musikk, demens og angst.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingsdelen diskuterer jeg resultater og funn fra forskningsartikler på bakgrunn av teoriene. Herunder sykepleierens rolle for å forstå og sette fokus på personen bak sykdommen, evne til å observere pasientens symptomer og muligheten for å kunne implementere en slik tilnærming.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Flere personer med demens burde få mulighet til å lytte til individuelt tilpasset musikk, da dette viser seg å redusere nevropsykiatriske symptomer og å øke velværet. Når musikk i tillegg viser seg å føre til reduksjon av medikamentbruk, vil det samtidig redusere omfanget av bivirkninger og gi større grad av våkenhet. Musikklytting er stort sett ufarlig, men dens egenskaper til å være symptomreduserende er ikke alltid lett å påvise.</p>	

(Totalt antall ord: 217)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Problemstilling	5
1.3	Avgrensning	5
1.4	Begrepsavklaring	6
1.5	Oppgavens struktur.....	7
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	8
2.1	Demens.....	8
2.2	Symptomer ved demens	9
2.2.1	Kognitive symptomer.....	9
2.2.2	Motoriske kjennetegn.....	9
2.2.3	Nevropsykiatriske symptomer	10
2.3	Juridiske og etiske rammer	11
2.4	Sykepleie til pasienter med nevropsykiatriske symptomer	12
2.5	Miljøbehandling.....	13
2.6	Persontrentert omsorg	14
2.7	Musikk som sykepleieintervensjon	15
2.7.1	Musikkens virkning.....	16
2.7.2	Individualisert musikk.....	17
3	Metode for oppgaven	19
3.1	Valg av metode.....	19
3.2	Litteratursøk	19
3.3	Tabell 1. Søkehistorikk Cinahl.....	20
3.4	Kildekritikk.....	20
3.5	Etiske vurderinger	21
4	Presentasjon av forskningsresultater	22
4.1	Tabell 2. Oversikt over forskningsartiklene.....	23
5	Diskusjon	25
5.1	Bruk av musikk for å dempe nevropsykiatriske symptomer	25
5.2	Bruk av musikk for å ivareta grunnleggende behov	31
5.3	Bruk av musikk for å ivareta pasientens psykososiale behov	33
5.4	Bruk av individuell tilpasning av musikk	34
6	Oppsummering.....	36
7	Referanseliste.....	37

«Hvordan musikk virker på syke er knapt nok vurdert. Slik forholdene nå ligger an, er musikk så kostbart at det ikke kommer på tale. Her skal jeg bare nevne at blåseinstrumenter, inkludert den menneskelige stemme, og strengeinstrumenter, som kan gi en vedvarende lyd, har virket gunstig. Piano, derimot, og instrumenter som ikke kan gi en vedvarende lyd, har hatt motsatt virkning. Det mest virtuose pianospill kan virke ødeleggende på den syke, mens en melodi som «Home, sweet Home» eller «Assia a pié d'un salice» spilt på det mest gebrekkelige orgel, har en beroligende virkning som ikke knytter seg til noen assosiasjoner.» (Nightingale, 1914).

Florence Nightingale, Notes on Nursing. What it is and what it is not.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Globalt er det om lag 47 millioner mennesker som lever med demens (2015). Det forventes enn tredobling av dette innen 2050. Ved å sette inn tiltak for å forebygge, behandle og pleie, vil man i stor grad kunne bedre livskvaliteten for demente, og man vil med det påvirke hele samfunnets fremtid (Livingston et al., 2017).

Behovet for sykepleie oppstår når en person ikke lenger er i stand til å ivareta egen helse eller grunnleggende behov. Det er viktig hva som bli utført av sykepleiehandlinger, og ikke minst hvordan de blir utført (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16).

Symptomer på demens er blant annet hukommelsessvikt, personlighetsforandring og hallusinerer (Engedal, 2019, 11. mars). Forskning indikerer også at opp mot seksti prosent av de som har demens opplever symptomer på depresjon (Livingston et al.) og om lag hver tredje har betydelige angstsymptomer (Selbæk & Engedal, 2012). Aggresjon, som omsorgspersoner ofte opplever som det alvorligste problemet, kan være knyttet til psykotiske opplevelser, men også være uttrykk for depresjon. Dette er krevende for både pasienten og personalet, og kognitiv svikt, nevropsykiatriske symptomer og generelt dårlig helse forbindes med økt ressursbruk (Vossius et al., 2015).

Et eksempel er filmen *Alive Inside*, om Henry, som virker deprimert og vanskelig å få kontakt med. En sykepleier kommer til ham med høretelefoner og iPod med hans favorittmusikk. Reaksjonen er påfallende. Fra å sitte sammensunken og passiv, retter Henry seg opp, sperrer opp øynene og synger mens han nærmest danser i rullestolen. ("Alive Inside," 2010).

Jeg ble selv nysgjerrig på musikkens effekt hos demente i min første praksis. Da opplevde jeg at bruk av sang under stell og andre prosedyrer ofte lettet gjennomføringen, og gjorde stedet mer lystbetont for både pasientene og meg selv. Jeg tok etterhvert selv med musikk, noe jeg opplevde at hadde en positiv virkning på beboerne.

I ettertid har jeg sett flere programmer på tv og lest artikler om temaet, og som det påpekes i boka *Musikkterapi og eldre helse* har forskning på musikkens effekt som terapiform gjort store fremskritt i de senere år (Stige & Ridder, 2016).

Selv har jeg vokst opp i et hjem med både trekkspill, piano, gitar, fiolin, mandolin og den obligatoriske blokkfløyta. Vi tok pianotimer, sangtimer og sang i kor. Erfaringen er at musikk er stemningsskapende og at det er vanskelig å være uberørt av musikk.

Noe musikk gir energi, og man får lyst til å synge med eller danse, men musikk kan også være melankolsk og fremkalle minner og hendelser fra perioder i livet. Vår respons på musikk påvirkes blant annet av den emosjonelle grunnstemningen i øyeblikket, av personligheten vår og av minnene våre.

1.2 Problemstilling

Formålet med oppgaven er å utforske bruken og effekten av individuelt tilpasset musikk for å finne ut om dette er et godt sykepleietiltak som kan minske nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens. Problemstillingen blir dermed:

Hvilken effekt kan individuelt tilpasset musikk ha på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens?

1.3 Avgrensning

Oppgaven vil kun omhandle eldre mennesker med demens, selv om vi vet at yngre mennesker også kan ha demenssykdommer. Videre handler oppgaven om personer med demens innlagt på sykehjem. Jeg forholder meg til demens som en paraply-diagnose, og går ikke inn på ulike undergrupper eller grader av demens. Jeg går heller ikke inn på forebygging eller risikofaktorer for å utvikle demens.

Kognitive og motoriske symptomer vil bare nevnes kort, ettersom dette ikke er relevant for problemstillingen.

Temaer som utredning, kartlegging og diagnostisering blir for omfattende å inkludere i denne oppgaven, men jeg vil trekke inn VIPS-modellen og beskrive den kort for å trekke en rød tråd fra omsorgsfilosofien til Kitwood og fram til dagens praksis med personsentrert sykepleie.

Jeg vil ikke gå i dybden på hvor mye rikere og mer meningsfull hverdagen til de ansatte vil kunne fortone seg med denne intervensjonen. Det er pasienten med demens som er i fokus her.

1.4 Begrepsavklaring

Eldre (brukt i avgrensningen)

WHO definerer *eldre* som mennesker mellom 60 og 74 år og *gamle* som mennesker fra 75 år og oppover. Jeg bruker benevnelsen eldre for begge gruppene. Altså personer over 60 år (Engedal, 2019, 11. mars).

Demens

Demens er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt.

I denne oppgaven bruker jeg ordet demens, og refererer da til alle de ulike typene demens (Livingston et al.).

Individuelt tilpasset musikk

Individuelt tilpasset musikk brukes i denne litteraturstudien som et samlebegrep. I litteraturen brukes begreper som Music therapy, individualisert musikk, Individualized Music, Preferred Music, m.m. Jeg inkluderer alle disse tilnærminger, såfremt musikk brukes som individualisert intervensjon for personer med demens. Enten det er musikk som har vært en del av pasientens liv eller som er valgt på bakgrunn av personens preferanser.

Nevropsykiatriske symptomer

Begrepet nevropsykiatriske symptomer brukes her om atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD), som angst, depresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner, aggresjon, avvikende motorisk atferd, apati eller endringer i appetitt og søvnmønster.

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 1 presenterer jeg bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensning av oppgaven og begrepsavklaring. I kapittel 2 vil relevante teorier presenteres for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 om metode, har jeg beskrevet hva en litteraturstudie er, og hva som kjennetegner metodene i de forskningsartiklene jeg har benyttet. Søkeprosessen er beskrevet, samt kildekritikk og etiske overveielser (Dalland, 2017). Kapittel 4 består av en artikkelmatrise med en presentasjon av resultater og funn fra forskningsartiklene. I kapittel 5 vil teori og funn og resultater fra forskningslitteraturen, samt egne erfaringer, benyttes til å drøfte problemstillingen, før sentrale funn fra drøftingen oppsummeres og oppgavens problemstilling besvares i siste kapittel.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Den norske befolkningen blir gradvis eldre. Andelen mennesker som er over 80 år, vil ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) trolig stige fra 4 % i 2014 til omtrent 10 % i 2060 (Tønnessen, Syse & Aase, 2014). Aldring er den største risikofaktoren for demens (Prince et al., 2013, sitert av Brønnick, 2017). En relativ økning i andelen mennesker over 80 år vil således sannsynligvis føre til en vesentlig økt forekomst av demens. Dette er et folkehelseproblem, ettersom demens medfører høye kostnader for samfunnet og til redusert livskvalitet for pasienten selv og de pårørende (Livingston et al.).

Demensplan 2020, en nasjonal faglig plan om demens fra Demensplan 2020 (2015), er utarbeidet for å møte disse konsekvensene og utfordringene (Ranhoff, Skirbekk & Vollrath).

2.1 Demens

Begrepet demens er en fellesbetegnelse på organiske progredierende¹ sykdommer i hjernen som reduserer kognitive funksjoner. Kjernen i opplevelsen av demensutviklingen er at selvet svekkes, og de fleste former for demens viser seg i tidlige stadier ved en generell intellektuell svikt, glemsomhet, desorientering og sviktende dømmekraft (Engedal, Haugen & Brækhus, 2018). I Norge er diagnostiseringen av demens basert på det internasjonale klassifiseringssystemet ICD-10.

Demens deles inn i lett, moderat og alvorlig demens. Den vanligste årsaken er Alzheimers sykdom (60%). Andre vanlige typer er vaskulær demens (15-20%), som kan ramme mennesker som har dårlig blodforsyning til hjernen, og demens med Lewy-legemer (10-15%). Blandet demens med kjennetegn fra mer enn én årsak er også vanlig. Frontotemporal degenerasjon (5%) og demens knyttet til hjerneskade, infeksjoner og alkoholmisbruk er mindre vanlig. Stigma, det at demens er et avvik, kan føre til at mange unngår å oppsøke hjelp ved mistanke om demens. Derfor har *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) 5 sluttet å bruke ordet demens, og bruker i stedet uttrykket «major neurocognitive disorders» (Livingston et al.).

¹ Tiltagende

Ved utvikling av demenssykdom oppstår det skader både i hjernebarken (korteks), og i dypere områder (subkorteks). Både symptomer på kognitiv svikt og de psykologiske, atferdsmessige og motoriske symptomene kan indikere hvilke deler av hjernen som er påvirket (Solheim, 2015, s. 18-19).

2.2 Symptomer ved demens

Demens er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Alle demenssykdommer er progredierende (Skovdahl & Berntsen, 2014, s. 411) og kognitiv svikt er alltid til stede (Wyller, 2015, s. 54). Ved utvikling av kognitiv svikt vil atferden endre seg (Selbæk, 2010, s. 9). De vanligste kjennetegnene ved demenslidelser kan inndeles i tre kategorier (Engedal, Brækhus & Haugen, 2009, s. 34):

1. Kognitive symptomer
2. Motoriske kjennetegn
3. Nevropsykiatriske symptomer

2.2.1 Kognitive symptomer

Kognitiv svikt er hovedkjennetegnet ved demenssykdommer, og omfatter flere funksjoner, som problemer med å fokusere oppmerksomhet, evnen til å tilegne seg ny kunnskap, hukommelsestap og språkvansker (Solheim, 2015, s. 21).

Hukommelse kan defineres som evnen til å hente fram igjen det vi tidligere har lært. Å miste hukommelse er et av de mest sentrale kjennetegnene ved demens. (Solheim, 2015, s. 24).

Motorisk afasi eller *ekspressiv afasi*, svikt i selve ordproduksjonen, fører til vansker med å uttrykke seg både verbalt, i form av ordletingsproblemer slik at taleflyten blir dårlig, men også skriftlig. Forståelsen for hva andre sier eller skriver er likevel ofte intakt (Solheim, 2015, s. 24).

2.2.2 Motoriske kjennetegn

I et demensforløp vil kroppen etterhvert bli stivere. Muskelstivhet går igjen utover motorikken. Dette øker faren for balansesvikt og fall (Solheim, 2015, s. 32). Etter hvert vil

personene med demens få problemer med inkontinens for urin og etterhvert også for avføring (Solheim, 2015, s. 32).

2.2.3 Nevropsykiatriske symptomer

Depresjon og tilbaketrekning kan være en konsekvens av den usikkerheten som vil kunne oppleves når demenssykdommen utvikler seg og pasienten er klar over sin begynnende svikt (Dahl, Eitinger, Malt & Retterstøl, 1994, s. 138). Til tross for høy forekomst av depresjon hos personer med demens (20%) er det fortsatt mange personer som blir underdiagnostisert, og dermed ikke får behandling (Skovdahl & Berntsen, 2014, s. 417).

Angst kan oppstå når en person med demens opplever situasjonen som ubegripelig og uhåndterlig. De kan for eksempel bli redde for å bli forlatt og derfor klamre seg til personalet, de kan få prestasjonsangst for å ikke mestre det samme som tidligere, eller de kan få situasjonsbestemt angst. Et typisk eksempel på dette kan være angst for dusjing (Skovdahl & Berntsen, 2014, s. 418).

Vrangforestillinger og hallusinasjoner er ikke uvanlig for personer med demens. De kan se, høre, føle, smake eller lukte ting som ikke er reelle (realitetsbrist). Disse symptomene kan ha sine årsaker i understimulering, en utrygg og engstelig personlighet eller bivirkninger av legemiddelbehandling (Solheim, 2015, s. 30).

Afasi gjør at mange med demens har problemer med å uttrykke seg eller forstå og tolke hva andre sier (Solheim, 2015, s. 26).

Apati beskriver en tilstand med mangel på følelser, motivasjon og entusiasme. Personer med demens kan for eksempel gradvis slutte å engasjere seg i tidligere hobbyer, venner og familie (Solheim, 2015, s. 30).

Agitasjon og motorisk uro kan være kjennetegn på en depressiv tilstand og har ofte et sammensatt og komplekst årsaksbilde og er et uttrykk for ubehag eller misnøye som viser seg som formålsløs verbal eller motorisk aktivitet (Skovdahl & Berntsen, 2014, s. 418).

2.3 Juridiske og etiske rammer

Lover og forskrifter gir rammer for eldreomsorgen. I særlig grad gjelder Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. Sykepleiere har et særlig ansvar for et faglig forsvarlig pleietilbud, og det blir viktig at sykepleiere opptrer som pasientens advokat for å ivareta rettigheter og behov hos den gamle pasienten (Slettebø, 2014, s. 212-213).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester handler blant annet om å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring, fremme sosial trygghet, sikre at den enkelte, i størst mulig grad, får mulighet til å leve og bo selvstendig, sikre kvalitet på tjenestetilbudet, sikre samhandling av tjenestetilbudet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2012).

For sykepleierne er det ekstra viktig å kjenne til **Pasient- og brukerrettighetsloven** som blant annet nevner retten til en individualisert medvirkning og informasjon, punkter som er med å sikre at pasientens integritet og verdighet blir respektert og at pleien blir etisk forsvarlig (Slettebø, 2014, s. 214).

Et av formålene med kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven er å forebygge og begrense bruk av tvang. Kravet til tillitsskapende tiltak gjør at man er nødt til å tenke på et høyt demensfaglig nivå som kan gjøre at situasjonen løser seg uten bruk av tvang (Solheim, 2015, s. 227).

Å ta selvstendige valg i vanskelige saker (etisk refleksjon) er noe som må læres. Det hender at vi noen ganger handler galt og først etterpå ser hvor grensene mellom rett og galt går. Å la være å handle kan mange ganger bli like negativt som å handle ureflektert (Solheim, 2015, s. 88). Se 2.5, første avsnitt.

Forsvarlighetskravet i **Lov om helsepersonell** sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det betyr at yrkesutøvelsen alltid må kunne begrunnes ut fra at den er faglig forsvarlig, eventuelt gjennom at man har innhentet nødvendig bistand for å sikre det (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Hittil har jeg redegjort for begrepet demens, og dens symptomer, og hvilke juridiske og etiske rammer som gjelder for all helsebehandling. Men hvordan kan sykepleie spille en rolle ved demens?

2.4 Sykepleie til pasienter med nevropsykiatriske symptomer

God demensomsorg omfatter medisinsk, sosial og støttende pleie som er tilpasset unike individuelle og kulturelle behov, preferanser og prioriteringer. Personer med demens trenger beskyttelse mot mulige farer som denne tilstanden utgjør (Livingston et al.).

Ved nevropsykiatriske symptomer på demens, inkludert agitasjon, nedstemthet eller psykose, gis det vanligvis psykologisk, sosial og miljørettet behandling (Livingston et al.) og en høy andel av eldre med demens på sykehjem får forordnet psykofarmaka (Nina Jahren Kristoffersen, 2016, s. 275).

Når pasientens problem ikke kan fjernes, vil lindring ha som mål å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastning, *sekundærforebygging*, eller begrense eller hindre følgetilstander, *tertiærforebygging*. De kan være av ulik karakter, for eksempel fysisk, psykisk, sosial eller åndelig. Spesifikke tiltak kan gi bedre kognisjon, redusere plagsomme symptomer som agitasjon, depresjon og uro, avdempe kriser og dermed forbedre livskvaliteten (Livingston et al.). Å fremme menneskets opplevelse av velvære er et viktig mål knyttet til sykepleierens forebyggende og lindrende funksjon. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten ("Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere," 2019).

Som tjeneste har sykepleier pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål. I tillegg er omsorg for mennesket et mål i seg selv. Utgangspunktet for sykepleie er pasientens grunnleggende behov, opplevelser av og reaksjoner på sin situasjon (Nina Jahren Kristoffersen, 2016, s. 16).

Sykehjemmet bør derfor være en arena hvor det skapes et godt og helsefremmende pleie- og omsorgstilbud med et hyggelig miljø, med mulighet for aktivitet og meningsfulle beskjeftigelser, muligheten for et skjermet privatliv samt et dagligliv som ivaretar beboernes

vaner og preferanser (Hauge, 2014, s. 269). Her er det hovedvekt av sekundærforebyggende og tertiærforebyggende tiltak (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

2.5 Miljøbehandling

Det er et poeng at man i pleie- og omsorgssektoren definerer personer som trenger bistand som brukere eller beboere. Pasientperspektivet blir noe tilsidesatt, siden personen ikke defineres som syk, men derimot har en funksjonssvikt. I et slikt perspektiv vil fokus bli rettet mot habilitering² i stedet for behandling. Et rehabiliteringsfokus vil kunne føre til gjentatte opplevelser av nederlag fremfor mestringsopplevelser, mens et habiliteringsfokus derimot, kan være en god rettesnor for miljøterapeutisk intervensjon. For å lykkes må sykepleieren være fokusert på å bruke gjenværende ressurser, både fysiske, sosiale, psykiske og ikke minst kognitive, for å skape flest mulige mestringsopplevelser for personen (Solheim, 2015, kap 11).

Det er viktig med bekreftelse av personens identitet, integritet og iboende ressurser for å danne et godt habiliteringsmiljø og tilrettelegge for mestring, kontroll og trygghet (Gerdner & Schoenfelder, 2010). Ved å anerkjenne personens egenverdi blir omsorg og behandling personlig. En sykepleier må invitere til medbestemmelse, tolke atferd som potensielt forståelig, prioritere relasjonen like mye som oppgaven i den omsorgen som gis slik at personen med demens kan fortsette å føle seg som hovedperson i eget liv (Jakobsen & Homelien, 2011).

Miljøbehandling vil således innebære ulike typer aktiviteter, både individuelt og i grupper, for eksempel musikkterapi, minnegrupper eller andre aktiviteter pasienten trives med og som hjelper henne eller ham til å fungere best mulig (Aldring og helse, 2020b).

Ved nevropsykiatriske symptomer er miljøbehandling det viktigste tiltaket for de aller fleste. Atferdsendringer som for eksempel apati, agitasjon, aggresjon, rastløshet, vandring, og upassende atferd løses gjennom å kartlegge årsaken til atferden for så å iverksette tiltak rettet mot dette. Det er for eksempel ingen medisin som kan stoppe vandring eller som kan få en

² Rehabilitering: Selvstendighet og livskvalitet på egne premisser (Habilitering, 23. november 2018).

person til å ta imot hjelp til stell. Dette handler om å forstå bakenforliggende faktorer, samt å tolke hva personen ønsker å formidle gjennom sin atferd (Solheim, 2015, kap 24).

Slik sett står miljøbehandling sentralt i personsentrert omsorg, og generelt kan vi si at personsentrert omsorg tar i bruk miljøbehandling, men omfatter mer (Aldring og helse, 2020b).

2.6 Personsentrert omsorg

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene ("Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere," 2019). På denne bakgrunn har jeg valgt å knytte problemstillingen opp til det teoretiske perspektivet *personsentrert omsorg*.

For å få en nærmere forståelse av personsentrert omsorg kan det være nyttig å først se på begrepet omsorg. Omsorg er et begrep som brukes i mange sammenhenger uten en entydig definisjon. Morse, Bottorff, Neander og Solberg (June 1991) foretok en gjennomgang og analyse av innholdet i begrepet og endte opp med fem perspektiver på omsorg beskrevet som: menneskelig karaktertrekk, moralsk forpliktelse, emosjon, mellommenneskelig interaksjon og terapeutisk intervensjon (Morse et al., June 1991) som i denne sammenheng er individuelt tilpasset musikk.

Personsentrert omsorg for personer med demens er nært knyttet til omsorgsfilosofien til Tom Kitwood som var professor i sosialpsykologi ved universitetet i Bradford, England. Han beskriver en teori for god og indre hensiktsmessig demensomsorg, hvor behandlerens atferd står sentralt (Solheim, 2015, s.54). Kitwood hevder at personalets omsorg, dvs. behandleratferden, er avgjørende for utviklingen i den enkelte persons demensforløp (Kitwood, Høeg & Johnsen, 1999). Det handler om å se på personen med demens som en person med følelser, rettigheter, ønsker og med en livshistorie. Dette forutsetter evnen til empati; å sette seg selv i den andres posisjon og kjenne igjen følelsen situasjonen skaper hos den andre (Demensplan 2020). I personsentrert omsorg legges det stor vekt på de grunnleggende behovene vi mennesker har for trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inklusjon (Aldring og helse, 2020b).

Personer med demens har de samme grunnleggende rettighetene som alle andre, og det er viktig at den som har demens opplever tilhørighet, får hjelp til å holde fast på sin identitet og bistand til å opprettholde sitt egenverd. Videre at hun eller han får støtte når det trengs, og opplever at dagene inneholder meningsfulle aktiviteter og beskjeftigelser i tråd med egne livsverdier. Etersom demens på sikt svekker den enkeltes evne til å gi uttrykk for sine egne behov og interesser er det viktig at samfunnet har gode systemer for å fange opp og ivareta disse (Demensplan 2020).

Kitwoods kollega, psykolog-spesialist og professor Dawn Brooker, arbeidet videre med å implementere og konkretisere personsentrert omsorg i personalets praktiske hverdag og utviklet VIPS-praksismodell. Modellen bygger på fire viktige hovedelementer, og er et godt verktøy for sykepleiere til å yte personsentrert omsorg til personer med demens (Rokstad, 2014).

V - alle mennesker har samme **verdi**, uavhengig av alder og kognitiv funksjon

I - omsorgen er **individuell** tilrettelagt

P - å ta **perspektivet** til personen med demens, se verden slik personen med demens ser den

S - et **støttende** sosialt miljø

Modellen er egnet til å kartlegge og forstå utfordrende atferd ut fra pasientens perspektiv, foreslå miljøtiltak og fremme tverrfaglig samarbeid. Det er en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn – livsfortelling – for å yte personsentrert omsorg (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2015).

2.7 Musikk som sykepleieintervensjon

Det avgjørende for denne oppgaven er om musikk er en egnet sykepleieintervensjon eller ikke, og eventuelt i hvilken grad den er det. I følge Myskja har bruk av musikk vist seg å kunne redusere bruk av medikamenter, øke livskvalitet, mestring og håp. Musikk er lett tilgjengelig – og uten bivirkninger (Myskja, 2006a).

Musikk som sykepleieintervensjon, ved personsentrert omsorg for en person med demens, innebærer å bruke musikk på en måte som stemmer overens med personens personlighet og ønsker. Det er viktig å kartlegge pasientens interesse for musikk og å velge musikk som samsvarer med pasientens preferanser. Sykepleier vil legge til rette for omgivelser med

begrenset ytre stimuli og gjøre klart aktuelt utstyr. Det er viktig å definere hensikten med musikkterapien og å kartlegge eventuelle endringer i atferd og/eller fysiologi (Torvik & Bjøro, 2014).

Nå går Helsedepartementet inn for å øke bruken av musikk både i eldreomsorg, psykiatri og rusomsorg i Norge. «Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer.» (Skarrud, 2018).

Musikk som sykepleieintervensjon er ikke noe nytt. Florence Nightingale skriver om musikkens betydning i boken *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. I kapitlet «om støy» kan man lese om at det knapt nok var vurdert hvordan musikk virker på syke, men at Florence Nightingale selv ikke bare hadde antagelser om musikkens generelle virkning, men at hun også uttaler seg om hva hun mener er de ulike instrumentenes spesielle egenskaper (Nightingale, 1914). I 1890-årene ga hun økonomisk støtte til musikere som om kveldene spilte for pasienter på Londons sykehus (Bunt & Stige, 2014). Flere tiår senere var denne interessen like levende (Myskja, 2006bs. 34).

2.7.1 Musikkens virkning

Musikk spiller antagelig en større rolle i vår identitetsutvikling enn mange tror. Bruk av musikk i behandling til personer med demens er et lite ressurskrevende tiltak med høy tilfredshet og få bivirkninger, og det er et potensielt middel til en kombinert effekt i form av symptomreduksjon, mestringsfølelse og økt velvære (Myskja & Lindbæk). Alle som skal vise omsorg for personer som er rammet av demens, må vite noe om de mulighetene som ligger i bruk av musikk. Musikk kan nemlig være en vei inn til mennesket bak sykdommen (Solheim, 2015 s.236). Årsaken til at det er slik forklarer Myskja (2006) med at musikk virker inn på flere store deler av hjernen på en gang. Dette gjelder alt som er innlært ved hjelp av rim, rytme og melodi. Mange av ferdighetene man bruker i musikkaktiviteter, som å synge, huske dansetrinn, knipse eller klappe i hendene er lagret som psykomotoriske programmer i hjernen og kan, selv hos personer med demens, hentes fram igjen. Dette kan regulere spenningsnivået i kroppen, gi mestringsfølelse, lette konsentrasjonen og friggi endorfiner som gir en følelse av velvære (Solheim, 2015 s.236). Gjennom musikk kan det oppstå en følelse av samhørighet og nærhet, som gjør at det blir lettere å være sammen på en god måte.

Hvordan vi opplever musikk og hvordan musikk virker på oss er avhengig av våre musikalske preferanser (Myskja, 2006bs. 21-22), men vår emosjonelle respons berøres av musikk og lyd og modifierer reaksjonen vår, enten vi liker det vi hører eller ikke (Myskja, 2006a). Musikk som kan virke avspennende for én person i en bestemt situasjon, kan for andre virke både provoserende og ødeleggende (Myskja, 2006bs. 21-22).

Forskning på eldre menneskers hjerner, viser at depresjon kan avta ved bruk av musikk. I tillegg dempes symptomer som uro og forvirring. Personer med demens som lytter til musikk kan få økt informasjonsflyt og kommunikasjonsferdigheter, da musikklytting skaper et samarbeid mellom de ulike delene i hjernen (Myskja, 2006a).

Den menneskelige hjerne er generelt avhengig av meningsfull stimulering. Eldre mennesker som lever passive eller ensformige liv og som har svekkede sanser, mister den normale menneskelige reguleringen av riktig sansestimulering. Dette kan bli en ond sirkel og for å kunne bryte den, kan musikk virke stimulerende for å vekke allerede innlærte ferdigheter (Myskja, 2006a). Det skjer nevrologiske endringer i hjernen ved aldring og demens, som gjør at antallet nevroner i sentralnervesystemet går ned. Myelinskjeden ender seg, noe som fører til at hjernens impulsledninger og hjernebølgemønstre endres og får mindre effekt (Myskja, 2006a). Musikk sender ut signaler som kan virke stimulerende på de forskjellige hukommelsessporene vi har i hjernen og et musikkstykke kan fungere stimulerende og vekke til live gamle minner.

2.7.2 Individualisert musikk

Ulike mennesker liker forskjellig typer musikk. Det er derfor viktig å kartlegge personens musikkpreferanser, som innebærer å finne frem til hvilken type musikk personen med demens har hatt glede av, slik at man kan unngå musikk som personen ikke har hatt noe forhold til, eller musikk som kan vekke vonde minner. Det gjelder å kunne lese personens kroppsspråk for å se hvordan musikken som er valgt faller i smak. Noen personer vil reagere på musikk de liker ved å trampe takten, smile, nynne med eller kommentere det de hører. Andre gir mindre respons, men virker kanskje roligere, mer våkne og oppmerksomme (Solheim, 2015, s. 238).

For sykepleiere er det viktig å forstå nytten av sang og musikk ved gjennomføring av daglige rutiner til personer med demens. Enkelte personer med demens er for eksempel engstelige

eller irritable under stell, men kan roe seg dersom det spilles eller synges kjent og kjær musikk. Man må være flink til å lese kroppsspråk og vite når man kan anvende det eller stoppe. Dersom personen med demens blir overstimulert kan sangen virke mot sin hensikt (Solheim, 2015, s. 239).

3 Metode for oppgaven

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave der jeg presenterer og diskuterer eksisterende fagkunnskap fra forskningsartikler og fagbøker for å besvare problemstillingen. Metoden er valgt i henhold til Lovisenberg diakonale høyskole sine retningslinjer for bacheloroppgave og er velegnet til å besvare problemstillingen. Mitt ønske er å få bredere kunnskap om temaet, samt å få en oversikt over hva slags forskning og arbeid som er blitt gjort på feltet. Denne metodikken er hensiktsmessig for en bacheloroppgave som er begrenset i tid og omfang (Forsberg & Wengstrøm i Thidemann, 2019).

3.2 Litteratursøk

I begynnelsen av prosessen så jeg etter litteratur i et bredt omfang også kalt usystematisk søk eller manuelt søk (Thidemann, 2019), da det var viktig å samle mye kunnskap om feltet. Jeg hadde temaet og feltet som jeg ønsket å skrive om, men manglet den røde tråden og detaljene.

I teoridelen har jeg brukt en del bøker og artikler, fått inspirasjon fra tv-dokumentarer, radio, aviser og fagblader. Bøkene fant jeg etter søk i Oria, søk hos Deichmann, tips fra bibliotekarer og etterhvert tips fra andre jeg har snakket med underveis i skrivingen. Jeg fikk anbefalt *Lancet commission on dementia prevention, intervention, and care*. Dette er en publikasjon som har fått svært stor oppmerksomhet over hele verden. Den sammenfatter den eksisterende kunnskapen og fremskrittene som er gjort i forbindelse med demens og kommer med klare anbefalinger for behandling og omsorg.

For å finne MeSH-termer brukte jeg helsebiblioteket sin side «Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk» (Aasen, 2020). Jeg så også på ord angitt som nøkkelord i artikler funnet i det innledende søket, samt termer brukt i tittel og abstrakt.

Artiklene jeg fant etter søk i Cinahl ble først valgt ut fra relevante overskrifter. Deretter leste jeg abstraktene og ekskluderte deretter noen da de ikke var relevant forskning for litteraturstudiet eller for å besvare min problemstilling. Noen få ble valgt ut for videre arbeid.

Så fremt artiklene virket av god kvalitet og med relevant innhold, leste jeg dem i sin helhet. Etter gjennomgang ble noen artikler ekskludert, fordi relevansen i studiene ikke var god nok. Hvilke artikler som kunne svare på min problemstilling presenteres i kapittel 4.

3.3 Tabell 1. Søkehistorikk Cinahl

Tabell 1

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff
1	2/1-20	Cinahl	"Music Therapy" AND "Dementia" med subheading Nursing	641	2015-2020, Peer Reviewed, Research article	71
2	7/1-20		Individualized music OR Preferred music OR Favourite music AND "Dementia" med subheading Nursing	41	2015-2020, Peer Reviewed, Research article	3

Via kjedesøk, boken *Demensguide*, fant jeg artikkelen "*Individual music therapy for agitation in dementia an exploratory randomized controlled trial*".

3.4 Kildekritikk

Å være kritisk til utvalgt litteratur, og hvilke relevans og gyldighet den har er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017).

Jeg har søkt informasjon ved Aldring og helse som er en nasjonal kompetansetjeneste med oppgaver som forskning, utviklingsarbeid, rådgivning og undervisning innen fagområdene alderspsykiatri, demens og funksjonshemning/utviklingshemning og aldring (Aldring og helse, 2020a).

Jeg har benyttet meg av Cinahl og Helsebiblioteket under litteratursøket til denne oppgaven. Dette er relevante databaser for sykepleiere som søker forskning og stoff om pasienterfaringer. Jeg har klikket av for *Peer Reviewed* for å finne fagfellevurdert forskning. Jeg har i hovedsak benyttet nyere forskning, men ettersom tidligere forskning innenfor dette

området ofte anvender samme tilnærming, har jeg også anvendt noe eldre litteratur. Forskningsartiklene og bøkene jeg har anvendt er både primærlitteratur (originalskrifter) og sekundærlitteratur. Som et eksempel på sekundær litteratur kan jeg nevne boken til Kristin Solheim «Demensguiden», bøkene til Audun Myskja (norsk lege, forfatter og musiker) som både viser til forskning og egne erfaringer, samt pensum hvor det henvises til andre bøker, tidsskrifter og artikler. Dette har gitt meg informasjon om primærtekster, og hjulpet meg til å finne ut hva andre har tenkt om emnet jeg har valgt, for å gi nye perspektiver til oppgaven.

De valgte forskningsartiklene er vurdert i henhold til sjekklister for kritisk vurdering av artikler fra Helsebiblioteket.no (2016) og er relevante for å svare på problemstillingen.

Artiklene *Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia* og *Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial*, henholdsvis 1 og 5 i matrisen, baserer forskningen på en intervensjon utført av musikkterapeuter. Jeg velger å anvende disse for å nettopp å kunne vurdere intervensjonen utført av musikkterapeuter opp mot intervensjon utført av sykepleiere.

3.5 Etiske vurderinger

Alle studier er publisert i anerkjente tidsskrifter og godkjent av aktuelle etiske komiteer. Når jeg trekker frem erfaringer er hverken sted eller pasient identifisert med hensyn til taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

Jeg har tydelige kildehenvisninger til forfattere av opprinnelig opphav. Dette er gjort fordi det er et krav i skolens retningslinjer for oppgaveskriving, og av respekt for forfatterne.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Gjennomgangen tydeliggjør at intervensjonen *individualisert musikk* implementeres på ulike måter; tid, sted, med varierende varighet og av forskjellige fagpersoner, og forankres i ulike teoretiske rammeverk. Funnene viser likevel at musikk er et godt verktøy for å redusere nevropsykiatriske symptomer som angst og depresjon. Det foreligger flere sammenfallende funn som for eksempel viser nedgang i bruken av antipsykotiske og angstdempende medikamenter, noe som igjen resulterte i en forbedring i funksjonell og emosjonell tilstand. Videre viser resultatene at musikk har en positiv effekt på pasientens grunnleggende behov som aktivitet, ernæring og søvnkvalitet og at musikk som intervensjon kan være med på å øke sosial deltagelse.

Artikkelmatrisen, tabell 2, oppsummerer funn i artiklene.

4.1 Tabell 2. Oversikt over forskningsartiklene

#	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Ray et al., (2017)	Music therapy: a non pharmacological approach	Dementia	Denne studien tar for seg temaet musikk som et ikke-medisinsk tiltak for å redusere depresjon, agitasjon og vandring hos personer med demens som bor på sykehjem.	Tverrsnittstudie 132 personer med moderat til alvorlig demens på sykehjem ble evaluert for depressive symptomer, uro og vandring. Det var to vurderinger med to ukers mellomrom før intervensjon, etterfulgt av en to ukers intervensjon, og to oppfølgingsvurderinger, også to ukers mellomrom. Intervensjonen ble utført av musikkterapeuter fra 15-60 min, tre ganger i uken i to uker, totalt seks økter, i et eget rom på sykehjemmet. Gruppene besto av mellom fire og seks deltagere som viste minst ett av symptomene - depresjon, uro eller vandring. Musikkterapeuter brukte avslapningsteknikker ved uro, reminisensarbeid til deltagere som viste tegn til depresjon og rytme og bevegelsesteknikker ved agitasjon og uro.	Bruk av musikkterapi kan være effektivt for å redusere symptomer på depresjon og agitasjon.
2	Weise et al., (2019)	Feasibility and effects of individualized recorded music for people with dementia: A pilot RCT study	Nordic journal of music therapy	Denne studien søker å finne svar på om musikkintervensjoner kan forbedre atferds- og psykologiske symptomer på demens (BPSD) ³ og gjennomførbarheten av slike intervensjoner for personer med demens som bor på sykehjem.	Pilot randomisert kontrollert studie Tjue sykehjemsbeboere med demens ble tilfeldig tildelt enten en intervensjon eller kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen lyttet til personlig tilpasset musikk med hodetelefoner i 30 minutter annenhver dag i fire uker. Sykepleiere vurderte deltakernes BPSD før og etter intervensjon. Implementering, aksept og anvendeligheten av intervensjonen ble også evaluert.	Intervensjonen kan gjennomføres med vellykkethet i omsorgssetting på sykehjem og gav tydelig forbedring i søvnkvaliteten, forbedring i sosial deltakelse og minsket uro. Sykepleier var svært fornøyd med intervensjonen.

³ BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia

3	Thomas et al., (2018)	Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia	PMC	Hensikten med denne studien var å sammenligne atferds- og psykologiske symptomer, samt medisinbruk hos sykehjemspasienter med demens før og etter implementering av M&M ⁴ .	Kvantitativ metode 98 sykehjem deltok. Sykehjemsbeboere med demens ble målt på: seponering av angstdempende medisiner og antipsykotiske medisiner, og reduksjoner i atferdsproblemer og deprimerert humør. Intervensjonsgruppe n = 12 905. Kontrollgruppe n = 12 811	Andelen beboere som avsluttet bruk av antipsykotisk og angstdempende medisin økte under intervensjonen. Intervensjonen førte også til reduksjon i atferdsproblemer. Ingen forskjeller ble observert for depresjon.
4	Pérez-Ros et al., (2019)	Preferred Music Listening Intervention in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment: A Randomized Intervention Study	Journal of Alzheimer's Disease	Hensikten med denne studien var å finne hvordan en musikkintervensjon virker på funksjonelle, kognitive og emosjonelle symptomer hos personer med demens som bor på sykehjem.	Randomisert intervensjonsstudie. Studien inkluderte 119 personer med demens, boende på sykehjem. Intervensjonsgruppen (47) lyttet til tilpaset musikk 60 minutter, 5 dager i uke i løpet av 8 uker i tillegg til vanlig ergoterapi. Et aktivt musikkbasert inngrep ble brukt: musikk ble spilt ved hjelp av en MP3-spiller og høyttalere til alle beboere samtidig i samme rom, slik at de kunne synge, danse, klappe osv. Kontrollgruppen hadde kun ergoterapi uten musikk. Sykepleierne og fysioterapeutene ble blendet for vurderingene.	Resultatene viser forbedringer i funksjonelle tilstander, emosjonell tilstand som humør, atferdsendring, fysiske tegn inkludert vekttap eller matlyst, sykliske endringer som søvnforstyrrelser.
5	Ridder et al., (2013)	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial	Aging & Mental Health	Målet med denne studien var å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjon, psykotropisk medisinering og livskvalitet hos personer med moderat til alvorlig demens og som bor på sykehjem.	Crossover-studie Individuell musikkterapi bestående av sang, dans, lytting og bevegelse med fokus på personsentrert omsorg, ble gitt to ganger i uken i løpet av en periode på seks uker, til sammen 12 økter, til 42 deltagere gitt av utdannede musikkterapi. Utfallstiltak inkluderer agitasjon, livskvalitet og medisiner.	Intervensjonen reduserte agitasjonsforstyrrelse og medisinbruk hos personer med demens.

⁴ M&M, *Music & Memory*, Er et musikkprogram opprettet av en bistandsorganisasjon som samler inn brukte iPod og MP3-spillere, og som i dag underviser helsepersonell og pårørende over hele USA i å lage personlige spillelister til eldre, demente og personer med Alzheimer. Før implementering av M&M, gjennomgår minst en ansatt fra hvert sykehjem opplæring av M&M. Disse fullfører tre 90-minutters webinarer som fokuserer på: 1) fordelene med personlig musikk og de juridiske grensene for deling av musikk; 2) hvordan lage personlige spillelister i iTunes®; og 3) hvordan introdusere programmet og utvide det trinnvis over tid.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, egne erfaringer, resultater og funn fra utvalgte forskningsartikler benyttes for å drøfte oppgavens problemstilling:

Hvilken effekt kan individuelt tilpasset musikk ha på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens?

I overkant av 80 % av de som har langtidsplass i sykehjem har demenssykdom (Helsedirektoratet, 2017). Forekomsten av nevropsykiatriske symptomer øker generelt med alvorlighetsgraden av demens, og opptrer hos så godt som alle på ett eller annet tidspunkt i sykdomsforløpet. Selv om det finnes mange ulike symptomer, opptrer de ofte sammen (Livingston et al., 2017).

Selv har jeg erfart at det å skape en god og trygg atmosfære kan by på utfordringer når noen pasienter er urolige, agiterte og lager mye støy, mens andre kanskje er apatiske, deprimerte eller engstelige, sittende i en stol hele dagen, uten språk, kanskje med smerter, blir matet og løftet på toalettet ved hjelp av heisanordninger. Dette er ressurskrevende, og det er vondt å se når mennesker lider og mister sin identitet. Pasientene reguleres ofte ved hjelp av medisiner og mange får alvorlige bivirkninger.

5.1 Bruk av musikk for å dempe nevropsykiatriske symptomer

Årsaken til nevropsykiatriske symptomer kan variere. De kan være uttrykk for fysiske eller psykiske plager, smerter eller delir og personer som er agiterte oppleves ofte som ikke samarbeidsvillige eller vanskelige å håndtere. Ved disse symptomene, inkludert agitasjon, nedstemthet eller psykose, gis det vanligvis psykologisk, sosial og miljørettet behandling (Livingston et al.), men en høy andel av eldre med demens på sykehjem får i tillegg forordnet psykofarmaka (Nina Jahren Kristoffersen, 2016, s. 275). Dersom hallusinasjonene og vrangforestillingene er minimale og ikke utgjør noen stor plage, skal de ikke behandles med medikamenter. Da vil bivirkninger utgjøre en større belastning for vedkommende enn den virkningen man tilstreber. (Solheim, 2015, kap 24). Bivirkningene omfatter sedasjon,

ekstrapyramidale symptomer og økt risiko for cerebrovaskulære hendelser. Personer som tar antipsykotika har høyere dødelighet (Livingston et al.) og selv med farmakologisk behandling vedvarer ofte symptomer som depresjon, uro og vandring (Ray & Mittelman, 2017).

Medikamenter

Ifølge artikkelen til Helmers (2018) viser tall fra Reseptregistret at 28 prosent, altså vel 1 av 4 personer som er 70 år og eldre, i 2016 fikk utlevert benzodiazepiner eller z-hypnotika (benzodiazepinliknende medikamenter) på resept. Det er svak dokumentasjon for at disse medikamentene er effektive i behandling av angst, uro eller søvnløshet hos eldre, mens bivirkningen kan være alvorlige, sier *Geir Selbæk, forskningsleder i Aldring og helse* (Helmers, 2018). Dette støttes av overlege Morten Finckenhagen som sier at kutt i medisiner kan bedre livskvalitet og redde liv. Ifølge legemiddelverket har avmedisinering vært et forsømt tema på legestudiene (Sommerfeldt, 2019).

Som nevnt i kapittel 2.6 har musikk, ifølge Myskja, vist seg å kunne redusere behov for medikamenter, og øke livskvalitet, mestring og håp. Musikk er lett tilgjengelig – og uten bivirkninger (Myskja, 2006a).

Dette gjenspeiles i større eller mindre grad i mine funn som viser at symptomer som ligger til grunn for foreskrevne medikamenter ofte kan bedres ved hjelp av blant annet individuelt tilpasset musikk (forståelig stimuli) som kan brukes bevisst for å overskygge forstyrrende stimuli i omgivelsene.

Artikkelen til Thomas et al. (2017), der sykepleiere anvendte det standardiserte musikkprogrammet M&M, viste at andelen beboere som avsluttet bruk av antipsykotisk medisin over en seks måneders periode økte fra 17,6% til 20,1%. Den samme trenden ble dokumentert for angstdempende medisiner hvor seponering økte fra 23,5% til 24,4%. Det ble samtidig observert en reduksjon i atferdsproblemer (50,9% til 56,5%) (Thomas et al., 2017). Ridder, Stige, Qvale og Gold (2013) fant en betydelig økning i psykotropisk medisiner under standardomsorg, og en svak nedgang i intervensjonsgruppen, men legger til at reseptbelagte medisiner er en sakte reagerende indikator som derfor må følges opp over en lengre periode.

I nasjonale retningslinjer for personer med demens står det at lindrende behandling, pleie og omsorg hverken skal fremskynde døden eller forlenge selve dødsprosessen (Helsedirektoratet,

2017, kap 4). Basert på egne erfaringer og funn i litteraturen mener jeg at gjennomgang av medisinlister og kardeks bør få et enda større fokus enn jeg opplever at det har i dag. Som student i praksis opplevde jeg flere ganger at mine observasjoner førte til at legen seponerte medikamenter som hadde gitt pasienten bivirkninger, minimal effekt eller kontraindikasjoner. Som sykepleier har man ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og å ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg ("Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere," 2019). Førstevalget for behandling av pasienter med mild til moderat depresjon ved mild kognitiv svikt eller demenssykdom er miljøbaserte, psykososiale og/eller psykoterapeutiske tiltak. Medikamenter skal kun benyttes som tilleggsbehandling ved behov og kun når tilrettelagte tiltak har vært forsøkt (Helsedirektoratet, 2017, kap 16).

Depresjon

Estimater for prevalens når det gjelder depresjon varierer, men det anslås at mer enn 20 % av alle personer med demens har en diagnostiserbar depresjon, og mange har depressive symptomer. Dette reduserer livskvaliteten, forverrer kognitiv og funksjonell svikt, og er forbundet med økt dødelighet (Livingston et al., 2017).

Forskere ved Folkehelseinstituttet har bidratt i en systematisk studie for å sammenlikne musikkterapiens virkning kontra andre miljøtiltak. I fem av studiene ble musikkterapien gitt individuelt og i tolv ble den gitt i gruppe. I de fleste tilfellene handlet musikkterapien om musikk, sang og bevegelse, som klapping og dans. Resultatene forteller at musikkterapi hjelper personer med demens som sliter med angst og depresjon (Steen et al., 2017).

Ray og Mittelman (2017) fant i sin studie at det å reflektere over minner relatert til kjente sanger, hjalp på sinnsstemningen til deltagerne som viste depressive symptomer. To uker med denne intervensjonen førte til reduksjon av symptomer på depresjon betydelig, og disse endringene ble opprettholdt i minst to uker etter behandling. Her brukte man blant annet sang, bevegelse, rytmeinstrumenter og fargerike skjjerf. Intervensjonen ble utført av musikkterapeuter, tre ganger i uken i to uker, totalt seks økter, i et eget rom på sykehjemmet. Dette foregikk i grupper på 4-6 personer. For deltakerne som viste symptomer på depresjon, var mengde musikkterapi en viktig faktor for utfallet. Jo mer musikkterapi som ble tilbudt, jo bedre ble både de kortsiktige og de langsiktige resultatene for personer med moderat demens med depressive symptomer (Ray & Mittelman, 2017).

Dette sammenfaller ikke med forskningen til Thomas et al. (2017) der ingen endring ble observert for depresjon. Pasientene hadde her en individuelt tilpasset musikkliste på en mp3-spiller som de lyttet til med hodetelefoner, M&M (se side 20). Det opplyses ikke om frekvens for intervensjonen, men den ble implementert i hverdagen for hver enkelt pasient og det var sykepleiere og annet personell som var ansvarlige for gjennomføringen (Thomas et al., 2017).

I artikkelen til P´erez-Rosa, Cubero-Plazasa, Mejías-Serranoa, Cunhaa og Martínez-Arnaua (2019) ble intervensjonen praktisert i 60 minutter, 5 dager i uken i 8 uker, altså enda oftere enn hos Ray og Mittelman (2017), her også i grupper, men her fant man heller ingen bedring når det gjaldt depresjon. De forklarer resultatene med at intervensjonen ikke ble utført av fagpersoner og at musikkvalget var annerledes enn i andre undersøkelser. Pasientene viste en preferanse for populærmusikk fra 1950- og 1960-tallet, samt sanger for barn fra 1970-tallet og radio- og TV-reklame fra 1980-tallet. Klassisk musikk, jazz, eller avslappende musikk ble ikke anvendt. De fant derimot at musikk var et effektivt tiltak med tanke på funksjonelle, kognitive og emosjonelle utfordringer. Studien bekrefter likevel at musikkintervensjoner bremser forverringen av kognitive og emosjonelle symptomer i motsetning til konvensjonell behandling (P´erez-Rosa et al., 2019).

Dette kan tyde på at måten musikken blir presentert på er avgjørende for om den har innvirkning på depresjon. At det sosiale, bruk av sang, bevegelse og instrumenter (aktiv musikkterapi) er elementer som virker positivt ved slike symptomer. Dette støttes av Lancet-kommisjonens rapport hvor det står at ensomhet og understimulering er faktorer som kan øke depresjon, men at hyggelige og engasjerende aktiviteter virker positivt (Livingston et al., 2017).

Afasi

Siden språket er en viktig faktor for kontakten med og relasjonen til andre mennesker, får utviklingen av afasi store konsekvenser for hverdagslivet og det sosiale livet for personer med demens, og den demensrammede står i fare for å bli sosialt isolert (Solheim, 2015, s. 416). I følge Myskja (2006a, s. 215) kan talestimulering generelt brukes når man tar i bruk sanger for å få fram naturlige prosodiske taleforløp og på denne måten stimulerer tale ved generell afasi.

I min første praksis som sykepleierstudent kom jeg i kontakt med mange beboere med demens. Jeg husker spesielt en episode hvor jeg skulle følge en eldre dame på toalettet. Hun hadde afasi og motsatte seg stellsituasjoner. Jeg hadde tidligere observert at hun lyttet interessert når det ble spilt Evert Taube på radio og at hun til og med en gang sang med til *Rosa på ball*. En dag etter lunsj gikk jeg bort til henne og fortalte at jeg skulle følge henne på toalettet. Hun ble som vanlig irritabel og strittet imot. Da begynte jeg å nynne på *Rosa på ball*. Hun snudde litt på hodet og virket interessert. Jeg tok mot til meg, jeg som ellers vegrer meg for å synge andre steder enn i dusjen, sang nå av full hals så pleiere og beboere kikket bort på meg. «Min pasient» sang med og vi gikk arm i arm til toalettet. Jeg improviserte litt ettersom jeg ikke husket alle versene, men jeg holdt det gående med Rosa og Fridtjof og timet inn «... Rosa, jag äääälskar diiiig!» akkurat da hun var ferdig. Da konstaterte hun klart og tydelig med nordlandsdialekt «åh, det var vakkert».

Som sykepleier må man bestrebe seg på å tolke og forstå utfordrende atferd hos personer med demens som et forsøk på å kommunisere behov. Man må gjøre seg kjent med individuelle behov og møte dem med respekt, slik at de inkluderes i et sosialt fellesskap, opplever aksept og empati, og at deres følelsesmessige uttrykk blir tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2017, kap 3). Ved at sykepleier åpner opp for en kommunikasjonsform som fungerer for den enkelte, personsentrert omsorg som i dette tilfellet er sang og musikk, vil dette kunne redusere andre negative symptomer. Dette er moralsk kompetanse som inngår i grunnleggende sykepleieferdigheter tuftet på både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 160).

Agitasjon og motorisk uro

Agitasjon forekommer hos omtrent 20% av beboerne på sykehjem og er et av de vanskeligste symptomene å håndtere. Mange sykehjemsbeboere med demens utviser symptomer på vandring, noe som kan føre til uønskede hendelser som fall, ulykker, skader og andre potensielt dødelige resultater (Ray & Mittelman, 2017). Dette fører ofte til økt bruk av psykotropiske medisiner hos pasientene, og omsorgspersonene står i fare for å bli utbrent. Å bryte denne sirkelen ved å redusere agitasjonsforstyrrelser er viktig innen demensomsorgen (Ridder et al., 2013) for eksempel ved hjelp av musikkterapi (Steen et al., 2017).

Myskja beskriver en situasjon der «Einar» var urolig, utagerende og til dels aggressiv. Han spilte gamle slagere, kjente melodier, skolens sangskatter, klassisk, jazz og religiøs musikk

for Einar uten noen form for respons. Først da han satte på en plate med felemusikk lyste Einar opp og det kom for en dag at Einar hadde spilt Østerdalsmusikk i sin ungdom. Hans forekomst av uro-episoder ble målt i tre uker for å få en utgangsverdi. Snittforekomsten lå på 11,2 timer i døgnet dominert av uro. Et program med folkemusikk ble satt sammen og spilte for ham ca. 30 minutter om dagen. Det ble registrert et fall i uro-episoder til 2,5 timer per døgn (Myskja, 2006b, s. 174).

Psykiater og demensforsker Geir Selbæk omtaler musikkterapi som et av de mest lovende tiltakene for å dempe urotilstander hos personer med demens (Aldring og helse, 2017).

Musikk virker som en katalysator for positive minner og disse minnene kan bidra til å modifisere agitert atferd. Musikk ligger lagret i hukommelsen, og ved å gjenskape minner kan man vekke gode følelser og stemninger, men man må være klar over at musikken også kan frembringe vonde og problematiske minner (Bragstad & Kirkevold, 2010).

Dette samsvarer med funnene til Ray og Mittelman (2017) som fant at symptomer som agitasjon og vandring avtok ved musikkterapi, på lik linje med funnene de gjorde for depresjon. Deltakerne under prosjektet viste ofte slik adferd, inkludert motstand under stell, uforståelige verbale utbrudd, skrik osv. som alle kan være uttrykk for ubehag. Denne atferden kan være både distraherende for andre beboere og forringe livskvaliteten. Det ble her registrert at ubehaget lettet gjennom intervensjonen. Dette hadde også positive ringvirkninger på de andre sykehjemsbeboerne som ikke deltok i intervensjonen. Effekten av intervensjonen vedvarte i minst to uker etter at den ble avsluttet. For vandring fant de derimot ingen større endring med musikkterapi (Ray & Mittelman, 2017).

Funnene til Ray og Mittelman (2017) angående agitasjon samsvarer med resultatene til både Thomas et al. (2017) som anvendte intervensjonen M&M (mp3-spiller og hodetelefoner) og Ridder et al. (2013) som anvendte musikkterapeuter. Musikkterapeutene i intervensjonen til Ridder et al. (2013) anvendte forskjellige aktivitetstyper: Vokal eller instrumentell improvisering, sang, dans og bevegelse og lytting til live- eller forhåndsinnspilt musikk. Her var det et overordnet mål å legge til rette for personsentrert omsorg og musikkterapien hadde en frekvens på to ganger i uken i en seksukers periode. Det ble ikke registrert om musikkterapeutene hadde lang erfaring med å jobbe som musikkterapeuter, men 11 (29%) hadde bare liten erfaring med å jobbe i demensomsorg. Forsøket ble utført i to perioder. Den

første på 12 uker, den neste på bare 8. Agitasjon ble redusert noe under intervensjonen. Her ble det også målt en positiv økning av livskvalitet. Det positive utslaget av musikkterapi er likt mellom de to periodene med intervensjon. Det kan forklares med at de som fikk 8 økter musikkterapi fikk dette på et senere tidspunkt hvor intervensjonen var mer innarbeidet og terapeutene var mer kjent i miljøet. Dette understreker i tilfelle viktigheten av å kjenne pasienten slik en sykepleier naturligvis gjør i større grad. Studien viser at seks ukers musikkterapi kan redusere gjennomsnittlig agitasjonsforstyrrelse betydelig for personer med demens, sammenlignet med standard omsorg. I tillegg til at forskrivningene av psykotropiske medisiner ikke ble økt, mens det var en betydelig økning i psykotropisk medisiner under standardomsorg (Ridder et al., 2013).

Weise, Töpfer, Deux og Wilz (2019) viser at intervensjon med personlige spillelister på mp3-spiller gjennomført av sykepleiere, resulterte i en stor forbedring av trivsel, en moderat forbedring i agitasjon og utfordrende atferd, økt sosial deltakelse samt en forbedring i søvnkvalitet og mener at tilstrekkelig antall og lengde på musikkøker er viktig for at musikkintervensjoner skal lykkes (Weise et al., 2019).

Til tross for ulikhetene i utførelse av intervensjonen viser alle artiklene til positiv effekt når det gjelder agitasjon og motorisk uro. Det er da nærliggende å tenke at omstendighetene ikke veier like tungt som musikken i seg selv. Med tanke på at agitasjon og motorisk uro kan være kjennetegn på depresjon (se kap. 2.2.3), vil en reduksjon av agitasjon og motorisk uro, selv ved hjelp av individuelt tilpasset musikk på mp3-spiller, indirekte kunne føre til at de samme pasientene vil oppleve en forbedring av depressive symptomer.

5.2 Bruk av musikk for å ivareta grunnleggende behov

Utfallet av studiene sier generelt lite om musikkens effekt på angst alene, men på den annen side, angst og depresjon har likhetstrekk og kombinasjonen av angstsymptomer og depressive symptomer ses hyppig i eldre år (Kvaal, 2014, s. 439). Livskvalitet, søvnkvalitet, det å motsette seg stell og omsorg og sosial deltagelse måles ofte, og dette kan ses i sammenheng med både angst, depresjon og uro (Livingston et al., 2017).

Som tidligere nevnt viser studien til Weise et al. (2019) at en intervensjon med personlig spilleliste på en mp3-spiller førte til økt sosial deltakelse samt en forbedring av søvnkvalitet.

Her ble det anvendt individuelt tilpasset musikk hvor hver pasient fikk sin egen mp3-spiller og hodetelefoner. Øktene ble igangsatt og observert av sykepleiere og kunne da avbrytes umiddelbart ved subtile tegn på uro. Her påvirkes ikke pasienten av andres eventuelle uro i en gruppe, men på den annen side mister pasienten inkludering av sang, bevegelse og det sosiale aspektet. Før hver økt ble deltagerne spurt om de ville lytte til spillelisten sin. Økten ble ikke startet dersom personen med demens viste tegn på avvisning eller motstand. Sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen hadde deltakerne i intervensjonsgruppen en tendens mot høyere sosial deltakelse ved post-test og betydelig bedre søvnkvalitet. Jo lavere søvnkvaliteten ble vurdert før intervensjon, jo større ble utfallet. Det var også en tendens, om enn ikke signifikant, mot lavere grad av rastløshet, som kan være et av symptomene på angst (Kvaal, 2014, s. 447). Deltagerne viste også mindre motstand mot omsorg og høyere grad av velvære. Sykepleierne var også veldig fornøyde med gjennomføringen og følte at en slik intervensjon lett kan implementeres i hverdagen til pasientene (Weise et al., 2019).

Med bedre søvnkvalitet vil også gangfunksjonen forbedre seg og i de tilfellene hvor intervensjonen foregikk i grupper, inkluderte den også bevegelse. P´erez-Rosa et al. (2019) mener dette kan forklare økningen i fysisk aktivitet blant forsøkspersonene i løpet av studieperioden, ettersom fysisk funksjon øker ytterligere akkompagnert av musikk (P´erez-Rosa et al., 2019).

Andre studier har rapportert gjennomgående positive resultater etter musikkaktiviteter for å forbedre stivhet og motorisk evne (gange og balanse), som igjen reduserer risikoen for fall. Denne forbedringen var større hos menn enn hos kvinner (P´erez-Rosa et al., 2019).

På den ene siden kan det argumenteres med at en egen mp3-spiller til hver pasient er kostbart og vanskelig å gjennomføre, men på den annen side, når det viser seg at et slik tiltak bedrer søvnkvalitet og fysisk funksjon kan dette kanskje veie opp. Men det viktigste argumentet for en slik implementering er kanskje likevel at intervensjonen førte til økt velvære og sosial deltagelse, og når pasientene i tillegg viste mindre motstand mot omsorg vil intervensjonen også kunne virke forebyggende med tanke på tvang (se kap 2.3).

5.3 Bruk av musikk for å ivareta pasientens psykososiale behov

Et sykehjem skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2017). For en person med demens handler det om å være trygg, finne mening, oppleve fellesskap og støtte. Psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg handler om støttende pleie som er tilpasset unike behov og preferanser (Livingston et al., 2017).

I min siste praksis ved sykehjem observerte jeg flere samtaler mellom pasient og lege eller pasient og helsepersonell hvor jeg opplevde at det oppstod misforståelser. Kommunikasjonsferdigheter og personsentrert omsorg handler på den ene siden om at sykepleier tilrettelegger kommunikasjonen slik at pasienten kan forstå budskapet, men på den andre siden er det også viktig at sykepleier evner å tolke og forstå signalene fra pasienten. Det er viktig å ikke bare fokusere på å utføre en oppgave for å hjelpe, f.eks. med personlig pleie. Dette innbefatter både verbal og non-verbal kommunikasjon (Livingston et al., 2017). Dette er viktig også ved kartlegging av musikkpreferanser. Denne kartleggingen praktiseres ulikt. Å innhente informasjon fra familie eller andre, å prøve seg fram med hva som fungerer eller ikke, og å være observant og interessert i pasienten er viktige faktorer. Løpende oppfølging og vurdering av musikkintervensjonen er nødvendig for å forsikre seg om at intervensjonen har ønsket virkning for den enkelte.

Det er få som tematiserer muligheten for systematisk kartlegging av pasientens reaksjon på musikken, eller samtaler med pasienten selv, om hvilken musikk han/hun liker og vil høre på og til hvilken tid på døgnet pasienten er mest mottakelig for intervensjonen. Om musikken spilles på høyttaler eller om det benyttes hodetelefoner kan også være faktorer som spiller inn på hvor hensiktsmessig intervensjonen er. En pasient med nedsatt hørsel vil kanskje ha bedre utbytte av å lytte med hodetelefoner for å eliminere bakgrunnsstøy. Da er heller ikke intervensjonen til sjenanse for andre. På den annen side mister man da den positive effekten av å dele opplevelsen av musikk med andre. Hvem som implementerer intervensjonen inkluderer faktorer som personlige egenskaper, musikkforståelse og sykdomsforståelse.

5.4 Bruk av individuell tilpasning av musikk

Audun Myskja har bygget opp en systematisk metode hvor man kan kartlegge hva slags musikk som vil nå inn til den enkelte. Dermed kan pleiere uten musikkkompetanse også gjøre dette, enten med ferdiginnspilt musikk eller egen sang. Mange pasienter med demens er urolige under stell og vasking. Sang gjør dem roligere, forklarer Myskja (Myskja & Lindbæk, 2000). Dersom man ved hjelp musikk faktisk kan redusere medisinbruk og dermed også bivirkningen av dem, i tillegg til at pasienten opplever mer stimulering, vil dette igjen kunne virke positivt på symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner.

I flere av artiklene blir intervensjonen utført av musikkterapeuter. På den ene side har ikke musikkterapeuter nødvendigvis relevant erfaring med demensomsorg eller kjenner pasientene like godt som ansatte ved sykehjemmet som står for den daglige omsorgen. Dette gjør at de kanskje ikke leser beboerne like godt og er like vare for deres reaksjoner. På den annen side innehar de en kompetanse som kan være viktig å inkludere i en slik intervensjon. Således tenker jeg at det kan virke mer heldig at intervensjonen blir definert og organisert i et tverrfaglig samarbeid med en musikkterapeut, sykepleier og eventuelt pårørende, men at sykepleiere står for gjennomføring av intervensjonen da dette gjør intervensjonen mer tilgjengelige i hverdagen for pasientene. Linda Gerdner var den første til å systematisk undersøke bruken av individualisert musikk som et tiltak for agitasjon hos personer med demens. I hennes evidensbaserte guideline for individuelt tilpasset musikk for personer med demens skriver hun at intervensjonen er lett å tilpasse og implementere i mange situasjoner. Etter instruksjon fra sykepleier kan musikk også implementeres av annet pleiepersonell eller familie (Linda A. Gerdner, 2010).

Den store utfordringen med personsentrert omsorg i demensomsorgen er å få overført de teoretiske utgangspunktene til praktisk handling, slik at dette får en naturlig plass i pleiekulturen (Kvaal, 2014, s. 426). Punkt 2 i vips-modellen handler nettopp om en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Demens er ikke en enhetlig sykdom, og de ulike demenssykdommene krever differensierte og avanserte sykepleietiltak tilpasset personligheten og mestringsnivået til hver enkelt person. Grundig fagkunnskap og etisk refleksjon er nødvendig for å kunne gi god sykepleie på individuelt grunnlag (Kvaal, 2014, s. 434). I personsentrert omsorg, som er en god og hensiktsmessig demensomsorg, står sykepleiers atferd sentralt. Da det viser seg at individuelt tilpasset musikk hjelper på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens, tenker jeg at vi som

sykepleiere er moralsk forpliktet til å anvende denne intervensjonen, ettersom virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester er lovpålagt å etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens. Dette innebærer rutiner for opplæring og kompetanseutvikling av alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling, systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene, samt en tydelig ledelse som støtter de ansatte i utøvelsen av personsentrert omsorg og behandling. (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4).

6 Oppsummering

Jeg har med denne oppgaven forsøkt å svare på problemstillingen *Hvilken effekt kan individuelt tilpasset musikk ha på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens?*

Det viser seg at riktig bruk av individuelt tilpasset musikk i behandling av nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens, kan være et effektivt, ikkefarmakologisk tiltak.

Intervensjonen kan bidra til å dempe uro, redusere symptomer på depresjon og angst, og når musikk i tillegg viser seg å føre til en reduksjon av medikamentbruk, vil samtidig omfanget av bivirkninger reduseres. Dette kan igjen føre til større grad av våkenhet og bedring av motoriske og kognitive symptomer. Selv om den symptomreduserende effekten ikke alltid er lett å måle, vil det likevel for en sykepleier, som ser personen bak sykdommen, være mulig å registrere om musikken fører til økt glede, trivsel og velvære.

Resultatene viser også at individualisert innspilt musikk som intervensjon lett kan implementeres i den institusjonaliserte omsorgssammenheng. Den representerer et nyskapende og billig alternativ til farmakologiske intervensjoner og bør derfor prøves ut før eventuelle medisinske tiltak tas i bruk som supplement.

7 Referanseliste

- Aldring og helse. (2017). Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/musikkterapi/>
- Aldring og helse. (2020a). Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no>
- Aldring og helse. (2020b). Miljøbehandling. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/miljøbehandling/>
- Alive Inside. (2010). I *Music & Memory iPod Project*. Hentet fra <https://musicandmemory.org>
- Bragstad, L. K. & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien*, 2, 110–118. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0067>
- Brønnick, K. (2017). Vidunderpillen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(Issue), s. 46-55. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2017/01/vidunderpillen?fbclid=IwAR0jFBViiexzxS41iRAv2D6jaXa3bApIuUV4BDugvfzIKI75iM7j8a3Gvj0>
- Bunt, L. & Stige, B. (2014). *Music Therapy: An Art Beyond Words* (bd. 1). Beaverton: Routledge; 2 edition.
- Dahl, A. A., Eitingen, L., Malt, U. F. & Retterstøl, N. (1994). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Demensplan 2020. (2015). *Helse- og omsorgsdepartementet*, . regjeringen.no. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *VIPS. I*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Engedal, K. (2019, 11. mars). alderdom. Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Engedal, K., Brækhus, A. & Haugen, P. K. (2009). *Demens : fakta og utfordringer : en lærebok* (5. utg. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K., Haugen, P. K. & Brækhus, A. (2018). *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forl. aldring og helse akademisk.
- Gerdner, L. A. & Schoenfelder, D. P. (2010). Evidence-based guideline. Individualized music for elders with dementia. *Journal of gerontological nursing*, Vol.36(6), 7-15. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100504-01>
- Habilitering. (23. november 2018). I Store medisinske leksikon. Hentet 7. mars 2020 fra <https://sml.snl.no/habilitering>

- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helmers, A.-K. B. (2018). Minst 1 av 4 eldre får vanedannende angst- og sovemedisiner. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/01/minst-1-av-4-eldre-far-vanedannende-angst-og-sovemedisiner>
- Helsebiblioteket.no. (2016, 03.06.2016). Sjekklister. Hentet 02.12 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2017, 03. januar 2020). Demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens : om å forstå, involvere og støtte de pårørende*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kitwood, T., Høeg, D. & Johnsen, N. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø, M. Kirkevold, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, P. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. utg., bd. b. 1, s. 139-185). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Sykepleie - fag og funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg. utg., bd. b. 1, s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Linda A. Gerdner. (2010). Individualized Music for Elders with Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 36(Evidence-Based Guideline). <https://doi.org/10.3928/00989134-20100504-01>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care*. [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31757-9). Hentet fra [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31757-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31757-9)

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr 30*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W. & Solberg, S. (June 1991). Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), pp.119-126. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x>
- Myskja, A. (2006a). *Den siste song : sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Myskja, A. (2006b). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 173-200). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000). Hvordan virker musikk på menneskekroppen?
- Nightingale, F. (1914). *Notes on nursing*. London: Harrison.
- Nina Jahren Kristoffersen, F. N., Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. (2016). *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. utg., bd. b. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pérez-Rosa, P., Cubero-Plazasa, L., Mejías-Serrano, T., Cunha, C. & Martínez-Arnau, F. M. (2019). Preferred Music Listening Intervention in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment: A Randomized Intervention Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70 (2019), 433–442. <https://doi.org/10.3233/JAD-190361>
- Ranhoff, A. H., Skirbekk, V. F. & Vollrath, M. E. M. T. (14.5.2018). Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Hentet 1.2.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Ray, K. D. & Mittelman, M. S. (2017). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 16(6) 689–710, 689-710. <https://doi.org/DOI: 10.1177/1471301215613779>
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17, 667–678. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.
- Selbæk, G. (2010). Demens er mer enn kognitiv svikt. *Utposten*, 39(3), 7-10.
- Selbæk, G. & Engedal, K. (2012). Stability of the factor structure of the Neuropsychiatric Inventory in a 31-month follow-up study of a large sample of nursing-home patients

- with dementia. *Int. Psychogeriatr.*, 24(1), 62-73.
<https://doi.org/10.1017/S104161021100086X>
- Skarrud, E. (2018). Se hva som skjer når Gretha (83) får høre favorittmusikken sin. Hentet fra https://www.nrk.no/trondelag/musikkterapi-for-demente_-se-hva-som-skjer-nar-gretha-83-far-hore-favorittmusikken-sin-1.14094103
- Skovdahl, K. & Berntsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 212-224). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solheim, K. (2015). *Demensguiden : holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Sommerfeldt, P. A. (2019). Legemiddelverket advarer: Nye leger har ikke lært å stoppe overmedisinering av eldre. Hentet 6. sep. 2019 fra https://www.nrk.no/vestland/legemiddelverket-advarer_-nye-leger-har-ikke-laert-a-stoppe-overmedisinering-av-eldre-1.14662130
- Steen, J. T. v. d., Soest-Poortvliet, M. C. v., Wouden, J. C. v. d., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M. & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>
- Stige, B. & Ridder, H. M. (2016). *Musikkterapi og eldrehelse* Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomas, K., Baier, R., Kosar, C., Ogarek, J., Trepman, A. & Mor, V. (2017). Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 25(9), 931–938.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.04.008>
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, M., Syse, A. & Aase, K. N. (2014). Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Hovedresultater, (Befolkningsutvikling), 30-36.

- Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens*. Hentet fra https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf
- Weise, L., Töpfer, N. F., Deux, J. & Wilz, G. (2019). Feasibility and effects of individualized recorded music for people with dementia: A pilot RCT study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29:1, 39-56. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1661507>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2019). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Aasen, S. E. (2020). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 12.03. 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>