

## **Gamle sanger om igjen:**

Hvordan kan sykepleier integrere musikk i pleien på en langtidsavdeling i sykehjem, for å bidra til å fremme god livskvalitet hos personer med demens?

Kandidatnummer: 1068

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 9699

Dato: 13.03.14

## **Sammendrag**

Dette litteraturstudiet undersøker hvordan sykepleier kan integrere musikk i pleien for demensrammede på en langtidsavdeling i sykehjem, for å bidra til å fremme god livskvalitet hos beboerne. Hensikten er å synliggjøre hvordan musikk kan benyttes i praksis av sykepleier, basert på relevant forskningslitteratur og teori. Musikk kan fremme mestrings- og trygghetsfølelse, gode opplevelser og erfaringer hos demensrammede. Forskning viser at ved å integrere musikk i den daglige pleien av demensrammede, kan sykepleier bidra til å fremme deres livskvalitet. Funn indikerer at sykepleiere generelt har positive holdninger til musikkbruk i demensomsorgen, men at kunnskapsmangel står i veien. Det kan tyde på at utdanningen bør implementere mer undervisning om bruk av musikk i demensomsorgen.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2	Presentasjon og avgrensning av problemstillingen .....	4
1.3	Oppgavens formål.....	5
1.4	Begrepsavklaringer.....	6
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>7</b>
2.2	Forekomst av demens.....	7
2.3	Symptomer på demens.....	8
2.4	Kan demens behandles? .....	10
2.5	Livskvalitet som mål i sykepleien .....	11
2.6	Helse, livskvalitet og musikk .....	12
2.7	Hva er musikk?.....	12
2.8	Musikk i sykepleie: Et historisk perspektiv .....	13
2.9	Musikk som terapiform.....	14
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>18</b>
3.1	Litteraturstudie .....	18
3.2	Litteratursøk.....	19
3.3	Kildekritikk.....	19
3.4	Etiske overveielser .....	20
<b>4</b>	<b>Presentasjon av funn</b> .....	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>26</b>
5.1	Bruk av musikk under morgenstell.....	26
5.2	Bruk av musikk ved assistert dusjing.....	27
5.3	Bruk av musikk i reminisensarbeid.....	28
5.4	Bruk av musikk under måltider .....	29
5.5	Bruk av musikk ved innsovning.....	30
5.6	Langtidseffekter ved bruk av musikk? .....	30
5.7	Sykepleieres holdninger til bruk av musikk i pleien .....	31
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
	Litteraturliste.....	34

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for bruk av musikk som en del av sykepleien, oppstod da jeg som ufaglært ble ansatt på en somatisk avdeling på sykehjem. Sang og musikk ble ofte benyttet i samhandling med pasienter som gav uttrykk for å sette pris på det. Etter å ha sett virkningene musikken kunne ha for beboerne, både demensrammede og de klare og orienterte, ble min interesse og nysgjerrighet rundt emnet vekket. Jeg lot meg fascinere over hvordan de demensrammedes mimikk, sinnsstemning, kroppsspråk og taleevne så ut til å påvirkes av denne typen lydstimuli. Musikk er også helt essensielt i mitt eget liv, noe som har vært en motivasjonsfaktor for valg av tema. Jeg startet sykepleiestudiet med en voksende nysgjerrighet rundt bruken av musikk i pleien og skjønnte raskt at dette ikke var et særlig stort fokusområde i utdanningen. De ulike enhetene jeg ble utplassert på i løpet av studiet hadde etter min oppfatning, heller ikke særlig fokus på musikk som en del av pleien. Da jeg i forbindelse med bacheloroppgaven søkte etter forskning og faglitteratur om musikk i sykepleie, oppdaget jeg at det var gjort mer forskning enn jeg hadde forventet. Med de positive resultatene fra flere ulike studier, stiller jeg meg undrende til at musikk som behandling ikke er viet større plass i utdanningen og utøvelsen av sykepleie.

## 1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier integrere musikk i pleien på en langtidsavdeling i sykehjem, for å bidra til å fremme god livskvalitet hos personer med demens?

Grunnen til at jeg velger å fokusere på mennesker med demens, er først og fremst fordi det er denne pasientgruppen jeg har mest erfaring med å jobbe med. Faglitteraturen og forskningen jeg har benyttet i oppgaven viser også at mennesker med demens kan ha svært god effekt av musikk (Aasgaard 2006, Myskja 2006 og 2011), noe som gjør disse personene til en viktig målgruppe. Levealderen øker stadig (Mensen 2010:51), og dermed rammes flere av demenssykdom. Dette gjør bruk av musikk for denne pasientgruppen aktuelt også i årene fremover. Det finnes flere ulike former for demens, men lege og musikkterapeut, Audun Myskja, understreker i sin bok *Den siste song* (2006) at musikk stort sett har samme virkninger uavhengig av demenstype. Derfor vil jeg gjennomgående sikte til demens som én målgruppe, fremfor en spesiell type demens. Jeg har hørt om sykehjem som har ansatt

aktiviteter eller musikkterapeuter som arrangerer sangsamling og lignende, noe jeg ser på som et flott tiltak som kan berike beboernes hverdag. I denne oppgaven har jeg heller valgt å fokusere på hvordan *sykepleier* kan integrere musikk i pleien, for å bidra til å fremme god livskvalitet hos demensrammede. Sykepleiere har tross alt hyppigere pasientkontakt enn musikkterapeuter og aktivitetter, og har dermed mulighet til å benytte musikkrelaterte tiltak tettere og mer kontinuerlig. Dette er en av grunnene til at jeg mener musikkbruk blant *sykepleiere* i demensomsorgen er viktig. Jeg har valgt å avgrense bruk av musikk til langtidsavdelinger på sykehjem, da dette kan være en god arena for å integrere musikk i pleien. Alt i alt har to av tre sykehjemsbeboere varierende grad av demenssymptomer (Kirkevold 2010). Personer med demens lever ofte i en hverdag preget av angst, fortvilelse og utrygghet (Solheim 1996:57). For å oppleve god livskvalitet er det blant annet viktig å bevare et positivt selvbilde, egenverd og selvfølelse (ibid). Dette kan gi oss grunnlag for å si at demensrammede ofte har redusert livskvalitet. Derfor har jeg i problemstillingen valgt å fokusere på hvordan musikk integrert i pleien kan bidra til å fremme god livskvalitet.

Musikk finnes i mange ulike former og uttrykk. På grunn av tilgjengelig faglitteratur og forskning velger jeg ikke ut én enkelt måte å uttrykke musikk på. Når jeg refererer til musikk, kan det i denne sammenhengen innebære sang, live musikk, opptak eller beboerens egen utøvelse, hvis ikke annet er spesifisert. På grunn av oppgavens omfang, har jeg valgt å avgrense slik at jeg ikke sammenligner ulike musikalske uttrykksformer.

Jeg ønsker å fremstille musikk som et supplement til medikamentell behandling, og ikke nødvendigvis et selvstendig behandlingstiltak.

### **1.3 Oppgavens formål**

Hensikten med oppgaven vil være å finne ut av og synliggjøre hvordan musikk kan fremme livskvalitet hos mennesker med demens i sykehjem. Ved hjelp av den kunnskapen og refleksjonene jeg sitter igjen med etter å ha fordypet meg i musikk som terapi, håper jeg å kunne bli en sykepleier som bringer musikk ut i klinisk praksis, inspirerer kollegaer og kan forsvare anvendelsen av musikk med solid, faglig kunnskap.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

### **1.4.1 Person med demens**

Gjennomgående i oppgaven vil jeg unngå å bruke begrepet *demente* om mennesker med demens. Dette for å vise at jeg betrakter den demensrammede som et individ med en sykdom fremfor å betrakte personen *som* sin sykdom. Derfor bruker jeg i stedet begrepet *person med demens*.

### **1.4.2 Musikk som terapi**

Musikkterapi kan defineres som:

[...] anvendelse av musikk og musikkaktiviteter for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller en gruppe. Musikkterapi utøves a fagpersoner med spesiell trening innen musikk som vurderer klientens behov, planlegger og utfører musikkterapeutiske intervensjoner. (Myskja 2006:22).

Denne oppgaven er som nevnt rettet mot sykepleierens – og ikke musikkterapeutens bruk av musikk på sykehjem. Derfor vil jeg unngå begrepet *musikkterapi* i oppgaven, og erstatte det med *musikk som terapi*, eller *musikkbruk i sykepleie*. Musikk er noe alle pleiere enkelt kan benytte, uten nødvendigvis å ha opplæring på forhånd (Myskja 2006:52).

## **2 Teori**

### **2.1 Hva er demens?**

Demens kan ses på som en samlebetegnelse for tilstander der de mentale evner svekkes (Myskja 2006:117). Sykdommene er kroniske og forverres ofte over tid. Hos enkelte kan sykdomsforløpet strekke seg over 20 år, mens det hos andre er kort og intenst (Berentsen 2010:355). Engedal og Haugen (2004) definerer demens slik:

Demens er en hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. (Gjengitt etter Berentsen 2010:354).

Over 70 ulike medisinske tilstander kan føre til demens, men grovt sett deles de inn i tre hovedgrupper; degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Myskja 2006:117). Demensformer kan også oppstå i kombinasjon, som for eksempel Alzheimers og vaskulær demens (Bertelsen 2011:326). Felles for alle formene er et progressivt forløp som ender i et stort omsorgsbehov (Myskja 2006:117). Ved demens er det hjernen, altså nervesystemet som er rammet. En kan finne ut hvilke deler som er rammet ut ifra de kognitive, atferdsmessige, psykiske og motoriske symptomene (Berentsen 2010:356). Ved demens er det skade i hjernedelene som er viktig for informasjonsbearbeiding og læring; hippocampus, thalamus, tinninglappene og områdene rundt tredje hjerneventrikkel (ibid).

### **2.2 Forekomst av demens**

Forekomsten av demens øker med stigende alder, og levealderen i befolkningen øker stadig (Mensen 2010:51). Rundt 70 000 personer i Norge lider av en demenssykdom, og det er forventet at antall tilfeller vil fordobles innen 2040 (Myskja 2011:12). I vesten er kostnadene knyttet til Alzheimers sykdom beregnet til ca. 20 prosent av det totale helsebudsjettet (Myskja 2006:118), og uten nye medisiner kan vi i Norge overstige 30 millioner kroner årlig til behandling av demens. Derfor bør alle billige og uskadelige tiltak som kan bidra til å redusere disse kostnadene og øke kvaliteten for den enkelte, vurderes positivt (ibid).

## **2.3 Symptomer på demens**

Det finnes en rekke symptomer som kan være tegn på demens, men for å begrense oppgaven velger jeg her å omtale noen av de mest sentrale.

### **2.3.1 Svekket hukommelse**

Det mest karakteristiske symptomet ved demens er hukommelsessvikt (Solheim 1996:163). Hukommelse er bevisstgjøring eller framhenting av noe en har lært. Ved demens kan skader i hjernen gå utover evnen til å oppfatte sanseinntrykk, og vanskeliggjøre tolkningen. Å ha mulighet til å tolke inntrykk, krever hukommelse. For å kunne utføre handlinger er en nødt til kunne fokusere oppmerksomheten, og forstyrrende stimuli kan føre til at en glemmer hva en hadde tenkt til å gjøre (Berentsen 2010:156). Personer med demens har ofte hukommelse for hendelser som har skjedd mange år tilbake, men kan ha problemer med korttidsminnet; å huske det en har lært etter flere minutter, timer eller dager (Solheim 1996:163). Hukommelsen har en svært omfattende og viktig funksjon for et menneske, og når denne svekkes, er det ikke vanskelig å forstå at det kan tære på livskvaliteten.

### **2.3.2 Svekket mestringsfølelse**

Psykologene Lazarus og Folkman (referert fra Thorsen 2010:65), har definert mestring som [...] *personens vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner*. Psykologene, Richard Lazarus og Susan Folkman, er sentrale innen psykologisk mestringsteori. De hevder at en mestringsstrategi kan være god eller dårlig, og at det handler om *tilnærmingen* til situasjonen fremfor resultatene. En person med demens vil ha store vansker med å dekke personlige behov, og personlig kontroll og mestring er blitt beskrevet av Fry i 1989 som *den kritiske ingrediensen til en vellykket aldring* (referert fra Jakobsen 2007:67). På grunnlag av dette kan det tenkes at svekket mestringsfølelse er knyttet direkte til redusert livskvalitet. Thorsen (2010:65) hevder at personer som opplever større kontroll og bedre mestring, vanligvis har høyere trivsel. Mennesker med demens kan ha problemer med å mestre selv de enkleste, hverdagsligste ting, noe som påvirker egenverd og selvfølelse, som igjen kan påvirke livskvaliteten (Solheim 1996:45). Mestringskapasiteten utvikles gjennom livs- og kunnskapserfaring, og en demenssykdom vil gjøre det utfordrende å forholde seg rasjonelt til nye og kaotiske situasjoner som oppstår. For at en person med demens skal oppleve mestring, kreves det forsterking av ytre ressurser (Jakobsen 2007:68).



### **2.3.3 Svekket tale- og språkfunksjon**

Hos flere med demens er tale- og språksvekkelse et typisk symptom. Det ene eller begge språksentre i venstre hjernehalvdel kan være skadet, og forårsake språkproblemer (Berentsen 2010:357). Det skilles mellom to typer talevansker (afasi); motorisk og sensorisk. Ved motorisk afasi kan personen oppfatte og forstå mye av det som blir sagt, men behersker ikke å uttrykke det han selv ønsker å si. Ved sensorisk afasi har personen nedsatt forståelse av det han hører eller leser. Ordene uttales gjerne korrekt, men sammenhengen blir feil og innholdet uforståelig (ibid).

### **2.3.4 Depresjon og angst**

Depresjon er en vanlig lidelse blant eldre, og forekommer hyppig hos personer som er rammet av en mild til moderat grad av demens (Berentsen 2010:359). Mange opplever tap av funksjoner som hukommelse og språkvansker, og i en tidlig fase av sykdommen forstår de også konsekvensene av disse tapene. Å leve i en hverdag preget av angst og depresjon, vil påvirke livskvaliteten negativt. Tilstandene er også viktige årsaker til søvnløshet. Forskere har funnet at det oppstår endringer i samspillet mellom forskjellige signalsubstanser i hjernen, og disse endringene har sannsynligvis også betydning for depresjon hos den demensrammede (Ranhoff 2010:313). Med angst i psykiatrisk betydning menes en diffus, indre uro som ikke har kjent årsak. En føler engstelse uten å vite hvorfor, og rent fornuftsmessig er det ingen grunn til å være engstelig. Mange med demens mangler oversikt over egen situasjon, og befinner seg i et sykehjem hvor de ikke kjenner seg igjen. Berentsen (2010:358) beskriver også at dersom personen heller ikke lenger har evne til å gjøre rede for seg verbalt, vil dette i tillegg kunne øke frustrasjons-, utrygghets- og angstfølelsen. De som har begrenset språkfunksjon er avhengige av at pleieren er i stand til å tolke de ikke-verbale uttrykkene, som mimikk, kroppsholdning, ansiktsuttrykk, pusting, skjelving eller annen adferd (ibid). Et annet karakteristisk symptom på demens er isolasjonstendens, noe som ofte ses i forbindelse med depresjon og angst. Dette er vanlig i alle stadier av demens. Passivitet kan komme av en depresjon, eller være uttrykk for manglende interesser. Det kan også være at pasienten har glemt sine tidligere ferdigheter og reagerer med passivitet. Berentsen påpeker at beboerne kan kvikne til dersom de får delta i lite krevende aktiviteter som blant annet sang (Berentsen 2010:360).

### **2.3.5 Svekket oppmerksomhet**

Oppmerksomheten reduseres tidlig i en demensutvikling. Å holde oppmerksomheten på en oppgave eller en hendelse over tid, uten å la seg forstyrre, blir ofte vanskelig for en person med demens (Berentsen 2010:156).

### **2.3.6 Uro**

Skaden i hjernen fører til personlighetsforandringer, og personen kan bli irritabel og aggressiv (Berentsen 2010:162). Hos noen kan dette være knyttet til en del av det tidligere atferdsmønsteret, men kan også komme brått og uten noen klar foranledning. Uroen kan ha sammenheng med en følelse av utrygghet. Mange med langtkommen demens, kan også rope gjentagende uten å legge merke til det selv. Andre uttrykk for uro kan være rastløshet og vandring, og noen opplever problemer med å sitte i ro selv i korte perioder, for eksempel under måltider. Vandringen er ofte tilsynelatende uten mål og mening, og kan være vanskelig å tolke for pleierne (ibid).

## **2.4 Kan demens behandles?**

Det finnes ingen behandling som kan helbrede demens. Imidlertid er det spesifikke legemidler som kan forsinke og i noen tilfeller bedre symptomene. God omsorg og tilrettelegging av miljø og livssituasjon er de tiltakene som mest sannsynlig vil hjelpe personer med demens til å opprettholde en god livskvalitet (Berentsen 2010:372).

### **2.4.1 Reminisensarbeid**

Berentsen (2010:376) beskriver reminisensarbeid som [...] *arbeid med gjenkalling og formidling av minner og erindringer*. Det finnes to former for slikt minnearbeid; den ene innebærer tolkning, analysering og evaluering av hendelser. Den andre formen kalles *enkelt minnearbeid*, og analyserer ikke, og går ikke i dybden. Berentsen foreslår at denne metoden kan være hensiktsmessig i en enhet for personer med demens. Enkelt minnearbeid kan brukes på ulike måter, enten strukturerte gruppesamtaler eller hyggegrupper med mimring, eller i hverdagslig samtale med pasienter. Musikk kan også være en sentral del av slikt arbeid (Myskja 2006). Hovedhensikten med reminisensarbeid er at pasientene får bekreftet sin identitet, slik at de kan gjenoppleve minner og oppleve gjensidighet og fellesskap.

Reminisensarbeid kan fremme god livskvalitet på flere områder; det kan styrke selv- og

mestringsfølelsen, gi mening og innhold i hverdagen, bedre humøret og skape sosialt fellesskap og trivsel (Berentsen 2010:376).

## **2.5 Livskvalitet som mål i sykepleien**

Solheim (1996:55) påpeker at pleie- og omsorgspersonell står overfor mange utfordringer knyttet til demensrammede, og et overordnet sykepleiemål er å legge til rette slik at de har mulighet til å opprettholde god livskvalitet i sine siste leveår. Mye av det som er skrevet om livskvalitet er hentet fra andre fagfelt som medisin, psykologi og sosiologi (Wahl og Rokne 2010:192). Derfor har den sykepleiefaglige forståelsen av begrepet ikke riktig utviklet et eget ståsted. Innenfor sykepleievitenskapen ble begrepet *livskvalitet* først introdusert på 1970- og 1980-tallet (Rustøen 2010:39), men god livskvalitet har alltid vært tilstrebet i utøvelse av sykepleie. Et eksempel er pioneren Florence Nightingale, som var opptatt av hvordan *pasienten* hadde det, og kan ses på som den første sykepleieforskeren som brukte livskvalitet i ordets videste forstand (ibid). Antagelig som et resultat av at flere blir eldre og flere lever med kronisk sykdom, har det i det siste vært økt fokus på livskvalitet i sykepleien (Rustøen 2010:29). Er målet å hjelpe pasientene til å oppnå bedre livskvalitet, må sykepleier ha kunnskap om hva begrepet innebærer og hvordan de kan styrkes hos den enkelte. Den danske legen, Anton Aggernæs, hevder at dersom det er få eller ingen mulighet for å kurere en sykdom, bør det kartlegges hva pasienten har, og hva pasienten *lett kan få* av ressurser som kan benyttes til å bedre livskvaliteten (Rustøen 2010:39).

Psykologen Siri Næss forklarer fenomenet slik: *Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv.* (Kristoffersen 2005:48). Begrepet knyttes ikke kun til fravær av noe negativt, men også tilstedeværelsen av positive, indre opplevelser som trivsel og tilfredshet. Glede er også av stor betydning for livskvaliteten (Rustøen 2010:37). En person med demens, har først og fremst en intellektuell – og ikke en *følelsesmessig* svikt (Solheim 1996:77). På grunn av dette, kan gode følelser og glede i livet, være det viktigste for å oppnå god livskvalitet for demensrammede. Siri Næss (2001) fremhever at begrepet er relevant for alvorlig syke mennesker;

Ut ifra et sykepleieperspektiv kan det å bidra til økt livskvalitet handle dels om å hjelpe mennesker til å søke positive opplevelser og gjøre gode erfaringer, og dels om å tilrettelegge miljøet omkring pasienten slik at det gir mulighet for positive opplevelser. (Gjengitt etter Kristoffersen 2005:50).

Livskvalitet henger også sammen med mestringsopplevelser og hvordan selvoppfattelsen fremtrer i ulike situasjoner, også dersom man lever med demens (Solheim 1996:57). Andre viktige faktorer som virker inn på livskvaliteten er muligheter for å styre sitt eget liv, opplevelse av tilhørighet, og å se en større sammenheng og mening i livet (Aasgaard 2006:25). Filosofen, Wladyslaw Tatarkiewicz, hevder at vårt sosiale liv også har stor betydning for livskvaliteten (Rustøen 2010:31). Mange av faktorene nevnt over, er svekket hos mennesker med demens, slik at livskvaliteten reduseres. Det trengs ikke alltid store økonomiske eller personalmessige ressurser for å øke livskvaliteten hos mennesker med en demenssykdom, og det er heller ikke nødvendigvis materielle gjenstander som gir livet dypere mening (Solheim 1996:57).

## **2.6 Helse, livskvalitet og musikk**

Ser man på begrepet *helse* som en tilstand med fravær av lidelse og/eller sykdom, kan en fort bli opptatt av å bruke musikken til å fjerne symptomer som stress, høyt blodtrykk, og smerter (Ruud 2006:20). Med andre ord vil da musikk brukes til å gjenopprette en kroppslig normaltilstand, og veien til å handle innenfor et mekanistisk menneskesyn hvor musikk er et *tiltak* som benyttes for å reparere, blir kort. Dersom man heller ser på helse som en ressurs, som velvære og overskudd, er det nødvendig å søke etter andre måter å benytte musikken på. Med en slik forståelse av helse, kan helsepersonell involvere mennesker i musikkaktiviteter for blant annet å styrke menings- og mestringsfølelsen, tilhørighet og trivsel (ibid). Alle disse faktorene vil til sammen kunne resultere i en opplevelse av økt livskvalitet.

## **2.7 Hva er musikk?**

Musikk i en terapeutisk sammenheng handler ikke om bestemte komponister eller deres verk, heller ikke om musikksjangre eller *organisert lyd*.

Med andre ord virker musikken, personen og situasjonen sammen i et relasjonelt eller gjensidig forhold hvor det er umulig å ta bort noen av disse komponentene uten at det endrer på meningen. (Ruud 2006:21).

Dette, er en viktig premis for musikalsk helsearbeid og folk er på mange måter egne eksperter når det gjelder å vite hva slags type musikk som virker positivt for *dem* i ulike

situasjoner. Musikk eksisterer ikke uavhengig av situasjon, eller som en ting. Musikk kan heller forstås som en aktivitet, et verb, altså noe vi utfører enten det handler om å lytte eller å spille selv (Ruud 2006:22).

## **2.8 Musikk i sykepleie: Et historisk perspektiv**

Helt siden medisinenes barndom har musikk interessert forskere. Blant annet tok den russiske nevrologen Vladimir Bekhterev (1857-1927) initiativ til et forskningsinstitutt for å studere virkningen av musikk på nervesystemet (Myskja 2006:27). Når det kommer til bruk av musikk i *sykepleie*, synes dette temaet å være mindre omtalt enn musikk i medisinenes verden (Aasgaard 2006:31). En mulig årsak til dette, kan være at mange helsefag har vært mer preget av teorifattigdom og *taus kunnskap* enn det medisinske fagområdet, i hvert fall inntil andre verdenskrig. Tilsynelatende har interessen for musikalske komponenter i helsefag gått i bølger, og en kan ikke se noen jevnt økende eller minkende musikkinteresse i et historisk perspektiv (ibid). Aasgaard mener det ikke er umulig at interessen for musikk i de ulike helsefagene har gått parallelt med den skiftende vektleggingen av human- eller naturvitenskapelig grunnforståelse av fagene (2006:32).

Florence Nightingale beskriver i 1859 hvordan hun forstår musikkens rolle i sykepleie.

Utdraget er hentet fra kapittelet *Støy* i hennes bok, *Notater om sykepleie*:

Musikkens innvirkning på syke mennesker er nesten ikke blitt undersøkt. De høye kostnadene vi har i dag gjør en slik undersøkelse utelukket. Her vil jeg bare si at blåseinstrumenter, pluss den menneskelige stemme, og strykeinstrumenter, som kan lage uavbrutt lyd, vanligvis har en positiv innvirkning – mens piano sammen med instrumenter uten uavbrutt lyd, virker helt motsatt. Selv den beste pianospilling er plagsom for den syke og mens en melodi som ”Hjem, kjære hjem” eller ”Assisa a pié dún salice” på et vanlig husorgel roer dem ned – og helt uten noen form for assosiasjoner. (Nightingale 1997:95).

Til tross for antagelsene om musikkens generelle virkninger, vises Nightingales engasjement for effekten av musikk i helsevesenet også flere tiår senere. Hun støttet arbeidet til The Guild of St. Cecilia som blant annet spilte beroligende musikk på flere sykehus i London (Aasgaard 2006:34-35). I 1871 hadde alle diakonisseelevene på *prøversøsterkurs* én times sangundervisning i uken, og enkelte norske sykepleieskoler hadde sangundervisning på timeplanen frem til andre verdenskrig. I starten var sannsynligvis dette en del av den kristne allmennutdannelsen, men etter hvert kom også beretninger om musikkens terapeutiske

virksomheter (Aasgaard 2006:35). En lærerinne i sang ved Menighetssøsterhjemmet i Oslo beskriver musikkterapi slik:

[...] tonene går dit, hvor verken røntgenstråler, medisin eller kniv kan utrette noget, helt inn til sjeleskaden, sinnslidelsen, det dypeste i vårt vesen, det man ikke kan ta og føle på. De gir utløsning for en stemning der inne og kan virke befriende og stimulerende. La oss komme den syke til hjelp her! (Gjengitt etter Aasgaard 2006:35).

## **2.9 Musikk som terapiform**

### **2.9.1 Musikk for å fremme hukommelse**

Et av de tidligste og mest dominerende symptomene ved demenssykdom er tap av hukommelse, som en følge av den hjerneorganiske skaden (Myskja 2006:120). Hvor stort hukommelsestapet er, avhenger av både type demens og hvor langt i forløpet den er (Berentsen 2010). Hos folk med demens er ofte langtidshukommelsen, erindring for hendelser fra fortiden, bedre bevart enn nyere hendelser de har erfart (Kvamme 2006:160). Dessuten er evnen til gjenkjenning også alltid bedre enn evnen til gjenkalling (ibid). Selv om evnen til å tenke logisk svekkes ved demens, er ofte den emosjonelle hukommelsen intakt (Solheim 1996:211). Det finnes ulike metoder musikk kan vekke hukommelse på, og hukommelse og emosjonell funksjon har nære forbindelser (Myskja 2006:122). Melodier og tekster kan fungere som ledetråder for gjenkjenningshukommelsen og gir på samme tid assosiasjoner til epoker, personer eller hendelser fra livet (Kvamme 2006:160). Forskning viser at selvbiografisk materiale huskes bedre hos en person med demens når det spilles musikk, uavhengig av om musikken er kjent eller ukjent for den enkelte (ibid). Rytme og melodi i musikk huskes lettere enn sangtekster, men Myskja henviser til forskning som påpeker at sang og tekster er mindre sårbart for hukommelsestap enn kun talte ord. Sannsynligvis kommer dette av at sang behandles mer helhetlig i hjernen enn det tale gjør (2006:122). Det kan også være at disse tekstene og sangene har vært repetert hyppig og dermed er godt lagret i hukommelsen. Det som er lært utenat, er blitt automatiserte evner som ikke behøver avansert kognisjon for å tas i bruk (Kvamme 2006:161).

### **2.9.2 Musikk for å fremme mestringfølelse og opplevelse av mening**

Friske mennesker har en iboende mestringsevne. Denne evnen innebærer å beherske å omstille seg til nye situasjoner, og via tankevirksomheten vår gjøres verden forståelig. Hos personer med demens er mestringsevnen truet og å det å forholde seg rasjonelt til nye,

kaotiske situasjoner kan være utfordrende, hvis ikke umulig (Jakobsen 2007:67-68). Heldigvis krever ikke sang, bevegelse og musikklytting, at det kognitive er intakt (Aasgaard 2006). Selv pasienter med langtkommen demens kan bedre funksjonsevnen ved instrumental opplæring, og den største forbedringen har vist seg å være blant dem som ikke hadde erfaring med musikkutøvelse fra før (Myskja 2006:109). Ved å mestre et instrument, kan en hjelpe personen til å opprettholde og styrke både mestrings- og selvfølelsen, og opplevelsen av mening. Flere studier viser at personer med demens ofte er mer utholdende og deltar mer aktivt i aktiviteter knyttet til musikk enn andre aktiviseringsformer (Kvamme 2006:164).

### **2.9.3 Musikk for å opprettholde tale- og språkfunksjon**

Klara har langt fremskreden demens og sitter i rullestol. Ifølge personalet på avdelingen har hun sluttet å snakke. En dag har vi en liten gruppesamling der Klara deltar. Når jeg spør om noen ønsker seg en sang svarer Klara, ”Ja, Fola, fola blakken”. Vi synger første og andre vers, og Klara synger med. Jeg husker ikke flere vers, men Klara fortsetter å synge fire vers til alene. Etter hvert strømmer tårene nedover kinnene. Så forteller hun om hesten ”Svartfot” som hun som barn hadde fått av faren sin, og nå savner hun både ham og hesten. (Kvamme 2006:159).

Dette utdraget er hentet fra boken *Musikk og helse* (2006:159) der forfatteren trekker frem et møte med pleiere på et sykehjem som har positive erfaringer knytter til musikk og språkfunksjon. Taleproblem er, i følge Myskja (2006:124), et undervurdert symptom ved alle nevrologiske lidelser. Musikk kan brukes som støtte til innlæring og forbedring av tale og språk, og mange kliniske observasjoner tyder på at rytmisk musikk kan hjelpe demensrammede med artikulasjon (ibid). Hammar, Emami, Engström og Götell (2010) henviser til Stewart m.fl. (2006) som foreslår at musikk gir tilgang til ulike deler av hjernen basert på alle elementene som involveres i musikk, som melodi, rytme, takt. Språksenteret er plassert i venstre hjernehalvdel. En kombinasjon av musikk og språk som i sang, gir større sannsynlighet for å aktivere intakte nevrologiske forbindelser, fremfor kun å bruke språket.

### **2.9.4 Musikk mot depresjon og angst**

Sinnsstemninger kan defineres som [...] *en utvidet emosjonell tilstand med lengre varighet i tid og mindre klar objektrelasjon*. (Myskja 2006:126). Som beskrevet er mange mennesker med demens plaget av ulike grader depresjon eller angst (Berentsen 2010:360). *Følelsen* er det første som møter en i musikk (Solheim 1996:211), og ved å fokusere på musikken, kan den vekke gode assosiasjoner hos personen og redusere angst og frykt (Kvamme 2006:163). Dette forutsetter at det tas i bruk kjente, behagelige toner som i tillegg kan assosieres til

velvære tidligere i livet og dermed reduserer engstelsen. Å lytte til musikk, synge eller danse kan åpne for dialog, og dermed også muligheten til å utvikle relasjoner til andre mennesker (Kvamme 2006:165). Dessuten kan musikk i gruppeform motvirke isolasjon og passivitet ved å fremme en tilhørighetsfølelse og en opplevelse av fellesskap hos den demensrammede. Musikk kan også fremme en følelse av tilhørighet til andre som kjenner samme sang. Et eksempel på dette kan være nasjonalsangen, eller andre sanger som kan bekrefte en felles nasjonal og kulturell identitet (ibid). Det viser seg også at musikk kan styrke entusiasmen hos demensrammede knyttet til sosial interaksjon (Myskja 2006:125).

### **2.9.5 Musikk for å opprettholde oppmerksomhet**

Et annet tidlig symptom på demens er oppmerksomhetssvikt og konsentrasjonsvansker (Kvamme 2006:157). Helstrup og Kaufman (2000) hevder at oppmerksomhetssvikt, og dermed innlæringsproblemer, kan være mer problematisk enn det å huske (referert fra Kvamme 2006:157). Dette betyr at informasjon som ikke når inn hos en person, heller ikke kan lagres. På grunnlag av dette, er det viktig å ta hensyn til den gamles funksjonsnivå, da både svekket hørsel, hukommelse og hørsel kan gjøre formidling av informasjon til en krevende oppgave for pleierne (ibid). Musikk kan fange oppmerksomhet og holde på den. En lyd eller melodi er lett å oppfatte, og krever ikke et høyt intellektuelt eller kognitivt nivå; I motsetning til verbalspråk, må den ikke igjennom en avansert avkodingsprosess. Dessuten kan musikkens struktur, rytme og melodi også hjelpe til å holde på konsentrasjon over tid, men musikk har også evnen til å virke sløvende, plagsom og utmattende. Dersom en radio, TV eller CD-spiller ruller uten stans, svekkes vår oppmerksomhet. Musikk vi ikke liker kan også ha samme effekt, i tillegg til å skape aggresjon (ibid).

### **2.9.6 Musikk mot uro**

Det er utført mange studier med fokus på musikk som beroligende tiltak for personer med demens (Kvamme 2006:164). For å håndtere uro, er riktig sansestimulering helt vesentlig, og en studie utført på 90-tallet fant at musikk kombinert med håndmassasje gav stor pulsreduksjon hos urolige personer med Alzheimer's sykdom (Myskja 2006:128). Forskning peker også mot at musikk, sang og berøring i kombinasjon er et spesielt effektivt tiltak ved uro hos demensrammede. Musikk kan fremme gode følelser og trygghet hos personen, slik at for eksempel roping, vandring og aggresjonsutbrudd reduseres (ibid).



### **2.9.7 Musikk for å fremme trygghet**

En tilværelse med hukommelses- og orienteringssvikt, gjør at mange med demens føler seg bortkommet, og kjenner på en konstant utrygghet i hverdagen (Kvamme 2006:162). Kjent musikk kan skape relasjoner til tidligere gode opplevelser eller av nære, trygge voksne personer i livet til den demensrammede, noe som kan fremme trygghetsfølelsen. Forutsigbarhet i melodier og fraser, og struktur i melodi og rytme, kan også bidra til det samme (Kvamme 2006:163). På grunnlag av dette, kan en si at trygghetsfølelsen og dermed livskvaliteten kan opprettholdes, dersom musikk blir en del av hverdagen til den demensrammede.

### **2.9.8 Musikk for å fremme identitetsfølelse**

I følge Linda Gerdner (2000), som har utført en prisbelønnet studie relatert til tema, er nøkkelen *individualisering* av musikken (Myskja 2006:104). Ikke alle mennesker har behov for å lytte til sin favorittmusikk for å oppnå positiv effekt. Gerdner hevder allikevel at individualisert musikk vil kunne støtte evnen til orientering ved å koble den til meningsfylte minner, eller ved å ha en musikalsk oppbygning som i seg selv fremmer trygghet, struktur og orden i personens tilværelse. Denne måten å bruke musikk på i demensomsorgen er lite kostbar, og i økende grad forskningsbasert (Myskja 2006:103). Det kreves heller ingen spesiell kompetanse innen musikkfaget, er enkelt og kan benyttes av enhver pleier ved et sykehjem. (Aasgaard 2006, Myskja 2006).

### 3 Metode

Metodekapittelet er en slags ”kokebokdel” i oppgaven. En vitenskapelig metode kan beskrives som en systematisk fremgangsmåte som benyttes for at leseren skal kunne nå frem til samme resultat ved å følge din beskrivelse av undersøkelsen (Rienecker og Jørgensen 2012:233). Metoden sier altså noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og er et verktøy vi bruker i møte med noe vi ønsker å undersøke (Dalland 2007:83). Metoder kan deles i to retninger; *kvantitative* og *kvalitative* metoder. De kvantitative tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som igjen kan gi oss mulighet til å gjøre utregninger som å finne prosent, gjennomsnitt eller prosent av en større mengde. Kvalitative metoder sikter på å fange opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller beskrives med tall. Forskjellen mellom disse metoderetningene er først og fremst knyttet til hvordan en samler inn data på (ibid:84-85). I denne oppgaven er det i hovedsak kvalitativ forskning som gjennomgås.

#### 3.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt litteraturstudie som metode. Det finnes flere måter å utarbeide et litteraturstudium på (Frederiksen og Beedholm 2012:47). Jeg vil gjennomføre den som en selvstendig undersøkelse, med formål å fordype meg i noe av den eksisterende forskningen på emnet. Dette kan også kalles en systematisk litteraturstudie, for å presisere at det ikke dreier seg om tilfeldig utvalgt litteratur som danner bakgrunn for gjennomgangen. Derimot er det litteratur som skal oppsøkes, vurderes og velges ut på en systematisk måte (ibid). Det er to analysefaser i utarbeidelsen av en litteraturstudie: i den første fasen vurderes det hvilket materiale som skal være med i gjennomgangen, og i den andre, skal det stille spørsmål til materialet som gjør det mulig å svare på problemstillingen din (Frederiksen og Beedholm 2012:49). Grunnlaget for valg av metode, er at jeg mener en gjennomgang av forskningen jeg har funnet vil kunne belyse problemstillingen på en faglig interessant måte. Dette er et kriterium Dalland (2007:83) bemerker viktigheten av. Et litteraturstudium vil kunne legge til rette for besvare min type problemstilling, og passer best med tanke på tiden til rådighet. Hensikten med dette litteraturstudiet er å illustrere mangfoldet i forskningen på musikk som medisin, for å få frem kunnskap om hvilken funksjon musikk kan ha på livskvaliteten til personer med demens.

### **3.2 Litteratursøk**

For å komme frem til relevant litteratur med god kvalitet, benyttet jeg ulike metoder for litteratursøk. Forskningsartiklene fant jeg ved å søke i Cinahl via skolebibliotekets nettside. Hvis jeg ikke fikk tilgang til fulltekst, lyktes jeg ofte ved å søke med samme søkeord i samme database eller PubMed og ProQuest, via helsebiblioteket.no. Databasen, Cinahl, gir treff fra rundt 3000 tidsskrifter, hovedsakelig innen sykepleie og nærstående emner (Hørmann 2012:42). Det stilles også krav til kvaliteten av tidsskriftene som indekseres: for eksempel er artiklene publisert i tidsskriftet *Sykepleien Forskning* bedømt av et vitenskapelig panel (ibid).

Jeg startet med et vidt søk i Cinahl for å se hvor mye forskning rundt temaet som var tilgjengelig. Her benyttet jeg søkeordene *quality of life*, *dementia* og *music*. Jeg huket av for *Peer-reviewed* for å forsikre meg om at artiklene var fagfellebedømt, *Fulltekst* og *Artikler fra 2004 – 2014*, for å få den mest oppdaterte forskningen på området. Dette gav 1151 treff. For å snevre inn søket, la jeg til søkeordene, *intervention*, *nursing home* og *care*, som gav 467 treff. Mange av treffene var relevante, og de fleste artiklene handlet om hvordan musikk kan brukes for å redusere uro hos personer med demens. Videre valgte jeg *Age 65+ years* under *Age Groups* i avansert søk, noe som resulterte i 266 treff. Jeg var heldig og fant raskt noen artikler som passet min problemstilling. Allikevel valgte jeg å spesifisere søket mer og valgte *Europe* under *Geographic subset*. Dette ga 190 treff og flere relevante artikler. For å avgrense søket ytterligere, huket jeg av for *Any Author is Nurse* og *Nursing* i avansert søk, men måtte fjerne *Europe* for å få søketreff. Dette gav 6 treff, og én artikkel jeg har benyttet i oppgaven. Enkelte artikler har jeg funnet i litteraturlisten til Myskjias doktorgradsavhandling (2011), søkt dem opp i Cinahl (og huket av for *Peer Reviewed*) og Google Scholar.

Enkelte fagbøker fant jeg ved å søke på BIBSYS via skolebibliotekets nettside. Jeg benyttet *avansert søk* og tastet inn søkeordene *demens* og *musikk*. Dette resulterte i ti treff. To av disse bøkene, skulle vise å være de jeg har brukt gjennomgående i oppgaven. Skolens bibliotekar tipset meg om andre relevante bøker som jeg også har brukt i oppgaven. Noen av bøkene jeg har brukt knyttet til demens har jeg selv vært i besittelse av, eller funnet i reolene på biblioteket.

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk innebærer å karakterisere og vurdere litteraturen som benyttes i oppgaven (Dalland 2007:72). Målet er å vise leseren den tilgjengelige litteraturen, og hvilke kriterier

man har benyttet under utvelgelsen (ibid). Forskningsartiklene jeg har benyttet er skrevet på engelsk, noe som kan ha resultert i at jeg har mistolket noe av innholdet i oversettingen. To av artiklene ble gjennomført i Taiwan. Ulemper med dette kan være kulturforskjeller i Norge og Taiwan. Fagbøker jeg har benyttet, nærmere bestemt Myskja (2006) og Aasgaard (2006) henviser ofte til tidligere forskning, gjerne utført på 90-tallet. Dette innebærer at innholdet kan være utdatert. Samtidig kan det være en indikator på at funnene ikke riktig går ut på dato, og kan overføres til dagens kliniske praksis. Forskningsartiklene jeg gjennomgår i oppgaven er ikke eldre enn ti år gamle, fordi jeg ønsket å finne ut av hva det er blitt forsket på de siste årene, om det har blitt gjort fremskritt. Store deler av litteraturen jeg har gjennomgått er skrevet av og for musikkterapeuter, og jeg kan derfor ha beveget meg utenfor eget fagfelt. På en annen side har jeg anvendt litteratur jeg vurderer som overførbart til sykepleieryrket, uten at sykepleieren trenger en musikkterapeuts kompetanse. Som nevnt tidligere, henviser jeg gjennomgående til Audun Myskja, med boken *Den siste song* fra 2006. Derfor kan oppgaven bli preget i overkant av Myskjas holdninger, erfaringer og funn.

### **3.4 Etiske overveielser**

Jeg har i oppgaven forsøkt å gjengi påstander, direkte sitater og kilder så korrekt som mulig. Under skriveprosessen har jeg hatt en tanke om at om informanten skulle kunne nikke bekreftende og si seg enig i påstandene jeg har gjengitt, noe Dalland (2007:251) anser som en god forskningsetisk moral. God forskningsetikk innebærer også å ivareta personvernet for de som berøres av undersøkelsen (ibid:240). Dette har jeg etterstrebet ved å aidentifisere opplysninger som kunne knyttes til enkeltpersoner fra mine referanser til praksiserfaringer.

## 4 Presentasjon av funn

For å skape en ryddig oversikt over funnene, har jeg satt de fire artiklene jeg har valgt, inn i et skjema:

Forfattere/ Land/Database	Artikkelens tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn
<p>- Hammar, L. Emami, A., Engström, G. og Götell, E. (2010)</p> <p>- Sverige</p> <p>- PubMed</p>	<p><i>The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care</i></p>	<p>Å utforske hvilke effekter sang integrert i morgenstell kan ha for personer med demens i sykehjem og deres pleiere.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervjuer av pleierne ble utført på hvert sykehjem etter gjennomføring av morgenstellene. Intervjuene var ustrukturerte slik at pleierne skulle få sagt det de synes var viktigst.</p> <p>Studien ble utført ved 2 sykehjem for personer med demens i Sverige.</p> <p>Forsknings situasjonen var morgenstell, der pleieren hjalp den demensrammede med personlig hygiene.</p> <p>Forskerne sammenlignet morgenstell med og uten musikktiltaket. Det vanlige morgenstellet ble utført av deltagerne én gang i uken over 4 uker. Deretter ble musikktiltaket benyttet over en like lang periode. De samme beboerpleierparene ble opprettholdt under studien. Alle pleierne ble instruert av musikkterapeut slik at de visste hvordan de</p>	<p><math>n= 16</math></p> <p>10 demensrammede mellom 66-92 år. 6 omsorgspersoner (4 utdannende hjelpepleiere og 2 sykepleiere)</p>	<p>Ved bruk av sang av pleierne:</p> <p>Beboerne virket tilsynelatende mer samarbeidsvillige, avslappet og mer tilstede i situasjonen.</p> <p>Bedret kommunikasjonen: bedre flyt og evne til å uttrykke seg igjennom hele setninger.</p> <p>Uttrykk for klarhetsøyeblikk gjennom samarbeidet med pleierne.</p>

			hensiktsmessig kunne integrere musikken i pleien. Pleierne sang kontinuerlig, og så lenge morgenstellet fant sted (10-20 min.) Noen snakket mellom sangene for å instruere beboeren.		
-McDermott, O., Orrell, M. og Ridder, H.M. (2013)  - Storbritannia  - Google Scholar	<i>The importance of music for people with dementia: The perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists</i>	Å få bedre innsikt i musikkopplevselen for mennesker med ulik grad av demens, og utforske hvilken betydning musikkens har for livene deres, og menneskene rundt. De ønsket også å utforske forbindelsen mellom psykososiale faktorer og funnene i denne studien, for å utvikle en teoretisk modell for bruk av musikk i demensomsorgen.	Kvalitativ.  Separate fokusgruppeintervjuer ble gjennomført av forsker og musikkterapeut, McDermott, med: (1) demensrammede og deres familie, (2) demensrammede på dagsenter, (3) helsepersonell og (4) musikkterapeuter. Studien ble gjennomført ved to ulike sykehjem i Storbritannia, på to avdelinger primært for demensrammede.	n=58	Viktigheten av <i>her og nå</i> -opplevelsen som ofte følger med musikk, gikk igjen hos alle deltagerne uavhengig av demensgrad.  Musikk ser ut til å bedre oppmerksomheten til deltagerne med demens.  Musikk løftet humøret til deltagerne med demens, og effektene var ofte umiddelbare og lette å observere.  Det ble utviklet en psykososial modell som avdekket viktigheten av musikk for å støtte mental helse til personer med demens.

<p>- Sung, H-C., Chang, A.M., og Lee, W-L. (2010)</p> <p>- Taiwan</p> <p>- Cinahl</p>	<p><i>A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes</i></p>	<p>Å utforske hvordan foretrukket musikk som tiltak kan redusere angst hos sykehjemsboere med demens.</p>	<p>Kvasiekperimentell studie.</p> <p>Gjennomført ved et langtidssykehjem på 2 ulike avdelinger. 29 deltagerne ble plassert i en forsøksgruppe, og 23 i en kontrollgruppe. Deltagerne i forsøksgruppen fikk lytte til innspilt musikk i 30 min., basert på deltagerens personlige musikksmak. Tiltaket ble utført av pleiepersonell 2 ettermiddager i uken, i 6 uker. Deltagerne i kontrollgruppen fikk standard behandling uten musikk, over samme periode. Angstgraden ble målt med verktøyet "Rating Anxiety in Dementia", som evaluerer angst hos demensrammede ut fra mengde symptomer og tegn på angst de siste 2 ukene. Funnene ble sammenlignet for å finne ulikheter i de to gruppene.</p>	<p>n=52</p> <p>Alle deltagerne var over 65 år, og hadde en moderat til alvorlig grad av demens. Samtlige deltagerne hadde også vist angstsymptomer de siste 6 mnd.</p>	<p>Deltagerne med demens som lyttet til foretrukket musikk hadde betydelig lavere angstskår sammenlignet med dem som mottok standard pleie uten musikk.</p>
<p>- Ray, K.D. og Fitzimmons, S. (2014)</p> <p>- USA</p> <p>-Cinahl</p>	<p><i>Music-Assisted Bathing-Making Shower Time Easier for People with Dementia</i></p>	<p>Å beskrive en musikk-assistert omsorgsteknikk som kan benyttes av omsorgspersoner når sykehjemsboere med demens skal dusje/bade.</p>	<p>Litteraturstudie</p>		<p>Å integrere musikk-assistert bad i den daglige pleien til sykehjemsboere med demens kan redusere aggressiv atferd og uro hos beboerne</p>

					under aktiviteten.
<p>- Sung, H-C., Lee, W-L., Chang, S-M. og Smith, G.D. (2011)</p> <p>- Taiwan</p> <p>- Cinahl</p>	<p><i>Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities</i></p>	<p>Å utforske helsepersonellens holdninger og musikkbruk for eldre med demens i langtidsavdelinger på sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Studien ble utført i 2007-2008. Deltageren fikk et selv-administrert spørreskjema. Det bestod av 29 spørsmål som utforsker helsepersonellens holdninger og bruk av musikk for personer med demens. Spørreskjemaet tok 10-15 min. å fullføre. Spørreskjemaets gyldighet ble vurdert av en forskningsetisk komité i Taiwan.</p>	<p><math>n = 214</math></p> <p>Deltagerne var syke- og hjelpepleiere som jobbet i demensomsorgen på langtidsavdelinger i sykehjem. Pleierne hadde jobbet med demens i minst 3 mnd.</p>	<p>De fleste deltagerne hadde positive holdninger til musikkbruk for demensrammede men bare 30% hadde benyttet musikk i pleien.</p> <p>Det viste seg at de fleste av deltagerne hadde begrenset kunnskap og ferdigheter om bruk av musikk, og over halvparten mente de hadde for lite ressurser og tid til å integrere musikken i praksis.</p>
<p>- Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C. og Lin, L-C. (2010)</p> <p>-Taiwan</p> <p>- Cinahl</p>	<p><i>The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan</i></p>	<p>Å studere hvilken effekt et musikkprogram kan ha, under lunsjmåltider for urolige demensrammede.</p>	<p>Kvasiekperimentell.</p> <p>Studien ble utført på et sykehjem for demensrammede, og strakk seg over 8 uker, hvor det i 4 uker ble avspilt et musikkprogram under lunsjmåltidet. I de andre 4 ukene ble det ikke avspilt et slikt program.</p> <p>Forskerne valgte naturmusikk med et tempo som etterligner</p>	<p>Deltagerne var til sammen 42 stk., over 65 år og hadde en demensdiagnose. Alle hadde tidligere vist urolig atferd.</p>	<p>Musikkprogrammet reduserte fysisk og verbal aggressiv atferd betydelig blant de demensrammede.</p> <p>Studien avdekket at det var én uke mellom gjennomføring en av</p>



			<p>menneskets hjertefrekvens. dette inkluderte pianomusikk og naturlyder som for eksempel rennende vann og fuglesang.</p> <p>Forskerne rekrutterte 6 sykepleiestudenter eller sosialarbeidere til å observere atferden til beboerne, ved hjelp av kartlegingsverktøyene : Barthel ADL, MMSE , og CMAI. Observatørene registrerte type og hyppighet av urolig atferd blant deltagerne mellom 09:00-21:00. Datasamlingen fant sted i alle de 8 ukene.</p>		<p>musikkprogrammet til det ble registrert effekt hos deltagerne.</p>
--	--	--	---	--	---

## 5 Drøfting

Hvordan kan sykepleier integrere musikk i pleien på en langtidsavdeling i sykehjem for å bidra til å fremme god livskvalitet hos mennesker med demens?

### 5.1 *Bruk av musikk under morgenstell*

Å komme seg opp om morgenen kan være både tungt og krevende for enhver, og kanskje særlig for en person med demens. Å ikke vite hva og hvorfor ting gjøres kan skape utrygghet, og har en i tillegg problemer med å huske rekkefølgen på ulike aktiviteter, kan opplevelsen av å ikke mestre være dominerende. Et morgenstell kan trigge flere negative følelser hos en person med demens, dersom han eller hun ikke opplever kontroll over situasjonen.

Morgenstell er en aktivitet som utføres hver dag, og gjentakende negative følelser kan samlet bidra til å redusere livskvaliteten.

En svensk studie fra 2010 (Hammar m.fl.) viste at dersom pleierne sang under morgenstellet, ble beboerne generelt oppfattet som mer trygge og avslappet i situasjonen. Samme studie fant også at sang under morgenstell kunne fremkalle klarhetsøyeblikk hos deltagerne med demens, og noen pleiere beskrev hvordan beboerne uttrykte klarhet gjennom samarbeid; noen vasket seg selv eller prøvde å ta av eller på klær uten å ha blitt instruert til det. Det kan tyde på at resultater som disse kan virke positivt inn på mestringsfølelsen og følelsen av mening hos en person med demens. Dette kan igjen virke positivt inn på livskvaliteten. Studien viste også hvordan beboerne ble mer samarbeidsvillige ved bruk av sang, og uttrykte positive følelser ved å le eller synge med. Som beskrevet tidligere i oppgaven, har mange med demens problemer med å gi uttrykk for sine valg grunnet redusert språkfunksjon (Berentsen 2010). Flere pleiere rapporterte at beboere hadde bedre taleflyt og kunne kommunisere med hele setninger ved bruk av sang. Berentsen (2010) beskriver hvordan mennesker med demenssykdom kan ha negative opplevelser i stellesituasjoner, noe jeg selv har erfart i min praksis i sykehjem.

Ut ifra funnene i studien og det vi vet om fordelene med musikk, vil det være grunn til å tro at sang kan legge til rette for at morgenstellet omgjøres til en positiv situasjon og bidrar til skape en god mellommenneskelig relasjon mellom den demensrammede og pleieren. Dersom beboeren kjenner sangen som blir sunget under stellet, kan den bidra til å skape både mestringsfølelse og en følelse av tilhørighet hos den demensrammede. På den andre siden tror

jeg ikke sang for en hver pris vil lette en situasjon som kan oppleves som utfordrende for mange med demens. Selv om sang under morgenstell kan ha positive sider, har jeg selv erfart at tiltaket kan virke negativt for enkelte beboere. Et eksempel fra praksis: Jeg hjalp en beboer med demens på med jakken og nynnet på en gammel slager, da hun plutselig utbrøt: *Nå må du holde opp med den sangen, jeg blir gal!* Vi lo litt av det, men erfaringen fungerte absolutt som en tankevekker. Senere har erfaringen gjort meg var på observasjoner som kan tilsi at pasienter ikke ønsker å bli sunget for, som ansiktsuttrykk, verbal formidling og kroppsspråk. Det kan også være at pasienten ville reagert annerledes om hun fikk høre sin favorittmusikk, slik som Gerdner (2000) understreker viktigheten av (referert fra Myskja 2006:104).

## **5.2 Bruk av musikk ved assistert dusjing**

Rundt 90% av alle sykehjemsbeboere trenger assistanse ved dusjing (Ray og Fitzsimmons 2014). For mange demensrammede kan dusjing virke truende og innebære utrygghet og motstand (Berentsen 2010). Grunnen til dette kan være at personen med demens ikke opplever kontroll over situasjonen og at det dermed oppstår en angstfølelse som resulterer i uro og aggressiv atferd. Dette er ikke hensiktsmessig verken beboer eller pleier. Siden dusjing er noe de aller fleste personer utfører minst en gang i uken, skal man ikke se bort i fra at angsten og uroen knyttet til aktiviteten, kan gi negative opplevelser. Selv har jeg erfart episoder i praksis der det har blitt vurdert som nødvendig med tvang under dusjingen, hvor situasjonen tilsynelatende har vært traumatisk for beboeren. Hvordan kan musikkbruk ved dusjing bidra til å fremme gode erfaringer hos mennesker med demens? Som beskrevet tidligere, er *følelser* det første som møter en i musikk (Solheim 1996:211), og er det gode følelser som vekkes, kan musikken redusere angst og frykt (Kvamme 2006:163).

Ray og Fitzsimmons har i sin artikkel (2014) utarbeidet en mal for bruk av musikk under dusj og bad i sykehjem, for å gjøre aktiviteten så skånsom og positiv som mulig for beboeren. Fungerer tiltaket, vil det være i tråd med Siri Næss' (2001) påstand om at sykepleieren kan bidra til å fremme god livskvalitet, ved å tilrettelegge miljøet rundt pasienten, så det skapes positive opplevelser. (Referert fra Kristoffersen 2005:50). Forfatterne beskriver at helsepersonell bør vurdere hvilke beboere som tidligere har vist motvillighet, uro og aggressiv atferd i dusjesituasjoner, og som i tillegg uttrykker glede ved musikk. I forkant gjøres en CD/spilleliste med beboerens favorittmusikk klar. Er beboeren i stand til å gjøre rede for seg, kan sykepleier spørre den demensrammede hva slags musikk som er ønskelig. Om ikke, kan

en forhøre seg med pårørende eller kollegaer (ibid). Det er ingen garanti for at musikken vil ha beroligende effekt under bad- eller dusjing, men kanskje er det kun et sangskifte som skal til. Siden forskning indikerer at musikk kan ha umiddelbar positiv effekt på humøret (McDermott m.fl. 2013), kan det være hensiktsmessig å gi metoden et forsøk. Musikk kan være relasjonsskapende, og den kan bidra til bedre samarbeid mellom beboer og sykepleier ved dusjing (Ray og Fitzsimmons 2014).

### **5.3 Bruk av musikk i reminisensarbeid**

Å jobbe med fremkalling og formidling av minner gjøres ofte av sykepleiere i samlingsstunder med beboerne, gjerne over en kopp kaffe (Berentsen 2010). Musikk er ikke nødvendigvis en del av slikt arbeid, og hvor ofte det benyttes, vil nok variere fra enhet til enhet. Å dele tidligere livserfaringer kan i seg selv gi personer med demens mening og innhold i dagene, for ikke å nevne mestringsfølelse og gode relasjoner med andre mennesker (Berentsen 2010). I McDermott m.fl. sin studie (2014), forklarte en deltager med mild demens gleden han opplevde ved å dele følelser gjennom musikk med andre deltagere. Familier og musikkterapeuter i samme undersøkelse, fortalte hvordan musikkgruppene så ut til å fremme tilhørighetsfølelsen hos personer med alvorlig grad av demens. Dette understøtter blant annet filosofen Tatarkiewicz påstand om at det sosiale livet er av stor betydning for livskvaliteten (referert fra Rustøen 2010:31).

Som beskrevet tidligere, kan musikk bidra til å bedre hukommelsen, holde på oppmerksomheten, skape trivsel og styrke relasjoner med andre som også kjenner musikken. På denne måten vil bruk av musikk i minnearbeid samsvare med Siri Næss' (2001) påstand om at en aktivt må fremme menneskers positive opplevelser for å bidra til økt livskvalitet (referert fra Kristoffersen 2005:50). Med dette som grunnlag, kan et sykepleietiltak være å gjøre musikk til et sentralt element i reminisensarbeidet. En måte å løse det på, kan være å lage en spilleliste med slagere fra beboernes yngre dager, og integrere denne i minnearbeidet. *Den siste song*, inneholder mange forslag til musikk som ofte slår an hos eldre (Myskja 2006:227-233). Musikken kan på denne måten kan skape en relasjon, mening og tilhørighet blant deltagerne i gruppen, og siden musikk kan fremme tale- og språkfunksjonen (Berentsen 2010:357), kan det åpne for samtale rundt sangene for dem som ellers ikke ville hatt mulighet til muntlig deltagelse. Dette vil i seg selv også kunne bidra til å fremme en følelse av mestring. Her bør det tas i betraktning at sangene Myskja foreslår er berømte i *vesten*, og

sykehjemsbeboere som ikke er vokst opp i den vestlige verden vil kanskje ikke kunne relatere seg til denne type musikk. Etter hvert som Norges innvandringsbefolkning blir eldre, vil vi møte stadig flere mennesker fra etniske minoriteter i eldreomsorgen (Hanssen 2010:38). Et annet poeng, er at man ikke se bort i fra at reminisensarbeid også kan fremkalle vonde og såre minner hos beboerne, og sykepleieren bør være oppmerksom på tegn som kan indikere dette (Berentsen 2010:376). Først og fremst er alle beboerne enkeltindivider med sin egen bakgrunn og assosiasjon til de ulike sangene. Gerdner beskriver viktigheten av individualisert musikk i flere av sine forskningsartikler (Myskja 2006). Siden musikken ikke blir individualisert i samlingsstunder, kan en ikke ta for gitt at samtlige deltagere liker sangene, selv om de muligens skaper erindring av minner.

#### **5.4 Bruk av musikk under måltider**

I praksis på en somatisk avdeling ved et sykehjem, la jeg merke til plakater i beboernes spisestue, som informerte om at all musikk og tv skulle være slått av under måltidene. Grunnen til dette, sa en sykepleier, var at pasientene hadde tendens til å bli urolige og ukonsentrerte dersom det var *støy* rundt dem. Selv om jeg forstod at støy fra et fjernsyn for de fleste ikke akkurat fungerte som terapeutisk stimuli, stilte jeg meg undrende til hvorfor musikk ikke kunne ha effekt. Da jeg under artikkelsøkingen fant en studie angående bruk av musikkprogram ved lunsjmåltider i et sykehjem, kom jeg igjen til å tenke på hva slags holdninger jeg hadde erfart knyttet til musikkstimuli og måltider. Studien, utført av Chang m. fl. fra 2010, indikerte det motsatte av det jeg fikk høre på sykehjemmet: rolig bakgrunnsmusikk under måltider kan redusere graden av aggresjon og uro blant sykehjemsbeboere med demens. Her vil jeg igjen vise til Kvamme (2006:157), som beskriver fordelene musikk kan ha for å bedre konsentrasjonsevnen til mennesker med demens. Dette kan tyde på at musikken kan hjelpe pasientene til å holde oppmerksomheten på måltidene, samt redusere aggressiv og urolig atferd. Kanskje musikk ikke er så lite hensiktsmessig som sykepleieren hevdet? Hva med å fjerne *støyen* fra fjernsyn og lignende, og legge til rette for en god atmosfære med rolig bakgrunnsmusikk? Forskeren McDermott m.fl. (2014), understreker viktigheten av musikk for å skape en god atmosfære og trivsel i sykehjemmiljøet. På den andre siden bør en ta i betraktning at musikken i fellesområder ikke blir individualisert, og beboerne vil respondere ulikt på stimulusen.

## **5.5 Bruk av musikk ved innsovning**

Søvn er essensielt for alle mennesker, og en søvnfattig natt kan skape et dårlig utgangspunkt for neste dag. Depresjon og angst er som nevnt viktige årsaker til søvnproblemer, og søvnløshet kan redusere konsentrasjonsevnen, humør og livskvalitet (Ranhoff 2010:313). Jeg har nå gjennomgått flere studier og fagbøker som bekrefter at musikk kan skape trygghet, trivsel, redusere angst, depresjon og fremme gode følelser. På grunnlag av dette, kan det være grunn til å tro at musikk også kan bidra til å fremme søvn hos personer med demens. Dessuten fremhever Ray og Fitzsimmons (2014) at musikk kan redusere fysiske spenninger og fremme avslapping. Å bli hjulpet i seng om kvelden uten helt å forstå hvorfor eller hva som skjer, kan fremkalle en angstfølelse. I studien til Sung m.fl. (2010) hadde deltagerne med demens som lyttet til foretrukket musikk betydelig lavere angstskår sammenlignet med dem som mottok standard pleie uten musikk. Basert på disse funnene, kan det tenkes at dersom sykepleier synger en sang, eller spille individualisert musikk for beboeren ved kveldstider, kan ha gunstig effekt for å fremme søvnen. Slik kan sykepleier muligens legge miljøet rundt beboeren til rette, for å oppnå bedret søvn. Kanskje kan man gå så langt som å si at bruk av musikk for å fremme søvn, også kan bidra til å redusere depresjon og angst hos demensrammede?

## **5.6 Langtidseffekter ved bruk av musikk?**

Det er utfordrende å vurdere om personer med demens opplever langtidsvirkninger av musikk, da mange glemmer aktiviteten etter kort tid (Kvamme 2006:168). Likevel vil en generell opplevelse av å ha det godt eller dårlig avhenge om man har mange nok gode følelser og opplevelser i hverdagen (ibid). Musikkterapeutene i McDermott m.fl. sin studie (2014), påpekte blant annet at meningsfull kontakt og samvær med andre under musikkgruppene, så ut til å være mer avgjørende for livskvaliteten enn potensielle *langvarige* effekter av musikken. På grunnlag av dette, kan det tenkes at sykepleier kan bidra til å fremme livskvaliteten til demensrammede ved å integrere musikk i *hverdagen*, som drøftet i punktene ovenfor. Slik kan de oppleve glede og andre positive følelser hyppig fremfor en gang i blant, der en i tillegg ikke vet om beboeren vil ha langtidseffekter av musikken.

## **5.7 Sykepleieres holdninger til bruk av musikk i pleien**

For at en sykepleier skal kunne hjelpe pasienter til å oppleve bedret livskvalitet med musikk, er det interessant å se på yrkesgruppens holdninger til temaet. Det kan tenkes, at sykepleieres holdninger vil være avgjørende for om de velger å integrere musikk i pleien. Jeg har funnet lite forskning rundt dette, men en kvantitativ studie utført i Taiwan, kan kanskje gi en pekepinn. Deltagerne (214 hjelpe- og sykepleiere) fylte ut et spørreskjema anonymt, der hensikten var å finne ut av holdninger og hva slags kunnskap helsepersonell hadde om bruk av musikk for demensrammede. Studien viste at de fleste pleierne ikke benyttet musikk i pleien, men at de generelt hadde positive holdninger til terapiformen (Sung m.fl. 2011). Den hyppigst nevnte faktoren til at musikk ikke ble benyttet, var mangel på kunnskap og ferdigheter. Her vil jeg trekke frem Jakobsens uttalelse om at det er nødvendig med en forsterking av *ytre ressurser*, for at en person med demens skal kunne oppleve mestring (2007:68), og dermed kunne bedre livskvaliteten. Som beskrevet tidligere, kan musikk benyttes som en ressurs for å styrke mestringsfølelse og livskvalitet hos personer med demens (Kvamme 2006:164). Hvis ikke sykepleiere er innforstått med dette, vil det kanskje heller ikke falle naturlig å benytte musikken i arbeidssituasjoner. Psykologen Siri Næss (2001) hevder blant annet at bedret livskvalitet krever å [...] *tilrettelegge miljøet omkring pasienten slik at det gir mulighet for positive opplevelser*. (Gjengitt etter Kristoffersen 2005:50). Selv om musikk kan være en faktor som legger til rette for gode opplevelser, vil ikke nødvendigvis musikken i seg selv hjelpe pasienten, dersom pleien for øvrig er av dårlig kvalitet.

Jeg har i oppgaven drøftet muligheter for hvordan sykepleier kan integrere musikk i pleiehverdagen til demensrammede, noe som samsvarer med Næss' utsagn ovenfor. Lege, Anton Aggernæs, beskriver det på en lignende måte; Det bør blant annet kartlegges hva pasienten lett kan få av ressurser, som kan bidra til å bedre hans eller hennes opplevelse av livskvalitet (referert fra Rustøen 2010:39). Sung m.fl. (2011), rapporterte at flere deltagere opplevde mangel på opplæring i musikkbruk under sykepleieutdanningen. Dette har jeg selv, som nevnt innledningsvis, også erfart under min sykepleierutdanning. Jeg har ikke funnet noen norske studier om temaet, men det at også sykepleiere i Øst-Asia rapporterer å ikke ha nok undervisning om bruk av musikk i sykepleie, kan tyde på at dette gjelder globalt. Schussler (2004) har poengtert at sykepleiestudentene på Høgskolen i Oslo nå har forelesninger om musikk, blant annet i omsorgen til sykehjemsbeboere. (Gjengitt etter Aasgaard 2006:48). Kan dette være et tegn på at musikk er i ferd med å implementeres i undervisningen igjen, slik som frem det var frem til andre verdenskrig? Myskja (2006:120)

hevder at helsepersonell som ønsker å integrere musikk i pleien på sykehjem trenger å strukturere arbeidet med miljøtiltak, noe jeg har forsøkt å fremstille i denne oppgaven. Forskning som er gjort, kan tyde på at det finnes mange hensiktsmessige måter å benytte musikk i demensomsorgen. Jeg har presentert ulike måter sykepleier kan integrere musikk i pleien ut fra forskning jeg har funnet, men antagelig vil det også være mange andre muligheter for sykepleier å dra nytte av musikken på for å bidra til å skape positive opplevelser og følelser i hverdagen til en person med demens.



## 6 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å finne ut hvordan sykepleier kan integrere musikk i pleien på en langtidsavdeling i sykehjem, for å bidra til å fremme god livskvalitet hos personer med demens. Musikk kan ha positiv effekt på typiske demenssymptomer som nedsatt mestringsfølelse, depresjon, angst, nedsatt identitetsfølelse og utrygghet. Forskning viser at musikk integrert i morgenstell og dusjesituasjoner kan gi demensrammede en mer behagelig opplevelse av situasjonen, redusert motstand og uro samt fremme positive følelser og erfaringer hos beboeren. Det viser seg at individualisert musikk kan ha mye å si for effekten av musikken. Sykepleier kan integrere musikk i daglig reminisensarbeid for å bidra til å skape relasjon, mening og tilhørighet blant beboerne. Musikk blir også understreket som en viktig bidragsyter for trivsel og god atmosfære i sykehjemmiljøet, noe som kan styrke beboernes livskvalitet. Funn indikerer også at sykepleiere har positive holdninger til bruk av musikk i demensomsorgen, men at det trengs mer undervisning om temaet i utdanningen. Det mangler foreløpig utdypende forskning om norske sykepleieres holdninger til - og erfaringer med - bruk av musikk i pleien.

## Litteraturliste

Aasgaard, T. (2006). Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I: T. Aasgaard (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bertelsen, A.K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C. og Lin, L-C. (2010). The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (7/8):939–948.  
doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02801.x

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Hammar, L.M., Emami, A., Götell, E. og Engström, G. (2010). The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7/8):969-978. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x

Hanssen, I. (2010). Etniske minoriteter. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hørmann, E. (2012). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Hørmann, E. (2012). Studier af litteratur. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo – om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

- Kirkevold, M. (2010). Gammel og syk. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. (2005). Helse og sykdom. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie – bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvamme, T.S. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I: T. Aasgaard (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- McDermott, O., Orrell, M. og Ridder, H.M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging and Mental Health*. doi:10.1080/13607863.2013.875124
- Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Myskja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*. Bergen: Griegakademiet. (Doktorgradsavhandling i musikkterapi)
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I: S. Næss, T. Modum og J. Eriksen (red.). *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ranhoff, A.H. (2010). Søvn og søvnproblemer. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ray, K.D. og Fitzsimmons, S. (2014). Music- Assisted Bathing – Making Shower Time Easier for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 40 (2):9-13. doi:10.3928/00989134-20131220-09
- Rienecker, L., Jørgensen, P.S. og Skov, S. (2012). *Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. utg. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I: U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I: T. Aasgaard (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Solheim, K. (1996). *Demensguide – holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Otta: Tano Aschehoug.

Sung, H-C., Chang, A.M., og Lee, W-L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (7/8):1056-1064. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

Sung, H-C., Lee, W-L., Chang, S-M. og Smith, G.D. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (11/12):1776–1783. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03633.x

Thorsen, K. (2010). Aldringsteorier. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wahl, A.K. og Rokne, B. (2011). Sykepleie. I: S. Næss, T. Modum og J. Eriksen (red.). *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.