



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Kirsti Wilhelmsen Eikbråten

«Stjerneskudd»

**«Hvordan kan sykepleieren bruke sang og musikk som metode
i miljøbehandlingen for å skape trygghet »?**

EOPSH, kull 3.

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Antall Ord: 9672.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	- 1 -
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	- 2 -
1.2 Problemstilling	- 3 -
1.3 Avgrensninger	- 4 -
2.0 Metode.....	- 5 -
2.1 Søkeord.....	- 5 -
2.2 Databaser	- 5 -
2.3 Kildekritikk	- 6 -
3.0 Teoretisk referanseramme	- 7 -
3.1 Omsorgsbegrepet.....	- 7 -
3.2 Kari Martinsen sitt syn på omsorg	- 7 -
3.3 Personsentrert omsorg	- 8 -
3.4 Trygghet	- 9 -
3.5 Musikk.....	- 10 -
3.5.1 Fysiske endringer	- 11 -
3.5.2 Hukommelse.....	- 11 -
3.5.3 Følelser	- 11 -
3.5.4 Felles sang	- 12 -
3.5.5 Omsorg sang.....	- 12 -
3.5.6 Individualisert musikk.....	- 12 -
3.6 Miljøbehandling	- 12 -
3.7 Sense of Coherence	- 13 -
3.8 Demens.....	- 14 -
4.0 «Hvordan kan sykepleieren bruke sang og musikk som metode i miljøbehandling for å skape trygghet»?.....	- 16 -
4.1 Kjærlighet.....	- 18 -
4.2 Trygghet	- 20 -
4.3 Relasjoner/ tilknytting	- 21 -
4.4 Inklusjon/tilknytting	- 23 -
4.5 Trøst	- 25 -
4.6 Aktivitet/ Beskjeftigelse	- 26 -
5.0 Konklusjon	- 29 -
5.1 Veien videre	- 30 -
Referanseliste	

1.0 Innledning

Stortingsmelding 25. (2005-2006) melder det i de neste 30-40 år vil antall personer med demens øke til 130 000 mennesker. I et sykehjem vil omtrent 80 prosent av pasientene ha demens som hoveddiagnose eller ved siden av andre diagnoser. Det er også i fremtiden forventet en økning av eldre over 80 år (Helse og omsorgsdepartement, 2006).

Selbæk (2010) skriver at det i dag ikke finnes medisiner som kurerer sykdommen demens. Det vil skje en utvikling av sykdommen, som etterhvert vil kreve tilrettelegging av miljøet rundt pasienten. Det er i fremtiden forventet en økning av antall personer med demens sykdom. Det vil da i fremtiden være behov for å ta i bruk nye omsorgstiltak. Han hevder musikk som tiltak viser lovende resultater og er uten farlige bivirkninger.

Stige (2010) hevder musikk kan mobilisere ressurser hos personer med demens. Glemsk men ikke glemt (2007) skriver utfordringen ved sykdommen, blir å jobbe på en slik måte som kompenserer for svikt og bidrar til tilrettelegging for økt mestring. Da vil optimale rammebetingelser som små enheter med 6 - 8 pasienter, stabilt personale med gode relasjoner og fagkompetanse være optimalt (Sosial og Helsedirektoratet, 2007).

St meld. 25. (2005-2006) påpeker sykehjemspasienter i dag får et for dårlig sosialt og kulturelt tilbud. Stortingsmeldingen hevder musikk som et kulturelt tilbud kan gi stimulering i hverdagen, glede og trivsel (Helse og omsorgsdepartement, 2006). St meld.29 (2013) hevder god omsorg i fremtiden vil vektlegge og være i aktivitet både sosialt og fysisk. Musikkgrupper står anbefalt som metode i miljøbehandling for å få til et sosialt og kulturelt tilbud (Helse og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Et historisk tilbakeblikk fra 1400 tallet, viser hvordan musikk alltid har berørt kropp og sinn hos mennesker. I antikken trodde man enkelte tonearter kunne virke berolige eller oppkvikkende. Musikk kunne dermed påvirke sinnet og ble naturligvis brukt i medisinsk behandling. For å bevare helsen ble det viktig å styrke sinnet, gjennom å involvere seg i kulturelle aktiviteter. I året 1438 ble folk rådet til å unngå følelser som tristhet, sinne og ensomhet, for å forhindre angrep på

pesten. På 1800 tallet ble musikk brukt til behandling i for eksempel psykiatriske sykehus. Sykehuset ansatte musikkterapeuter som fikk ordinasjon og godkjenning av legene til å spille musikken, som ble valgt ut til pasientene (Ruud, 2005).

Min erfaring som avdelingssykepleier i en skjermet avdeling er observasjoner hvor jeg opplever musikk kan gi glede, vekke minner og tar frem det beste som er igjen hos pasientene. Mange pasienter i avdelingen jeg jobber i har utfordrende adferd, ofte som følge av manglende språk. Jeg opplever det vanskelig å få inkludert disse personene inn i aktiviteter og inn i det sosiale felleskapet. Min erfaring er allikevel hvordan musikken påvirker pasientene, på en positiv måte. Dette viser seg når personer med dårlig språk synger med, eller gynger i takt med musikken. I avdelingen bruker vi musikk ved at vi synger enkle sanger fra en sangbok da vi sitter i fellesstuen. Musikken spilles fra en felles cd spiller, som er plassert i stuen. Utvalget på cd plater er magert og ofte er det gammeldans eller svensk låter i utvalget. Av og til danser vi med pasienter som inviterer til det.

Reduserte kognitive evner, kan gjøre det vanskelig å mestre hverdagen. Omsorgspersoner og gode relasjoner blir sentralt for trygghet. Omsorg vil i denne oppgaven tilsvare kan i problemstillingen og danner grunnlag for min sykepleietenkning. Målet er en best mulig hverdag der positivt personarbeid og psykologiske behov blir grunnleggende for trygghet. Uten trygghet i hverdagen kan angst og fortvilelse medføre utrygghet.

«Stjerneskudd» ble tittelen på min oppgave. Ideen fikk jeg av Tom Kitwood som refererer til de gode øyeblikkene som gjør at livet fortoner seg lysere. Ved bruk av musikk oppleves glede, velvære og livskvalitet i øyeblikket (referert av Kvamme, 2006, s.169).

1.2 Problemstilling

Min problemstilling ble formulert slik:

Hvordan kan sykepleieren bruke sang og musikk som metode i miljøbehandlingen for å skape trygghet?

1.3 Avgrensninger

Målgruppen i denne oppgaven er pasienter med demens på sykehjem med moderat til alvorlig grad av demens sykdom. Musikk i denne oppgaven er ikke knytte til musikk som terapi. I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan musikk kan skape trygghet og bidra til å hjelpe personer inn i det sosiale felleskapet.

Trygghet er grunnmuren i oppgaven. Velvære og livskvalitet er sentralt i forhold til trygghet. Kitwood sine psykologiske behov har som mål å støtte en person. Jeg anser begrepene trygghet, velvære og livskvalitet til å henge sammen.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i 5 kapitler. Første kapitelet er en innledning som ender i en problemstilling. Så kommer metodedel, der jeg beskriver søkeprosessen og kildekritikk. I teoretisk referanseramme presenterer jeg teori som er relevant for min problemstilling. Etter dette kommer en drøftingsdel av teori og hvordan jeg kan bruke kunnskapen i min arbeidshverdag. Så kommer konklusjonen og tilslutt har jeg med litt om veien videre for å få implementert musikk i miljøbehandlingen.

1.0 Metode

For å gjøre en litteraturstudie, trenger vi et verktøy som kan fremskaffe ny kunnskap eller som etterprøver gammel kunnskap. Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie hvor jeg søker faglitteratur, kritisk vurderer, presenterer og drøfter informasjonen. Det finnes kvantitative og kvalitative tilnæringsmetoder for å få frem målbare enheter. Kvantitative tilnærming er basert på harde fakta som målbare enheter. Gjennom denne metoden går en i bredden, og data og funn skal lett kunne overprøves. Gruppen som undersøkes er strategisk valgt eller tilfeldig valgt. De myke data er materiale som kvalitative studier gir og går mer i dybden. Dataene er ofte knyttet til subjektive erfaringer. Gjennom denne metoden kan en finne ut meninger og opplevelser av noe som skal forskes på (Dalland, 2012).

Forskerens forforståelse og rolle og dermed motivasjon for å finne ut av ny kunnskap skal alltid redegjøres for og metoden skal være etterprøvbar og kontrollerbar. Det viktigste med resultatene er om de samsvarer med våre erfaringer i praksis. I en metode skal også etiske overveielser drøftes og usikkerhets momenter med metoden (Ibid.).

2.1 Søkeord

Får å få de riktige Mesh ordene skrev jeg ordene på norsk inn i Cinal hedings og fikk opp engelske Mesh ord. Ordene jeg fikk opp på engelsk ble satt inn i et Pico skjema nedenfor. Søkeordene ble Music* Music therapy* Dementia*. Disse ordene ble satt inn i et pico skjema.

2.2 Databaser

Mine søkeord gav mange treff, noe som tyder på at det er mye forskning på bruk av musikk til personer med demens. Siden jeg er sykepleier benyttet jeg meg først av aktuelle databaser som Idunn, Sve-Med+, Ageline og Cinal.

Jeg søkte i databasen til Cochrane Libery om effekt av musikk. Konklusjonen var metodiske svakheter og derfor vil det være vanskelig å trekke noen sikker konklusjon av effekten av musikk. Musikk ser allikevel ut til å gi positive resultater sosialt, følelsesmessig og kognitivt.

2.3 Kildekritikk

Min forståelse til musikk i miljøbehandling er knyttet til min egen arbeidshverdag. Jeg har subjektive opplevelser der musikk gir glede, aktivisering og mobiliser ressurser som ligger hos pasienten. Min forskerrolle kan lett fargelegges av mine gode erfaringer jeg har med musikk, derfor er det en styrke å belyse sentral og grunnleggende teori i faglitteraturen. Jeg har brukt 6 artikkeler som sier ting på en enkel måte, men også for å utdype faglitteraturen. Jeg har brukt referanselister i andre bøker og de viser ofte til de samme referansene. Dette øker troverdigheten til kilden. Jeg har prøvd å ha et bevisst fokus på å bruke referanselister i andre bøker å gå tilbake til primærkilden. Derfor har jeg bøker som også er pensumbøker, som er ekskludert. Ruud og Myskja er sentrale i Norge med musikk forskning. Begge to er leger i bunn og har med seg en biomedisinsk bakgrunnsforståelse, noe jeg tror styrker deres forskning til musikk som miljøbehandling. Deres lærebøker samsvarer i teori og med det jeg opplever i min arbeidshverdag. Jeg har brukt 2 forskningsartikler. Jeg ser i ettertid at jeg kunne søkt opp flere primærkilder i stede for å henviser til sekundærkilder.

Om jeg skal kritisere litteraturstudie som metode er at jeg ikke får prøvd ut i teori i praksis samtidig som jeg skriver.

3.0 Teoretisk referanseramme

Her presenteres en teoretisk forståelse av grunnleggende teori som etterpå vil bli drøftet. Først kommer kort om omsorgsbegrepet, etter dette Kari Martinsen sitt syn på omsorg. Så tar jeg for meg personsentrert omsorg, trygghetsbegrepet, musikk, miljøbehandling, musikk, Sense of Coherence og tilslutt om sykdommen demens.

3.1 Omsorgsbegrepet

Kristoffersen (2002) refererer til Milton Mayeroff beskrivelse av omsorg, som gir personer en mulighet for vekst. En vekstfremmende omsorg bygger på kunnskap til personen, vekslende rytme av graden i nærhet mellom partene, tålmodighet, ærlighet, tillit, ydmykhet og håp. Sykepleieomsorg er å fremme positive verdier hos enkelt menneske eller i grupper.

3.2 Kari Martinsen sitt syn på omsorg

Personer med demens vil bli sårbar fordi personene vil bli avhengig av andres hjelp i hverdagen. Pasient og pleier vil i en omsorgssituasjon ikke klare å være likeverdige, men som mennesker er vi det. Siden jeg er sykepleier vil jeg nå presentere Kari Martinsen sin filosofi på omsorg.

Kari Martinsen (1989) er inspirert av filosofen og teologen Løgstrup sin tenkning. Hun fremhever felleskapet og relasjoner til andre som sentralt. Omsorg kan deles opp i «om» og «sorgen». Dette forutsetter to parter og den ene parten lider (sorgen), mens den andre parten vil ha omsorg for den andre. Personer som lider vil være avhengig av andres omsorg, derfor er nestekjærighet sentralt. Martinsen bruker ikke begrepet pasient men en person. Moralen blir dermed knyttet til kjærighet som i omsorg betyr å gjøre det beste for personen, der omsorgsgiveren ikke skal forvente gjengjeld tilbake for omsorgstjenesten en yter for en annen.

I følge Kristoffersen (2002) har omsorg en sosial dimensjon bestående av:

- Den moralske dimensjonen, som skapes gjennom handlinger i konkrete omsorgssituasjoner. Gode sykepleie må læres for eksempel gjennom refleksjon. Praksis er å gjøre det beste, uten å misbruke sin makt ovenfor syke og avhengige mennesker.
- Den relasjonelle dimensjonen som skapes gjennom samhandling og dialog. Sykepleieren er forpliktet til å hjelpe, noe som krever en interessert og engasjert sykepleier som ikke forventer noe tilbake. For å møte den syke vil det kreve kunnskaper og kompetanse. Sykepleieren må også være åpen for sansing som betyr å tyde en handling og uttrykke en handling.
- Den praktiske dimensjonen som omhandler utføring av våre omsorgshandlinger. Omsorgen skal tilrettelegges og utføres på en slik måte at pasienten bevarer selvbilde og myndighet. Sykepleierens erfaring er viktig og betydningsfullt er det å bruke praktiske redskaper som pasienten kjenner.

3.3 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood (2006) utviklet et utvidet verdi grunnlag for omsorg til personer med demens. Viktig i hans teori er å bevare personen sin ”person hood». Den defineres som » den rang eller status, der tildeles et menneske af andre i en kontekst af indbyrdes forhold og social væren». Det innebærer genkendelse, respekt og tillid» sier (Kitwood, 2006, s.18).

Kitwood (2006) hevder alle mennesker er unike og vil derfor kreve en individuell tilnærming, som støtter den enkelte personen. Kitwood skisserte derfor 5 grunnleggende psykologiske behov, som alle mennesker trenger for å fungere som en person. Sentralt for alle behov er behov for kjærlighet der alle psykologiske behov inngår i «kjærlighetsbegrepet». Et psykologisk behov kan overlape et annet.

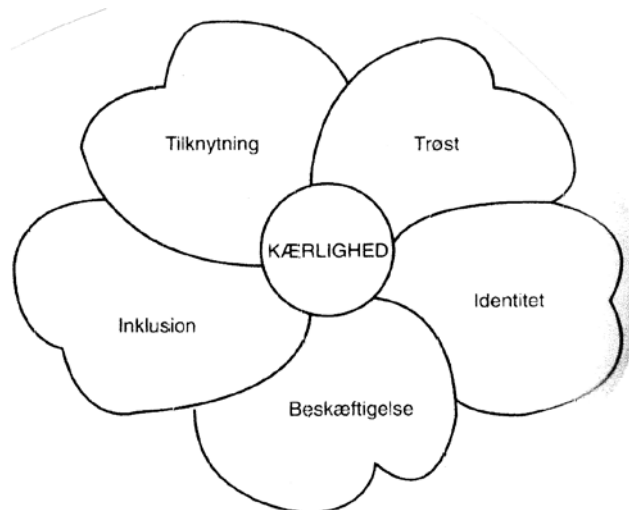


Fig 1 (Kitwood, 2006, s, 90)

Gjennom et langt liv får vi alle en særegen livshistorie. Ved demens kan sykdom de kognitive endringer gjøre det vanskelig å oppleve en sammenheng mellom i nåtid og livshistorien.

Kitwood (2006) hevder det blir viktig å løfte frem det enkelte mennesket å hjelpe det å opprettholde sin identitet og velvære. Trøst kan innebære og være tilstede, vise forståelse, ømhet og nærhet. Det kan også være å være tilstede når fortvilelsen og engstelsen kommer, fordi hverdagen kan bli vanskelig å mestre. Tilknytting er et grunnleggende behov i oss, fordi vi skaper følelsesmessige bånd eller tilknyttinger til andre fra vi er små til vi dør.

Beskjeftigelse handler om å være involvert i noe meningsfullt, med rikelig tilgang til støtte, forståelse og et tilpasset aktivitetsnivå etter funksjonsnivå (Kitwood, 2006).

3.4 Trygghet

Trygghetsbegrepet er som innledningsvis overbærende begrep i denne oppgaven. Som nevnt i innledningen ligger livskvalitet og velvære underordnet trygghet, selv om jeg ikke utdyper disse begrepene mer.

Segesten (1994) hevder trygghet er en følelse, en indre tilstand eller som relasjon. En trygghetsfølelse kan beskrives som ro, glede, tillit, balanse, varme, lykke, harmoni eller sjelefred. En manglende trygghetsfølelse kan medføre en følelse av å mangle plass i tilværelsen, uro, usikkerhet, frustrasjon, ubalanse, redsel, spenning, nervøsitet eller vondt i magen. Segesten (1994) deler trygghet inn som selvtrygghet som går ut på å være venn med seg selv og ha positive følelser og erfaringer. Trygghet til omverden handler om å forstå,

forutse, håndtere og kontrollere den tilværelsen en lever i. Den materielle tryggheten handler om penger, bosted, skole osv. I relasjonstryggheten ligger det å ha et nettverk rundt seg, der kvalitetene til relasjonene er preget av åpenhet og ærlighet. Det er også viktig at personen blir møtt på en positiv måte. Trygghet kan være å slippe å være alene, en hånd å holde i eller som kontinuitet i pleierelasjoner. De som skal gi trygghet må selv være trygge, varme, rolige og snille (ibid.).

3.5 Musikk

Musikk har alltid vært brukt i behandling av psykiske lidelser. Musikk som metode og effekt på kropp og følelser vil nå bli utdypet.

Kvamme (2008) hevder mange behandlingsmetoder foregår gjennom et intakt talespråk og via verbal kommunikasjon. Hun hevder lyd, rørelse og rytme er musiske elementer. Jeg vil nå beskrive hva som ligger i begrepet alle mennesker er musikalske. Musikk i denne oppgaven har ikke fokus på innhold, men på de musiske elementene. Musikalitet defineres som vår evne til å reagere kognitivt og følelsesmessig på musikk, eller bruke musikk som et uttrykk.

Forståelsen av musikk er en prosess som begynner ved livets start og varer livet ut. Lyd, rørelse og rytme er musiske elementet. Bjørkvold (2005) og Myskja (2003) skriver musikalitet starter i mors mage og varer helt til siste åndedrag. Fra vi er spedbarn kommuniserer vi med å skrike og gjennom kroppsspråket. Omsorgspersoner vil etterhvert klare å tolke disse signalene. Skrik og gråt vil variere i intensitet og volum noe som gjør det lettere for foreldre å skille ulik gråt fra hverandre. Trygghet blir etterpå signalisert gjennom den responsen foreldre gir. Responsen kan være å bære på barnet, gyngesanger eller å synge beroligende voggelieder. Tryggheten blir grunnlagt på bakgrunn av foreldrene sine responser på barnets kommunikasjon. Når barnet er urolig bærer vi på barnet, synger eller nynner for det. Når barnet er fornøyd smiler barnet og får mange gode tilbakemeldinger. Etter hvert kommer ord som blir til setninger og den verbale kommunikasjonen er i gang (ibid.).

Her vil jeg nå beskrive hvordan musikk har innvirkning på fysiske endringer, hukommelse og følelser.

3.5.1 Fysiske endringer

Kvamme (2008) skriver om hvordan rytme og sang stimulerer hjernen og sentralnervesystemet til bevegelse. Rytmask stimulering kan gi bedre flyt i bevegelsene, hurtigere gange og økt skrittlengde. Sang kan stimulere til bedre oksygen tilførsel til hjernen ved at en trekker pusten og slipper luften ut. Myskja (2006) skriver om hvordan musikk kan påvirke blodtrykk og puls og få kroppen til å roe seg ned eller lettere å aktivisere seg selv. Musikk virker dessuten også på en bedret utholdenhet og tåleevne.

3.5.2 Hukommelse

Kvamme (2008) skriver selv om korttidsminnet er borte er ofte langtidshukommelsen godt ivaretatt langt ut i demens forløpet. Derfor kan en kjent sang være lettere å gjenkjenne en å gjenkalle fra hukommelsen. I hukommelsen ligger prosedyrehukommelsen. I denne hukommelsen ligger det som er innlært godt lagret. Det er derfor mange uten språk kan synge med særlig i refrenget. Det viser seg at musikk som stimuli har en sterk påvirkning til å vekke minner. Minner vil igjen medføre en økt oppmerksomhet og følelser vekkes (ibid.).

3.5.3 Følelser

Når følelser vekkes kan det også se ut som etterpå det blir lettere å finne ord. Ruud (2009) hevder musikk kan vekke følelser og gode minner og dermed gi en god grunnstemning i pasienten sitt humør. Med kommunikasjon menes å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler gjennom språk eller kroppsspråket (Heap, 2002,). Kvamme skriver hvordan musikk kan gjøre det lettere å gjenkjenne, utrykke følelser og opprettholde oppmerksomheten over tid. Ruud (1997) hevder hver gang vi lytter til musikk, vekkes minner og følelser som igjen aktiviserer hjernen på en annen måte en det språket ville ha gjort. Musikk kan derfor gjenskape trygghet og minske disposisjon for uro og utrygghet hos pasientene.

3.5.4 Felles sang

Myskja (2006) anbefaler 3-5 deltagere avhengig av funksjonsnivå men max 8. personer. Aktiviteten må foregå på et uforstyrret sted og med en medhjelper som kan ta avbrytelser og lignende. De andre som er på jobb må vite om aktiviteten og ikke å forstyrre. Varighet på aktivitet vil være ca. 30-45 min.

3.5.5 Omsorg sang

Myskja (2012) forteller om omsorgssang som er å synge under stell på bakgrunn av 2 sanger, som en opplever å nå inn til den enkelte pasient etter en kartlegging. Verktøyet til omsorgspersonene blir enten å synge sanger, spille eller å synge etter en ferdig innspilt musikk cd tilhørende pasienten. Intensjonen med behandling er å gjøre urolige pasienter roligere under stell (NRK Kultur- og- underholdning, 2012).

3.5.6 Individualisert musikk

I vår avdeling bruker vi musikk usystematisk, fordi bruk av sang og musikk ikke har noen fast struktur. Jeg vil nå presentere en metode, som er individuell måte å tilpasse musikken på. Vi har ulike musikk smak og musikk valg kan variere etter dagsform, behov og følelser. Linda Gerdner laget derfor en metode på 1990 tallet, der musikk tilpasses individuelt avhengig av en person sin musikk smak. Dette kan gjøres ved å kartlegge individualisert musikk på bakgrunn av personen sin historie, kultur, alder og personlighet. Det brukes et valider kartleggingsinstrument der pårørende, erfarne pleiere eller venner kan få opplæring. På bakgrunn av ansiktsuttrykk og respons hos pasienter lages en preferanse cd tilpasset hver enkelt pasient (Myskja, 2006).

3.6 Miljøbehandling

I dag er det ulik tilnærming til personer med demens. Jeg ønsker nå å utdype hva som ligger i begrepet miljøbehandling som musikk vil representere.

Engedal & Haugen (2006) hevder miljøterapi er en aktiv behandlingsform, som har til hensikt å bedre en person sine kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter i dagliglivet.

Vatne (2006) skriver at miljøbehandling er behandling der en vektlegger de terapeutiske prosesser, som iverksettes og mobiliseres av pasienten ved å tilrettelegge og støtte de kognitive endringer som har skjedd hos pasienten.

Gunderson (1983) beskriver miljøterapi der en har til hensikt å tilrettelegge og støtte miljøet gjennom struktur. Miljøet i seg blir en behandling som fremmer og muliggjør positive endringer for pasienten. For å klare dette må miljøet være å ha Structure (Struktur), Involment (Engasjement), validation (bekrefte), support(støtte) og Containment (beskyttelse). En pasient har ulike behov og vil derfor trenge ulike tilnærming. En med sykdommen demens vil trenge støtte, mens en psykotisk pasient vil trenge mer av beskyttelse i sin tilnærming.

3.7 Sense of Coherence

Jeg har tatt med Aron Antonovsky, fordi personer med demens har reduserte kognitive evner og mange føler liten sammenheng i hverdagen. Med en kognitiv svikt følger ofte nedsatt mestring og anerkjennelse i hverdagen. Denne følelsen utsetter en person for mye stress og over tid kan det medføre uhelse. Sentralt blir og identifiserte faktorer som påvirker helsen positivt eller som gir uhelse.

Aron Antonovsky var professor i medisinsk sosiologi. Han var opptatt av hvordan mennesker kan bevare helsen og klare å holde seg frisk til tross for at en gjennom hele livet utsettes for stress. Alle friske og syke mennesker utsettes for stress, men det er måten en håndterer stresset på, som avgjør om det vil føre til uhelse. Han utformet en modell for helsefremmende arbeid med et salutogent perspektiv. Alle mennesker vil befinne seg mellom helse og uhelse i dette perspektivet. Fokuset blir flyttet fra sykdom mot helse og hvilke faktorer som fremmer mot helse. Den måten mennesker forholder seg til tilværelsen og livet på, kaller han en følelse av sammenheng- sense of coherence .

Aron Antonovsky (2005) skriver om hvor viktige kognitive komponenter er for å føle en sammenheng i hverdagen. Han refererer til 3 komponenter som er begripelig het, håndterbart og meningsfullhet. I begrepet begripelig het ligger om en person føler sammenheng og om indre og ytre stimuli oppleves fornuftige og håndterbare. I dette ligger det om informasjon er ordnet, strukturert og sammenhengende. I motsatt fall kan omgivelsene oppleves som kaotisk, uventet og uforklarlig. Håndterbar het betyr at en person har nok resurser til å møte de krav en

står ovenfor hver dag. Stimuli bør derfor være strukturerte, forutsigbare og begripelige. Meningsfullhet er en motivasjonskomponent der det betyr mye å være delaktig. De følelsesmessige faktorer vil for en person være viktigere enn de kognitive komponentene (ibid.).

3.8 Demens

Demens er en samlebetegnelse for ulike symptomer. Jeg vil nå presentere 2 ulike måter å forklare og forstå demens sykdom på.

I følge Engedal & Haugen (2006) har vi en tradisjon for å fokusere mer på kognitive endringer ved demens er personlighetsforandringer og emosjonelle endringer. Ved alvorlig demens er det en økende risiko for utfordrende adferd.

Engedal (2008) definerer demens som en samlebetegnelse for ulike ervervet organiske endringer i hjernen og en fellesbetegnelse på en rekke ulike sykkelige tilstander som medfører kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og sviktende evne i dagliglivets praktiske gjøremål. Demens inndeles i mild, moderat og i alvorlig grad. På bakgrunn av funksjonsevne inndeles forløpet av demens inn i 6 trinn etter Berger skala. I min oppgave vil personer med demens sykdom kreve omfattende hjelp på alle områder og de vil ha behov for døgnetvis kontinuerlig tilsyn (Engedal, 2008).

For å få to ulike perspektiv på demens velger jeg å trekke frem Kitwood sitt syn på demens. Siden sykdommen ikke kan behandles flytter han fokuset vekk fra sykdommen og over til personen. Kitwood (2006) laget en utvidet forståelse av demens, der en ikke ensartet fokuserer på hjerneorganiske endringer og alle de utfordringer dette gir. Like viktig blir å kjenne en person sin identitet og sin unike livshistorie. Viktig i behandling er å støtte personhood til pasienten.

Ved moderat grad av demens sykdom kan en miste «oversikten» i hverdagen, fordi det kan bli vanskelig å ta valg som har betydning for Adl funksjoner. Påkledning kan bli for vanskelig og hverdagen kan oppleves som kaotisk. Tap av funksjoner kan medføre psykiske innvirkninger som fortvilelse, angst og depresjoner (Berentsen, 2010). Ved moderat grad av demens er

pasienten mer forvirret og kan ikke bruke sine egne måter å mestre utfordringer på som tidligere. Stress kan ofte virke negativt og kan ledsage til forvirring. Psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger kan forekomme særlig ved alvorlig grad av demens. Språkvansker og evnen til å løse praktiske problemer vil ofte bli redusert (Engedal, 2008).

I den siste fasen er det en alvorlig grad av demens. I den siste fasen rammes motoriske funksjoner som kan ledsage til balansesvikt og gangsvikt. I denne fasen vil personen med demens bli helt avhengig av hjelp døgnet rundt (Engedal, 2008). Pasienten vil på dette stadiet ikke alltid kjenne ansikter og stemme på sine nærmeste. Livshistorien kan ikke gjenfortelles av pasienten, kun brudd stykker. Ordforrådet er svært begrenset og evnen til å forstå andre kan bli en utfordring. I hverdagen kan det bli vanskelig å sortere stimuli, tolke sanseinntrykk noe som gjør hverdagen kan oppleves som uforutsigbar og kaotisk (Berentsen, 2010).

Engedal & Haugen (2006) definerer nevrologiske symptomer som en betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med adferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak. Ved at man bruker utfordrende adferd understrekes at løsningen til adferden ligger i forståelsen av adferden og tiltaket blir å korrigere forhold hos personen, justere miljøfaktorer eller endre pleier adferd. Psykiatriske symptomer kan vise seg som angst og feiltolkninger hos pasienten. Adferds symptomene kan vise seg som aggresjon, angst, utagering, uro, roping osv. Heap (2002) beskriver adferden som en form for kommunikasjon, når indre og ytre stimuli gjør det vanskelig å forstå omgivelsene. Det er ikke vanskelig å forstå en person kan bli utrygg og pasienten opplever en grunnstemning av redsel og kanskje angst av små ubetydelige hendelser som oppleves i dagliglivet. Kitwood (2006) hevder adferd er et resultat på at de psykologiske behovene ikke er dekket og at adferden er et psykologisk forsvar.

Engedal & Haugen (2006) hevder ved demens er agnosi som betyr manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon kan bli en utfordring. Personen kan ved hørsel agnosi har reduserte evner til å gjenkjenne lyd. Ved visuell agnosi vil en person ha problemer med å gjenkjenne gjenstander som er viktig for daglig fungering.

4.0 «Hvordan kan sykepleieren bruke sang og musikk som metode i miljøbehandlingen for å skape trygghet»?

Jeg vil nå drøfte problemstilling med utgangspunkt i Kitwood sine psykologiske behov for å få en struktur på drøftingen. Kari Martinsen sin omsorgstenkning vil ligge som et grunnlag for alle de psykologiske behovene. For å drøfte trygghet vil Segesten (1997) bli drøftet i alle psykologiske behov. Underveis i drøfting støtter jeg meg til Gundersen og Antonovsky sin tenkning om miljøbehandlingen og en følelse av sammenheng.

Maslow sin behovspyramide er godt kjent hos alle sykepleiere. Kristoffersen (2002) refererer til Maslow som hevder behov for trygghet er så viktig hos mennesker og kommer etter de grunnleggende behovene.

Kitwood (2006) sitt syn på demens sykdom fokuserer bort fra sykdom over til personen bak sykdommen. Engedal (2008) har et annet perspektiv på demens sykdom, som ensartet fokuserer på endringer i hjernen og de utfordringer og symptomer som kan oppstå som følge av dette. Deres syn er ulikt, men jeg støtter Kitwood (2006) sitt syn, som fokuserer på personen og hvor viktig det er å bevare identiteten lengst mulig. Dette blir viktig fordi sykdommen vil ramme hukommelse og kan ikke helbredes med medisiner. For å bevare identiteten må vi bli kjent med pasienten. Målet med omsorgen til personer med demens, blir å løfte frem personen gjennom et positivt personarbeid og styrke selvtroen.

Stige (2010) og St. meld.(25 og 29) trekker frem musikk i miljøbehandlingen kan hente frem minner og forebygge uro. Det er en aktivitet som inkluderer alle inn i ett felleskap. Segesten (1994) referer til selvtro noe som er sammenfallende med Kitwood (2006) om å få et positivt syn på seg selv. I praksis erfarer jeg hvor flinke vi er til å dokumentere adferd som uro eller andre utfordringer pasienten har. Med utgangspunkt Kitwood sitt perspektiv på demens, burde vi heller ta i bruk tiltak som fungerer for pasienten. Ofte opplever jeg i avdelingen jeg jobber hvordan helt språkfattige plutselig synger med i refrenget, på en kjent sang. Det gir meg en mulighet til å gi en respons som gir en god følelse av selvtro og en mulighet til å bekrefte pasienten ved at jeg klapper eller synger med. Det kan være et eksempel på selvtro som gir harmoni og velvære. Dette samsvarer med Kitwood (2006)

sitt syn på positivt personarbeid og et eksempel på ett «stjerneskudd». Å ta i bruk tiltak som fungerer vil dermed være helsefremmende tenkning (Antonovsky, 2005).

Musikk kan gi en grunnstemning av glede hevder Kvamme (2006) og Myskja (1999), derfor bør en kartlegge musikk som innvirker positivt på den enkelte personen. Min erfaring tilsier ofte dårlig dokumentasjon på tiltak som fungerer for den enkelte pasienten. I Profil som er dokumentasjon systemet på min arbeidsplass er det ingen steder å dokumentere musikk smak og tiltak som kan fungerer for å bevare ro og trygghet for den enkelte.

Gunderson trekker frem struktur og engasjement som i en avdeling kan bety og lage planer til hver pasient. I en slik plan bør det stå hva slags støtte som trengs og eventuelt behov for skjerming for stimuli. I forhold til behovet for trygghet Segesten (1997), betyr det å kartlegge musikk, som kan gi en indre følelse av ro og harmoni hos pasienten. Teori til Segesten, (1997), Myskja (1999) og Ruud, (1997) er sammenfallende, fordi vi alle er musikalske og musikk kan vekke følelser og gi positive eller negative minner.

Antonovsky (2005) trekker begripelig het, meningsfull og håndterbar for å oppleve en følelse av sammenheng i hverdagen. For at en skal klare dette blir det sentralt å kjenne en pasient sin musikk interesser. En personsentrert tilnærming blir viktig og det samsvarer med Kitwood (2006). Det blir viktig å kjenne pasientene godt og samarbeide med pårørende for å kartlegge musikk smak som virker helsefremmende eller musikk som en pasient ikke liker. Samarbeid med pårørende er sentralt og vil bli støtte av Linda Gerdner. Antonovsky (2005) hevder stimuli må oppleves håndterbar. Musikk i denne oppgave kan gi uhelse om den ikke oppleves begripelig, meningsfull eller håndterbar. Årsaken til dette er reduserte kognitive evner og forståelse av språket. Musikk kan også vekke vonde følelser og minner noe en pasient kan oppleve som stress. Jeg reflekterer ofte mens jeg skriver oppgaven på hvor ofte radioene i avdelingen står på. Ofte er det mye snakk i programmene og jeg tror mange kan oppleve radioen som negativt. Radioen står på som bakgrunnsstøy og oppleves som ubegripelig og lite meningsfullt, fordi de ikke forstår hva som blir sagt. Det positive er at noen får gode minner av å lytte til radioen noe de er vant til fra tidligere. For mange som har angst er min erfaring at litt bakgrunnsstøy er bra og kanskje gir det en følelse av selskap?

I kjærlighet inngår alle de psykologiske behovene til Kitwood (2006). Omsorg ligger som en grunnmur i oppgaven. Jeg begynner med kjærlighet. Etter dette drøfter jeg behov for trygghet og relasjoner, fordi de inngår i alle de psykologiske behov og danner grunnlaget for trygghet.

4.1 Kjærlighet

Kari Martinsen hevder den som yter omsorg må være engasjert og interessert, uten å forvente noe tilbake. Kari bruker nestekjærlighet, som motivasjon for å hjelpe andre som trenger omsorg. Den gyldne regelen blir derfor å gjøre mot andre slik du ønsker andre skal gjøre mot deg. På en arbeidsplass vil det naturligvis være enkelte personer som ikke «passer» i jobben. Siden demens sykdom utvikler seg og en trenger hjelp i alle dagliglivets situasjoner blir en naturligvis sårbar og vil være prisgitt den hjelpen en får. Jeg reflekterer av og til i hverdagen på jobben hvor viktig det er at det er vi som pleiere som må sørge for å skape gode relasjoner å ta tak i gode øyeblikk som oppstår der og da. Som jeg sier til ansatte « husk hver dag er en kamp for mange om å ivareta verdigheten i en hverdag som kan oppleves kaotisk». Ansatte i et sykehjem blir nettverket til pasienten og vil være med å gi den enkelte personen en sosial rang i følge Kitwood (2006). Musikk vekker følelser og minner i følge Kvamme (2006). En sang eller en dans er situasjoner som kan vekke de gode øyeblikkene og gir meg som pleier en mulighet til å ta tak i situasjonen ved å synge med eller danse med. Dette tror jeg forsterker relasjonene ved å gi nærhet som også er sammenfallende med vekstfremmende omsorg (Kristoffersen, 2002).

Kari Martinsen (1989) sitt syn på omsorg og Kitwood (2006) sitt syn på kjærlighet samsvarer, fordi begge to har like mye av nestekjærlighet og respekt for det enkelte mennesket. Kitwood (2006) mener personer som skal jobbe med personer med demens sykdom bør håndplukkes. Min erfaring er ved ansettelse er ofte ansiennitet, som går foran egnethet og motivasjon til jobben. Kitwood (2006) trekker frem utbrenthet og stress, som kan komme av for mange arbeidsoppgaver, mangel på støttestrukturer eller dårlig ledelse. Personlig erfarer jeg hvor viktig fagkunnskaper er. Solide fagkunnskaper kan bidra til en annen forståelse og «tåleevne» hos personalet for adferd som uro og angst. Har personalet trygghet selv, tror jeg at det kan overføres til pasientene. Dette samsvarer med Segesten (1997), der den som skal gi trygghet selv må være trygg. På min arbeidsplass har de som ønsker det en kompetanse plan. Jeg opplever de som kommer tilbake etter faglig påfyll ofte har en annen motivasjon til jobben og et nytt perspektiv på hva som i dag er god pleieadferd og omsorg. De som kommer tilbake har

ofte kreative forslag til nye tiltak og påvirker de andre kollegaene i positiv retning. Dette samsvarer med Kitwood (2006) sitt syn på å dra omsorg for personalet.

Martinsen (1989) trekker frem gode rollemodeller og å lære gjennom refleksjon. Kitwood (2006) hevder hvor viktig det er at personsentrert omsorg er forankret i ledelsen. En leder må gå foran som en god rollemodell og involvere sine ansatte til å påvirke sin arbeidshverdag. Som leder bruker jeg å spørre «hvordan skal vi ha det her når det er som best» og kom med forslag til hvordan vi kan få det til med de rammer vi har. Ofte kommer det opp kreative forslag og en annen» vilje» og motivasjon til å få det til i personalgruppen. I forbindelse med bruk av musikk kan det være viktig med refleksjon i etterkant med personalet. Hva skjedde under musikken av positive hendelser og hvordan kan vi bruke dette for å støtte pasientene i hverdagen? Det er også viktig å skjerme de som ikke opplever musikk stund som positivt. Det samsvarer med Gunderson sitt syn på støtte og beskyttelse.

Innslaget i Tv 2 nyhetene om musikk som danker ut medisiner for eldre kunne sjefsykepleier ved Røde Kors sykehjem informere om effekt ved et redusert sykefravær har gått og trivsel blant ansatte er bedret, etter sang ble en del av hverdagen. Hun hevder også hun bruker personell på en bedre måte, da kjent musikk for pasienten gir trygghet og mindre utagering under stell. I stedet for å være to under stell er de nå en. Sykehjemmet bruker ikke sovemedisiner og medisin forbruket har gått ned (Henschien, 2013).

Personlig synes jeg kjærlighet til en pasient er veldig sterkt. Min opplevelse av kjærlighet samsvarer hva Milton mener er vekstfremmende omsorg som bygger på å bli kjent med personen, vekslende grad av nærhet, ydmykhet, tillitt, tålmodighet og ærlighet. Jeg spurte en pasient hva han la i omsorg han svarte «blide ansikter».

Vekstfremmende omsorg samsvarer med Kitwood (2006), Martinsen (1989) sitt syn, Ridder, (2003). I praksis kan jeg vise dette ved å sitte ved siden av pasienten. På den måten er jeg nær selv om vi hører på musikk sammen. Ved og bare å sitte nær viser jeg engasjement ved å ta meg tid til den enkelte. I dag er praksis ofte at vi setter på en cd plate i stuen for å bryte taushet heten, når personalet forsvinner til andre arbeidsoppgaver oppgaver.

Antonovsky (2005) trekker frem behovet for å føle en sammenheng i hverdagen. Gunderson (1983) trekker frem å tilrettelegge miljøet. All teori er sammenfallende, fordi i praksis handler

det om å være interessert i den enkelte og tilrettelegge og støtte der svikten er. Siden demens sykdom medfører kognitiv svikt må det være et utgangspunkt for å tilrettelegge for støtte. Martinsen trekker frem motivasjon, der vi umotivert skal gi omsorg. I forhold til kjærlighet for våre pasienter kan det være å danse med pasienten eller å synge med for å glede en annen.

4.2 Trygghet

Når jeg blir redd har jeg lett for ubevisst begynner å synge eller nynne for meg selv. Det er en erfaring jeg har. Etter å ha fordypet meg i musikk er det kanskje en naturlig måte å få harmoni og tryggheten tilbake? Myskja, Ruud skriver begge om hvordan sakte tempo i musikken, kan få oss til å roe oss ned og senke pulsen. Campell (1998) hevder trygg musikk er noe som representerer noe trygt for lytteren. Han referer til salmer, som et eksempel for den eldre generasjonen. Gunderson snakker om trygghet og Campell (1998) hevder musikk kan gi trygghet. Deres teori er sammenfallende ved at musikk kan gi trygghet i form av en god følelse.

Musikk vi liker gjør oss oppmerksomme og vi begynner å lytte ubevisst. Myskja (2006) og Ruud (2005) skriver også hvordan musikk vi har et forhold til kan gi en god grunnstemning ved at den får oss til å tenke tilbake på noe. Dette å samsvare med Segesten (1994) som sier trygghet er en følelse og en indre tilstand av ro. Kvamme (2008) trekker frem hvordan musikk kan fremme til gjenkjennelse i en hverdag preget av orientering og hukommelsessvikt. Segesten (1994) trekker frem trygghet som en indre tilstand av ro, harmoni, tillitt og glede. I fra praksis husker jeg en mann med en sterk angst preget personlighet. Av og til leter han etter kona si og ropte høyt og ble mer og mer fortvilet. Det som for han ble trygt ble å synge kjente sanger som han tidligere hadde sunget på. Etter å ha hørt kjente sanger husket han selv og kunne etterhvert synge eller nynne og all utrygghet ble glemt. Dette gav oss en mulighet positivt personarbeid ved å bekrefte han ved å gi ros og oppmuntring for sangene han sang til oss.

Hynnene (2010) hevder like viktig er hvordan en klarer å tilpasse seg og mestrer kognitiv svikt. I tillegg kommer opplevelser av tap knyttet til aldring og demens sykdom. Når omgivelsene oppleves som uoversiktlige og truende, kan angst og frykt bli normale forsvarsmekanismer. Disse biologiske mekanismene kan vi kjenne som økt puls og våkenhet som skal gjøre oss bedre rustet til å tåle de påkjenninger som kommer. Kroppen innstilles til

en kamp og flukt situasjon. Resultatet av disse biologiske mekanismene, kan bli uro og forvirring eller en grunnstemning av utrygghet som vi kan oppleve i avdelingen som uro.

Heap (2002) hevder adferd er en form for kommunikasjon når stimuli vi utsettes for gjør det vanskelig å forstå omverden. Resultatet av dette kan bli redsel og utrygghet. Dette samsvarer med Aron Antonovsky (2005), Gunderson (1983) og Kitwood (2006) sitt syn på hvor viktig det er å tilrettelegge miljøet og skape gode relasjoner. Kitwood (2006) hevder adferd er et resultat når de psykologiske behovene ikke er tilfredsstilt, og et psykologisk forsvar fra pasienten viser seg som utfordrende adferd. I forhold til Kitwood sitt syn på demens sykdom er det sentralt å kjenne livshistorien. Ruud (2005) er sammenfallende fordi musikk gir en mulighet til reminisens der musikk representerer ulike kapitler i livet som personlige rom.

4.3 Relasjoner/ tilknytting

«Jeg er med til at gjøre den (andres verden) trygg eller truende » (Løgstrup, 1986, s. 28).

Dette er en fin innledning hvor Løgstrup fremhever hvor viktig holdninger og relasjoner er og hvilket ansvar vi alle har for få dette til som har ansvar for andre mennesker. I omsorgsarbeidet får helsepersonell naturligvis en sentral rolle i forhold til om pasienter vil oppleve trygghet.

Ridder (2003) skriver musikk gir en mulighet til nonverbal kommunikasjon, bygget på positive interaksjoner. I «Singing Dialogue» (2003) beskriver hun hvordan hun kommer i kontakt med personer uten språk. Kontakten er ikke verbal, men med øyekontakt og tilbakemeldinger er preget av å vise tegn til gjenkjenning eller bare et smil. Dette er eksempler på kontakt og kommunikasjon på lik linje med verbal kommunikasjon. Heap (2002) referer til at vi ser på den som snakker i omtrent 60 % av tiden. Nå vi selv snakker ser vi på den andre i omtrent 30 prosent av tiden. Dette forteller meg hvor viktig en bevisst rundt å se på pasienten når vi snakker, noe som gir en opplevelse om vi er engasjert. Siden passivitet er en del av sykdommen er det vi som omsorgspersonell som må trekke inn pasientene inn i samtalen eller i musikkstunden.

Gunderson (1983) trekker frem engasjement som en viktig faktor. Har man øyekontakt oppleves det som en gjør noe sammen og er en forutsetning for kommunikasjon. På den andre siden opplever jeg at svært dårlige pasienter har ulik tåleevne til ulike ansatte. Dette kan vise

seg som om noe har bedre «kjemi med hverandre». Min erfaring er hvor viktig det er å etablere en god kontakt ved å sitte i samme høyde å sørge for øyekontakt. Siden svært mange lett lar seg avlede er det lurt å ha et rolig sted der en har mulighet til å få en best mulig kontakt. Dette samsvarer med Gunderson (1983) der støtte og skjerming blir tilrettelagt i omgivelsene rundt. I forhold til å lytte til musikk blir det viktig å tilrettelegge omgivelsene slik at ro og forutsigbarhet er tilrettelagt. Myskja (2006) kommer med eksempler på å servere kaffe etterpå, for å samle alle og gjøre det forutsigbart etter en samlingsstund.

Segesten (1994) hevder relasjonstrygghet har som mål å møte andre på en positiv måte, slik at tillitt kan bygges. Hun trekker frem kontinuitet i pleierelasjoner som viktig for å klare det. Dette synet samsvarer med St melding 25. (2005-2006) som skriver « optimalt er når det er stabilt personale». Mine erfaringer samsvarer med Segesten (1994), fordi fast personale gjør det lettere å bli kjent med den enkelte. Gunderson (1983) trekker frem struktur som viktig i miljøbehandlingen. Fast personell vet hva de skal gjøre og hvordan hver enkelt pasient vil ha det. Fast personale vil derfor inngå under struktur og gir en mulighet til gjenkjenning av ansikter. I forhold til musikk blir det sentralt å kartlegge musikk preferanser og observere effekt. Min erfaring er at det er lettere å planlegge, når en kjenner de ulike behovene og vet hvilken musikk som passer den enkelte. Det vil også være lettere å skjerme en pasient fra musikk som vekker vonde minner eller som oppleves støyende.

Martinsen (1989) hevder sykepleieren må være åpen for sansing. I denne sammenheng kan ansiktet og kroppsspråk brukes som referanse verktøy. Dette samsvarer med Linda Gerdner sin kartleggingsmetode i musikk preferanser. Dette er også sammenfallende med kartleggingsverktøyet i Dementia Care Mapping som er tar utgangspunkt i de psykologiske behovene (Brooker & Surr, 2007).

Kitwood hevder relasjoner bygges opp gjennom et positivt personarbeid. Zulu hevder «en person er en person gjennom andre» (referert i Kitwood, 2006 s.23). John Bowlby (1979) betegner tilknytting som et sikkerhetsnett. Sårbarheten i forhold til å være avhengig av andre avhenger av tilknytting og følelsesmessige bånd. Skjer ikke tilknyttingen vil det få konsekvenser ved at en ikke klarer å knytte seg følelsesmessig til noen (referert i Kitwood, 2006 s.91).

I et sykehjem er det omsorgspersonene som blir pasienten sitt sikkerhetsnett. Kitwood (2006) trekker frem 12 ulike positive interaksjoner på bakgrunn av observasjoner. Positivt personarbeid kan være å anerkjenne. En anerkjennende handling kan være så enkelt som å ha øyekontakt. Dette samsvarer med Martinsen (1989) som skriver om omsorg skal gis på en slik måte at selvbilde bevares. Kari Martinsen synspunkter og gode relasjoner sammenfaller med Kitwood og Segesten og Løgstrup fordi alle fremhever likevekt og balanse mellom relasjoner på en slik måte at ingen misbruker sin makt til en som trenger omsorg.

Personlig erfarer jeg hvordan positivt personarbeid ofte ender i en god relasjon. I forhold til kommunikasjon er forhold til andre sentralt for om en vil lykkes. Personlig tror jeg at en må være motivert og ha en grunnleggende forståelse i bunnen. St melding. 25 (2005-2006) trekker frem fagkunnskaper (Helse og Omsorgsdepartementet, 2006). Har man kunnskaper og skjønner hvor inngripende demens sykdom er i hverdagen, er det letter å vise forståelse og få en høyere terskel for mestring av stress. Kari Martinsen (1989) har et annet syn på kunnskaper, der en lærer gjennom gode rollemodeller og gjennom refleksjon. I praksis tror jeg begge slags form for kunnskap er viktig og særlig når arbeidsplassen en får nye medarbeidere. Refleksjon over hva som skjedde og hva som var bra og da hva som gjorde at vi lykkes er dessverre ikke i noe fast system på min arbeidsplass. Det er noe som jeg savner og er et ønske fra de ansatte. I forhold til musikk tror jeg det er viktig å ha et forum å formidle opplevelser og erfaringer til beste for pasientene. Det gir oss alle en anledning til å fokusere på positive erfaringer, gi gode tilbakemeldinger og motivere hverandre i en hektisk hverdag.

4.4 Inklusjon/tilknytting

Kvamme (2008) referer til den engelske sosiologen Tia DeNora som undersøker blant folk flest hva musikken betyr for den enkelte. Ridder (2005) laget en kvalitativ litteratur oversikt over 92 studier, der 1090 personer ble inkludert. Hun konkluderte med at musikk har positiv innvirkning på blant annet kommunikasjon og sosiale aspekter (Referert av Kvamme, 2006). Kitwood (2006) hevder mennesker er født som en art og av av natur er født sosiale. Ved demens hevder han behovet for inklusjon blir sterkere. Dette kan vise seg som oppmerksomhetskrevende adferd. Han skriver at adferden er en protest men også et sammenbrudd. Oppmerksomhetskrevende adferd kan være for eksempel å klamre seg til personalet.

Martinsen (1989) trekker frem det sosiale felleskapet som viktigere et enkeltindivid som Kitwood (2006) representerer. Personlig erfarer jeg at musikklyd og musikk smak ikke passer alle. Musikk kan oppleves som støy eller vekke vonde minner (Myskja, 2006). Mine erfaringer vil sammenfalle med Heap (2002), Engedal (2008) og Berntsen (2010) der adferd kan utløses i miljøet eller er en form for kommunikasjon om det oppleves som støy. Jeg referer til en undersøkelse hvor dårlige vi er til å bruke høreapparater i sykehjemmene. Å høre godt mener jeg er en forutsetning for å oppfatte musikken og delta i det sosiale felleskapet. Hører man dårlig gir det lite mening, utløser frustrasjon og stress og det hele kan oppleves som stress og på sikt gi uhelse i følge Antonovsky (2005).

Ruud (2005) skriver tilhørighet handler ikke bare om vårt forhold til tid og sted, men også til nære relasjon til andre og sosial posisjon. Dette vil sammenfalle med Kitwood (2006) psykologisk behov av å bli inkludert. Ruud (2005) hevder at musikkgrupper gir en vi følelse, der den enkelte bidrar inn i en felleskap. I en sangstund erfarer jeg at det ikke blir synlig om du ikke klarer å synge. Det å smile, klappe med, trampe i takt er også et bidrag som inkluderer alle.

Gunderson (1983) beskriver også at noen trenger beskyttelse fra omverden. Min erfaring er at svært alvorlig demens kan dagsform og tåleevne variere. Jeg opplever ikke alltid at alle trenger å bli inkludert, men har et behov for å være alene. Min erfaring stemmer med Gunderson (1983) som fremhever behov for støtte eller beskyttelse i form av skjerming. I avdeling har vi har innført stuevakt der personalet alltid sitter med pasientene. Jeg tror det gir støtte fordi faste ansikter skaper trygghet. I forhold til musikk kan musikk som en pasient opplever positiv, ha positiv effekt og oppnå en god grunnstemning. Da kan musikk gi en følelse av trygghet og harmoni som i følge Segesten (1994) er tegn på trygghet.

Aron Antonovsky (2005) fremhever at stimuli må være strukturert, begripelig og håndterbart. Min erfaring er at ved alvorlig grad av demens er stress terskelen lav. I forhold til musikk, er det viktig å tenke på hørsel agnosi og at mange har redusert hørsel. Dette samsvarer med Hynninen der aldring herunder hørsel kan utløse stress. Myskja (2006) refererer til en undersøkelse i sykehjem vist at 70 prosent hadde betydelig eller alvorlig hørselsvekkelse. Av disse hadde 17 beboere høreapparater. På undersøkelsesdagen hadde kun tre prosent på seg høreapparatene. Av de 13 høreapparat som ble undersøkt, fant de alvorlige feil og mangler og mange var heller ikke i bruk. Martinsen (1989) trekker inn den praktiske dimensjonen, som

omhandler våre omsorgshandlinger. Kitwood (2006) snakker om positivt personarbeid så deres syn sammenfaller om å bruke nødvendige hjelpemidler. Jeg erfarer at en reaksjon på å høre dårlig kan få en person til å unngå fellesskapet. Musikk som ikke en hører ordentlig har jeg grunn til å tro ikke gir noen god opplevelse.

4.5 Trøst

Kitwood (2006) skriver at dette ordet rommer ømhet, nærvær, lindring av smerte, beroligelse, engstelse og trygghetsfølelsen ved å komme tett innpå en annen.

Myskja (2006) skriver hvordan musikk rytme kan få oss til å stresse ned og slappe av. Mange eldre har også smerteproblematikk som igjen kan forverre demens sykdom. Musikk påvirker okytoxin, som også får kroppen til å slappe av. Musikk kan også avlede for eksempel smerter eller triste tanker. Da kan musikk gi en god følelse av mestring og igjen bidra til trygghet. Mange personer med demens kan være passive. Sang og musikk kan aktivisere kroppen ved å danse og gjennom sang får hjernen mer oksygen (Kvamme, 2006).

Antonovsky trekker frem at stimuli må være håndterbart. Dette krever en kognitiv komponent. Kvamme (2006) hevder musikken gir muligheter til å bruke hjernen på en annen måte, slik at ikke skadede områder i hjernen blir brukt. Musikk gav mannen med angst en mulighet til gjenkjennelse og stimuli ble håndterbart. Segesten (1994) skriver om selvtrygghet. Gjennom å gjenkjenne og mestre kan det gi gode positive erfaringer som går på selvbilde og å være venn med seg selv. Martinsen (1989) er inne på noe av de samme ved å bruke praktiske redskaper som pasienten kjenner.

Gerdner (2000) satt på musikk på kassettpiller 2 dager i uka i 30 minutter i 6 uker der pasientene oppholdt seg mest. Musikken ble valgt basert på en personlig preferanse. Resultatene viser til hvordan oppmerksomheten som oppleves som lite meningsfullt eller forvirrende ble avledet av musikken. Musikken så også ut til å virke beroligende på pasientene.

4.6 Aktivitet/ Beskjeftigelse

Kvamme (2006) referer til undersøkelser som viser til at musikken sin struktur, rytme og melodi hjelper til å holde konsentrasjonen over tid og motivere.

Ruud (2005) hevder musikk kan være en døråpner inn i det sosiale felleskapet. Musikken åpner for sosial kontakt, samvær og gir en vi følelse av å tilhøre det sosialt felleskapet.

Antonovsky (2005) og Gunderson (1983) trekker frem at aktiviteten må være begripelig og strukturert og gi god tilgang til støtte. Dette samsvarer med Myskja (2006) sitt syn på musikk i grupper. Han trekker frem betydningen av å ha en fast sang fra start til slutt, noe som gir muligheter til å gjenkjenne og dermed blir musikk stunden også håndterbart. Myskja (2006) anbefaler en gruppe på max 8 personer, som sitter rundt et bord. Ved å se hverandre kan den som leder musikk timen se på ansiktene og reaksjonene som kommer.

Kitwood (2006) trekker frem timalering som betyr å etablere kontakt, berolige og gi velbehag gjennom sanser. «Skapelse» i dette ligger det hvordan den personen spontant tilbyr det sosiale felleskapet, noe ut ifra sine evner og sosiale ferdigheter. Eks på dette kan være å synge eller danse, der også ansatte oppfordres til å bli med. Siden passivitet er en del av sykdommen demens blir det viktig at vi som pleiere gir støtte ved å ta initiativ til dans, sang og musikk. Hicks-Moore, Robinson (2008) konkluderer med at håndmassasje i 10 minutter kombinert med favoritt musikk gav en signifikant reduksjon av utfordrende adferd inntil 1 time etter avslutning. Selv om studien inkluderte bare 41 pasienter med mild til moderat demens, tror jeg det er overførbart til også dårligere pasienter.

Kitwood (2006) trekker frem betydningen av å kjenne en person sin livshistorie og bakgrunn. Musikk skriver Myskja (2006) kan vekke gode og vonde følelser. For å være litt kritisk bør vi kjenne litt til dette hos hver enkelt pasient som er med i gruppen. Min erfaring er at dette har vi for lite kunnskaper om og vi mangler på min arbeidsplass verktøy for å kartlegge. Min erfaring er at enkelte som kanskje tidligere har hatt glede av en musikk stund i grupper enkelte dager ikke mestrer å være med.

Myskja (2006) skriver om omsorg sang der en synger i hverdagslige situasjoner. I en demens avdeling er morgenstell for mange en stressende situasjon da de ikke forstår og motsetter seg. Myskja skriver om å finne 2 sanger som en kan veksler på å synge. Blide smilende ansikter gir et inntrykk av en hyggelig og imøtekommende undertone. Jeg har prøvd å synge for en

pasient under stell, mens jeg har skrevet oppgaven. Min erfaring er at sangen skaper en positiv kontakt mellom meg og pasienten i form av øyekontakt. Denne erfaringen samsvarer med Ridder (2003).

Aron Antonovsky (2005) trekker frem begripelig het. Ved demens er korttidsminne borte. Min erfaring med fast personale gjør det lettere å gjenkjenne ansikter. På denne måten blir hverdagen mer begripelig med en fast struktur som de gjenkjenner. Orienteringsvikt kan gjøre det vanskelig å vite at nå er det frokost. Ved å bruke samme musikk hevder Myskja (2006) at fast musikk gir en gjenkjenning. Dette kan være noe så enkelt som en bordbønn som gir gjenkjenning på nå er det mat.

Myskja (2006) referer til Linda Gerdner som beskriver individualisert musikk i demens omsorgen. Forskning viser til gode erfaringer og at det blir mindre adferd i for eksempel en stellesituasjon. Den er en systematisk metode som skreddersyr et opplegg individuelt etter nøye kartlegging av musikk smak. På NRK var det et sykehjem i Bergen som fjernet sovetabletter og ordinerte musikk (Henschien, 2013). Det er i dag godt opplyst at eldre personer med demens har normal adferd og de har ofte endret døgnrytme. Sovetabletter kan utsette pasientene for helsefare i form av fall og brudd. Et slikt tiltak er i tråd med Geir Selbæk (2010) som skriver om å ta i bruk nye omsorgstiltak. Jeg er derfor enig i at musikk som tiltak kan bedre tryggheten til pasientene ved å unngå medisiner som kan virke falltendens på eldre personer med demens.

4.7 Identitet/ reminisens

Kitwood (2006) skriver identitet er å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Det innebærer å vite om sin narrativ livshistorie. Målet i demens omsorgen blir å opprettholde personlig identitet og for og lykkes vil det være behov for detaljerte beskrivelser om pasienten sin livshistorie.

Ruud (1997) hevder identitet er å være den samme over tid. Denne følelsen kan oppstå med musikk der musikk knytter minner til bestemte erfaringer. Ruud (1997) hevder musikk gir tilgang til ulike rom. Rommene som kapitler i en bok og til sammen kan musikk bli en biografi. Som rutine i min avdeling sender vi ut bakgrunnsopplysninger til pårørende som vi gjennomgår på et pårørende møte. Jeg er litt kritisk til dette fordi mange skjemaer er

ufullstendige og de ansatte ikke kjenner ikke viktige detaljer som navn og barn osv. Etter å ha skrevet denne oppgaven kan et kreativt alternativ være å lage en personlig cd der ulik musikk har som mål å vekke følelser og minner fra ulike tidsepoker i livet.

Martinsen (1989) hevder det å bruke praktiske redskaper som pasienten kjenner, som viktig for å bevare selvbilde. Cd spillere er ukjent for de fleste og umulig å klare å bruke det vil kreve støtte til hjelp å få satt på cd platen. Det å få tak i en gammel grammofon kan være et redskap som gir gjenkjenning og mestring av å sette på musikk i stua.

5.0 Konklusjon

Hver 14. dag har vi et tilbud fra demensforeningen som har sangstund i avdelingen. De har med trekkspill og gitar og synger for pasientene. I perioden jeg har skrevet denne oppgaven, har jeg vært med på tilbudet 4 ganger, bare for å observere omsorgsrelasjoner og hvordan musikk tilbudet innvirker på pasientene som er med. Jeg har brukt mine kunnskaper fra Dementia Care Mapping kurs der jeg har lært å kartlegge omsorgskvaliteten og på responsen pasientene har på musikkstunden.

Det er ingen som har reagert negativt under sangstunden de ganger jeg har vært med. De dårligste pasienter som reagerer på lyder, er skjermet i forkant fra dette tilbudet. Ansiktene til pasientene stråler av glede, og de fleste deltar ved å synge, nynne eller gynte på kroppen i takt med musikken. Alle er inkludert og ingen legger merke til om du ikke kan klare å synge med. Jeg har sunget under stell og opplever å få en god øye kontakt. Min erfaring er også hvordan pasienten blir avledet ved å lytte under stell. Jeg opplever ansatte blir gladere og smil og latter smitter fra ansatte smitter tilbake til pasientene.

Til slutt vil jeg dele et stjernesudd som jeg observerte i musikk-samlingen.

Pasienten har et behov for stadig å reise seg opp under samling for å gå. Hun som sang så dette og gikk bort til damen i det hun reiste seg opp. Hun sang direkte til pasienten samtidig som de holdt hverandre i hendene. Pasienten ble stående og så på damen som sang « som en rosen knopp» i refrenget. Så kom et smil helt uventet frem hos pasienten.

Med sykdommen demens og det som følger med, kan en gjennom musikken oppleve støtte, trygghet, danne relasjoner, knytte personer inn i det sosiale felleskapet. Musikk kan vekke gode minner og følelser. Ut ifra personsentrert teori om mine erfaringer med musikk i avdelingen er det øyeblikket som gir en grunnstemning i kroppen av harmoni, trygghet og velvære.

For å lage en tegning av det som er drøftet kan musikk være stammen på et tre. Grenene kan representere de psykologiske behovene vi som sykepleiere har ansvar for å ivareta hos personer med demens. Å jobbe med en sårbar gruppe krever at vi er motivert, kreative, ydmyke og villige til å ta i bruk nye omsorgstiltak.

5.1 Veien videre

Som avdelingsleder har jeg et stort ansvar og myndighet til å implementere nye tiltak. Det blir mitt ansvar å være en pådriver å bruke musikk for å etablere trygghet og gode øyeblikk som gir trygghet og dermed velvære i hverdagen.

Vi skal i løpet av høsten ha undervisning i personsentret omsorg. Dette blir verdigrunlaget i avdelingen. Jeg har tenkt å sette opp alle de psykologiske behovene hvor ansatte må jobbe i grupper og drøfte hva de legger i ordene.

Vi kommer til å legge opp en fast dag hver fredag med en organisert musikk stund. Vi har noen ansatte som kan spille gitar. Vi har derfor fått klarsignal om å bruke gavemidler til innkjøp av en ny gitar.

Vi har også utfordringer i forhold til kommunikasjon under stell hos en pasient. Jeg har som mål å utfordre en primærkontakt til et samarbeid med pårørende. Målet er å finne ut noen sanger denne pasienten liker. Denne «omsorg cd» skal spilles før stell og under stell. Jeg er også ved overlapping i vakskeft kan denne cd bli benyttet kombinert med håndmassasje brukes. Dette tror jeg lar seg gjøre fordi vi har endret turnuser for å forsterke vakskeft overganger der vi ofte opplever uro.

For fremtiden har jeg et ønske om å korte ned rapporter på morgen og heller ha litt refleksjon hva som fungerer og er bra. For å kartlegge musikk preferanser skal jeg forsøke å få tak i kartleggingsskjemaer.

6.0 Referanseliste

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. (2. utg.). [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Berentsen, V. D (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørkvold, J. R. (2005). *Den musiska människan*. Stockholm: Liber AB.
- Brooker, D. & Surr. C. (2007). *Dementia care mapping: Principper og praksis*. Birkerød: University of Bradford.
- Campbell, D. (1998). *Musikk som medisin*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag A/S.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok alderpsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2006). *Demens: Fakta og utfordringer: Lærebok* (4.utg.). [Tønsberg]: Aldring og Helse.
- Gerdner L. A. (2000). Effects of individualized versus classical “relaxation” music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimers disease and related disorders. *Internasjonal psychogeriatric*, (12) s.49-65.
- Gunderson, J. G. (1983). An overview of modern milieu therapy. I J. G. Gunderson, O. A. Will, & L. R. Mosher (Red.), *Principles and practice of Milieu Therapy*. (s. 1-11). New York: Jason Aronson.
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon-minner-kriser-sorg* (3.utg.). [Oslo]: Kommuneforlaget AS.

- Helse- og omsorgsdepartement. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld, nr. 25, 2005-2006). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>
- Helse- og Omsorgsdepartement. (2013). *Morgen dagens omsorg*. (St. meld, nr. 29, 2012-2013. Lokalisert på www.regjeringen.no/.../stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id.
- Henschien, S. (Manus, regi). (2013). Magasinet [Nyhetene]. Bergen: TV2 . Lokalisert på <http://tv2.no/nyheter/magasinet/musikk-danker-ut-medisin-for-demente-342750>.
- Hicks-Moore, S. L. & Robinson, B. A. (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia: The international journal of social Research and practice*, (7) s. 95-108.
- Hynnien, M. J. (2011). Angst hos mennesker med demens. *Demens og alderspsykiatri* 15(1), 7-11.
- Kitwood, T. (2006). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.
- Kristoffersen, N. J. (2002) Teoretiske modeller i sykepleie. I J. N. Kristoffersen (Red.). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke - utvikling, verdier og kunnskap* s. 361-455). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I T.Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s.153-158). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS.
- Kvamme, T. S. (2008). Musikk for demensrammede- en livsnødvendighet. *Norsk musikk høyskole [NHM] publikasjoner*. Lokalisert på http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-brage_11197
- Løgstrup, K. E. (1986). *Den etiske fordring*. København: Nordisk forlag AS.

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historiske- filosofiske essay* (2. utg.). [Oslo]: Tano AS.
- Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi* (2.utg.). [Oslo]: Cappelen Forlag AS.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*: Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS.
- Myskja, A. (Manus, regi). (2012). Sang hjelper demente [TV-serie episode]. I T. Bergmo (Produsent), Kultur og underholdning. Oslo: Norsk Rikskringkasting.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). [Oslo]. Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ruud, E. (2005). *Varme øyeblikk: om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag.
- Segesten, K. (1994). *Pasienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Segesten Förlag AB.
- Selbæk, G. Demens er mer en kognitiv svikt. (2010). *Utposten*, 39(3), 8-10.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. (Rapport IS-1486). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Sider/default.aspx>
- Stige, B. (2010). Musikkterapi og demens: musikk som samhandling og ressursmobilisering. *Utposten*, 39(5), 12-15.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonenes betydning i miljøterapi*. (s.23-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

