



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

Musikkterapi – et glimt av glede

Music therapy – a glimpse of joy

Rigmor Nordhagen Berntsen og Hanne Resve

Bacheloroppgave

Veileder: Ida Eggen

Bachelor i sykepleie - Basyd 2012

Vår 2015

Antall ord: 11778

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

Befolkningen i Norge blir stadig eldre, og antallet personer med demens vil stige de neste årene. Demens er blitt en av våre største folkehelseutfordringer, i dag har 71 000 personer diagnosen demens. Mange av disse bor hjemme, men cirka 80% av alle sykehjemsbeboere har en demenslidelse. Vi har tatt utgangspunkt i pasienter ved sykehjem, siden vi begge har erfaring fra dette. Det er også blitt mer fokus på eldre og medisinbruk, og stadig flere sykehjem er med i forsøk for å prøve å redusere bruken av legemidler. Vi har i denne oppgaven fokus på musikkterapi. Problemstillingen er hvordan vi som sykepleiere kan forebygge utfordrende adferd hos personer med demens ved bruk av musikkterapi i sykehjem? Vi har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker, og vil knytte henne opp mot temaet. Vi som sykepleiere vil møte pasienter med demens i vår hverdag og det er viktig med gode kunnskaper, og gode holdninger.

SUMMARY

The population in Norway is becoming older and the number of people with dementia will rise over the next few years. Dementia has been one of our greatest public health challenges, today has 71,000 people diagnosed with dementia. Many of these people live at home, but around 80% of all nursing home residents have a dementia disorder. We have taken patients at nursing homes, since we both have experience of this. It has also been more focus on seniors and medication use, and an increasing number of nursing home in attempt to try to reduce the use of drugs. We have in this paper focus on music therapy. The issue is how we as nurses can prevent challenging behavior in people with dementia using music therapy in nursing homes? We have chosen Kari Martinsen as nursing theorist, and will tie her up against the topic. We as nurses will encounter patients with dementia our everyday lives and it is important to have good skills and good attitudes.

DEN FYRSTE SONG

*Den fyrste song eg høyra fikk,
Var mor sin song ved vogga;
Dei mjuke ord til hjarte gjekk,
Og kunde gräten stogga.*

*Dei sulla meg so underleg,
So stilt og mjukt te sova;
Dei synte meg ein fager veg
Opp frå vår vesle stova.*

*Den vegen ser eg enno tidt,
når eg fær auga kvila;
der stende ein engel, smiler blidt,
som berre ein kan smila.*

*Og når eg sliten trøytmar av
I strid mot alt som veilar,
Eg høyrer stilt frå mor si grav
Den song som all ting heilar.*

(Birkeland 1992, s.9)

INNHold

Sammendrag.....	2
«Den fyrste song».....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Hensikt.....	8
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	8
1.4 Avgrensning og presisering.....	8
2.0 Teoretisk referanseramme.....	9
2.1 Kari Martinsens omsorgsteori.....	9
2.2 Kari Martinsens menneskesyn.....	9
2.3 Kari Martinsen og omsorg.....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Litteratursøk.....	11
3.2 Fremgangsmåte og søkehistorikk.....	11
3.3 Presentasjon av forskningsartikler	12
3.4 Kildekritikk.....	17
3.5 Etske aspekter.....	17
4.0 Teori.....	18
4.1 Demens.....	18
4.2 Utfordrende adferd.....	19

4.3	Årsaker til utfordrende adferd.....	21
4.4	Kartlegging.....	23
4.5	Forebygging.....	25
4.6	Hva er musikkterapi.....	26
4.7	Musikkens virkning.....	27
4.8	Musikk som forebyggende medisin.....	29
5.0	Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende adferd hos personer med demens ved bruk av musikkterapi i sykehjem?.....	31
5.1	Sang og musikk som terapi.....	31
5.2	Valg av musikk.....	32
5.3	Individuell eller gruppe.....	33
5.4	Aktiv sang eller lytting.....	35
5.5	Personalet eller musikkterapeuter.....	37
6.0	Konklusjon.....	39
7.0	Litteraturliste	40
	Vedlegg 1 Søkehistorikk.....	43

1.0**INNLEDNING**

I spørreundersøkelser som handler om det å kartlegge menneskers syn på aldring, viser det seg at det de fleste frykter mest er å miste sine mentale evner i alderdommen. Den hyppigste lidelsen som medfører betydelig mental reduksjon er aldersdemens. Det kan også oppstå akutte tilstander, eller depresjoner som kan gi svikt i ens mentale funksjon. Det vi skal ha fokus på i denne oppgaven er i forhold til demens (Karoliussen, 2006).

Det er i dag 71.000 personer med demens i Norge, og man regner med at antallet vil fordoble seg frem mot 2040. Det er blitt en av våre største folkehelseutfordringer, og det er viktig at man har god kunnskap innen dette fagområdet. Demens kan ramme mennesker i alle aldre. Av alle som lever med demens i dag, er minst 2 000 av dem under 65 år. Det fins antagelig dobbelt så mange yngre personer med demens fordi det i denne aldersgruppen er store mørketall (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2012).

Engedal og Haugen (2009) definerer aldersdemens slik;

En ervervet 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. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (s.20)

Personer med demens kommuniserer ofte med sin adferd, etter hvert som språket deres svikter. Utfordrende adferd forekommer hos denne pasientgruppen, og vi må da som sykepleiere prøve å finne ut grunnen til at adferden oppstår. Irritabilitet og aggressiv adferd vil av de fleste defineres som vanskelig eller utfordrende hos personer med demens. Det kan være vanskelig å forholde seg til. Forskjellige faktorer som grad av demens, type demens, personlighetstype, sviktende samhandling mellom pasient og miljø, miljøfaktorer pasienten lever under og angst spiller en vesentlig rolle (Engedal og Haugen, 2009). Noe som kan være til hjelp for oss underveis er bakgrunnsopplysninger. Det er et skjema som pårørende kan fylle ut. Vi som sykepleiere kan sitte med dette skjemaet å lese sammen med pasienten, eller det kan være til stor nytte i forhold til miljøterapi. Et eksempel kan være at vi kan finne ut om pasienten har vært glad i musikk, eller hva slags musikk pasienten liker (Sjørengen, 2009).

WHO (verdens helseorganisasjon) ser på demens som en folkehelse prioritet. WHO-rapporten «Demens: et folkehelse prioritet» ble publisert i 2012. Målet er å gi informasjon og øke bevisstheten rundt demens. De ønsker også å styrke offentlig og privat innsats for bedre omsorg og støtte for personer med demens og deres pårørende (World Health Organization, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt er demens og musikkterapi. Det har den siste tiden blitt større fokus på sang og musikk hos personer med demens i sykepleiefaget. Det er etter bruk av dette blitt mindre bruk av medisiner hos pasientene i enkelte tilfeller. Dette utprøves ved mange sykehjem i dag, og mange har stor glede og nytte av dette. Vi har begge erfart dette selv og synes det er motiverende og givende, å se hva dette gjør med enkelte pasienter og hva vi som pleiere må gjøre for å gjennomføre dette. Sang og musikk har erfaringsmessig vist seg å være en alternativ kommunikasjonskanal for å nå beboere med svekket språkfunksjon, eksempelvis personer med demens. Det er et veldig relevant tema, da man kan møte en pasient med demenssykdom mange steder i helsevesenet, og det kan være en god kunnskap å ha med seg uansett hvor en arbeider som sykepleier. Selve temaet demens og musikkterapi har vært aktuelt i mange år, men først nå de siste årene har det blitt prøvd ut mer og mer ved forskjellige sykehjem, med positiv effekt. Det er få sykehjem som har ansatt en musikkterapeut, slik at det er oftest fagpersonale ved avdelingen som kurses og bringer kunnskapen videre i personalgruppa. Som sykepleiere må vi kunne utøve sykepleie til mange forskjellige pasientgrupper, herunder personer med demens. Sykepleie kan være så mangt, men Joyce Travelbee (2007) definerer sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finner mening i disse erfaringene (s.29).”

Vi mener denne definisjonen passer bra til vårt tema, og nettopp det å kunne hjelpe pasienten og/eller dens familie med å mestre hverdagen. Videre mener vi at demens og musikkterapi er et sykepleieansvar fordi sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Samt at vi må kjenne til hvilke lovverk som regulerer de forskjellige tjenestene. Vi skal også ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og

retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er kortfattet tatt ut fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleier, og er viktig å ha med seg i arbeidet med personer med demens.

1.2 Hensikt

Hensikten eller formålet med oppgaven er å bli bedre kjent med, og få mer kunnskap om demens, utfordrende adferd og musikkterapi. Dette fordi det som nevnt er en økende utfordring med demens i samfunnet, samt at innenfor demens er miljøterapi/musikkterapi et viktig tema. Det er også en ikke-medikamentell behandling, og har ingen bivirkninger. Det er også vi som sykepleiere som oftest er tilstede ved en sykehjemsavdeling for å bistå, og kunne hjelpe pasienten dersom utfordrende adferd oppstår. Det er derfor viktig at vi kjenner til alternativ behandling som kan være til hjelp, og som eventuelt kan være med å forebygge denne type adferd. Personer med demens er også en forholdsvis sårbar gruppe, og det er viktig at vi har kunnskaper rundt dette og at vi kan videreføre denne kunnskapen til våre kolleger.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Som problemstilling har vi valgt:

«Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende adferd hos personer med demens ved bruk av musikkterapi i sykehjem?»

1.4 Avgrensning og presisering

Vi har i oppgaven valgt å skrive noe generelt om demens, og videre vinklet det inn mot utfordrende adferd og hvordan forebygge dette. Vi har ikke gått detaljert inn på symptomer, årsaker og lignende innen demens, og heller ikke tatt for oss en spesiell type. Hvordan diagnosen stilles er heller ikke med. Videre i oppgaven kan du lese om musikkterapi, hva det er og hvordan det kan virke på kroppen og videre forebygge utfordrende adferd. I oppgaven har fokuset vært musikkterapi, så vi har valgt og ikke gå inn på noen annen form for miljøterapi. Utgangspunktet i oppgaven er pasienter ved langtidsavdeling på sykehjem.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet presenteres Kari Martinsens sykepleieteori. Hun er født i 1943, og er utdannet sykepleier og filosof. Hun er blant de nordiske sykepleieteoretikere som har bidratt til teoriutviklingen i sykepleievitenskapen. Vi har valgt hennes sykepleietenkning da vi mener det hun skriver er svært relevant i forhold til vår problemstilling. Omsorg og god sykepleie er viktig i demensomsorgen.

Martinsen skriver at omsorg, nestekjærlighet og moral er sammenvevd. Når Martinsen knytter omsorgen i sykepleien til moralen, understreker hun samtidig hvilken betydning hun anser omsorg har i faget. Omsorg er ikke det samme som sykepleie, men ivaretagelsen i utøvelsen av sykepleie (Austgard, 2010).

Moralen i sykepleie må vises gjennom handling, og handling læres gjennom praksis, skriver Kari Martinsen. Å opptre empatisk, ha innlevelse og forståelse for pasientens situasjon er grunnleggende (Borge, 2011)

2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

I denne oppgaven har vi brukt utdrag fra Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi. Martinsen har en god omsorg for de svakeste svake, og til mennesker som trenger pleie over lengre tid. Hun har fokus på pasientgrupper som ikke har mulighet til å gjenvinne tidligere funksjoner (Martinsen, 2003). På bakgrunn av dette mener vi hennes teori er aktuell for denne oppgaven.

2.2 Kari Martinsens menneskesyn

Kari Martinsens menneskesyn bygger på en verdigoppfatning der hun mener at relasjoner er det fundamentale i et menneskeliv. Mennesker er avhengig av hverandre fordi menneskeliv er forbundet med andres menneskers liv. Denne avhengigheten kommer tydelig frem når man befinner seg i en situasjon der man trenger hjelp, ved sykdom og funksjons tap. Martinsen betegner sitt menneskesyn som kollektivistisk der hun mener at felleskapet og ikke enkelt mennesket settes i sentrum. Videre skriver Martinsen at menneskers likeverd framhever et hvert menneske, uavhengig av status, ytelse og andre ytre kjennetegn så vil man komme opp i situasjoner der en trenger hjelp fra andre (Kristoffersen m.fl., 2011).

2.3 Kari Martinsen og omsorg

Martinsen skriver at omsorg, nestekjærlighet og moral er sammenvevd. Når Martinsen knytter omsorgen i sykepleien til moralen, understreker hun samtidig hvilken betydning hun anser omsorg har i faget. Omsorg er ikke det samme som sykepleie, men ivaretagelsen i utøvelsen av sykepleie (Austgard, 2010). I følge Martinsen er sykepleierens overordnede mål å gi omsorg gjennom konkrete handlinger gjort ut i fra vurderinger av hva som er til pasientens beste. Hun vektlegger særlig sykepleierens ansvar for pleie og omsorg til personer som ikke lenger har mulighet til å gjenvinne sin uavhengighet (Martinsen, 2003). Martinsen sier at omsorg kjennetegnes ved en etisk appell som utgår fra menneske til et annet, gjennom de spontane livsytringene, på dette faktum hviler omsorgsetikken. Videre sier hun at omsorg er naturlig og grunnleggende i et menneskes eksistens, dette viser seg igjennom måten vi omgås andre på. Omsorg er et forhold- en relasjon mellom to mennesker. (Kristoffersen m.fl., 2011). Denne relasjonen som foreligger uten noen form for gjenytelser eller forventninger, bygger på solidaritet, gjensidighet og fellesskap (Martinsen, 2003). Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for de svakeste svake. Omsorg er hvordan sykepleieren møter pasienten og måten sykepleieren handler på. Videre sier Martinsen at omsorg er et mål i seg selv og tar avstand fra egenomsorgstenkningen i sykepleie (Kristoffersen m.fl., 2011). Ut i fra pasientens syke- og livshistorie skal sykepleier se og forstå livsmuligheten det enkelte mennesket har. Ved å skåne pasientens for påkjenninger og ta vare på livsmulighetene hans, fremmer sykepleieren pasientens livsmot (Kristoffersen m.fl., 2011). Moralene i sykepleie må vises gjennom handling, og handling læres gjennom praksis, skriver Kari Martinsen. Å opptre empatisk, ha innlevelse og forståelse for pasientens situasjon er grunnleggende (Borge, 2011).

3.0 METODE

Sosiolog Vilhelm Aubert har definert metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2013 s.111).»

Altså er en metode noe som forteller hvordan vi bør starte for å finne kunnskap vi er på jakt etter. Begrunnelsen for valg av metode vil være at den vil gi oss gode data og belyse vår problemstilling på en god måte (Dalland, 2013). Oppgaven er et litteraturstudie. Vi vil finne relevant forskning til temaet, og bruke gode skriftlige kilder som finnes.

3.1 Litteratursøk

Litteratursøk vil si at man skal søke frem best mulig kunnskap i forskjellige databaser. Det hele starter med å finne et tema man ønsker mer kunnskap om. Man ønsker gjerne svar på ett eller flere spørsmål. Problemstillingen er ofte litt annerledes enn slik vi vil stille spørsmål til daglig, ved at de gjerne må være mer nøyte gjennomtenkt. Vi må samle inn data som er relevant og pålitelig ut fra vår problemstilling. Videre må dataen vi finner analyseres, er kilden god nok? Og er det relevant til vår problemstilling? Resultatet av forskningen vi har funnet har vi presentert i det neste punktet i oppgaven (Johannessen m.fl., 2010).

3.2 Fremgangsmåte og søkehistorikk

Vi har primært basert våre søk i databaser som SweMed+ og Cinahl, men vi har også forsøkt oss i Medline, Google Scholar og Cochrane Library. Nortvedt med flere (2012) har her tipset om at SweMed+ er gode på å finne engelske søkeord. Her kan man skrive inn det norske ordet, og finne det engelske ordet via relevante treff. Vi har prøvd søk med ord alene, og flere sammen som gav ulike treff i de forskjellige databasene. Vi har valgt å begrense flere av søkene med «peer reviewed», og etter årstall, da gjerne artikler etter år 2010. Søkene vi har gjort i de ulike databasene kan ses som vedlegg 1 til oppgaven. Der kan dere se databaser, søkeord, avgrensninger, antall treff og antall utvalgte. Vi har fått gode tips til MESH termer underveis i søkeprosessen, og benyttet oss av disse. Det som var noe utfordrende var til tider å finne artikler som var forholdsvis nye, da vi ble anbefalt dette. En

annen ting som ofte kom opp var at artiklene krevde betaling, og vi måtte da finne andre. Vi har brukt mye tid på denne prosessen, og det å finne gode nok artikler.

Norske søkeord: demens, musikk, musikkterapi, agitasjon og beroligende.

Engelske søkeord: dementia, music, music therapy, agitation and soothing.

3.3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

Individualisert musikk for personer med demens. Bragstad og Kirkevold (2010)

Både Bragstad og Kirkevold er ansatt ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Dette er en review artikkel, i denne artikkelen har de brukt systematisk søk i forskjellige databaser i perioden mars til oktober i 2009. Studien undersøker bruk av individualisert musikk for hjemmeboende personer med demens, det angis ikke hvor i hjemmet intervensjonen gis, de har også med sykehjemspasienter med demens hvor de tar for seg undersøkelser i forskjellige rom på sykehjemmet. Personell som kjente pasienten godt var med på å kartlegge pasientens atferd. Metoden de brukte gikk ut på å påvirke demensrammedes atferd, gjennom å motvirke verbal forstyrrende atferd, aggressiv atferd eller agitert atferd. Studiene viste effekt gjennom å registrere antall tilfeller av bestemte typer atferd i et fastsatt tidsrom. De brukte Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI) som et validert og reliabelt instrument som de brukte for å kartlegge 29 agiterte atferdstyper, på en hyppighetsskala som besto av 7 punkter. Dette gikk over en tid på to uker. Majoriteten av studien viste en signifikant reduksjon av utfordrende atferd. I denne artikkelen viser de at individualisert musikk har positiv innvirkning på utfordrende atferd hos personer med demens, men at resultatet må brukes med forsiktighet da det på nåværende tidspunkt eksisterer lite forskning på området og forskningen er av varierende kvalitet. Den gir likevel et bidrag til å belyse vår problemstilling. Denne artikkelen er skrevet for helsepersonell og andre som kan være interessert i emne. I dette studiet har de brukt elleve empiriske studier, og samtlige studier brukte individualisert musikk som tiltak med fokus på utfordrende adferd. Det kom da frem at intervensjonen med dette studiet ble brukt på ulike måter, til forskjellige tider, på ulike steder, med varierende varighet og av forskjellige fagpersoner. Artikkelen er lett å forstå og er relevant til vår problemstilling

Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos personer med demens. Mæland, Joa og Testad (2013)

Vi mener denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den gir et innblikk i forskjellige situasjoner man ofte kan få bruk for musikkterapi og litt generelt i forhold til utfordrende adferd. Bakgrunnen for studiet var at agitasjon hos personer med demens kan være utfordrende i hverdagen, særlig i stellesituasjoner. De ønsket å kartlegge hvor utbredt agitasjon er hos denne pasientgruppen, og se på sammenheng mellom ulike agitasjonsgrupper og stellesituasjoner. Metoden de har brukt er et tverrsnittstudie der de brukte spørreskjema for å kartlegge forekomst av agitasjon og funksjon hos personer med demens. Det er ansatte i de aktuelle institusjonene som har svart på skjema, og de aktuelle personene fikk opplæring i form av kurs og veiledning i hvordan de skulle bruke spørreskjemaet for de begynte undersøkelsen. De som ble undersøkt var personer som bodde i institusjon, bofellesskap eller hadde hjemmebaserte tjenester. De spurte 240 kvinner og 72 menn, hvorav 191 av disse var i institusjon. Data de brukte ble innhenta i perioden desember 2009 – mai 2010. Aldersfordelinga var fra 45 – 101 år, men gjennomsnittsalderen var 85 år. 77 % av utvalget hadde en demensdiagnose, de resterende hadde mistanke om demensdiagnose. Det var en person som falt fra undersøkelsen da skjema ikke var tilstrekkelig utfyllt. Resultatet av studien ble at 83,3% av personene med demens agiterte minst en gang i uka. Det var en positiv sammenheng mellom grad av agitasjon og dårligere funksjon i stell, påkledning og bading. Den sterkeste samvariasjonen var mellom fysisk aggressiv agitasjon og dårligere funksjon i stell, påkledning og bading. Deres konklusjon ble at agitasjon og utfordringer knytta til stellsituasjoner hos personer med demens er veldig vanlig. Det er derfor behov for flere studier og mer kunnskap om denne pasientgruppen som bor på institusjon, i bofellesskap og i hjemmet. Her kommer blant annet viktigheten med nok og godt utdannet personalet i helsevesenet inn. De har en klar problemstilling, som er lett å forstå. Og vi synes denne er relevant til både vår problemstilling og er også veldig relevant i praksis. Ut fra antallet de har brukt i studien gir det en pekepinn på hvor utbredt dette er i dagens helsevesen, når man tenker på hvor mange som har diagnosen demens i dag og antallet de har undersøkt.

Music therapy to reduce agitation in dementia. Craig (2014)

Jacqueline Craig er stabsykepleier ved Nottingham University sykehus. Hun har undersøkt effekten av musikkterapi i grupper for å redusere agitasjon hos personer med demens. Hun har brukt gjennomgang av litteratur, og åtte artikler som et grunnlag viser at musikkterapi er gjennomførbart for denne gruppen. Etter de første søkene hadde hun 15 artikler, men valgte som nevnt 8 artikler til undersøkelsen. Hun brukte en systematisk tilnærming for å finne aktuelle artikler. Hun har søkt i Amed, Cinahl og Medline med søkeord som demens, musikk, intervensjon og uro. Hun valgte å ikke bruke studier som var avhandlinger, kombinert musikkterapi med andre intervensjoner eller litteratur vurderinger eller som ikke hadde klart fokus på agitasjon. Artikkelen strekker seg mellom år 2006 og 2013, så de er forholdsvis nye. Hun har valgt å bruke syv emner for å se om musikkterapi i gruppe kan redusere agitasjon hos personer med demens. Disse syv kriteriene var prøvetakingskriterier (noe uklart hva slags kriterier dette er), måleverktøy, valg av musikk, gruppeterapi versus andre intervensjoner, tilrettelegging av musikkterapi og frekvensen. Dette er emner hun har registrert underveis for å se om det har hatt noen effekt hos pasientene. De brukte i studiet musikk som var kjent, og utdannede musikkterapeuter. De gjorde dette 2-3 ganger i uka, og i cirka 30-50 minutter per gang. Det kommer frem i artikkelen at forskeren mener det bør forskes mer på egnede musikktyper som kan brukes i denne type terapi. Resultatet var at musikkterapi i grupper er vellykket når det blir gjennomført regelmessig, med kjent musikk og for best resultat med en utdannet musikkterapeut. Problemstillingen her; å se om musikkterapi i gruppe kan redusere agitasjon hos personer med demens er veldig relevant for vår oppgave, og den er nyttig å ha med seg i praksis. Det viser også viktigheten av å ha utdannede folk også til dette, eller også viktigheten av at personalet får god opplæring/undervisning slik at det kan brukes i vår arbeidshverdag. Samtidig som at det må være tid til å bruke dette i praksis med jevne mellomrom.

Music therapy for people with dementia. Vink, Bruinsma & Scholten (2010)

Innenfor forskning jobbes det med mange lovende funn for behandling av demens. Det finnes flere typer medikamentell behandling tilgjengelig. Dette studiet har tatt for seg eldre mennesker som ble formelt diagnostisert med en type demens. De inkluderte pasienter bodde på sykehus eller sykehjem og hadde forskjellige alvorlighetsgrader av demens. Dette studiet er brukt til å se på musikkterapi som behandling, og for å vurdere effekten av musikkterapi i behandling av sosiale, kognitive og emosjonelle utfordringer hos personer med demens. Mange behandlinger av demens avhenger av pasientens evne til å kommunisere. Kan de ikke kommunisere så mye verbalt, kan de nynne, lytte eller spille musikk. Målet var å evaluere effekten av musikkterapi. De har brukt ti studier. De fleste studier ble utført for å se på effekten av en aktiv gruppe hvor de brukte musikk for å redusere uønskede adferdssymptomer. I følge forfatterne har dette virket positivt for å redusere adferdsproblemer. I denne anmeldelsen undersøkte de aktuell forskningslitteratur for å vurdere om musikkterapi er etablert som en effektiv ikke-farmakologisk tilnærming i behandling av atferds, sosiale, kognitive og emosjonelle problemer hos eldre mennesker med demens. Enhver type musikkterapi med et minimum på fem sesjoner har de sammenlignet med hvilken som helst annen type terapi eller ingen behandling. Et minimum på fem sesjoner ble valgt for å sikre at en terapeutisk intervensjon kan ha funnet sted. For den første versjonen av denne gjennomgangen i 2003 identifiserte vi 354 referanser knyttet til musikkterapi og demens. Av disse 254 ble forkastet da de ikke refererer til en forskningsstudie. De forkastet da ytterligere 74 studier som de involverte pasientserier eller casestudier. Totalt 26 studier ble i 2003 hvorav 5 ble inkludert med gode kriterier for gjennomgang. For oppdateringen i 2010 hentet de totalt 188 relevante referanser. Etter en første vurdering ble 16 referanser videre undersøkt, hvorav to studier møtte kriteriene for denne anmeldelsen. I alt ble 10 studier inkludert i denne studien. Problemstillingen her er også relevant for vår oppgave, og har et positivt resultat. Dette er en artikkel opprinnelig fra Nederland, og vi mener denne kan overføres til vår praksis.

Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized trial.
Riddera, Stige, Qvale & Gold (2013).

De laget en studieprotokoll i samhandling med en gruppe klinikere fra Danmark og Norge. Målet med studien var å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjon hos personer med moderat/alvorlig demens som bor på sykehjem. Også å utforske virkningen av psykotrope medikamenter og livskvalitet. Det var 42 deltakere fra sykehjem. Her samlet de data fra forskjellige sykehjem. Deltaker rekruttering startet i juli/ august 2010. De samlet data i tre 15- ukers periode høsten 2010 og vår og høst 2011 på 14 forskjellige sykehjem og boliger 4 i Danmark og 10 i Norge. Det var flest kvinner med i studien og aldersspredningen var fra 66- 96 år, gjennomsnittsalder på 81år. Studien varte i en periode på 14 uker, den gikk ut på at deltakerne ble tilfeldig fordelt til enten musikkterapi eller standard behandling. Studien ble utformet som en pragmatisk, to- armet, crossover, utforskende, randomisert kontrollister studie. Deltakere ble tilfeldig fordelt til enten musikkterapi eller standardbehandling dette ble gjort i en datasamling. I løpet av uke 1-6 og 8-13 inneholdt enten musikkterapi eller standardbehandling uten individuell musikk terapi. Bruken av psykotrope medikamenter ble registrert i uke 0 og 14. Denne forskningen gikk ut på bruk av musikk terapi til personer med demens med utfordrende adferd. I undersøkelsen fant de ut at musikk terapi er svært relevant for denne populasjonen, og at det er effektivt i forhold til agitasjon. Det kan også være med på å redusere bruken av psykotrope medikamenter.

3.4 Kildekritikk

Alt som kan bidra til en oppgave er kilder. Et litteraturstudie som dette er, må man være kritisk til kildene man finner (Dalland, 2013). Vi har brukt både pensumlitteratur, internett og en del selvvalgte kilder. Sistnevnte er aktuelle fagbøker til vårt emne som vi mener er gode kilder. Audun Myskja er flittig brukt, han er anerkjent for sitt fagområde og er en pålitelig kilde til vår oppgave. Videre har vi prøvd å benytte oss av artikler av nyere dato. Temaet demens og musikkterapi er noe som er forsket på over flere år, og som kanskje ikke «går ut på dato» som mange andre emner, men som de heller har brukt tidligere resultater til å forske videre på. Underveis har vi hatt noen utfordringer i forhold til språkkunnskaper og oversettelse av artiklene, samt det å finne ut hvor artiklene opprinnelig stammer fra og det er noe uklart i enkelte av artiklene antallet som var undersøkt.

3.5 Etiske aspekter

Etiske aspekter i en oppgave går ikke bare ut på å følge regler. Det handler også om at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og hvordan håndtere disse. Vi bør finne ut hvem som vil ha nytte av vårt tema og problemstilling (Dalland, 2013). De som kan ha nytte av vår oppgave er helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen. Vi har hatt fokus på dette i sykehjem, men det kan benyttes andre steder i helsevesenet også. Samt kanskje noen pårørende vil finne dette interessant. Ellers er oppgaven skrevet etter gitte retningslinjer og gjeldende APA standard etter beste evne. Eksempler fra praksis som er med i oppgaven er anonymisert etter taushetsplikten.

4.0 TEORI

4.1 Demens

Demens rammer for det meste eldre over 65-70 år. I 2010 var det 65 000 personer med demens, i dag er det 71 000. I årene som kommer vil det bli flere eldre og sykdomsforekomsten vil øke betraktelig. Kvinner er mer utsatt for å få demens, det på grunn av at de statistisk sett lever lengre enn menn, og fordi demens har en risikofaktor forbundet med høy alder (Dahl, 2012). Det er som nevnt i innledningen blitt en av våre største folkehelseutfordringer. Nasjonalforeningen for folkehelsen (2014) skriver at demens er et begrep og egentlig ikke en sykdom i seg selv. Vi kan si at demens er en betegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Sykdommen kjennetegnes ved hukommelsessvikt, i tillegg til at minst en annen kognitiv funksjon har sviktet, som for eksempel redusert orienteringsevne. Vanlige symptomer er dårlig hukommelse, problemer med daglige gjøremål og planlegging, og enkelte får personlighetsendring. Sykdommen er kronisk, og vil ofte forverre seg over tid. Etter hvert som sykdommen sprer seg i hjernen, blir pasienten sykere, og får flere og flere symptomer. Det er veldig individuelt hvordan og hvor raskt sykdommen utvikler seg.

De forskjellige demenssykdommene har hver sine særtrekk når det gjelder hvilke symptomer som er mest framtreddende. Symptomene varierer etter hvilke type demens det dreier seg om, hvilken del av hjernen som er skadet, miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlig mestringsstrategier (Berentsen, 2010).

Hippocampus («sjøhesten»), thalamus, tinningslappene og området rundt tredje hjerneventrikkel er viktige for informasjonsbearbeiding og læring. Ved demens er det skader i disse områdene. Det som forteller hvilke deler av hjernen som er rammet er de kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomene ved demens (Berentsen, 2010).

Ved stigende alder øker forekomsten av demens. I Europa har 60% av pasientgruppen med demens Alzheimers sykdom, 25-30% har vaskulær demens. Det er mange som kan ha en kombinasjon av Alzheimers sykdom og vaskulære forandringer, 15 % har andre demenstyper. Det er tre forskjellige grader av demens: mild grad, moderat grad og alvorlig grad dette er ut ifra hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg (Berentsen, 2010). Ved en langtidsavdeling ved sykehjem som vi har fokus på, har de fleste en alvorlig grad av demens.

4.2**Utfordrende adferd**

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av det symptombylde som opptrer ved demenssykdom. Symptomene forekommer i varierende grad, de kommer i alle stadier i demensforløpet. Adferdsforandringer som er knyttet til en demensutvikling har hatt forskjellige betegnelser, som vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd. Utfordrende adferd blir brukt som fellesbetegnelse på adferdsendringene som observeres. Hjerneorganiske forandringer endrer livssituasjonen i høy grad, endrer livsutfoldelse og kommunikasjon samt endret adferd hos personer i omgivelsene. Symptomene medfører tap av livskvalitet for pasienten og pårørende. Adferd er en reaksjon på det indre og det ytre stimuli, atferd som oppleves som problematisk for omgivelsen, kan være pasientens måte å kommunisere en lite tilfredsstillende livssituasjon på. Adferden kan være en reaksjon på et behov som ikke møtes (Rokstad, 2008).

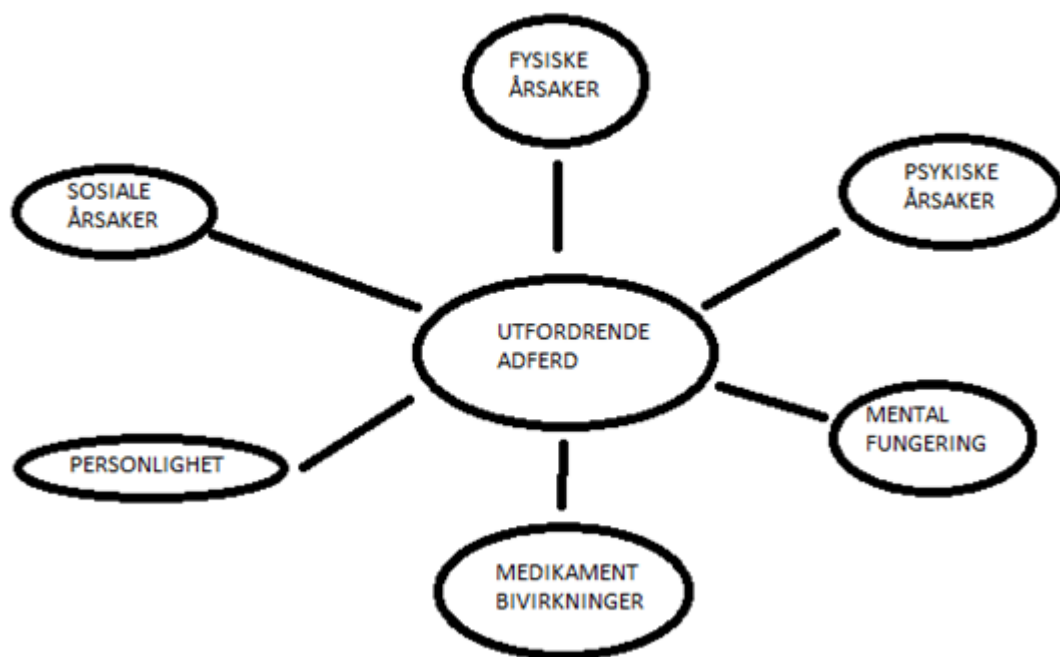
Engedal og Haugen (2004) skriver i sin bok at, når man bruker uttrykket utfordrende adferd understreker man at man kan se løsningen og forståelsen av adferden, tiltakene kan da være å endre væremåten hos pleierne, se på miljøfaktorene og forhold hos pasienten selv. Adferdssymptomer er væremåten hos pasienten som kan beskrives som slåing, motorisk uro, vandring. Psykiatriske symptomer kan også være til stede som hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og angst. Utfordrende atferd blir brukt i en fellesbetegnelse på både psykiatriske- og atferdsmessige symptomer som oppstår hos pasienten. I en undersøkelse som er gjort om forekomst av ulike følelsesmessige reaksjoner hos aldersdemente, fant de ut at 10- 70 prosent av personer med demens har en vrangforestilling og 5- 80 prosent har et depressivt stemningsleie.

Det er spesielt i stellsituasjoner, av- og påkledning, dusj, toalettbesøk og tabletter som skal gis at man kan utløse uønsket adferd. Her kan adferden gå ut på slåing, biting, sparring, kloring, lugging, kast av gjenstander etter personalet. Dette kan skje når pasienten ikke klarer og holde oversikt på hvor hun er, hvem som er sammen med henne og hvorfor hun er der (Rokstad, 2008). For å forstå utfordrende adferd er det viktig med god innsamling og informasjon av pasientens bakgrunn, diagnose og helsemessige forhold. Hvilke type demens og hvor hjerneskaden er lokalisert, dette er viktig informasjon når en skal forstå adferden. Har pasienten god innsikt i egen situasjon? Hvordan personalet, familie og venner kommuniserer om pasientens tilstand på, kan virke inn på hvordan pasienten kan forstå og

mestre sin egen situasjon. Det er viktig å forstå pasientens endring og virkning demenssykdommen har på vedkommende mestringsmulighet, dette er et nødvendig utgangspunkt (Rokstad, 2008). Vår erfaring er spesielt i stellsituasjoner. Et eksempel fra vår arbeidshverdag er Olga på 85 år. Hun har diagnosen demens. Hun har hatt det i mange år, og har den siste tiden hatt adferdsendring. Hun har fått en mer utfordrende adferd, hvor hun kan slå, sparke og bite personalet blant annet når vedkommende skal opp på sengekanten. Vi kjenner denne pasienten godt så vi kan se når utfordringen kommer, dette ser vi på hvordan hun er i humør og hvordan hun svarer oss. Pasienten kan ha en del vondt i kroppen/magen så det er spesielt når disse smertene kommer at atferden blir utløst. Samtidig som hun ikke helt forstår hva som skjer, og blir engstelig. Det er da viktig å underveis fortelle hva som skal skje hele tiden. Mæland, Joa og Testad (2013) har i sin studie sett på hvor utbrett agitasjon er hos pasienter med demens, og se på sammenheng mellom ulike agitasjonsgrupper og stellesituasjoner. Agitasjon hos personer med demens kan være en utfordring i hverdagen, særlig i stellesituasjoner. De fant ut at det var en positiv sammenheng mellom grad av agitasjon og dårligere funksjon i stell, påkledning og bading. Den sterkeste samvariasjonen var mellom fysisk aggressiv agitasjon og dårligere funksjon i stell, påkledning og bading. Her fant de ut at agitasjon og utfordringer knytta til stellsituasjoner hos personer med demens er veldig vanlig. Dette med situasjoner med agitasjon kommer vi nærmere inn på i punktene nedenfor.

4.3 Årsaker til utfordrende adferd

Det kan være mange årsaker til utfordrende adferd hos pasienter med demens, og at der kommunikasjonen svikter mer og mer blir adferden mer framtrede. Når slik adferd oppstår må vi som sykepleiere tenke at det alltid er en årsak til adferden. Sjørengen (2009) har lagd denne modellen for å illustrere og være til hjelp i det å finne en årsak:



Fysiske årsaker: Har pasienten for eksempel smerter, feber, infeksjoner, obstipasjon? Eldre mennesker og særlig de som har en demenssykdom kan ha atypiske symptomer på den del sykdommer. Økt forvirring kan være tegn på infeksjonssykdom, et eksempel kan være urinveisinfeksjon. Dette er et eksempel vi kjenner godt fra praksis, hvor økt uto og adferdsendring kan oppstå. Alzheimer sykdom kan også gi senket blodtrykk som igjen kan føre til forvirring og endret adferd (Karoliussen og Smebye, 2006)

Psykiske årsaker: har pasienten en depresjon, hallusinasjoner, angst eller lignende? Hos denne pasientgruppen kan angst ses i form av økt motorisk og verbal uro, truende og klamrende eller utagerende adferd.

Mentale årsaker: hva slags demenstype har pasienten? Utvikling av sykdommen, hvilken fase er pasienten i? Stilles det rette/reelle krav til mestring i forhold til pasientens ressurser og begrensninger? (Sjørengen, 2009).

Medikamentbivirkninger som årsak: pasienter med demens tåler ofte dårlig medisiner og spesielt preparater med antikolinerge bivirkninger. Det vil si at det blir mindre signalsubstans i hjernen, på grunn av blokkering av reseptorene i synapser av acetylkolin. Denne signalsubstansen er viktig for de kognitive funksjoner. Pasientgruppen har stor risiko for å utvikle forvirring og nedsatte kognitive ferdigheter. Eksempler på slike medisiner er noen typer antidepressiva, antihistaminer og midler mot urininkontinens. Kan adferden relateres til et legemiddel? (Berentsen, 2010 og Sjørengen, 2009)

Personlighet: blir pasienten møtt på en individuell måte, blir bakgrunnsopplysningsskjemaet sett på og brukt aktivt? (Sjørengen, 2009)

Sosiale årsaker: får pasienten individuelt tilpasset stimuli? Blir pasienten skjermet ved behov? Behandles pasienten med vennlighet og respekt? (Sjørengen, 2009)

Eldre mennesker er mer utsatt for alvorlig sykdom og funksjonssvikt, sykdom oppstår lettere, og utviklingen av sykdom går raskere. De eldre kan ha flere sykdommer, er skrøpelige og har funksjonstap og bruker dermed mange forskjellige legemidler (Kirkevold og Brodtkorp, 2010). Sykdom, bivirkning av legemidler og smerte kan også være en utløsende årsak til agitasjon.

Adferdsregistrering anbefales både før, under og etter man setter i gang nye tiltak. Det gjelder både medikamentell behandling eller eksempelvis musikkterapi. Ofte kan redusering eller seponering av psykofarmaka være bedre enn økning. Vi må også være gode på å se pasientens ressurser og at det også kan komme frem på adferdskjema. Vi har også tidligere nevnt at musikkterapi ikke passer for alle, det har også noe med at personer med en langtkommen demens kan oppfatte stimuli som støy, som igjen kan føre til uro. Vi må også ha med oss at vi ikke alltid kan finne årsaken, men at vi da husker viktigheten av å dokumentere i pasientens journal hvilke tiltak som er prøvd, og om de hadde effekt eller ikke. Det er også viktig å ha med seg pårørende som en ressurs (Sjørengen, 2009 og Berentsen, 2010). Mæland, Joa og Testad (2013) gir i sin studie en pekepinn på hvor vanlig det er med utfordrende adferd i gitte situasjoner som vi har skrevet om tidligere i oppgaven.

Dette ses ut ifra antallet de har undersøkt opp mot hvor mange som har diagnosen demens i dag. Det at det de neste årene vil øke med antall personer med demens vil vår kunnskap rundt dette være viktig, samt det å jevnlig holde seg faglig oppdatert på området.

4.4 Kartlegging

Som det kommer frem i Mæland m.fl. (2013) sin artikkel «Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos personer med demens» er det flere situasjoner som kan gi en utfordrende adferd. Noen situasjoner som stell, dusj og påkledning er ofte situasjoner da denne type adferd oppstår. Av egen erfaring og det vi har funnet i teorien vil vi nevne eksempel på hvordan utfordrende adferd viser seg hos pasientgruppen, dette er både verbale og fysiske utfordringer. Det som ofte fremkommer er vandring, dytting, spyting, slag, spark, biting, kloring, skriking og kast av gjenstander. Videre i denne artikkelen kommer det frem at de som er fysisk aggressive, altså de som slår, sparker, biter og lignende, fungerer dårligere i stellesituasjon enn de som ikke har den adferden. Også personer med verbal aggressiv adferd som skriking og roping fungerte dårligere i stell enn de uten denne adferden. Vi som sykepleiere må kartlegge pasientens tidligere bakgrunn og interesser. For å forstå utfordrende adferd er det viktig med god innsamling og informasjon om pasientens bakgrunn, diagnose og helsemessige forhold. Når man i tilfeller som dette skal innhente opplysninger vil ofte pårørende og/eller annet helsepersonell være hjelpelige, og være en stor ressurs. Av erfaring gis det ut et skjema som heter «bakgrunnsopplysninger». Dette er et skjema hvor de kan fylle ut om pasienten sin bakgrunn; jobb, hobby, livssyn og interesser, om pasienten har vært glad i musikk og eventuelt hva slags musikk for å nevne noe. Dette er viktig for oss i arbeidet med pasienten, og kunne gi en best mulig hverdag.

Videre i kartleggingen kan det være aktuelt med registreringskjema for å kartlegge utfordrende adferd. I de fleste adferdsskalaene er adferdssymptomene beskrevet med blant annet roping, vandring, og ukritisk adferd. Disse skalaene er gode til å måle frekvens av noen av symptomene, men ofte er varigheten like interessant for oss. Dette gir oss en god mulighet til å måle en endring og evaluere tiltak som blir satt i gang (Engedal og Haugen, 2009). Når man utfører en slik registrering av pasientens adferd, gir det oss også en god mulighet til å se når forskjellige situasjoner oppstår, om det er en spesiell tid på døgnet og hvor lenge det varer. Det å forebygge den utfordrende adferden kan være krevende (Engedal og Haugen, 2009). Det som er av stor betydning i tillegg til dette er at det er tilstrekkelig

Bachelor i sykepleie, kandidatnummer 303 og 309

med ressurser blant personalet, samt et godt team rundt pasientene. Det er viktig at skjema er veldig konkrete, slik at det ikke blir synsing og tilfeldig ut fra hvilket personalet som fyller det ut. Samt at vi som personalet kan ha ulikt syn på adferden, og noen tolerer mer enn andre. Det er derfor viktig å bli enige slik at ukritisk adferd defineres på lik måte samme hvilket personalet som er med å vurdere pasienten.

Etter hvert som man lærer pasienten å kjenne vil det å finne årsak til adferden være lettere. Vi nevnte Olga på 85 år tidligere i oppgaven, og henne har vi i praksis lært å kjenne. Det vil si at vi kan lese kroppsspråket hennes, og kjenne igjen lyder og tegn i hennes adferd som gjør at vi kan forebygge aggitasjon. Et eksempel kan være i forbindelse med måltider. Hun spiser måltider på felles stue, og når for eksempel kveldsmaten er over følger vi henne direkte tilbake til rommet og gjerne setter på litt musikk. Dette fordi vi kjenner henne, og hennes adferd, og vet at dette kan gjøre resten av kvelden mer positiv for henne, og at kveldsstellet går lettere. Lar vi henne sitte for lenge på stua blir hun ofte sliten, og det utløser adferd som ofte starter med at hun skriker og det blir vanskelig å hjelpe henne og utføre et godt stell.

Kari Martinsen sier at sykepleierens overordnede mål er å gi omsorg gjennom konkrete handlinger gjort ut i fra vurderinger av hva som er til pasientens beste. Det er jo nettopp det dette går ut på. Vi skal dekke pasientenes grunnleggende behov på en god måte. Her kommer vi tilbake på bakgrunnsopplysningskjema, og informasjon fra pårørende som kan fortelle oss om pasienten, å hjelpe oss med å dekke alle deres behov. Pårørende er ofte en stor ressurs for oss. Som sykepleier har man ansvar for å kartlegge ressurser og pleiebehov med tanke på å fremme evnen til egenomsorg. Dette skjer gjennom kontinuerlige observasjoner og datainnsamlinger fra både pasient, pårørende og andre helsepersonell. Kort oppsummert er en sykepleiers oppgave å dekke følgende behov: aktiviteter, hvile og søvn. Mat og væskeinntak, gangfunksjon, kognitive funksjoner, legemiddelhåndtering, motivasjon og personlig hygiene, psykiske funksjoner, av og påkledning, respirasjon og sirkulasjon, smerter, sikkerhet, sosiale behov og utskillelse av urin og avføring. Dette skal dekkes på en faglig god og forsvarlig måte for best mulig livskvalitet etter beste evne (Brodtkorp og Kirkevold, 2010).

4.5**Forebygging**

Det som er aktuelt for vår problemstilling er å forebygge uønsket adferd, og en best mulig livskvalitet for personer med demens. Det å forebygge utfordrende adferd kan være krevende, og ikke alltid oppnåelig. Men vi kan også dersom vi observerer det forebygge at adferden når sin topp, og dermed redusere varigheten av adferden. Samtidig skal vi være bevisste å forebygge bruk av tvang. Fokuset her vil da være mestring og forebygging. Travelbee (2007) sier at «...det å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene». Dette er relevant for oss, da vår erfaring og våre observasjoner er viktig i vår utøvelse av sykepleie til pasientgruppen. Som nevnt tidligere er det viktig å se pasientens ressurser, og vite hva pasienten mestrer for å oppnå en mestringsfølelse. Videre vil det også være viktig å kunne forebygge demens. Flere livstilfaktorer er forbundet med økt risiko for å utvikle demens. Det sies at det viktigste forebyggende tiltaket er å spise sunt og leve sunt, og være aktiv. Men man har ingen garanti mot denne sykdommen om man følger dette, og det er stort og omfattende område som de må forske mer på i fremtiden (Helsedirektoratet, 2014). Under kommer vi litt inn på sekundærforebyggende helsearbeid, men vi mener flere av punktene vi har der også passer inn i arbeidet vårt for å forebygge utfordrende adferd.

Forebyggende helsearbeid kan foregå på både individnivå og samfunnsnivå. Det kan handle om en sunnere livsstil, med riktig kosthold, mosjon og en god balanse mellom jobb og fritid. Det er viktig med informasjon om en sunn livsstil til befolkningen. Samfunnet kan være med å legge til rette for at den enkelte kan ta vare på sin helse. Forebyggende arbeid blant eldre bør omfatte helseopplysning, informasjon om trygder og sosiale ytelser, psykososial helsetjeneste og systematiske undersøkelser som kan gjøre at man kan oppdage eventuelle sykdomstegn på et tidlig stadium (Smebye, 2006). Det handler om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i dagliglivet. I dette ligger for eksempel:

- Å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling
- Å stimulere folks evne til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll
- Å bidra til at alle får en best mulig livskvalitet (Mæland 2012)

4.6 Hva er musikkterapi?

Musikkterapi er en behandling som blir utført gjennom å spille, eller lytte til musikk. Dette er noe som har vært forsket på i mange år. På slutten av 1800 tallet påviste flere forskere at forskjellige typer musikk kunne både senke og øke puls og blodtrykk. Fra 1920 tallet og frem til i dag har det vært flere studier i forhold til puls, hudrespons og respirasjon. De har da kommet frem til at langsom instrumentalmusikk på lavt volum minsker stressrespons, mens raskere musikk med høyere volum gir økt respons. Det er også prøvd ut med musikk mange steder i helsevesenet, men vi skal ha fokus på dette i forbindelse med demens, og der har det de siste årene skjedd mye. Kulturarbeid med terapeutiske målsettinger utøves i eldreomsorgen ved sykehjem og dagsenter. Det er få steder som har ansatt egen musikkterapeut, men flere og flere er på kurs eller lignende for å øke sin kompetanse innenfor dette for å være en ressurs på arbeidsplassen (Myskja, 2006).

Verdensorganisasjonen for musikkterapi – World Federation of Music Therapy (WFMT) har lagd en definisjon på musikkterapi, og er som følgende:

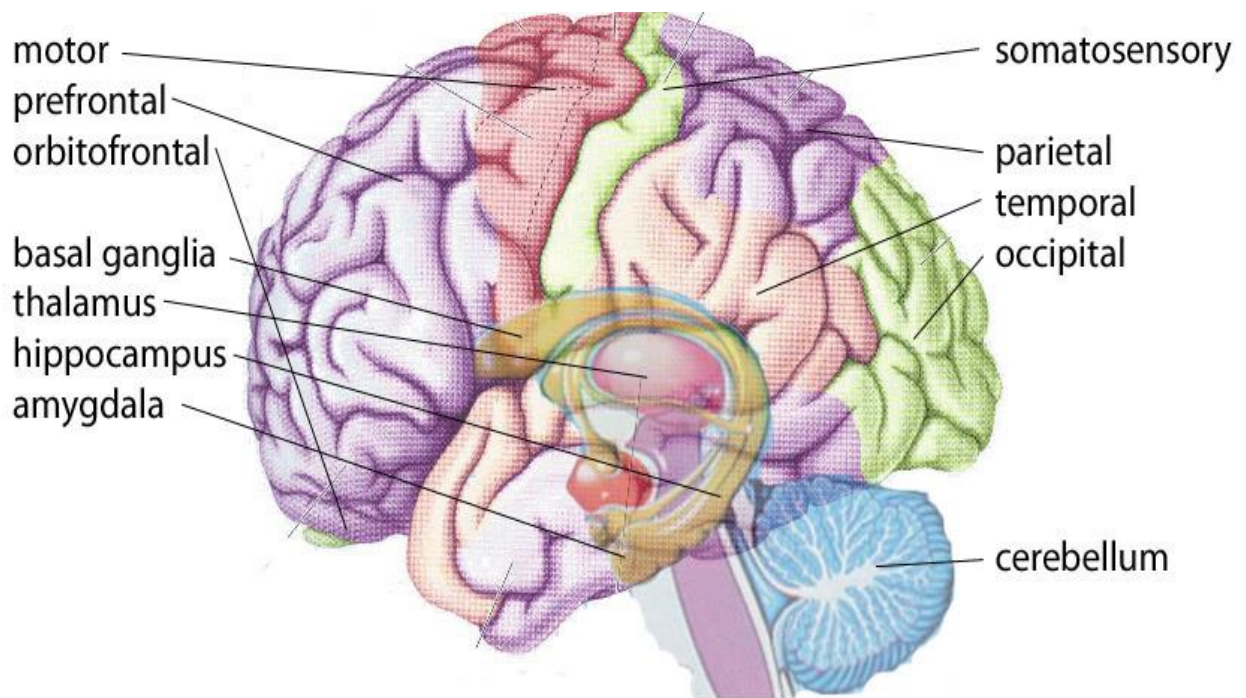
Musikkterapi er bruken av musikk og/eller musikalske elementer (lyder, rytmer, melodi og harmoni) av en musikkterapeut sammen med en klient eller en gruppe. Musikkterapien skjer innenfor en prosess som er tilrettelagt for å utløse og fremme kommunikasjon, relasjoner, læring, mobilisering, uttrykk og organisasjon (fysisk, emosjonell, psykisk, sosial og kognitiv). Målet for musikkterapien er å utvikle potensialer og/eller å bevare funksjoner hos det enkelte individ slik at vedkommende kan oppnå en bedre intra- eller interpersonlig integrasjon og på denne måten oppnå en bedre livskvalitet. (sitert i Ruud 2001, s.61)

Ruud sier altså i sitt sitat at musikkterapi er en tilrettelagt prosess hvor man kan bruke både sang, lyder og melodier. Det som kan utløses og fremmes ved musikkterapi er kommunikasjon, relasjoner, økt læring og mobilisering, uttrykk og organisering. Målet her er å utvikle potensialer og/eller bevare enkelte funksjoner, og alt dette kan gi pasienten en positiv opplevelse og bedre livskvalitet.

4.7 Musikkens virkning

Øret er det organet og sansen som først utvikler seg og først når sin voksne eller modne tilstand. Hørselen begynner å utvikle seg allerede i fosterlivet, i mors mage. Hørselen er hele livet en vital sans for kommunikasjon, og overlevelse. Når lydssignaler er bearbeidet i sneglehuset i det indre øret, føres de til hjernestammen. Hørselen er på dette nivået skapt for å klare å definere, lokalisere og identifisere lyder, en sans som for oss er vesentlig. Talamus i midthjernen fungerer som en slags port som blant annet gir informasjon om lyden eller musikken oppfattes som ubehagelig eller farlig. Dersom pasienten viser utrygghet i stedet for lytterrespons vil han da blokkere den terapeutiske virkningen av musikken (Myskja, 2006).

Nyere funn fra hjerneundersøkelser gir støtte for kliniske observasjoner av at musikk kan påvirke depresjon, uro og forvirring hos personer med demens. Nukleærmedisinske hjerneundersøkelser har gitt grunnlag for å tro at frontallappen er knyttet til musikkens betydning for oss og vår forståelse av toner og musikalske temaer, temporallappen til hørsel og lytterrespons, parietallappen til vår respons på musikk og det å bli berørt, occipitallappen til bilder og emosjonell bearbeiding (Myskja, 2006). På bildet under kan man se en anatomisk tegning av hjernen for å se hvor de aktuelle lappene befinner seg.



(bildet er hentet fra: http://www.westcoast-ideals.com/old_home/)

Musikk som gir gode følelser og trygghet, kan virke gunstig på stressmestring og kanskje også normalisere sentrale strukturer i midthjernen, som amygdala, en del av hjernen som viser sterk respons på musikk hos personer med Alzheimer sykdom. Nyere studier og forskning gir støtte for betydningen av å bruke individualisert musikk, musikk til ro og stressreduksjon og musikk til læring og mestring til den eldre del av befolkningen (Myskja, 2006). Bragstad og Kirkevold (2010) har også kommet frem til dette i sin studie, der resultatet var at individualisert musikk har positiv innvirkning på utfordrende adferd hos personer med demens.

4.8 Musikk som forebyggende medisin

Hvilken virkning har musikk som et forebyggende tiltak? Det er forsket en del på dette gjennom årene, og musikken kan påvirke mye i kroppen vår. Her kommer det litt om hva musikk gjør med kroppen vår:

- *Hjerteslag og puls:* musikkens virkning på hjerterytmen er blant det som medisinsk forskning først ble oppmerksom på. Både hjerterytme og puls responderer på musikk, en rask rytme vil øke hjerterytmen, mens lave rytmer vil senke hjerterytmen.
- *Respirasjon:* det gjelder det samme her som med hjerterytmen, at høy rytme vil øke respirasjonsfrekvensen, og motsatt.
- *Kroppstemperatur:* Forskning har også vist at kroppstemperaturen kan øke ved kraftig musikk (målt med termometer). Og roligere musikk kan senke temperaturen. Forskerne tror dette har noe med påvirkningen på blodsirkulasjonen, puls og respirasjonsmønster å gjøre.
- *Beroligende:* Musikk har god virkning på dette. Musikk kan gi fysisk og muskulær avspenning, og i denne forbindelse er det også benyttet med hell hos personer med demens. Musikk kan også roe tankene i hodet og gi mental avspenning.
- *Ved søvnproblemer:* lite søvn kan gjøre oss irritable og trøtte. Det er forsket på eldre ved sykehjem og dårlig søvn; som har vist at musikk gir et verdifullt, enkelt, billig og medisinfritt hjelpemiddel uten noen form for bivirkninger. Det ble spilt rolig og behagelig musikk og 25 av de geriatrike pasientene rapporterte 96% bedring av søvnen etter tiltaket med musikk ble innført. Ved et annet sykehjem ble dette prøvd på 32 pasienter, og 27 av disse brukte sovetabletter før forsøket begynte. De hørte på rolig musikk 2 timer før sengetid i 3 måneder, og antallet som brukte sovetabletter etter dette var kun 8 stykker.
- *Redusere angst:* beroligende musikk reduserte behovet for surstoff og stoffskifte, i tillegg til å senke puls, blodtrykk og respirasjonshastighet (Myskja, 2003).

Det har blitt gjort mange undersøkelser både på friske forsøkspersoner og pasienter med ulike sykdommer og lidelser for å kartlegge mulige fysiologiske effekter av musikk. Denne

forskningen har gitt et grunnlag for en grunnleggende inndeling av musikkens virkninger i en avspennende og stimulerende retning. Bakgrunnen for dette er at musikk av forskjellige typer kan bidra til å påvirke kroppslige funksjoner som puls, hjerterytme, respirasjonsfrekvens, blodtrykk og kroppstemperatur som er nevnt ovenfor. Reaksjonen hos den enkelte kan imidlertid variere, både ut fra kulturbakgrunn og assosiasjoner til den musikken de hører. En gruppe eldre med kognitiv svikt som fikk musikkterapi, fikk ikke bare bedring av sine depressive symptomer, men også økt nivå av melatonin og andre hormoner i hjernen, sammenlignet med en gruppe som ikke fikk musikkterapi. Man har også funnet ut at musikk kan bidra til å frigjøre endorfiner. Musikkterapeuter har vist at deres behandling kan bedre lidelser som blant annet demens. Undersøkelser viser også at pasientene ikke bare får redusert symptomer som tungsinn og uro, men de har også økt sine ferdigheter i kommunikasjon og sosial omgang. Man tror at dette ikke bare henger sammen med psykososial trening og stimulering, men at det også kan ha en sammenheng med aktivering av spesielle områder i hjernen. Man tror også at musikk kan påvirke aktiviteten i deler av hjernen slik at bevissthet og oppmerksomhet endres, noe som kan få konsekvens for behandling av uro ved demens (Myskja, 2012). Bragstad og Kirkevold (2010) har i sin studie med at miljøbehandling vektlegger relasjoner og de terapeutiske prosessene som finnes i pasientens miljø. Dette gjøres gjennom tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale forhold. Miljøbehandling favner et bredt og mangfoldig fagfelt og har som målsetting å bedre funksjonsevnen i dagliglivet og øke trivsel, livskvalitet og velvære. Miljøbehandling i form av musikk omfatter en rekke praksisformer og profesjonsroller, inklusive aktive musikkterapeutiske tiltak som sang og dans i grupper, passiv lytting til musikk, ofte for å lindre smerter og andre symptomer, samt individualiserte musikkintervensjoner.

Til slutt i dette punktet vil vi se nærmere på hvorfor synge? Dette har vi også skrevet om tidligere i oppgaven, hva sang gjør med kroppen. Sang virker inn på mange måter. Det er en ferdighet som er lett å lære fra seg, og er godt for menneskets helbred. Det gir oss en mulighet til å utvikle stemmen og styrke alle deler av brystet og åpner stemmen. De senere år har det også vist seg at sang stimulerer åndedrettet og øker blodets oksygenering. Korsang kan øke andelen S-IgA- antistoffer i spyttet, og er en av de beste markørene på at immunforsvaret fungerer. Videre reduserer det som fortalt uro ved demens og påvirker adferd i positiv retning. Det stimulerer også språket og hukommelsen. Samt at det bedrer samholdet i en gruppe (Myskja, 2006).

5.0 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE FOREBYGGE UTFORDRENDE ADFERD HOS PERSONER MED DEMENS VED BRUK AV MUSIKKTERAPI I SYKEHJEM?

I dette kapitlet drøfter vi musikkterapi som et forebyggende tiltak for å forebygge utfordrende adferd. Vi vil drøfte opp mot fem punkter som er sang og musikk som terapi, valg av musikk, individuell eller gruppe, aktiv sang eller lytting og personalet eller musikkterapeut.

5.1 Sang og musikk som terapi

Som nevnt har musikk de siste årene hatt stort fokus i omsorgen for eldre mennesker. Selv om de ikke liker å synge, eller ikke kan spille selv, kan de ha glede av musikken. Kjente og kjære sanger gir gjenkjenning og minner. Musikk kan påvirke trivsel og velvære. Musikk til de eldre blir ofte av pleiepersonalet oppfattet som et kulturtiltak og det blir ikke sett på om det har terapeutisk effekt, dette på grunn av manglende dokumentasjon (Myskja, 2006). Bragstad og Kirkevold (2010) har skrevet i sin studie at musikk som har stått pasienten nær kan vekke pasientens minner på en positiv og følelsesmessig måte. Musikk som hører fortiden til antas å ha en lindrende effekt, den kan også bidra til å hindre eller redusere den agiterede atferden. Det er også viktig å være åpen for at musikken kan ha en effekt som frembringer vonde og problematiske minner. For at musikken skal virke fremmende, og ikke hemmende må musikksmaken kartlegges. Videre skriver Riddera, Stige, Qvale og Gold (2013) i sin studie om bruk av medikamenter og musikkterapi. De fant ut at musikkterapi hos personer med demens var svært relevant for denne populasjonen. De fant ut at agitasjonen ble redusert ved bruk musikkterapi og anbefaler dette som en gyldig behandling og en mulighet for å redusere psykotrope medikamenter, og forhindre at personalet/ medhjelpere brenner ut. Musikkterapi trenger heller ikke alltid å være pasientens eneste behandling, den kan også være kombinert med medikamentell behandling eller andre/flere typer miljøterapi. Vi må også være obs på smertelindring hos pasienter som ikke får uttrykt dette verbalt. Noen ganger må vi sykepleiere være litt «detektiver» for å finne årsak til adferden, og det kan være tidkrevende. Vi må også huske at pasienten er syk, og adferden ikke er bare for å være slem eller masete (Sjørengen, 2009 og Berentsen, 2010).

5.2 Valg av musikk

Når man skal ha en sangstund, om det er individuelt eller i gruppe, er det i forkant viktig å prøve å finne ut hva slags musikk de liker. Dette er gjerne noe vi må prøve oss frem med, for å finne ut hva hver enkelt liker. Dette kan pårørende også si noe om i bakgrunnsopplysningskjema. Bragstad og Kirkevold (2010) sier også at det å kartlegge pasientens musikkpreferanse oftest kommer frem i en uformell samtale med pårørende eller personalet på sykehjemmet, ikke nødvendigvis i noen form for kartleggingsskjemaer. Myskja (2006) har erfart at de ansatte de senere år har merket at de som kommer inn på sykehjemmet, er blitt mer eksponert for moderne og utenlandske sanger. Eksempel på dette kan være *Love me tender* av Elvis Presley og *I love you because* av Jim Reeves. Alf Prøysen er ikke å glemme med sine gode gamle sanger, med alt fra *Hompetitten* og *Tordivelen og flua* til *Du skal få en dag imåra*, *Kong Salomo* og *Jørgen Hattemaker*. Vidar Sandbeck har også noen favoritter, som *Pengegaloppen* og *Menuett i mai*. Sanger om vår, sommer, natur og blomster er også populært, for eksempel *Blokklokkvikua* og *Blåmann Blåmann*. Dagens eldre på sykehjem, som har opplevd mye i sine leveår, blir ofte følelsesladet på en dag som 17.mai da de spiller *Ja, vi elsker*. Dette vekker mange minner, på både godt og vondt. En annen utfordring er at det stadig kommer flere eldre fremmedkulturelle på sykehjemmene. Musikk fra den opprinnelige kulturen kan i noen tilfeller ha god effekt der andre tiltak svikter. Generelt blir musikkgrunnet formet av sosiokulturell bakgrunn, noe som er viktig å ta hensyn til ved valg og utforming av musikktiltak, enten man bruker kjente sanger eller hører på musikk. Slik vi ser dette kan det bli utfordrende, da både språket er annerledes og type musikk i form av takt og rytmer. Så i de tilfeller dette er aktuelt bør man prøve seg frem med individuell musikkterapi først, skal man ha mange forskjellige musikktyper/kulturer bør dette utprøves med forsiktighet da pasientene har forskjellige oppfatning. Noen kan synes det er mye støy og reagere med uro. Her er det da viktig å dokumentere i deres journal hva som er prøvd og effekten av det. Craig (2014) skriver i sin studie at hun mener det bør forskes mer på egnede musikktyper som kan brukes i denne type terapi. Sang og musikk har en egen evne til å vekke gode minner, følelser og assosiasjoner. Dette er en viktig del av reminisensarbeidet og ellers for å skape hygge og glede på avdelingen. Det er viktig å gjøre seg kjent med hvilke sanger og hvilken musikk den enkelte liker, det er både nyttig og nødvendig. Det er viktig med hensyn til den enkeltes historie å gjøre seg bevisst hvilke minner som kan være vonde og traumatiske, og hva som vekker disse minnene. For noen kan dette dreie seg om minner knyttet til krigens dager, for andre kan det være minner om en

person, en opplevelse som er vond å tenke på. Da våre brukere har vanskelig for å skille fortid fra nåtid er dette viktig. Samtidig er det både viktig og svært nyttig for oss som pleiere, å sette oss inn i den historie, tradisjon og kultur som har preget og preger våre beboere. Det vil gi oss stoff til mange gode samtaler både med den enkelte og i gruppen. Samtidig vil det øke vår forståelse for deres ønsker og behov, deres normer, verdier og interesser (Holst-Pedersen, 2013).

5.3 Individuell eller gruppe

Musikkterapi kan foregå individuelt eller i gruppe. Noen pasienter kan like begge deler, eller det kommer an på dagsformen hva de foretrekker. Dette er noe man finner ut av etter å ha prøvd seg frem. Forløpet til musikkseansen for individuell terapi er delt inn i trefaser. Det er forberedelse, hvor du forklarer overfor pasienten hva som skal skje, og lager en god stemning. Videre for pasienten er det aktiv lytting, hvor vi da oppmuntrer og hjelper den andre til å en avspent lyttestilling og deler musikken med pasienten. Til slutt er det lurt å ha en samtale rundt det pasienten har opplevd med musikken om det er mulig. Disse tre fasene går ofte i hverandre. For musikk i grupper gjelder de samme fasene. Du forbereder gruppen på hva som skal skje, og lager god stemning i gruppen. Videre oppmuntres pasientene til en avspent og god lytteposisjon. Til slutt er det å ga samtale i gruppe viktig for å gi bekreftelse og skape en støttende grunnstemning, mange er sårbare og kan føle at de blir gjort narr av. Når dette foregår i grupper bør det lages et lytteprogram med tanke på gruppens behov med musikk som de kan høre på cd i 10-45 minutter (Myskja, 2006). Craig (2014) skriver i sin forskning at de gjorde dette 2-3 ganger i uka, og i cirka 30-50 minutter per gang. Resultatet var at musikkterapi i grupper er vellykket når det blir gjennomført regelmessig, med kjent musikk og for best resultat med en utdannet musikkterapeut, men som nevnt er dette ofte en sykepleieoppgave. I begynnelsen må vi alltid være sammen med pasientene, og observere deres reaksjoner og evaluere fortløpende (Myskja, 2006). Man må forberede seg på forhånd på hva som kan skje, kanskje man må begynne med 10 minutters intervaller i begynnelsen, og øke etter hvert som pasientene har fått mer erfaring med dette. Kanskje er det noen som underveis ikke klarer å konsentrere seg, og vil ut av gruppen. Dersom en vil ut av gruppen kan det by på utfordringer, da det ofte har en smittende effekt på medpasienter. Det er da viktig at personalet som kjenner pasientene godt er tilstede og observerer og kanskje kan hjelpe de det gjelder ut på en mest mulig skånsom måte. For å få utbytte av musikkterapien må vi som nevnt ha kartlagt hva slags musikk som når den enkelte pasient. Responsen kan

varierte fra dag til dag og etter dagsform, men over tid gir kartleggingen et bedre grunnlag for å forstå hvilke toner pasienten liker. Det er i utgangspunktet best at vi som sykepleiere er tilstede når selve tiltaket starter. Da assosierer pasienten det å høre på musikk med nærvær, fellesskap og trygghet. Vi må også respektere at noen liker å være alene i sin egen verden når de hører på musikk. Musikken kan ha terapeutiske målsettinger som å motvirke uro, vekke positive minner og få litt avveksling fra hverdagen.

Det er viktig å innarbeide rutiner som sikrer et systematisk bruk av musikk over tid. Ifølge forskningen har det best effekt.

- Hvilke ressurser og muligheter har vi: Mer fagkompetanse, desto mer levende musikk, aktive tiltak og improvisasjon. Krever engasjement og oppfølging.
- Hvor lenge skal sesjonen vare: En sesjon vare i 30-45 minutter, men en må ta hensyn til at enkelte beboere kan tåle mindre enn det. Da kan det være lurt å ta kortere og flere sesjoner som varer i 10 minutter.
- Hvor ofte skal man ha samlingsstund: Minst to ganger i uken bør disse musikkterapeutiske samlingsstundene være for å oppnå best resultat. Dette bør suppleres med aktiv lytting, små sangsesjoner, gjerne daglig, lytt til hver enkeltes behov og husk at det er store personlighetsforskjeller. Oppgaven her er å hjelpe beboeren til å få stimuliene han eller hun trenger, i situasjoner der store deler av normalspråket er borte.
- Hvor kraftig skal lyden være: Start forsiktig, husk at de eldre ikke er vant til høy musikk og er mer følsom for støy. Juster tempo og volum underveis.
- Når på døgnet: Tidspunktet må tilpasses institusjonens øvrige gjøremål og de daglige rutinene.
- Observere og evaluere: Her er det viktig å observere kroppsspråket og ansiktsuttrykket. Det har vist seg at det er nyttig å fylle ut skjemaer for videre observasjoner og endringer, både i, under og etter sesjonen. Gå alltid i gjennom det som har skjedd, legg vekt på tydelig positive eller tydelig negative reaksjoner.
- Hvem skal involveres: Det bør være de samme personene/ kjernepersonal som tar ansvar for musikken på avdelingen, men alle bør engasjeres i størst mulig grad, for å få en god rutine gjennom uken.

- Hvem skal administrere tiltakene: Det bør være en fagperson, helst en musikkterapeut som leder de aktive musikkseksjonene. Det viktigste er rammen og den terapeutiske målsettingen.
- Hvordan skal tiltakene integreres: Det skal gjøre på en harmonisk måte i institusjonens daglige rutiner, pleie og omsorg og i medikamentell behandling (Myskja, 2006).

5.4 Aktiv sang eller lytting

Musikkterapeutiske tiltak kan være både aktive og passive. På samme måte som man har rutine på medikamenter, bruk og administrering, bør en finne rutine på bruk av musikk og andre miljøtiltak. Ved langtkommen demens er bevegelsesaktivitet viktig, dette kan styrke effekten av sang. Der kan det også være fint å ta med seg pårørende sammen med pasienten, som også ofte gir større utbytte av sangen. Dette vil også kunne styrke pårørendes motivasjon for besøk, og gjøre det lettere for dem å oppleve at de gir positive bidrag til beboerne og pasienten selv. Av erfaring er det også noe vi ser flere ganger, at pårørende kan synes det er litt gruvalt å komme på besøk, da pasienten kanskje vil være med hjem og lignende. I mange tilfeller reduseres aggressiv adferd i etterkant av sangstunder (Myskja, 2006).

For å belyse forskjellige problemstillinger vi kan komme oppi, vil vi komme med et par eksempler vi selv har erfart. Det ene eksempelet handler om ei dame som skulle reise seg opp fra stol for å være med inn til måltid, noe som hun motsatte seg. Pleieren prøvde seg frem med forskjellige sanger uten hell. Til slutt prøvde hun å synge det pasienten skulle gjøre, for eksempel reis deg opp, og med en kjent melodi til. Da begynte pasienten først å synge med, og deretter reiste hun seg opp uten noen form for protest. Det andre eksempelet var en dame som fikk medikamenter via butterfly som satt på magen, og denne skulle skiftes. Pasienten lå i senga, vi forklarte hva som skulle skje, hun begynte å stritte litt imot med armene og holde i klærne sine over der butterflyen satt. Vi var to pleiere, mens jeg begynte å skulle fjerne den gamle butterflyen begynte den andre pleieren å nynne en god gammel sang. Dette resulterte i at pasienten ble helt avslappet med en gang, og vi fikk utført prosedyren på en god måte.

Som nevnt tidligere i oppgaven kan det å miste språket være en konsekvens av demens. Når språket blir borte, blir adferden en sterkere måte å kommunisere på. Noen ganger kan adferd være et uttrykk for udekkede behov. Om sykepleier og pasient ikke sier noe, foregår det

fortsatt en kommunikasjon mellom dem. Pasienten kan kommunisere via adferd, holdning eller ansiktsuttrykk. Non – verbal kommunikasjon vil si kommunikasjon uten bruk av ord. Det kan være ansiktsuttrykk, kroppsspråk eller lyder som rop og skrik. Som sykepleier er det å observere viktig for å kunne se og identifisere pasientens behov da verbal kommunikasjon ikke er tilstrekkelig (Travelbee, 2007). Vink, Bruinsma og Scholten (2010) bekrefter også dette i sin studie der de skriver at kan de ikke kommunisere så mye verbalt, kan de nynne, lytte eller spille musikk.

Et menneske til menneske forhold er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleier og pasient, og kjennetegnes ved at pasientens behov blir ivaretatt. Dette gjøres via kommunikasjon, erfaringer og observasjoner (Travelbee, 2007).

Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for de svakeste svake. Omsorg er hvordan sykepleieren møter pasienten og måten sykepleieren handler på. Videre sier Martinsen at omsorg er et mål i seg selv og tar avstand fra egenomsorgstenkningen i sykepleie (Kristoffersen m.fl., 2011). Når evnen til å uttrykke seg verbalt svikter, kan det lett føre til at den som rammes, ikke blir tatt på alvor. Kommunikasjon og sosialt samvær forutsetter minst to personer. Hvis personen med demens har et språkproblem, kreves det større innsats enn ellers fra sykepleierens side. Det er viktig at man tar seg god tid, og bruker enkle ord (Rokstad, 2006). Det er krevende å tolke pasientenes uttrykk som målrettet og meningsfull kommunikasjon. Stort arbeidspress vil i stor grad også begrense hvordan pasienten blir forstått og møtt enkelte ganger. Det er derfor viktig med god kompetanse, kjennskap til pasienten og god bemanning.

En viktig del av det å arbeide med denne pasientgruppen er å huske at de er individer, og trenger individuell behandling. Videre er det å vise respekt, empati og ha gode holdninger en viktig del av jobben. Noe man også kan tenke på, er at noen har en bedre relasjon enn andre. Det er ofte slik at man går bedre overens med andre, om det er privat eller på jobb. Og det tenker vi er viktig å huske i arbeidet med personer med demens også, at noen pasienter og sykepleiere har en bedre kjemi.

5.5 Personalet eller musikkterapeuter

I forskningen vi har presentert kommer det i flere tilfeller frem at musikkterapi har best effekt da det utføres av en utdannet musikkterapeut. Det er ikke mange sykehjem i dag, i hvert fall ikke foreløpig, som har ansatt musikkterapeut. I de fleste tilfeller er det altså vi som sykepleiere, eller annet helsepersonell som utfører denne type behandling. Vi som sykepleiere er ofte i situasjonene der vi kan avdekke behovet for musikkterapi, og som bør få ressurser/opplæring til å bruke dette i hverdagen. Samtidig er det å forebygge utfordrende adferd for en sykepleier til tider vanskelig, men vi kan i noen tilfeller forebygge med hjelp av musikkterapi. Det som kan være utfordrende er å få med alle i personalet på dette, noen gruer seg for å synge. Noen kan gjerne synge dersom de er alene med pasienten, men ikke i gruppe og med flere ansatte tilstede. Et alternativ er å benytte seg av for eksempel CD-spillere og om noen liker å spille instrumenter kan det være aktuelt. Det er viktig og motivere pleierne til å være med på dette, av erfaring er mange ofte i utgangspunktet lite motiverte og har liten forståelse for at musikk kan være med på å forebygge utfordrende adferd. Personalet kan ha en krevende hverdag med beboerne som blir eldre og krever mer, det blir heller ikke økte ressurser til arbeidet og man må bruke sine kunnskaper og ressurser så godt man kan (Myskja, 2006). Man må også huske at musikkterapi ikke er egnet for alle, det er ikke alle pasienter som reagerer positivt på det. Andre pasienter som har muligheten til det, kan reise seg opp å gå unna når de har fått nok og ikke vill høre på musikken lenger.

En annen side som kan gjøre dette vanskelig er at det ofte vil dukke opp situasjoner som gir personalet utfordringer. Så man må ikke ta det for gitt at om man har en god bemanning med et godt team, og en god kartlegging i bunn, vil det ikke alltid føre til positive resultater. Man kan også prøve å unngå situasjoner som skaper en urolig adferd, men som for eksempel ved stell er det ikke alltid man unngår. Man må da planlegge godt, og om ting ikke går som planlagt må vi huske på lovverket vi har med oss i hverdagen på jobb. Fra 1. januar 2009 trådte kapittel 4a i pasientrettighetsloven i kraft. Formålet med denne loven er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Den vil også forebygge og redusere bruken av tvang. Dette hensynet kommer til uttrykk ved at det i loven stilles strenge vilkår for å yte helsehjelp ved bruk av tvang. Kapittel 4a tillater å bruke tvang i helt spesielle tilfeller. Det er her viktig med gode faglige og etiske vurderinger, som skriftliggjøres (Engedal og Haugen, 2009 og Helsedirektoratet, 2015).

Tone S. Kvamme (2014) har arbeidet som musikkterapeut med personer med demens, og har i sin artikkel «Glimt av glede» konstantert mye av det vi har funnet i studier og forskning, samt egen erfaring, der hun sier at hun ofte har blitt overrasket over i hvor stor grad musikalsk samvær har åpnet opp for følelser, minner og meningsfull dialog. Dette også hos de med langtkommen demens med hukommelses- og språkproblemer. Noen ganger virker det som musikken går rett inn i deres personlighet. Dette er det gjort mange studier på, og Myskja er sentral her. Musikkterapi innebærer forskjellige former for musikkaktiviteter som for eksempel improvisasjon, låtskriving og sang.

6.0 KONKLUSJON

Vår konklusjon til denne problemstillingen er at musikkterapi i de fleste tilfeller kan brukes som et forebyggende tiltak til utfordrende adferd hos personer med demens i sykehjem. Hvordan utføre dette? Kanskje det er en ide å ha det på dagsplanen 2-3 dager i uka for musikkterapi i grupper. Individuell sang kan gjerne foregå daglig om det er behov, for eksempel i stellsituasjoner, om en pasient har en adferd som bygger seg opp eller om det er stille stunder på avdelingen. Videre er det viktig å ha personale med god fagkompetanse, samt at det gis god opplæring. Flere studier bekrefter dette, og de fleste gir gode og positive resultater. Det samme er vår erfaring, at i de tilfeller dette er prøvd, har resultatet vært positivt. Det er selvsagt noen unntak som vi har nevnt i oppgaven, men det viser jo at det absolutt er verdt et forsøk dersom du har en pasient med utfordrende adferd, eller om vi som sykepleiere observerer at adferden bygger seg opp. Det kan brukes både individuelt og i grupper, og kanskje er det ikke like effektivt hver gang. Noe forskning sier også at man bør utføre musikkterapi jevnlig for best effekt, og kanskje det vil ta litt tid å innarbeide dette. Videre er konklusjonen vår at det er viktig at personalgruppa er enige om dette, og er deltagende i behandlingen. Samt at vi må være flinke til å motivere hverandre i personalgruppa. Vi som sykepleiere må dokumentere og kartlegge pasienten, og sette i gang tiltak. Det er selvsagt viktig med god opplæring av personalgruppen, og det er også en sykepleiers ansvar for å organisere dette. Dette for å sikre at pasienten får behandling når behovet er der, ikke etter hvem som er på jobb. Sykepleieren må ha gode kunnskaper generelt om demens, typer, utvikling også videre. Videre må vi kjenne til kartleggingsverktøy, og kunne bruke disse. Blir vi gode på dette, og det å forebygge utfordrende adferd vil også behovet for å søke bruk av tvang reduseres. Man ser også viktigheten av god dokumentasjon rundt pasienten, og at en god kartlegging og registrering er en viktig del av arbeidet. Dersom alt dette er godt opparbeidet vil det være lettere å jobbe rundt pasienten, og sammen kan man finne årsaken til adferden, og hvordan personalet kan jobbe mest mulig likt og forebygge utfordrende adferd. Audun Myskja er flittig brukt i oppgaven, dette fordi han har mye erfaring på dette området. Samt at vi har hørt og sett om han i media, og vi har begge kollegaer som har deltatt på Myskjaskolen og som bidrar til opplæring og økt kompetanse innen dette på våre arbeidsplasser. Selv om det er forsket noe på demens og musikkterapi, er dette fortsatt et området som krever mer forskning, samt bedre dokumentasjon rundt det.

7.0 LITTERATURLISTE

- * Austgard,K,I,B(2010) «*Omsorgsfilosofi i praksis*» Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien (2.utg). OSLO: Cappelens Forlag AS.
 - * Birkeland, B. (1992). *Per Sivles beste*. Oslo: det norske samlaget
 - * Berentsen,V,D. (2010). Kognitiv svikt og demens.s350-382. M,Kirkevold. K,Brodtkorb & A,H,Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient*.(1utg.). Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.
 - * Borge,A,M.(2011) Personlig hygiene (s. 614-638). Holter,I,M&Mekki,T,E (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4utg) OSLO: Akribe AS.
 - * Bragstad Line og Kirkevold Marit (2010). *Individualisert musikk for personer med demens*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens>
 - * Craig Jacqueline (2014), *Music therapy to reduce agitation in dementia*. Nursing times; Aug 6-Aug 19, 2014; 110, 32/33; ProQuest pg.12. Lokalisert på: <http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/1554576296?accountid=35443>
 - * Dahl,T,E.(2012) Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. s 401-415.Hummelvoll,J,K. *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7.utg.,s 401-415).Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, Olav (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- * Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2004). Lærebok demens. Fakta og utfordringer. Forlaget aldring og helse
 - * Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget aldring og helse
 - * Helsedirektoratet (2014). *Kan demens forebygges?* Lokalisert på: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/kan-demens-forebygges>

Bachelor i sykepleie, kandidatnummer 303 og 309

* Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a>

*Holst-Pedersen, Tron E. (2013). Demenspleie praktiske råd og retningslinjer for demenspleien. Lokalisert på: <http://www.demenspleie.info/224557388>

Johannessen, Asbjørn. Tufte, Per Arne og Christoffersen, Line (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag AS

* Kariolussen, Mette og Smebye, Kari Lislerud (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

* Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Skaug, E.A. (2011) (red.) Teoretiske perspektiver på sykepleie. (kap.6.). *Grunnleggende sykepleiefag bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg.) Gyldendal akademiske.

* Kvamme, Tone S. (2014). *Glimt av glede*. Demens & alderspsykiatri vol.18. Nr.2

* Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget

* Myskja, Audun (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget

* Myskja, Audun (2003). *Den musiske medisin*. Oslo: Cappelen

* Myskja, Audun (2012). *Musikkterapi*. Lokalisert på: <http://www.alternativ.no/behandlingsmetoder/musikkterapi.php>

* Mæland, John Gunnar (2012). *Forebyggende helsearbeid folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget

* Mæland, J. Joa I. & Testad, I (2013). *Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos personar med demens*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2013/07/agitasjon-og-funksjon-i-stell-forekomst-og-sammenheng-hos-personar-med-demens>

* Nasjonalforeningen for folkehelsen (2012). *Fakta om demens*.

* Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G, Graverholt, B, Nordheim,L.V & Reinart,L.M (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe

*Ridder, H.M.O, Stige B, Qvale L.G and Gold C., (2013). *Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial*. Aging & Mental Health Vol. 17, No. 6, 667–678, Lokalisert på: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>

* Rokstad, Anne Marie M. (2006). *Mental aktivitet*, s527-622. Kariolussen, Mette og Smebye, Kari Lislerud (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

* Ruud, Even (2001). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet*. Unipub forlag

* Sjørengen, Marit (2009). *Demensomsorgens lille katekisme*. Ringsaker kommune demensenheten

* Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Vink C, Annemiek, Bruinsma S. Manon and Scholten, Rob JPM (2010). *Music therapy for people with dementia* (Review). Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub2/pdf>

* World Health Organization (2015). *Dementia*. Lokalisert på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

*Vedlegg 1***SØKEHISTORIKK**

SØKEORD	DATABASER	AVGRENSNING	ANTALL TREFF	ANTALL UTVALGTE
Dementia, music therapy	Cinahl		598	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized trial (2013)
Dementia	SweMed+		688	0
Dementia and music	SweMed+		8	0 (på grunn av alder på det publiserte)
Dementia, music therapy	Google Scholar		28400	0
Dementia, music therapy, agitation	Google Scholar	Etter år 2011	3320	0
Dementia, music therapy, agitation, soothing	Google Scholar		682	0
Dementia	Cochrane library		3906	0

Bachelor i sykepleie, kandidatnummer 303 og 309

Dementia and music	Cochrane library	Review	5	Music therapy for people with dementia (2010)
Dementia and music	Medline		384	0
Dementia and music therapy and agitation	Medline		0	
Music therapy and agitation	Medline		73	0
Dementia, music	SweMed+	Etter år 2010	10 Etter å ha brukt MESH; music therapy ble det 8 treff	Individualisert musikk for personer med demens (2010)
Music therapy	SweMed+	Kun engelsk	7	0 (mange artikler krevde betaling)
Dementia, music therapy. Agitation	Cinahl	Peer reviewed, engelsk og fra år 2010	26	Music therapy to reduce agitation in dementia (2014)
Agitasjon	SweMed+	Norsk	13	Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos

Bachelor i sykepleie, kandidatnummer 303 og 309

				personer med demens (2013)
--	--	--	--	----------------------------