



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4 BACH

Meta Kristine Schei Kayser og Silje Graadahl

Veileder: Berit A. Bronken

## **Når gjenkjennelse gir mening**

### Bruk av musikk ved Alzheimer sykdom

When recognition makes sense - the use of music in Alzheimer's disease

Antall ord 12506

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Musikk ser ut til å ha en særlig evne til å trenge gjennom  
den passiviseringen som ledsager sykdom –  
musikk setter mennesket i stand til å handle.

- Musikkterapeut Gary Andsell

# Sammendrag

Utgangspunktet for vår bacheloroppgave var at vi ønsket å få mer innsikt i litteratur som var skrevet om hvordan sykepleiere kan anvende musikk i møte med pasienter med Alzheimer sykdom på sykehjem. Vi brukte litteraturstudium som metode. Vi har lagt til grunn forskningslitteratur om Alzheimer sykdom, sykepleie, miljøterapi, musikktiltak og musikkteori. Vi har tatt for oss tiltak som beroliger, aktiviserer og i tillegg styrker identiteten og livskvaliteten til pasientene. Framstillingen vår viser at musikk kan være et godt supplement til andre miljøtiltak og at det har den ønskede effekten. Vi fant støtte i forskningslitteraturen på at musikktiltak er fullt mulig for sykepleiere å anvende for å berolige agiterte pasienter og aktivisere pasienter med symptomer på nedstemthet.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2. METODE</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 KILDEKRITIKK</b> .....	<b>7</b>
2.2 Søkestrategi.....	8
<b>3. TEORI</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1 ALZHEIMER SYKDOM</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2 SYKEPLEIE</b> .....	<b>13</b>
3.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori .....	13
3.2.2 Personsentrert omsorg .....	14
3.2.3 Miljøterapi.....	15
3.2.4 Musikk i sykepleie.....	16
3.2.5 Seks musikktiltak .....	16
<b>3.5 FORSKNINGSARTIKLER OM TERAPEUTISK BRUK AV MUSIKK</b> .....	<b>20</b>
3.5.1 "Individualisert musikk for personer med demens" .....	20
3.5.2 "A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes" .....	20
3.5.3 "How Sweet the Sound" .....	20
3.5.4 "Glimt av glede" .....	21
<b>4. DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1 FRA URO TIL AVSLAPPING – HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BEROLIGE?</b> .....	<b>22</b>
4.1.2 Individualisert musikk.....	22
4.1.3 Omsorgssang.....	25
4.1.4 Vibroakustisk stol .....	27
4.1.5 Bakgrunnsmusikk.....	28
<b>4.2 FRA PASSIV TIL AKTIV – HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN AKTIVISERE?</b> .....	<b>29</b>
4.2.1 Allsang.....	30
4.2.2 Musikkreminisens .....	34
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>38</b>
Figur 1. ....	15
Vedlegg 1 (PICO-skjema).....	42

# 1. Innledning

Demenslidelser er i følge Demensplan 2015 (Helse -og omsorgsdepartementet, 2011) en av de vanligste årsakene til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem. Denne typen lidelser ser ut for å være en av de sykdommene i omsorgstjenesten som rammer flest mennesker. I den norske befolkningen anslås det å være om lag 66000 som allerede er rammet. Alderen i den norske befolkningen øker og forekomsten av demens er stigende med økende alder (Engedal & Haugen, 2009). Altså vil flere og flere mennesker måtte leve med sykdommen. Alzheimer sykdom er den vanligste demenslidelsen. Et arbeid som tar for seg sykepleierens oppgaver i forhold til pasienter med denne demenslidelsen kan derfor være både lærerikt og nyttig.

Sykdommen byr på utfordringer både for pasienten, pårørende og sykepleieren. Utfordringen for sykepleierne er å finne gode måter å hjelpe pasienten på, som også ivaretar pårørendes behov for oppfølging. I svært mange tilfeller dreier behandlingen seg om miljøtiltak, tiltak som er med på å lindre symptomer og øke livskvaliteten (Engedal & Haugen, 2009).

Miljøtiltak synes vi er et interessant emne som er spesielt viktig for sykepleiere som jobber i demensomsorgen. (Strand, 1990) Sykepleieren kan også måtte håndtere utfordringer i forhold til etiske dilemmaer knyttet til bruk av beroligende medikamenter og tvang ved sykdommen. Vi har en forestilling om at hvis musikk brukes riktig, kan det bidra til å berolige og aktivisere og generelt øke livskvaliteten til pasientene. Problemstillingen vår er:

*”Hvordan kan sykepleiere bruke musikk for å berolige og aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom?”*

Denne problemstillingen er aktuell for det første fordi musikk iblant brukes, men det kan se ut for at musikken ofte brukes lite målrettet. For det andre fordi det er behov for mer kunnskap om lite ressurskrevende metoder til å møte det økende antallet demensrammende, og kunnskap om alternativer til bruk av medikamenter og tvang. For det tredje er behovet for aktivitet, egenmestring og mottiltak mot angst og depresjon tydelig til stede hos de fleste personer med Alzheimer sykdom (Helse -og omsorgsdepartementet, 2011).

Nasjonale føringer er laget for å styrke kvaliteten på helsetjenesten. Disse innebærer blant annet å involvere brukerne og gi dem innflytelse, finne individuelle løsninger for å ivareta pasientene og utnytte ressurser på en god måte (Sosial -og helsedirektoratet, 2007).

Sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Det vil si at sykepleiere gjennom å søke kunnskap fra forskning, erfaring og brukerkunnskap må holde seg oppdatert om hva som gir pasientene

best mulig behandling (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Vi har tatt med eksempler fra vår egen erfaring som illustrerer kunnskapsbasert praksis. Eksemplene er skrevet i jeg-form og er markert med kursiv og innrykk. Vi oppfatter problemstillingen som relevant for utdanningen og håper å finne støtte i forskningslitteraturen som viser at musikk enkelt kan brukes av sykepleiere hvis de føler seg komfortabel med det.

Personlige grunner for å velge dette temaet i bacheloroppgaven er at en av oss har vært nysgjerrig på temaet lenge på grunn av personlige erfaringer med å bruke musikk på sykehjem. Spesielt i forhold til pasienter med Alzheimer sykdom. Den andre av oss ønsker å finne mer ut av virkninger av musikk generelt og hvordan musikken virker inn på pasienter med demenslidelse. Formålet når vi har brukt musikk, har vært å skape glede, mestring, ro og å skape kontakt. Vi har sett at det virker, men ville gjerne vite mer om hvorfor det virket.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å belyse pasienter med Alzheimer sykdom i sykehjem. Stadiene i utviklingen av sykdommen kan ha innvirkning på hvordan sykepleiere skal bruke musikken, men vi velger å ikke forholde oss til ett bestemt stadium. Vi ønsker at oppgaven skal være forståelig for folk uten spesialkompetanse. Derfor kommer begrepsavklaringer løpende i teksten. Vi vil ha fokus på noen tiltak som vi ser på som relevante for sykepleiere. Vi vet at pasientens pårørende er en viktig ressurs i behandlingen, men kommer bare til å gå kort inn på det.

Det er viktig å skille mellom terapeutisk bruk av bakgrunnsmusikk og bakgrunnsmusikk som av noen kan oppfattes som støy. Vi vil fokusere på den terapeutiske bruken. Både gjennom undervisning og praksis har vi opparbeidet oss et syn på eget fag som har blitt preget av utdanningen sitt fokus på helsefremmende arbeid. Vi har altså et syn på sykepleie som går ut på at det er viktig å fokusere på pasientenes ressurser, til tross for sykdommen.

Oppgaven består av fem kapitler, inkludert innledningen. I oppgavens metodekapittel vil vi utdype framgangsmåten vi har brukt i møte med forskningslitteraturen. I teorikapittelet vil vi presentere forskningslitteraturen vi har brukt. Der ser vi nærmere på hva Alzheimer sykdom gjør med pasienten, presenterer syn på sykepleie, perspektiver på musikk og synspunkter på hvorfor musikk kan virke. I den avsluttende drøftingen vil vi ta for oss hvordan sykepleiere kan aktivisere og berolige via musikktiltak og knytte dette sammen med kunnskapen om Alzheimer sykdom og til sykepleieteori. Til slutt kommer konklusjonen vår, hvor vi sammenfatter problem, tiltak og løsninger.

## 2. Metode

Vi har brukt litteraturstudium som metode. Vi har altså sett på hva andre har skrevet og som kan kaste lys over problemstillingen vår. Samtidig har vi fått anledning til å trekke inn egne erfaringer og refleksjoner og prøvd ut tankene sammen for å forstå hva det vi fant kan få å si for oss som sykepleiere. Det at vi har brukt litteraturstudium som metode, gjør det ekstra viktig å utøve kildekritikk. Vi har vært bevisst på å ikke sluke rått og ukritisk det vi har lest, men holde en kritisk distanse til litteraturen.

Vi trenger informasjonskompetanse når vi skal gjøre en litteraturstudie slik at vi slipper å gå gjennom mye informasjon som ikke er relevant. Vi vil allerede her gjøre rede for hvordan vi har kommet fram til valg av litteratur. Meningen med det er at vi ønsker å gi leseren innblikk i refleksjonene vi gjorde da vi valgte litteratur som kunne belyse problemstillingen.

### 2.1 Kildekritikk

Kildekritikk hjelper oss å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2012). Dersom vi er kritiske til kilder, kan vi få mer troverdige svar. Vi ønsket å se på om resultatene fra teori og forskning lot seg overføre til vår egen problemstilling (Dalland, 2012). Vi brukte Dallands (2012), "Metode og oppgaveskriving", som utgangspunkt og stilte oss følgende spørsmål:

- Forteller kilden noe om de spørsmålene vi stiller i oppgaven?
- Hvordan belyser kilden problemstillingen?
- Hvordan kan vi bruke kilden i oppgaven?

For å vurdere litteraturens holdbarhet og gyldighet stilte vi disse spørsmålene:

- Hva slags tekst er det?
- Hvem har skrevet teksten? (F. eks. hans bakgrunn, og om han er et kjent navn innenfor faget?).
- For hvem er teksten skrevet?
- Hvorfor skriver forfatteren om dette? (F. eks. ønsker han å fremme et alternativt syn, eller trengtes det mer stoff om faget?).
- Hva er formålet med teksten? (F. eks. hva vil forfatteren frem til?).

- Når er teksten skrevet? (Dalland, 2012)

Vi som har skrevet denne oppgave har prøvd å hjelpe hverandre til å få fram tankene våre så klart som mulig når vi skulle vurdere relevansen av forskningslitteraturen.

## 2.2 Søkestrategi

Vi har brukt to typer litteratur. Primærlitteratur og sekundærlitteratur. Vi har vært oss bevisst fordeler og ulemper ved dette. Fordelen med å bruke primærlitteratur er at en får muligheten til å tolke det en leser ut ifra sin egen forståelse. Ulempen er at det kan være vanskelig å forstå hva essensen i det en leser dreier seg om. Fordelen med å bruke sekundærlitteratur er at andre har tolket litteraturen for en, og en trenger derfor ikke å bruke så mye tid på dette selv.

Ulempen er at teksten preges av noen andres førforståelse. Det kan bidra til å vri på meningen (Dalland, 2012).

I starten av arbeidet med oppgaven ønsket vi å få en bred oversikt over alt av kilder som kunne lede oss til litteratur som kunne belyse problemstillingen. Vi søkte derfor i Google. Senere i prosessen ønsket vi å søke systematisk for å finne relevant litteratur. Derfor avgrenset vi litteratursøket. Vi valgte å søke i CINAHL, EBSCOhost og sykepleien.no. Dette er databaser som er anerkjente innen sykepleieforskning og nærliggende fagområder. I tillegg brukte vi Oria som er høgskolens søkedatabase. Dette gjorde valget av databasen ekstra troverdig. Videre avgrenset vi søket til artikler som var fagfellevurderte (peer review). Dette er artikler som er vurdert og godkjent av eksperter innen samme fagområde (Dalland, 2012). Pico-skjema kan brukes for å gjøre systematiske litteratursøk. Vi har valgt å søke på ord som dreier seg om problem og tiltak, da vi ikke fikk treff når vi søkte på aktivisere og berolige som utfall. Se vedlegg av PICO-skjema.

I hovedsak bygger oppgaven på fire forskningsartikler. To var på norsk og to var på engelsk, altså belyses temaet både nasjonalt og internasjonalt. Det står lite om temaet i pensumlitteraturen. Derfor måtte vi gå til andre forskningskilder. Annen supplerende litteratur er blant annet skrevet av lege og musikkterapeut Audun Myskja som har over tjue års erfaring med å forske på musikk og Hanne Mette Ochsner Ridder som er en av de fremste forskerne i Norden på bruk av musikk i demensomsorgen. Vi hadde god nytte av pensumbøkene når vi skulle se nærmere på Alzheimer sykdom, sykepleie og miljøterapi.



Vi søkte på kombinasjonen ” musikk” og ”demens” i sykepleien.no og fikk ett treff. Det var en forskningsartikkel som het ”Individualisert musikk for personer med demens”. Artikkelen er skrevet av ergoterapeut Line Kildal Bragstad og sykepleieforsker Marit Kirkevold. Begge er ansatt for sykepleievitenskap og helsefag ved universitetet i Oslo. Kirkevold har skrevet en av våre pensumbøker. Dette får oss til å tro at det er troverdige forfattere. Vi er klar over at artikkelen ikke sier hvordan individualisert musikk kan brukes for pasienter med Alzheimer sykdom spesifikt, men den gir likevel et viktig bidrag til å belyse vår problemstilling. Artikkelen er skrevet for helsepersonell og andre som kan være interessert i emnet.

Vi kombinerte søkeordene ”Anxiety”, ”Dementia”, ”Music” og ”Nursing” i EBSCOhost. Vi fikk sju treff og valgte artikkelen, ”A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes” da den kom opp som første oppslag. Derfor regner vi den for å være relevant. Artikkelen er skrevet av Sung, Chan og Lee. Disse er ressurspersoner som har en tilknytning til sykepleierutdanningen i Taiwan og Australia. Artikkelen er utgitt i ”Journal of Clinical Nursing” og er skrevet for sykepleiere og annet helsepersonell. Dette får oss til å tro at artikkelen er rettet mot sykepleiere, og det gjør også den spesielt relevant. Forfatterne formidler sin innsikt i å bruke musikk for å håndtere angst i forhold til demenslidelser.

Vi kombinerte søkeordene ”Alzheimer’s disease”, ”Music” og ”Nursing” og fikk 24 treff. ”How sweet the sound”, en artikkelen av Witzke, Rhone, Backhaus, og Shaver kom opp som nummer en, og vi så på den som relevant for problemstillingen. Alle forfatterne er avgangselever ved Kansas School of Nursing og arbeider med pasienter med Alzheimer sykdom.

Én av forskningsartiklene fant vi etter å ha blitt tipset av en musikkterapeut. Tone Sæther Kvamme er en av de fremste forskerne på emnet i Norden. Vi søkte derfor på navnet hennes i Oria og fikk opp seks treff. Vi valgte ”Glimt av glede” da vi så på den som relevant. Den dreier seg om personer med demens som har symptomer på depresjon og angst. Denne avhandlingen var det naturlig å knytte til det vi ønsket å belyse i problemstilling vår. Kvammes avhandling er skrevet for personer som arbeider innen fagområdene musikkterapi og demensomsorg. Det gjør denne boka spesielt interessant. Den er ikke spesifikt rettet mot personer med Alzheimer sykdom, men vi tror ikke dette er til hinder for bruken av den. Artikkelen til Kvamme gir oss en god innsikt i hvordan en musikkterapeut tenker seg bruk av musikk med demensrammede.

## 3. Teori

I dette kapittelet vil vi utdype hva Alzheimer sykdom er og i tillegg si litt generelt om konsekvenser. Vi utdyper også hva vi legger i begrepet sykepleie og beskriver kort musikktiltakene og ulike perspektiver på musikk. Vi tar også for oss de fire forskningsartiklene oppgaven bygger på og hva forskerne kom fram til.

### 3.1 Alzheimer sykdom

Alzheimer sykdom er den vanligste demenssykdommen og rammer ca. 60 prosent av alle som får demens. Sykdommen bærer navn etter den tyske legen Alois Alzheimer, som beskrev den første gang i 1901. Senere fant forskere ut at skader i hjernevevet fører til at hukommelsen svikter mer og mer, personligheten endres og evnen til å tenke reduseres (Engedal & Haugen, 2009). Det finnes per i dag ingen kjent enkeltstående årsak til Alzheimer sykdom. Engedal og Haugen (2009) mener det er stor sannsynlighet for at en kombinasjon av arv, miljø og alder kan disponere for sykdommen.

Alzheimer sykdom er en alvorlig sykdom som utvikler seg over tid og kan få en rekke konsekvenser for den som rammes og hans/hennes nærmeste. Ut fra det vi vet, ser det ut for at hjernecellene gradvis svekkes. Dette fører til at såkalt ”plakk” i hjernevevet ødelegger viktige forbindelser slik at hjernefunksjoner gradvis brytes ned. Hukommelsessvikt er det første symptomet. Svikt i hukommelsen fører til at pasientens orientering for tid og sted svekkes. Dette, sammen med svikt i evnen til å planlegge, gjør at pasienten ofte ikke klarer å gjennomføre praktiske handlinger. Pasienten kan få psykiatriske symptomer som angst, depresjon, vrangforestillinger og søvnforstyrrelser (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) hevder at angst er en forutelse om at noe ubehagelig skal skje, mens depresjon kan beskrives som en reaksjon på at noe ubehagelig har skjedd. Depresjonen innebærer også at en opplever å ha mistet noe. Denne tapsfølelsen er ofte knyttet til ressurser som pasienten tidligere kunne nytte godt av og kunne glede seg over. Derfor kan personer med Alzheimer sykdom kjenne det som at de har mistet sin personlighet og sin egen identitet (Ridder, 2011). Angst og depresjon fører ofte til at mestringsevnen og livskvaliteten svekkes ytterligere (Hummelvoll, 2012).

De forsvarsmekanismene og atferdsforstyrrelsene som vi møter hos pasienten, skyldes i mange tilfeller depresjon og angst (Hummelvoll, 2012). En vanlige atferdsforstyrrelse er agitasjon (både verbal og fysisk). Agitasjon blir i klinisk psykologi betegnet som en tilstand

hvor personen er opphisset, oppskaket og urolig (Malt, 2009). Dette kan komme til uttrykk som gjentatt roping, utagering og hvileløs vandring. En årsak kan være mangel på interessante aktiviteter (Berentsen, 2010).

Kognitiv svikt svekker pasientens evne til å tolke stimuli. Det fører til nedsatt stresstoleranse og mulighet for engstelse. Overstimulering og lav stressterskel kan sammen føre til agitert atferd. Dette tar mye krefter fra pasientene. Derfor trenger de rikelig med søvn og hvile. Økt agitasjon, forvirring og uro opptrer ofte i forbindelse med solnedgang. Dette kalles ”Sundowning-syndromet” (Ridder, 2005). I tillegg øker ofte uroen i forbindelse med stell, vaktskifte og ved måltider (Ridder, 2005; Myskja, 2011). Atferdsforstyrrelsene og forsvarsmekanismene kan forsterke opplevelsen av stress og ytterligere redusere funksjonsevnen (Moksnes, 2010). Helt enkle gjøremål som stell og matlaging kan etter hvert bli svært vanskelig. Derfor trenger pasienten mer hjelp og støtte for å ivareta dagliglivets funksjoner (Moksnes, 2010).

Andre symptomer som følger med sykdommen, er at pasienten blir trett, uopplagt, ukonsentrert, mangler initiativ og blir mer passiv. Passivitet kan være utslag av depresjon, men kan også være uttrykk for at pasienten har glemt sine tidligere interesser og ferdigheter. At pasienten isolerer seg og blir passiv, hindrer bedring av depresjonen (Moksnes, 2010). Sykdommen går også ut over språket, og evnen til å uttrykke seg med ord blir svekket (afasi). Dette kan føre til at de ikke klarer å delta i samtaler. Overraskende nok kan evnen til å lese og gjenkjenne toner og sanger være intakt, til tross for at sykdommen har kommet langt. For å få en bedre forståelse for hva pasienten trenger har vi prøvd å utdype hvordan pasienten opplever å ha Alzheimer sykdom. En kvinne med demens skrev ned hvordan hun følte seg:

*”Hvis jeg ikke lenger er verd at holde om, hvorfor har jeg så denne trang til det?...  
Hvis jeg ikke lenger er sensitiv, hvorfor anslår rørende lyriske sange en  
resonansakkord inde i meg?” (Kitwood, 2006: 81).*

Dette sitatet beskriver hennes kamp for å forbli den personen hun har vært og som hun kjenner seg som, til tross for sine begrensninger. I en studie som baserte seg på intervjuer med personer med demens, ga flere uttrykk for en opplevelse av å være fortappt. De uttrykte bekymring over å være en belastning. I tillegg hadde de en trang til å være nyttig (Kitwood, 2006).

Wogn-Henriksens (2012) doktorgradsavhandling beskriver personer med Alzheimer sykdom sin opplevelse av å leve med sykdommen. De viser en mer positiv innstilling. Mange av dem hun undersøkte, jobbet med å tilpasse seg og forsøkte å mestre sin situasjon både individuelt og i forhold til andre. De var ikke bare passive tilskuere til sin egen skjebne. De sto på med kampvilje, utholdenhet og humor og av og til mild aksept for å møte situasjonen. En deltager sa:

*”Det er ingen vits i å sette seg ned og skrike over den her Alzheimeren. Det er ikke det. Det er ikke noe å gjøre, så du er bare i det. Du er rett og slett i det. Og så er det å fylle det der. Og det er både onde dager og gode dager. – Men det tror jeg de andre også har ... i sin verden”* (Wogn-Henriksen, 2012: 268).

En annen deltager i studien sa:

*”Jeg merker forandringer på så mange felt. Men når jeg får gjort ting – på min måte – og i mitt tempo, så går det. Noen ganger går det faktisk ...strålende!”* (Wogn-Henriksen, 2012: 188).

De to siste sitatene belyser hvordan den enkelte pasient tilpasser seg og “godtar” sykdommen. De bruker mange grep, triks og strategier for å leve best mulig (Wogn-Henrikse, 2012).

Først og fremst går behandlingen ut på miljøterapi. Engedal og Haugen (2009) hevder at miljøterapi kan dempe symptomer på Alzheimer sykdom. Eksempler på miljøbehandling kan være sang, dans, turgåing og samtale. Dette er lite krevende aktiviteter som kan bidra til å gjøre pasientene mer våkne og aktive. Medikamenter kan også brukes. Noen av disse har vist seg å dempe symptomer på hukommelsessvikt og atferdsforstyrrelser (Bertelsen, 2011).

Sykepleiere som arbeider med utagerende pasienter, kan komme til å føle seg mislykkede og maktesløse. Det er en krevende og viktig oppgave de har, og ofte kommer de i vanskelige etiske dilemmaer knyttet til tvang. For å oppnå trygghet i arbeidet er det viktig med høy faglig kompetanse hos sykepleierne (Rognstad & Nåden, 2011).

Å være pårørende til pasienter med Alzheimer sykdom kan være slitsomt og krevende. Det skjer en kraftig forandring i rollefordelingen. Det hender at pårørende uttrykker sinne og etterpå blir skamfulle over sin egen reaksjon. Særlig ektefellen kan oppleve det som et svik

når de ikke synes de klarer å holde sammen i gode og onde dager lenger. Ofte har de behov for å fortelle sykepleieren om sine opplevelser. Ettersom sykdommen utvikler seg, opplever mange pårørende at de mister en de er glad i, en prosess som kan gå over flere år. Når pasienten til slutt dør, kan det oppleves som en lettelse. Denne lettelsen kan også gi dårlig samvittighet. Mange føler seg sveket på grunn av at pasienten ikke er i stand til å gjenkjenne dem (Dahl, 2012). Men på den andre siden er også pårørende en viktig ressurs i behandlingen av pasienter med demens i sykehjem (Helse -og omsorgsdepartementet, 2011).

## **3.2 Sykepleie**

Når vi skal vurdere bruk av musikk for personer med Alzheimer sykdom, er det viktig at bruken samsvarer med teori om hva omsorg er. Først og fremst handler sykepleie om pleie av den syke. Det er å hjelpe et annet menneske. Verdigrunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og verdifullhet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og den skal være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2008; Holter, 2011) En sykepleier prøver å styrke pasientens egne mestingsressurser og sette seg inn i pasientens tilstand slik at hun forstår hvordan pasienten opplever sykdommen sin. Sykepleieren observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører, evaluerer og dokumenterer. Slik sørger hun for at sykepleien blir individuelt tilpasset til hver enkelt pasient og er av god kvalitet. En sentral ferdighet i sykepleie er å utvikle et klinisk blikk. Gjennom en omsorgsfull væremåte bruker sykepleieren alle sine kliniske kunnskaper. Vi kobler det vi observerer hos pasienten til kunnskaper vi har om sykdommens forløp og symptomer (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

Sykepleierens syn på eget fag vil også ha betydning for kvaliteten på pleien til pasientene. Vi vil trekke frem to teoretikere som kan hjelpe oss å tydeliggjøre vårt eget syn på sykepleierfaget og bidra til å gi en filosofisk ramme rundt bruken av musikk i møte med pasienten. Hos begge teoretikerne er pasientens behov for kjærlighet sentralt.

### **3.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori**

Den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen har utviklet en omsorgsteori. Hun ser på omsorg som det viktigste for en sykepleier. Omsorg er det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Når vi er syke, blir det særlig tydelig hvor avhengige vi er av hverandre (Kirkevold, 1998). Tillit, barmhjertighet, medfølelse og åpenhet er viktige elementer i

utøvelse av sykepleie. Det er viktig at pasienten får tillit til sykepleieren slik at de kan samhandle og oppnå en god relasjon. Sykepleieren må også gjøre seg fortjent til tillit hos pasienten ved å vise en oppriktig interesse for pasientens karakter og en varhet overfor hvor mye pasienten ønsker å åpne seg (Martinsen, 2005).

I en samtale mellom sykepleier og pasient vil relasjonen være treleddet. Den består av deg (pasienten), meg (sykepleieren) og saken (problemet eller sykdommen). Sykepleier og pasient er likeverdige medmennesker som sammen skal arbeide for å belyse noe tredje (Martinsen, 2005). Dette bidrar til brukermedvirkning. God sykepleie innebærer blant annet å være lyttende, smilende, ha et vennlig tonefall og ta det pasienten sier på alvor. Det kan være bedre enn å alltid komme med en vitenskapelig forklaring på en sykdom. Det er også viktig at pasienten ikke blir et objekt, men i størst mulig grad får være et subjekt (Martinsen, 2005).

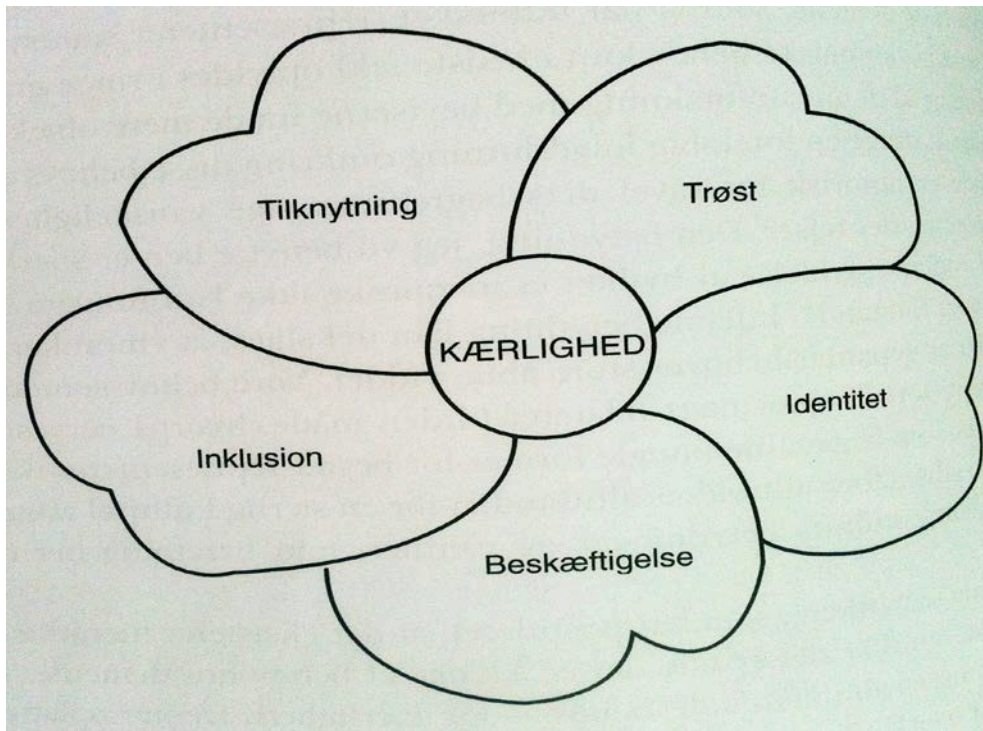
I følge Martinsen (2005) er omsorg et moralsk begrep. En yter omsorg uten å forvente noe tilbake. Dessuten handler omsorg om å finne ut hva som er til den andres beste. Å forstå pasientens situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold, 1998). Forståelsen for hva som er til den andres beste, ser det ut for at vi lærer best gjennom praksis og eksempler som andre kolleger gir. Martinsen (2005) vektlegger at måten denne kunnskapen brukes på, må forenes med faglig skjønn, kyndighet og varhet.

### **3.2.2 Personsentrert omsorg**

Tom Kitwood bruker begrepet personsentrert omsorg. Kjennetegnet på god demensomsorg er at den vil forsøke å opprettholde personlig integritet, uansett graden av mental svikt hos pasienten. En sentral verdi i personsentrert omsorg er å verne om pasientens personlige integritet. Vi fokuserer på personen med demens, og ikke på selve demenssykdommen (Kitwood, 2006).

Det personsentrerte synet på omsorg har følgende kriterier: Først og fremst er det en etisk måte å forholde seg på. For det andre er fokus rettet mot en psykologisk forståelse av opplevelse, handling og spiritualitet. For det tredje innebærer det kvalitetsutvikling av praksis. For det fjerde bygger det på en godt begrunnet nevrologisk forståelse for sykdommen (Ridder, 2011). Derfor er dette en filosofi som det vil være naturlig å ha i tankene når vi skal begrunne bruken av musikk i omsorgsarbeidet. Her ser vi at flere av disse elementene også stemmer overens med Martinsens omsorgsteori.

Musikk kan brukes til å fremme velvære, livskvalitet og egenverd. Kitwood betegner dette som personhood. Personen med demens blir i likhet med Martinsens omsorgsteori sett på som et likeverdig medmenneske, med egne behov, tanker, følelser og rettigheter. Fokus er på velvære, uavhengighet og empowerment (Myskja, 2006). Kitwood illustrerer de psykologiske behov hos demensrammede gjennom en blomsterkrone der alle behovene er forbundet med behovet for kjærlighet:



Figur 1: Blomst som illustrerer de viktigste psykologiske behovene hos personer med demens. Fra Kitwood, T. 2006, *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. s. 90. (D. Høeg, Red., & N. Johnsen, Overs.) København: Munksgaard Danmark.

### 3.2.3 Miljøterapi

Miljøterapi er i følge Strand (1990) en klar sykepleieroppgave. Miljøterapi er ikke-medikamentelle tiltak. Hensikten er å lindre symptomer. Miljøterapi går blant annet ut på å tilrettelegge omgivelsene slik at de blir oversiktlige for pasienten. Skjerming, opplevelsesrom, eller sansehage, kan også bidra til at pasienten oppnår trygghet og indre ro og samtidig kan det vekke gode minner (Moksnes, 2010). Den menneskelige kontakten er viktig i miljøterapi. Gjennom god kommunikasjon kan vi fremme mestring og øke selvtilliten. Anerkjente kommunikasjonsmetoder er reminisens (minnearbeid), validering (å gjøre følelsene gyldig) og realitetsorientering (korrigere virkelighetsforståelsen) (Berentsen, 2010). I tillegg kan vi bruke

avledning som metode for å hjelpe pasienten til å flytte fokus fra det som oppleves som vanskelig (Strand, 1990). Ved å arbeide med reminisens kan vi hjelpe pasienten til å huske og fremkalle minner (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg er dette en kommunikasjonsmetode som egner seg spesielt for aktiviteter og gruppesamlinger på sykehjem (Ridder, 2005). For sykepleiere som arbeider med pasienter med Alzheimer sykdom ser det ut for å være fint å kunne bruke aksept, anerkjennelse og validering fremfor streng realitetsorientering (Engedal & Haugen, 2009).

### **3.2.4 Musikk i sykepleie**

Sykepleieren Florence Nightingale skrev om musikkens betydning i den banebrytende sykepleieboka: "Notes on nursing – what it is and what it is not". Hun skriver at musikkinstrumentene har forskjellig innvirkning på pasienten. Blant annet mente hun at orgel kunne virke beroligende. I Norge hadde kunnskapen om musikk i pleie av syke kun hørt til den "tause kunnskapen". En lærer ved Menighetssøsterhjemmet i Oslo ga denne beskrivelsen av musikkterapi:

*"Denne musikkterapien er avpasset etter de forskjellige tilstande. Tonerne går dit, hvor hverken røntgenstråler, medisin eller kniv kan utrette noget, - helt inn til sjeleskaden, sinnslidelsen, det dypeste i vårt vesen, det man ikke kan ta og føle på. Det gir utløsning for en stemning der inne og kan virke befriende og stimulerende der inne. La oss komme den syke til hjelp her!" (Aasgaard, 2006; 35).*

I dagens demensomsorg brukes musikk aktivt av pleiere, terapeuter, og noen ganger også av pårørende. Musikkterapeut, sykepleier og fysioterapeut kan samarbeide om å lage egne opplegg for pasientene knyttet til musikk og aktivitet. Nettopp dette er målet med samhandlingsreformen: å styrke samarbeidet mellom forskjellige fagområder for å gi pasientene best mulig pleie (Helse -og omsorgsdepartementet, 2009).

### **3.2.5 Seks musikktiltak**

Mange av tiltakene kan brukes både for å berolige og aktivisere og går mye inn i hverandre. Her vil vi kort presentere hva musikktiltakene går ut på. Individualisert musikk kan defineres som musikk som har vært en del av pasientens liv, valgt på bakgrunn av pasientens tilkjennegitte preferanse som han/hun har et personlig forhold til. Vi vet samtidig at pasienten i dette tilfellet liker musikken (Kirkevold & Bragstad, 2010). Metoden har som mål å bidra til



mening og mestring i kaoset (Myskja, 2006). Eide og Eide (2011) hevder at man kan samle pasientens egne sanger på en CD og slik enkelt implimentere musikk i pasientens hverdag.

Omsorgssang går ut på at sykepleieren synger sanger som pasienten kjenner til og liker for å berolige og motvirke agitasjon. En av fordelene er at pasienten kan være med og synge (Myskja, 2011). Undersøkelser viser at omsorgssang i stell -og dusjsituasjoner kan virke beroligende på pasienter med demens (Myskja, 2011).

Den vibroakustiske stolen vibrerer på utvalgte punkter samtidig som den spiller beroligende musikk (Ridder, 2005). Olav Skille er en norsk pedagog som har vært med på å utvikle denne stolen. Han utforsket mulighetene i musikk og lyd blant barn og ungdom med handicap. Han oppdaget at tonene nådde inn til dem som var språkløse på en dypere og mer virkningsfull måte enn andre tiltak. Blant dem som var stivnet i muskulaturen, var musikk noe av det mest effektive for å få dem til å slappe av. Lyd er svingninger, og dette satte ham på idéen om at det kunne være enda mer avspennende hvis man tilførte slike frekvenser direkte på områdene på kroppen som trengte avspenning (Myskja, 2003).

Bakgrunnsmusikk kan defineres som beroligende musikk avspilt i fellesarealet.

Bakgrunnsmusikk er en reseptiv form for musikkterapi der pasienten bare tar imot. Musikken bør formidle en stemning av trygghet. Musikk vi kjenner igjen gir mest avslapning. Rytmen bør tilsvare pulsen i hvile, 50-70 slag i minuttet for å få pasientene til å slappe godt av. Når vi velger musikk, skal vi ta hensyn til musikkgenre, men ikke til personlige preferanser.

Personalet trenger ikke å være til stede (Ridder, 2005). Myskja (2006) hevder at musikk som oppleves flytende uten tydelig rytme også kan virke beroligende.

Allsang er en gruppeaktivitet hvor det synges velkjente sanger. Aktiviteten kan være mer eller mindre strukturert. Allsang skaper en følelse av fellesskap. Alle kan være med, hver på sin måte. Ridder (2005) hevder at dette er et meget godt tiltak for personer med demens.

Musikkreminisens kan defineres som bruk av musikk knyttet til pasientens tidligere opplevelser og minner. Musikkreminisens skjer oftest i grupper, men kan også gis individuelt. Hensikten er å bearbeide minner i tillegg til å øke selvfølelsen og opplevelsen av å ha en positiv egenverdi. I drøftingsdelen vil vi gå nærmere inn på hvordan sykepleiere kan bruke disse tiltakene for å berolige og aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom.

### 3.3 Gylne øyeblikk, trenger det å forklares?

”Du i dit Hjerte før i din Pande

finde det Sande!

Lad din Fornuft sig med Følelsen blande” (Wergeland, 1854; 42-43)

Hvorfor fungerer musikk, og trenger vi egentlig å forklare det? Musikken i seg selv har en egenverdi. I gresk mytologi tenkte man seg at musikken kunne få solen til å bli tent inni menneskene, og musikken kunne lindre sjelens og kroppens plager. Musikk og lek har mange fellestrekk. Begge deler skaper glede og kontakt og kan i tillegg gi oss opplevelsen av gylne øyeblikk (Bakken, 1999).

Vi kan se til andre kulturer enn den norske for å få en utdypet forståelse for hva musikken kan bety for oss. Bantu er et afrikansk språk. Ordet for musikk på Bantu er Ngoma. Ngoma står for trommer, dans og fest på én gang. I andre afrikanske språk innebærer ordet for musikk helhet og inkludering, tilknytning, identitet og glede.

### 3.4 Vitenskapelig om musikk

Musikken påvirker hele mennesket, både sinnet og kroppen (Myskja, 1999). Flere forskere har vært nysgjerrig på hva som skjer i kroppen når vi hører på musikk eller synger en sang. I det vitenskapelige perspektivet ser en på musikk som en systematisk sammensetning av toner og rytmer som sammen skaper en forståelse og hjelper en å til huske. Musikk trigger flere områder av begge hjernehalvdeler. Hjernehalvdelene har hver sin funksjon, men når det gjelder opplevelsen av musikk og rytme, virker de sammen (Ridder, 2005).

Musikken påvirker det limbiske systemet. Dette er et område i hjernen vi ikke selv kontrollerer, men som bidrar til at musikken vekker følelser og assosiasjoner (Ridder, 2005). Denne evnen til å vekke følelser har praktiske konsekvenser. Hos en demensrammet kan kjente og kjære sanger fra tidligere år vekke glemte følelser og dermed også livslysten og handlingskraften. Myskja beskriver det limbiske systemet som “Nøkkelen til forståelse av musikkens dype, emosjonelle innvirkning” (Myskja, 1999; 85).

Medisinsk forskning har vist at musikk med rask grunnrytme fører til at pulsen også blir raskere. En langsom grunnrytme kan gi langsommere puls. Høyt volum fører til at pulsen stiger. Det samme gjør musikk med uvante og utfordrende klanger og harmonier (Myskja, 2003). Også pusterytme ser ut for å bli påvirket av musikken. En rolig rytme kan senke

respirasjonsfrekvensen, noe som er typisk for en tilstand med ro og avspenning. Hvis musikken har en rask rytme, kan den derimot øke respirasjonsfrekvensen, slik den er når en person er aktiv, stresset eller anspent. Respirasjonsfrekvensen påvirkes i tillegg av det emosjonelle innholdet i musikken (Myskja, 2003).

Musikk kan gi avspenning i kroppen. Dette er en velkjent effekt som også brukes terapeutisk (Myskja, 2003). Den kan også roe ned tankelivet og gi mental avspenning. Barokkmusikk av komponister som Bach, Händel, Vivaldi og Corelli, har fått spesiell oppmerksomhet i forhold til å bidra til mental avspenning. Spesielt adagio- og largo-satser (de langsomme sekvensene), som har en grunnrytme på rundt 60 slag i minuttet, det samme som tilsvarer en ideell hjertefrekvens når en hviler (Myskja, 2003).

Den angstreduserende effekten av musikk er også velkjent. Det ser ut for at musikk kan redusere behovet for oksygen, bremse stoffskiftet og senke blodtrykket. Derfor kan musikken brukes for å motvirke den motoriske hyperaktiviteten som kan følge med angst (Myskja, 2003). Musikk kan maskere ubehagelige følelser, og i et sent stadium av Alzheimer sykdom overstyre ytre støy og ubehagelig lyd relatert til hørselshallusinasjoner.

*”Dels kan dette skyldes at musikk er en konkurrerende lydimpuls som ”bekjemper støyen med egne midler”. Dessuten vil behagelig musikk kunne ta i bruk hjernens iboende trang til konsonans (harmoni) og stimulere behagelige assosiasjonsrekker”* (Myskja, 2003; 114).

Denne distraherende effekten av musikk kan hjelpe pasienter med Alzheimers sykdom å flytte fokus fra følelser, tanker og ytre stimuli som oppleves som vanskelig å forstå og å håndtere (Myskja, 2003).

Når vi skal hente frem igjen sanseintrykk, eller tidligere opplevelser og erfaringer, trenger vi ledetråder. Jo flere ledetråder, dess lettere er det. Dette krever oppmerksomhet og konsentrasjon. Identiteten vår bygger på det vi husker om vår personlige historie. Ved Alzheimer sykdom vil noen perioder og epoker i livet bli husket, mens andre ser ut for å være helt slettet fra hukommelsen. Erindringer som er intakt inneholder antakeligvis store mengder informasjon. En viktig faktor for å huske hendelser er i hvilken grad følelser involveres. Musikk aktiverer ulike deler av hukommelsen og bidrar til å vekke følelser og hente fram

informasjon knyttet til personlig identitet. Tekst kan forsvinne, men melodi og rytme blir ofte værende (Kvamme, 2013).

## **3.5 Forskningsartikler om terapeutisk bruk av musikk**

### **3.5.1 ”Individualisert musikk for personer med demens”**

Forskningsartikkelen ”Individualisert musikk for personer med demens” er utgitt i 2010. Forfatterne gjorde en litteraturgjennomgang for å se på om individualisert musikk kunne motvirke agitert atferd hos personer med demens. Forskerne fant ut at individualisert musikk så ut for å ha en positiv innvirkning hos pasienter med agitert atferd og at metoden kunne implementeres i sykepleie på ulike måter. Forfatterne viser at musikk kan lede oppmerksomheten mot stimulus som pasienten kan tolke, samtidig som den leder oppmerksomheten bort fra stimuli som oppfattes som ubehagelige (Kirkevold & Bragstad, 2010). Kjent og kjær musikk kan fremkalle minner knyttet til positive følelser. Dette antar forfatterne har en lindrende og beroligende effekt som kan hindre, eller redusere agitert atferd (Kirkevold & Bragstad, 2010).

### **3.5.2 ”A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes”**

Forskningsartikkelen ”A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults dementia in nursing homes” er utgitt i 2009. Forfatterne brukte en kvantitativ metode for å få frem forskjellene mellom en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Den ene gruppe fikk lytte til sin foretrukne musikk. Den andre gruppen fikk ikke dette tilbudet. Forfatterne kunne tydelig påvise at pasientens foretrukne musikk hadde en angstdempende effekt. De fremhever at sykepleiere kan lære hvordan en kan bruke dette billige og anvendelige musikktiltaket for å fremme mental helse hos personer med demens.

### **3.5.3 ”How Sweet the Sound”**

Litteraturgjennomgangen ”How Sweet the Sound” ble utgitt i 2008. Også denne artikkelen belyser hvordan sykepleiere kan håndtere agitert atferd ved hjelp av musikk. Forfatterne ser på bruk av musikk som et skånsomt miljøtiltak som kan være et alternativ til bruk av medikamenter, fysiske begrensninger og tvang. Forfatterne peker spesielt på bruk av musikk

som allerede er ferdig innspilt. De nevner høretelefoner som et alternativ som er lett å implementere i den daglige pleien.

Artikkelen nevner et eksempel som tydelig belyser vår problemstilling. En pasient var urolig og engstelig ved morgenstellet. Først når pleieren begynte å synge en kjent sang, myknet ansiktsuttrykket hans opp, og han ble merkbart mer avslappet (Witzke, et al., 2008).

### **3.5.4 ”Glimt av glede”**

Doktorgradsavhandlingen ”Glimt av glede” ble utgitt i 2013. Kvamme undersøkte hvordan musikkterapi kunne ha innflytelse på depresjon/nedstemthet hos personer med demens, og hun ville også undersøke eventuelle langtidsvirkninger. Kvamme fant ut at musikkterapi kunne føre til en positiv endring av sinnsstemning og redusere andre psykiatriske og atferdsmessige symptomer. For eksempel reduserte musikkterapi graden av depresjon, angst, agitasjon og vandring. Det ble brukt mixed method, men kvantitativ metode fanget best opp utbyttet den enkelt demensrammede fikk. Blant målemetodene Kvamme benyttet, var Neuropsychiatric Inventory (NPI), en metode som brukes for å fange opp psykiatriske symptomer ved demens.

Kvamme stiller spørsmål ved om det er selve relasjon som oppstår mellom pasient og terapeut, eller om det er musikktiltaket i seg selv som har den mest positive innvirkningen. Alle miljøtiltak som kan gi personlig kontakt er viktige i omsorgen for demensrammede, hevder hun. Bredde i tiltakene er også viktig. Likevel står musikkterapi i en særstilling blant miljøtiltakene. Områder av hjernen som ikke er skadet, aktiveres ved musikk. Flere områder kan samarbeide og gi ekstra impulser slik at pasienten kan delta aktivt. Kvamme refererer til neurologen Oliver Sacks som sa det slik:

*”With music the demented patient may be enabled to recall and reaccess not only his powers of speech, perceptual and thinking skills, but his entire emotional and intellectual configuration, his life-history, his identity – at least for a little while”*  
(Kvamme, 2013; 340).

## **4. Drøfting**

Vi har valgt å dele drøftingen i to. Først vil vi se på tiltak for å berolige. Deretter vil vi ta for oss tiltak som kan bidra til å aktivisere pasientene. Vi skal se nærmere på hvordan sykepleiere kan bruke musikktiltakene individualisert musikk, omsorgssang, bakgrunnsmusikk, vibroakustisk stol, allsang og musikkreminisens for å berolige og aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom.

### **4.1 Fra uro til avslapping – hvordan kan sykepleieren berolige?**

Et bevisst og tydelig fokus er en forutsetning for å kunne iverksette målrettede tiltak. En viktig sykepleieroppgave er derfor å bestemme seg for fokus for sykepleien (Rotegård & Solhaug, 2011). Ulike musikktiltak kan være aktuelt for å berolige agiterte pasienter. Som verdigrunnlaget for all sykepleie dreier seg om, må vi respektere pasienten og retten til å selv få bestemme om musikk er aktuelt som tiltak. Dette er viktig i forhold til alle pasienter, men kanskje særlig for pasienter med Alzheimer sykdom. Hvis vi pådytter pasienten tiltak som han ikke trives med kan det føre til økt agitasjon. Som Martinsen også vektlegger må sykepleiere være var for pasientens signaler og valg.

#### **4.1.2 Individualisert musikk**

Individualisert musikk ser ut for å ha en positiv innvirkning på agitert atferd (Kirkevold & Bragstad, 2010). Hvis målet er å roe ned, kan individualisert musikk benyttes med fordel (Myskja, 2006). Her får vi støtte fra elementer i omsorgsteorien til Kari Martinsen som hevder at god omsorg blant annet dreier seg om hva som er til den andres beste. Et særpreg ved Alzheimer sykdom er at pasienten har svekket hukommelse. Kjent musikk kan hjelpe pasienten til å bedre huske egen identitet, personlighet og hendelser knyttet til personlige opplevelser. Individualisert musikk er også i tråd med Kitwoods personsentrerte omsorg.

Sykepleierforskeren Linda Gerdner som opprinnelig utviklet metoden, så allerede på 90-tallet at individualisert musikk ga gode resultater og krevde lite ressurser og opplæring av helsepersonell generelt. Også studien til Kirkevold og Bragstad (2010) viser at individualisert musikk kan lindre symptomer på Alzheimers sykdom, også når det blir benyttet av sykepleiere uten spesialkompetanse.

En samle-CD med pasientens "egne" sanger er selve grunnlaget for individualisert musikk. Pasienten selv eller pårørende gir informasjon om pasientens musikkpreferanse. Sykepleiere, eller annet personale som kjenner pasienten godt, kan også gi slik informasjon (Kirkevold & Bragstad, 2010). I tråd med Samhandlingsreformen (2009) kan vi slik også trekke inn pårørende i omsorgsarbeidet.

Vi tror at det i første omgang er mest naturlig å bruke CD-spiller for å spille av musikken. Dette er ofte tilgjengelig på avdelingen. En annen mulighet er å bruke Discman med høretelefoner. Dette kan redusere støy utenfra og hindre andre beboere i å bli forstyrret. Pårørende kan også være behjelpelig med annet teknisk utstyr. Vi har erfart at pårørende ofte er interessert i å hjelpe til på denne måten, for eksempel ved å ta med kassettspiller og kassetter.

Individualisert musikk kan gis på pasientens rom, i stuen, og ved stell i 15-30 minutter. Tidspunktet kan variere, eller være på et bestemt tidspunkt hver dag. Enkelte har valgt å starte med individualisert musikk på ettermiddagen. Intensjonen er å motvirke uroen når den er på sitt sterkeste. Andre har valgt å starte 30 minutter før uroen pleier å melde seg for å forebygge uro (Kirkevold & Bragstad, 2010).

Fysisk agitert atferd kan være et uttrykk for udekkede behov for aktivitet og stimulering. Det hender nok av og til at sykepleiere ser seg nødt til å bruke fysiske begrensninger og tvang for å møte pasientens utagering. I følge Pasient –og brukerrettighetsloven (1999) skal alt av tillitsskapende tiltak være forsøkt før tvang iverksettes. God sykepleie er, i følge Martinsen (2005), å skape en god relasjon til pasienten basert på tillitt. Tillit og en god relasjon er spesielt viktig for pasienter med Alzheimer sykdom fordi det minsker sjansen for stress og reduserer muligheten for engstelse og agitasjon. Dette er et viktig argument for at sykepleiere skal bruke musikk som tiltak. Loven åpner for å bruke tvang uten tillitsskapende tiltak hvis det åpenbart er formålsløst. Likevel kan man spørre seg om det noen gang er formålsløst å prøve musikk som tillitsskapende tiltak. Hvis vi bruker musikk, kan det tenkes at vi kan redusere de negative bivirkningene av beroligende medikamenter og klare å unngå å bruke tvang. Slik kan en redusere belastningen på pasienten, personalet og pårørende.

Verbal agitert atferd kan delvis være et uttrykk for ensomhet, angst og depresjon. Det kan også være et uttrykk for fysisk smerte (Kirkevold & Bragstad, 2010). Derfor må vi fange opp dette ved å bruke vårt kliniske blikk. Vi vet at depresjon hos personer med Alzheimer sykdom

kan komme av tapsfølelse knyttet til nedsatte funksjonsevner og tap av frihet, eller i øyeblikk hvor de innser at de er i ferd med å miste seg selv. Vi hører stadig at pasienten lengter etter å komme hjem. Vi tror at de da uttrykker et behov for trygghet og kjente rammer. Et liv i isolasjon og selvkritiske holdninger kan medvirke til at en depresjon holdes ved like og blir langvarig (Moksnes, 2010). Derfor er det så spesielt viktig at vi legger opp til at miljøet er forståelig og at miljøet ikke trigger den agiterede atferden. Ut fra kunnskapen om dette tror vi at individualisert musikk er et godt alternativ til farmakologiske og fysiske intervensjoner for å møte utfordringer i forhold til agitasjon.

Alle har opplevd hvordan enkelte sanger kan hjelpe oss å komme i kontakt med egne følelser, gi bekræftelse og støtte, trygghet og håp for fremtiden. Hos personer med Alzheimer sykdom kan angsten de opplever komme til å bli undervurdert. Angsten kan knyttes til problemer med å gjenkjenne følelser og problemer med å forklare egne plager og symptomer (Moksnes, 2010). Metoden individualisert musikk har etter hvert blitt utviklet videre, og noen bruker nå betegnelsen "preferred music" (Kirkevold & Bragstad, 2010). Vi blir inspirert til å prøve dette når vi ser på forskningen til Sung et al. "Preferred music" har vist seg å ha en positiv effekt med tanke på å redusere angst og berolige (Sung, et al., 2009).

Volumet på musikken må stemme overens med hørselsfunksjonen til hver enkelt pasient. Når musikktiltak brukes, er oppfølging og evaluering viktig. Sykepleieren må vurdere og evaluere alle pasienter sin respons på musikk. Noen kan oppleve musikken som ubehagelig (Witzke, et al., 2008).

Er bruk av individualisert musikk en sykepleieroppgave? På den ene siden sier Helsepersonelloven at sykepleiere skal gi pasienten best mulig omsorg. På den andre siden sier Helsepersonelloven at sykepleiere skal yte omsorg ut fra fagområdet (Nordtvedt & Grønseth, 2010). En kan spørre seg om det å bruke musikktiltak er innenfor fagområdet, eller om sykepleiere da gjør noe de ikke er kvalifisert for. Er det en belastning for sykepleieren å hele tiden bli oppfordret til å prøve nye metoder når de skal utøve sykepleieroppgaver? Er bruk av musikk en av disse metodene som vi nå vil pådytte sykepleierne? Vårt svar på disse spørsmålene er, at hvis musikk fører til god omsorg, kan det tyde på at det er innenfor fagområdet. Vi har personlige erfaringer med at musikk kan åpne for samhandling og kommunikasjon med pasienter i et sent stadium av sykdommen:



*Jeg prøver å få pasienten til å legge seg. Han gir uttrykk for å være sliten. Jeg synger en sang for ham, mens jeg vandrer ved siden av ham. Samtidig forsøker jeg å vise med kroppsspråket mitt at han skal legge seg i sengen. Jeg bretter opp dynen og vinker på ham. Jeg bruker også korte setninger som forteller at det er kveld og tid for å legge seg. Etter en del bearbeiding går han med på å legge seg. Jeg bestemmer meg for å fortsette å synge for ham for å hjelpe han å slappe enda bedre av. Nå synger jeg en annen sang. Det er en gammel god-natt sang. Jeg observerer at han lukker øynene, pusten går dypere og kroppen slipper spenningene. Jeg bestemmer meg for å gripe muligheten til å samtidig få tatt av ham sokkene for å smøre beina hans. Jeg ser at de er hovne og veldig tørre. Det går fint, og han lar meg få gjøre det, men så kommer jeg borti en øm tå. Trøster han litt og så var det greit. Tar på ham et par nye sokker. Sitter ved sengen hans å nynner til jeg ser han sover dypt. En annen pleier skal avløse meg og har observert det hele. Han sier at han aldri hadde klart å få til det, og at det var magisk.”*

Nøkkelen er tillit. Det så ut for at denne pasienten følte seg trygg og hadde tillit. Den tillitsfulle væremåten han etter hvert viste, bidro til at vi tror at det ble en god relasjon. Det viktigste for å yte god sykepleie er, i følge Martinsen (2005), å skape en god relasjon til pasienten. Vi viste også omsorg ved å bruke det kliniske blikket og ved å gjøre det som vi mente var til det beste for pasienten. Vi var oppmerksom på utfordringer han hadde og handlet ut fra det. Det kan tenkes at pasienten i denne situasjonen hadde smerter og at det, sammen med vrangforestillingene, bidro til kaos og overstimulering. Antakelig overskygget musikken ubehagelige forestillinger og følelser og ledet tankene over på mer forståelige inntrykk som skapte mening i kaoset. Vi antar at han knyttet positive følelser til minner om de kjente og kjære sangene og at dette hjalp ham å falle til ro. Kanskje pasienten også fikk en større trygghet på sin egen identitet på grunn av at han husket hendelser som var relatert til hans personlige historie. Vi oppfatter denne erfaringen som eksempel på en god omsorgssituasjon, og det leder oss over på neste tiltak, omsorgssang.

### **4.1.3 Omsorgssang**

Agitasjon i forbindelse med dusjing og stell er en av de største utfordringene i omsorgen for personer med Alzheimer sykdom (Myskja, 2011). I tillegg til individualisert musikk kan vi bruke omsorgssang. Myskja (2011) beskriver utprøving av omsorgssang. Alle i personalet måtte bruke sangene i møte med pasientene. Tidligere undersøkelser hadde vist at når bare en

av pleierne sang, hadde det hendt at pasientene ble mer urolige. En forklaring på dette kunne være at pasientene ble usikre i møte med det varierende sanseinntrykket. Noen av pleierne hadde følt seg usikre på om sangstemmen var god nok. Derfor ble det holdt kurs i omsorgssang med rollespill for å gjøre dem tryggere (Myskja, 2011). Pasienter og personale ble filmet 24 ganger og analysert i forbindelse med stell og andre prosedyrer som kunne involvere agitasjon. Pasientene hadde en markant reduksjon av agitasjon. I tillegg så det ut for at omsorgssangen kunne få pasienter som tidligere hadde vært passive under stell, til å delta mer aktivt i stellesituasjoner. Under omsorgssangen begynte noen av pasientene å vaske seg, på en måte som minnet om slik de tidligere hadde gjort det. Funnene fra videoanalysene utdyper forståelsen vi har av at musikken kan ha en beroligende virkning.

Myskja (2005) gir oss motivasjon til å tro på at vår egen stemme strekker til og kan brukes. Det er hvordan pleieren møter pasienten som er det viktigste. Sang med personer med demens dreier seg ikke bare om selve sangen, men også om å bruke tid, vise empati og uttrykke nærvær (Myskja, 2005; Ridder, 2005). Dette er faktorer som vi også finner igjen i Martinsens omsorgsteori.

Kitwood hevder at alle personer med demens har fem grunnleggende behov som springer ut av behovet for kjærlighet: Tilknytning, trøst, identitet, beskjefteigelse og inkludering. Vi tror at omsorgssang er en fin måte for sykepleiere å imøtekomme disse behovene på. Dette stemmer også godt med Martinsens omsorgsteori når hun vektlegger omsorg, relasjon og nærvær som de viktigste oppgavene til en sykepleier. Selve tiltaket kommer i andre rekke. Altså trenger ikke sykepleieren spesialkompetanse utover fagområdet for å bruke omsorgssang.

Musikkterapeuten Alicia Ann Clair har gjennomført en rekke kvantitative undersøkelser av musikk brukt som terapeutisk innslag for personer med demens. Clair beskriver sang som en meningsfull aktivitet ikke minst på grunn av den mellommenneskelige kontakten som oppstår og fordi sang samtidig fører til trøst og velvære. Den bidrar til et nonverbalt uttrykk for følelser og gir fysisk stimulering av blodsirkulasjonen, respirasjon og kan bidra til muskulær avspenning (Ridder 2005). For å belyse bruk av omsorgssang vil vi gi et eksempel fra vår egen praksis:

*Jeg sitter vakt på rommet til en pasient. Han har Alzheimer sykdom i et sent stadium. Han er urolig, engstelig, vandrer og strever med vrangforestillinger. Han gir uttrykk for dette ved å snakke med seg selv, rope og innimellom dunke i veggen. Jeg ønsker å*

*støtte ham til å mestre det som er vanskelig, og gi ham trygghet for at han ikke skal være engstelig. Jeg begynner å synge en sang: "Blåmann, blåmann bukken min, tenk på vesle guten din...". Etter en stund observerer jeg at han stopper opp, som om han våknet opp litt. Jeg spør meg om han hadde kjent igjen sangen? Han vandrer videre og jeg vandrer ved siden av ham, mens jeg synger, eller nynner. Så hører jeg at han starter å lage noen lyder; tonene går lyst, og så, mørkt. Det er veldig lyst på det lyse partiet, og veldig grovt på det mørke partiet. Det er tydelig at han nå er med å synge og at det er den samme sangen som jeg synger. Jeg byr han hånden min og han tar imot den. Jeg snakker til ham, og måten han svarer meg på forteller meg at han er mer til stede her og nå, enn i vrangforestillingene. Han nynner det samme partiet med kraftig stemme igjen og igjen. Jeg opplevde at sangen ble en inngangsport for samhandling. Det kunne lede ham ut av ensomheten og inn i noe vi hadde felles. Det igjen kunne gi trygghet. Jeg opplever også at han brillierer på det mørke partiet i melodien, da han synger dette med spesielt stor kraft og tyngde. Det får meg til å tro at han fikk en mestringsfølelse.*

Vi opplever dette som en veldig fin situasjon som kan sammenlignes med de gyldne øyeblikkene Bakken (1999) refererer til når vi opplever at alt stemmer. Og situasjonen trenger egentlig ingen vitenskapelig forklaring.

#### **4.1.4 Vibroakustisk stol**

Et annet musikktiltak vi ser på som nyttig for å berolige pasienter med Alzheimer sykdom er bruk av vibroakustisk stol. En av sykepleierens oppgaver er å ivareta behovet for hvile. Personer med Alzheimer sykdom bruker mye krefter på å tolke stimuli og trenger mye hvile og søvn. Ridder (2005) sier det kan være en fordel hvis en musikkterapeut kan være til stede under hele terapien, men vi har erfart at pasienten kan oppnå avslapping ved å sitte der uten tilsyn, men som oftest kan det være en fordel hvis sykepleieren er til stede, til å begynne med for å berolige. Som det vitenskapelige musikkperspektivet fremholder kan musikk med rolig rytme fremkalle hvile. Nettopp dette er intensjonen med denne vibroakustiske stolen og når stolen vibrerer på utvalgte punkter, kan det forsterke musikkens påvirkningskraft. For å illustrere hvordan den vibroakustiske stolen kan berolige, vil vi gi et eksempel fra vår egen erfaring:

*På sykehjemmet jeg jobber ble det brukt en vibroakustisk gyngestol. Den gikk under navnet Demensstolen. Denne så ut til å ha beroligende effekt på en spesiell pasient. Han ble urolig og engstelig når det ble mye stimuli. Det førte til at han ikke greide å tolke det som skjedde og det ble mye kaos for ham. Jeg og en sykepleier bestemte oss for å forsøke å få pasienten til å prøve "Demensstolen". Vi tok den med inn på rommet hans og forklarte ham at han kunne ligge å slappe av i den. En av oss demonstrert for å ufarliggjøre den nye stolen. Til slutt la han seg oppi den. Jeg ble værende på rommet sammen med ham for å speile trygghet og støtte opp om den beroligende intensjonen med stolen. Det ble til at han lå oppi den en hel time. Til tross for at han flere ganger henvendte seg til meg, observerte jeg at han hadde glimt hvor det virkelig så ut som han slappet av og følte seg trygg.*

Et viktig element i sykepleiens verdigrunnlag er å jobbe kunnskapsbasert. Ved å benytte kunnskap om sykdommen kan vi handle på en måte som minsker sjansene for agitasjon. Vi prøvde stolen selv for å kjenne den avslappende effekten av den. En slik vibroakustisk stol kan være et godt alternativ for å berolige.

#### **4.1.5 Bakgrunnsmusikk**

Vi har erfart at bakgrunnsmusikk er en av de mest brukte musikktiltakene på sykehjem for pasienter med Alzheimer sykdom. Det hender nok at sykepleiere vil vise sin barmhjertighet ved for eksempel å sette på TV, radio eller en CD med tilfeldig musikk, når vi ikke har mulighet til å gi alle oppmerksomhet samtidig. Å vise barmhjertighet er en viktig verdi i sykepleie. Men det er også viktig at vi kombinerer dette med kunnskap om riktig bruk av bakgrunnsmusikk, som jo også er en viktig verdi. Hvilken musikk vi velger, hvilket tidspunkt og i hvilke situasjoner vi setter på bakgrunnsmusikken vil være av betydning.

Dessverre er lyd miljøet på sykehjemsavdelinger ofte preget av musikk og lyd som går og går og aldri tar slutt. Vi har erfart at dette kan fremkalle agitasjon og være til hinder for individuell kontakt med sykepleieren. Vi må passe på så vi ikke setter på bakgrunnsmusikk for å slippe å møte pasientens behov for kontakt. Selv om det å forholde seg til utfordrende pasienter ofte vil være krevende over lengere perioder må vi likevel vise pasienten at han er et verdifullt menneske. Slik som også Martinsen hevder i sin omsorgsteori. Men hvis bakgrunnsmusikk brukes riktig trenger vi ikke å kjenne på dårlig samvittighet over å ikke være til stede for pasienten. I følge Ridder (2005) kan bakgrunnsmusikk brukes med fordel i

overgangssituasjoner (vaktskifte, spisesituasjoner) for å dempe urolig og agitert atferd. Ridder hevder at beroligende musikk kan gi pasienten støtte i et miljø med mye støy. Musikken kan fungere som en støydemper for andre lyder. Også lyder som er velmenende og velkjente kan oppfattes som støy hvis pasienten ikke klarer å tolke lydene på grunn av kognitiv svikt. Pasienter som er overstimulerte kan derfor ha stort utbytte av bakgrunnsmusikk. Det blir som å redusere mengden stimuli.

I et musikkvitenskapelig perspektiv har vi lært at kjent musikk med 50-70 taktslag i minuttet ser ut for å være det beste. Den påvirker pulsen og stimulerer hukommelsen. I tillegg kan musikk som oppleves som svevende og uten fast rytme gi positiv effekt. Her kan vi nevne albumene "Lyden av lys" og "Videre" av Myskja og Rogg som eksempler.

Resultatene fra forskningen på bruk av bakgrunnsmusikk viser ikke entydig at det har positiv effekt. Forskerne har fått forskjellige resultater: noen viser ingen bedring i agitert atferd, andre viser bedring (Ridder, 2005). Ridder (2005) mener at konteksten er av betydning for utfallet.

Fordelen med denne metoden er at det er et enkelt tiltak for sykepleiere, og det krever lite ressurser. Dette tiltaket utpeker seg ikke som personsentrert. På den andre siden er fagkunnskap om musikkens beroligende virkning nyttig. Med bedre kunnskap om musikkens virkning og omstendighetene rundt bruken, kunne vi tenke oss at resultatet ble mer slik vi ønsket det, og at pasientene klarer å slappe bedre av og ikke trenger å bli så urolige i overgangssituasjoner.

## **4.2 Fra passiv til aktiv – hvordan kan sykepleieren aktivisere?**

I forrige kapittel så vi hvordan musikk kunne berolige pasienten. For å illustrere hvordan musikken kan aktivisere pasienten vil vi vise til to eksempler fra avhandlingen "Glimt av glede". En musikkterapeut er i dialog med en pasient med demens. Musikkterapeuten lurer på om pasienten er i godt humør. Pasienten er til å begynne med nedstemt. Hun kjenner seg bekymret og verdiløs. Etter en drøy halvtime med individuell musikkterapi basert på samtale og personens musikkpreferanse, kjenner hun seg verken bekymret eller trist. "hvis jeg bare kan få noe som jeg liksom er glad i. Da er det i orden" (Kvamme, 2013; 340). Ved hjelp av målemetoden Neuropsychiatric Inventory (NPI) så Kvamme at symptomer på agitasjon, depresjon og angst hos denne pasienten var borte etter musikkterapiperioden (Kvamme, 2013).

En annet eksempel viser at musikken på mirakuløst vis kunne redusere depresjon og angst. Pasienten var så nedfor at hun noen dager ikke sto opp av sengen i det hele tatt. Pasienten fikk oppleve at nivået av både angst og depresjon falt etter at musikkterapeuten hadde brukt individuelt tilpasset sang, musikk og samtale med henne. I følge NPI, falt nivået til null. Samme resultatet ble påvist hos fire andre deltagerne som fikk musikkterapi opp til tre ganger i uken, over en periode på fem uker (Kvamme, 2013).

Eksempelene viser situasjoner hvor musikkterapeuten viste god omsorg ved bruk av musikk. Dette bekrefter igjen hovedinnholdet i Martinsens omsorgsteori, hvor sykepleier-pasientforholdet settes i sentrum for pleien. Vi har sett på hvordan sykepleiere kan aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom ved bruk av musikk, i lignende omsorgssituasjoner hvor pasientene kan være passive og nedstemte.

#### **4.2.1 Allsang**

Allsang er for mange forbundet med fellesskap, tilhørighet og glede. Vi synger velkjente sanger sammen når vi vil ha en hyggestund, men også for å markerer bursdager og høytider. Personer med Alzheimer sykdom er ofte passive, noe som kan bidra til å opprettholde symptomer på depresjon og angst. Å synge sammen med andre kan ha positiv innflytelse. Sykepleiere kan bygge opp sangstunden med utgangspunkt i samling rundt kaffebordet. Ridder (2005) gir forslag til hvordan en kan organisere sangstunden:

- 1) Kjenningmusikk (f. eks. en bestemt sang)
- 2) Innledende sang
- 3) Temasanger (årstid/høytid)
- 4) Kaffepause (tid til å hvile stemmen, "Lytt og gjett hva jeg spiller-lek", prat rundt bordet)
- 5) Flere sanger
- 6) Avslutningssang (velges fritt /bestemt tema)

Sangstunden kan vare fra 30-60 minutter, en gang i uken (Ridder, 2005). Ulike tidspunkt kan være aktuelle. Vi kan starte allsangaktiviteten i 16-tiden, siden dette ofte er tidspunktet pasientene er utsatt for det såkalte "Sundowning-syndromet". Eventuelt kan en starte 20 minutter før pasienten er på sitt mest urolige (Ridder, 2005).

Vi har erfart at mange pasienter med Alzheimer sykdom begynner å vandre når personale må gå mye fram og tilbake. Derfor pleier vi å ha sangstund før eller etter formiddags – eller ettermiddagskaffen. Da kan vi i personalet sitte mest mulig i ro når vi synger og gi god oppmerksomhet til pasientene.

Ridder (2005) mener at det lønner seg å velge velkjente sanger å synge. Det gir mest respons. Sanger som er kjente knyttes til personlig relevans og huskes derfor best. I tillegg er langtidshukommelsen ofte godt bevart. Mange pasienter husker ofte sangene de hørte da de var unge (Ridder, 2005). Vi har reflektert over at vi burde sette oss inn i den norske sangtradisjonen. Denne inneholder blant annet religiøse sanger, politiske sanger, nasjonalsanger og selskapssanger, alle en del av vår kulturelle og sosiale arv. Vi har oppdaget at sangene mange lærte på skolen i gamle dager faktisk er en gullgrube når det gjelder å finne fram til sanger som pasientene kan ha glede og utbytte av. Her har mange av pasientene en felles musikalsk bakgrunn som sykepleieren kan dra nytte av (Myskja, 2005). Dette er utfordrende for oss unge sykepleiere som har vokst opp med andre sanger enn pasientene. Vi mener likevel vi har gode muligheter for å tilegne oss de gamle sangene.

De fleste pasienter gir mest respons når allsangen er akkompagnert av piano eller gitar (Myskja, 2005). Ridder (2005) mener vi oppnår best respons med klapping, nikking, medlesing og sang dersom en kan få til et komplisert og rytmisk gitarakkompagnement, fremfor et enkelt. Dette har gitt oss ny kunnskap om hvordan vi kan lykkes enda bedre med å aktivisere. Likevel trenger ikke sykepleieren å beherske et instrument for å ha allsang. Noen pasienter foretrekker faktisk sang uten akkompagnement (Myskja, 2005).

Ridder (2005) forklarer at når en synger en sang eller spiller en melodi for en demensrammet person, involveres forskjellige områder av hjernen i forsøket på å identifisere melodien og rytmen som fremføres. Dersom pasienten blir med å nynne i tillegg til å følge takten, påvirkes senteret for motorisk aktivitet i hjernen.

Allsang reduserer agitert atferd, har beroligende virkning og bedrer sosial atferd (Ridder, 2005). På den måten kan allsangen bedre forholdet til medpasienter, pleiere og pårørende. Hvis pasienten synger aktivt med, er det gunstig for respirasjon og blodsirkulasjon. I følge Ridder fører det også til bedre immunforsvar ved at mengden S-Iga-antistoffer i spyttet øker.

Funnene til Ridder (2005) bekrefter Martinsens omsorgsteori hvor sykepleier-pasientforholdet settes i sentrum (Martinsen, 2005), og Kitwoods personsentrerte omsorg hvor fokuset er rettet mot å styrke pasientens egne ressurser. Musikktiltak kan lindre symptomer og fremme mestring og selvtillit. Sykepleiere kan gjennom allsang bidra til at pasienten deltar aktivt og mobiliserer egne ressurser, både i forhold til andre og til seg selv.

Vi syntes det var så fint det Hanne Mette Ridder (2005) sa: "Noen er syngende, noen er medsyngende, noen er med". Vi ser igjen dette i situasjoner hvor vi selv har sangstund. Han som synger ivrig med og vil syng mer, hun som plystrer med, men ikke plystrer samme melodi, og han som bare sitter der og blar i sangboka, uten å syng. Selv om evnen til å syng blir nedsatt etter hvert som demenslidelsen utvikler seg, vil ikke det si at utbyttet av å være med på allsang blir dårligere (Ridder, 2005). Her har vi muligheten til å dekke pasientens behov for inkludering, ett av de grunnleggende psykologiske behovene Kitwood nevner.

Hva gjør vi når pasienten ikke lenger klarer å uttrykke seg med ord? Når ord ikke strekker til, er det forståelig at både sykepleier, pårørende og pasient kan kjenne seg maktesløse, men sykepleiere kan bruke allsang i kommunikasjon med pasienten, ikke minst overfor pasienter med langtkommen demens. Allsang stimulerer språket og hukommelsen. Enkelte pasienter med sykdommen klarer også å lære nye sanger (Ridder, 2005). De av pasientene som ikke klarer å bruke ord lenger, kan via musikk få muligheten til å føle at de har et språk å uttrykke seg og si noe meningsfullt gjennom.

Det er viktig å være oppmerksom på pasientens reaksjoner. Pasienten kan oppleve mestring ved å være med på allsangen, men også oppleve tap av mestring når tekst eller melodi har blitt borte. I slike situasjoner er det viktig at omsorgsyteren nedtoner alt som handler om prestasjon for å skape trygghet og tillit (Ridder, 2005).

Musikk har til alle tider og i alle kulturer vært viktig for å gjøre livet lettere og rikere. Når vi har sangstund med pasientene, gir vi oss god tid og tvinger ikke fram noe nytt hvis pasienten plutselig synger samme frase igjen og igjen. Også det gir en glede som sykepleieren kan støtte opp om. Dette er i tråd med synspunktene til Ridder (2005). Hun sier at gjentakelse er musikkens nøkkelement, og gjentakelse er nettopp noe pasienter med Alzheimer sykdom er gode på. Gjentakelse skaper dessuten forventning og trygghet (Bakken, 1999). Sykepleieren må ha en varhet for gruppens mottagelighet og tålmodighet og balansere mellom gjentakelse og introduksjon av nye fraser og sanger.



Sammensetningen av deltakere i gruppen kan påvirke hvilken positiv innflytelse allsangen får. Det kreves av deltakerne at de har en viss forståelse for at det er allsang. Vi har erfart at noen kan misforstå allsangen og tro at det er konsert og blir irritert på de andre pasientene når de synger med. Det kan føre til unødvendige konflikter mellom pasientene. Det kan bety at allsang kanskje egner seg best for pasienter i et tidlig stadium av utviklingen, men det trenger ikke bety det. Personlighet spiller også inn.

Vår kultur dreier seg mye om å være effektiv og spare tid. Det snakkes mindre om kvalitet enn om resultater og kvantitet. Men hvordan kan vi måle kvaliteten i vårt samvær med andre? Myskja (2005) og Ridder (2005) understreker at kvaliteten i musikkstunden sjelden er avhengig av pasientens og personalets musikalske ferdigheter. Tvert i mot kan et avansert musikalsk uttrykk virke fremmedgjørende og minske muligheten for å få deltakerne med seg. Ridder (2005) hevder at det faktisk kan være en fordel hvis forsangerens stemme ikke er alt for god, for ellers kan pasientene lett tro de er på konsert og nøyer seg med å lytte. Hvis de derimot opplever at forsangeren ikke alltid kan teksten, vil noen forsøke å hjelpe til med å få teksten fullstendig (Ridder, 2005). Myskja (2005) sier at kombinasjonen av menneskelig relasjon og muligheten for å nå inn til mentale ferdigheter som er intakte hos pasienten, ser ut for å være det utslagsgivende for kvaliteten i samhandlingen, ikke hvor ”perfekt” verktøyet er. Dette var nytt for oss begge. Vi tror at sykepleiere enkelt kan løse dette ved bevisst å gå inn for å synge litt dårligere enn de vanligvis ville gjort. Vi vil gi et eksempel fra våre egne erfaringer hvor vi ikke sang perfekt og opplevde at pasientene opplevde mestring og ble mer delaktige:

*Vi hadde sangstund på avdelingen og jeg sang sammen med fem av pasientene. Tre av dem hadde fått hver sin sangbok og sang med. To av dem ville bare høre på. En av sangene kunne jeg ikke melodien til. Da hjalp to av pasientene hverandre å huske melodien, mens jeg spilte akkordene på gitar. Jeg prøvde å synge med for å få tak i melodien. Den ene av dem prøvde å synge sangen, men klarte ikke å tilpasse det til akkordene. En annen av pasientene som deltok er vanligvis passiv og tilbaketrukket i samvær med andre. Plutselig husket hun akkurat hvordan melodien gikk. Hun klarte bedre enn den første å tilpasse det til akkordene og sang tydelig med kraftig stemme. Etter hvert klarte også jeg å synge litt med. De hadde klart å lære meg noe nytt. Det var tydelig at begge opplevde mestring over å kunne hjelpe meg.*

Vi skal nå se litt tilbake på eksemplene fra avhandlingen til Kvamme. Musikkterapien i eksemplene ble utført av musikkterapeuter og viste seg å ha en positiv innvirkning på både symptomer og livskvalitet etter bare fem uker (Kvamme, 2013). Det kan være sykepleiere ikke klarer å bidra med den samme fagkompetansen som en musikkterapeut i møte med pasienten. Vi spør oss likevel om en sykepleier har en fordel på grunn av sin daglige tilstedeværelse, som gjerne strekker seg over lengre perioder enn det musikkterapeutene Kvamme beskrev i avhandlingen sin hadde.

Kvamme (2013) spør om det er selve relasjonen som oppstår mellom pasient og terapeut som har størst innflytelse, eller om det er musikken som skaper kvaliteten. Sykepleiere er hele tiden aktive i forhold til å bygge en god relasjon til pasienten. Vi har stor tro på at denne siden ved sykepleierens arbeid er en viktig suksessfaktor når det gjelder å oppnå gode resultater ved bruk av musikk. Dette stemmer godt overens med sykepleierens verdigrunnlag.

#### **4.2.2 Musikkreminisens**

Musikkreminisens er et musikktiltak som kan være med på å hindre depressive symptomer, løfte sinnsstemningen og forbedre samhandlingen. Formålet er å bearbeide minner i tillegg til å øke selvfølelsen og opplevelsen av å ha en positiv egenverdi. Musikken brukes til å stimulere erindringsprosesser gjennom lyder, stemninger, lukter og bevegelser (Ridder, 2005). Følelsen av samhørighet med andre vil også styrkes (Dahl, 2012).

Ridder (2005) foreslår at musikkreminisens bør holdes en til to ganger i uken og vare minst 30 minutter hver gang. Det er flere måter å dele inn aktiviteten på. Sykepleieren som har ansvar for aktiviteten kan spille en bestemt sang selv, eller bruke CD-spiller, mens deltakerne kommer inn i rommet og setter seg. Underveis i aktiviteten kan deltakerne få hvert sitt instrument å uttrykke seg på. Den ansvarlige kan gå rundt til hver enkelt og gi individuell oppmerksomhet. Slik får deltakeren mulighet til å uttrykke seg i forhold til den som holder aktiviteten (Ridder, 2005).

Arbeidet med musikkreminisens kan bygges opp rundt ulike tema. Tanken er at tema skal skape assosiasjoner som vekker følelser som er relevante i situasjonen der og da. Dette er nye tanker, fornemmelser og følelser som kan ha innflytelse på deltakernes identitet og selvfølelse. Temaene kan være knyttet til hjem, natur, soloppgang, solnedgang, livet på landet, landsbyen, fritidsinteresser, ferier, reisemål, dyr, blomster, bryllup, dans, kjærlighet og

årets høytider (Ridder, 2005). Denne tilnærmingen stemmer godt med Kitwoods tanker om personorientert omsorg. Vi viser personsentrert omsorg når vi skaffer oss kunnskap om pasientens tidligere forhold til musikk. Denne omsorgen vil i følge Kitwood (2006) bidra til å styrke identitet, livskvalitet og egenverd.

Det er et godt tiltak å bruke objekter som har tilknytning til temaet for å stimulere hukommelsen. Det kan være blomster, bilder, eller bøker. Hukommelsen kan bedres når vi bruker flere former for sansestimuli og bruk av musikk er et tiltak som har stor virkning (Ridder, 2005).

Vi bør holde aktiviteten i samme rom hver gang og gjerne informere med skilt i nærheten om aktiviteten (Ridder, 2005). Mange avdelinger på sykehjem har "huskestuer" eller "sansehager" som er godt egnet for denne typen reminisensarbeid. Vi viser igjen til vår filosofiske ramme som dreier seg om personsentrert omsorg der vi tar utgangspunkt i det pasienten er glad i (Kitwood, 2006).

Sykepleieren må være oppmerksom på pasientens reaksjoner, også når det gjelder i forhold til lyder i musikken. Noen toner kan fremkalle utrygghet og angst fordi lyden blir forbundet med vonde minner, for eksempel fra krigen. Det er viktig å være forberedt på at denne reaksjonen kan oppstå slik at vi kan møte den på en god og trygg måte.

Musikkreminisens kan lede inn på samtale, men samtale skal ikke være et krav. Hvis pasienten ikke kan sette ord på minner, kan sykepleieren tolke uttrykket til pasienten ved å møte og speile det. På den måten vil pasienten kjenne seg akseptert og verdifull (Ridder, 2005).

En norsk musikkterapeut som heter Randi Rolvsjord, tar utgangspunkt i at demens fører til et økt behov for reminisens, men samtidig til en svekket evne til å reminisere. Hennes erfaring er at deltakerne i en reminisensgruppe oppnår sosial kontakt med hverandre, også utenfor terapien, og at de kanskje gjenkjenner de kroppslige og følelsesmessige aspektene fra samværet. Musikkreminisens er derfor et godt tiltak for å "bevare" hukommelsen og språket siden det fører til samvær der språklige ferdigheter ikke er i fokus (Ridder, 2005). Det er forskjell på reminisens og livshistorie. Reminisens omhandler ytre hendelser, mens livshistorie handler om indre, personlige opplevelser. Ridder siterer McCloskey;

*”Istedet for at bringe folk til min verden eller orientere dem mod min virkelighed, tillader jeg mig at møde dem hvor de er og orientere mig mod deres virkelighed”*  
(Ridder, 2005; 74).

Utviklingen av demenstilstanden blir etter hvert mer krevende. Dette medfører at den demensrammede har vanskelig for å forholde seg til den ytre virkeligheten. Konfrontasjon med den ytre virkeligheten kan oppleves som et nederlag for pasienten. Hvis vi derimot legger til rette for at pasienten kan fokusere på sin indre virkelighet og spore seg inn på opplevelser der, vil pasienten kunne føle seg sett, akseptert og verdsatt. Dette viser at det er en fordel å ha god kjennskap til pasienten hvis vi vil oppnå positiv virkning av musikkreminisens (Ridder, 2005).

Sang og musikk kan understøtte sykepleierens helsefremmende, forebyggende og behandlende oppgave. Allsang og musikkreminisens brukt som målrettet miljøterapi kan dempe symptomer på angst og depresjon. Dette er mottiltak mot selvkritiske holdninger hos pasienten og sosial isolasjon.

Vi tror at sykepleiere bør samarbeide med en kvalifisert musikkterapeut. Slikt tverrfaglig samarbeid har i tidligere prosjekter ved norske sykehjem vist seg å ha god effekt for pasientene. Det har også vist seg at sykefraværet hos personalet har blitt lavere etter at en inngikk samarbeid med musikkterapeut om å lage opplegg der en benyttet musikk. Samhandlingsreformen legger jo også opp til et sterkere faglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper slik at en kan gi pasientene en helhetlig oppfølging (Helse -og omsorgsdepartementet, 2009).

## **5. Konklusjon**

Vi har sett på hvordan sykepleiere kan bruke musikk for å berolige og aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom. Vi brukte litteraturstudium som metode og gikk gjennom forskningslitteratur om sykdommen, om sykepleie og om musikk som miljøtiltak for å få en bedre forståelse for det vi ville belyse. Sammen reflekterte vi over litteraturens relevans og prøvde også om vi kunne trekke linjer til egne erfaringer.

Vi fant ut at sykepleiere kan anvende ulike musikktiltak for å berolige og aktivisere pasienter med Alzheimer sykdom. Dette ser ut for å være lavterskeltiltak som sykepleieren kan lære å

anvende uten spesialkompetanse som strekker seg ut over fagområdet. De trenger heller ikke å kunne synge fint, eller beherske et instrument.

Musikktiltak tar i bruk ressurser hos pasienten som enda er intakt. Å bygge på pasientens egne ressurser er jo en av sykepleierens hovedoppgaver. Derfor er musikktiltakene velegnede supplement til andre miljøtiltak i sykehjem. Kjent musikk som fremkaller minner, kan styrke pasientens identitet, selvfølelse og livskvalitet. Vi bør anvende musikk som pasientene kjenner igjen når vi benytter musikktiltak som individualisert musikk, omsorgssang, allsang og musikkreminisens. Når sykepleier og pasient synger sammen i omsorgssang, allsang og musikkreminisens, er det spesielt verdifullt at pasienten får god kontakt og en god relasjon med sykepleieren. I tråd med Martinsens omsorgsteori er viktige elementer å bruke tid, vise empati og ha nærvær. Dette har mye å si for hvordan kvaliteten på disse musikktiltakene blir. Musikken er også et relasjonsbyggende middel i seg selv.

Når pasientene bruker vibroakustisk stol, eller har på bakgrunnsmusikk, ser det ut for at det er musikken i seg selv og ikke sykepleierens nærvær som påvirker pasienten til å bli roligere, og personalet trenger derfor ikke å bruke like mye tid på å vise pasientene oppmerksomhet. Slik kan musikktiltak brukes på sykehjem, også i en travel hverdag.

Bruk av musikk er i stadig utvikling som miljøtiltak på sykehjem, og sykepleiere har unike muligheter til å lette pasientenes hverdag ved å bruke disse godt funderte tiltakene. Dette reiser spørsmål om musikk som sykepleietiltak burde hatt en større plass i sykepleieutdanningene.

Gjennom forskningslitteraturen har vi fått styrket troen på at musikk kan ha en positiv innflytelse ved Alzheimer sykdom, og vi har blitt mer bevisst på hvordan sykepleiere kan anvende musikk for å berolige og aktivisere der dette er til hjelp. Slik har vi fått en faglig tyngde som kan være god å ha med seg når vi selv skal gjøre erfaringer med musikk som miljøtiltak.

Vi tror det er behov for videre forskning på hvordan sykepleiere kan anvende musikk for pasienter i ulike stadier av Alzheimer sykdom. Og kanskje ender vi selv opp som forskere. I hvert fall er vi ganske klar for å gå inn i en prosess der vi lærer gjennom egne erfaringer og gjennom refleksjon med kollegaer.

# Litteraturliste

\*Aasgaard, T. (2006). Musikk i helsefag; fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I T. Aasgaard, *Musikk og helse* (s. 31-48). Oslo: Cappelen.

\*Bakken, S. (1999). *Når gleden er målet*. Oslo: Gyldendal.

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal.

Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (s. 313-336). Oslo: Gyldendal.

Dahl, T. E. (2012). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 401-416). Oslo: Gyldendal .

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .

Eide, T., & Eide, H. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

\*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens fakta og utfordringer* . Tønsberg: Aldring og helse.

\*Helse -og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015*. Lokalisert på Regjeringen:  
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

Helse -og omsorgsdepartementet. (2009). *Smahandlingsreformen: Rett behandling, på rett sted, til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på:  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Pasient –og brukerrettighetsloven, paragraf 4 A, LOV-1999-07-02-63 (2014)

Holter, I. M. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (s. 139-148). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J. K. (2012). Depresjon og sorg. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 193-221). Oslo: Gyldendal.

\*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier*. Oslo, Gyldendal

\*Kirkevold, M., & Bragstad, L. K. (2010). *Individualisert musikk for personer med demens*.

Lokalisert på Sykepleien.no:

[http://www.sykepleien.no/Content/394357/artikkel\\_bragestad\\_4721.pdf](http://www.sykepleien.no/Content/394357/artikkel_bragestad_4721.pdf)

\*Kitwood, T. (2006). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. (D. Høeg, Red., & N. Johnsen, Overs.) København: Munksgaard Danmark.

\*Kvamme, T. S. (2013). *Glimt av glede*. Oslo: Norges musikkhøgskole.

\*Malt, U. (2009, 13. februar). *Agitasjon*. Lokalisert 18 mai, 2014, på Store medisinske leksikon: <http://sml.snl.no/agitasjon%2F2>.

\*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Moksnes, K. M. (2010). Livets siste faser. *Psykiatriboken*. (s. 446-486) I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & S. Erik, Oslo: Gyldendal

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

\*Myskja, A. (2006). *Den siste song - sang og musikk som søtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget .

\*Myskja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes - an approach to dementia care*. (Doktorgradsavhandling) Bergen, Norge.

\*Myskja, A. (2005). *Metodebok*. Oslo: Kirkens bymisjon.

\*Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-g. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 17-31). Oslo.

\*Norsk sykepleierforbund. (2008, september). *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Lokalisert på NSF: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

\*Ridder, H. M. (2005). *Musik & Demens*. Århus: Klim.

\*Ridder, H. M. (2011). *Musikk, helse, identitet*. Lokalisert på Norges musikkhøgskole: [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/157213/Musikk\\_helse\\_identitet.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/157213/Musikk_helse_identitet.pdf)

Rognstad, M.-K., & Nåden, D. (2011). *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen*. (Forskningsartikkel) Lokalisert på Idunn: [http://www.idunn.no/file/pdf/49090323/nsf\\_2011\\_02\\_pdf.pdf](http://www.idunn.no/file/pdf/49090323/nsf_2011_02_pdf.pdf)

\*Rotegård, A. K., & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids -og beslutningsprosess. I I. M. Holter, & T. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal.

\*Sung, H.-C., Chang, M. A., & Lee, W.-L. (2009). *A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults dementia in nursing homes*. Lokalisert på EBSCOhost: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1748e2e3-8e6a-4ea8-aa77-940858000295%40sessionmgr110&vid=6&hid=127>

\*Wergeland, H. (1854). *Henrik Wergelands Samlede Skrifter*. Christiania: Chr. Tönsbergs Forlag.

\*Witzke, J., Rhone, R. A., Backhaus, D., & Shaver, N. A. (2008, Oktober). *How Sweet the Sound*. Lokalisert på EBSCOhost: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3b014d2b-0c06-4850-b5ef-287db58abb7e%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4112>

\*Wogn-Henriksen, K. (2012). *"Du må... skape deg et liv."* (Doktorgradsavhandling) Lokalisert på Ntnu: <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:561755/FULLTEXT01>



## Vedlegg 1

<b>P</b> (Population/problem)	<b>I</b> (Intervention)	<b>C</b> (Comparison)	<b>O</b> (Outcome)
<b>Demens,</b>	Musikk		
<b>Dementia, anxiety</b>	Music, nursing		
<b>Alzheimer's disease</b>	Music		
<b>Demens, angst, depresjon</b>	Musikk		