



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Terapeutisk bruk av musikk ved åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens: eit systematisk litteraturstudium

Therapeutic use of music on behavioral and psychological symptoms in dementia: a systematic literature review

Carmela Toft Ambrogio og Sara Hydle Rivedal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 78

Molde, 16.12.2011



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Rettleiar: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 08.11.2011

Antal ord: 12 533

Samandrag

Bakgrunn: I Noreg er det om lag 66 000 personar som har demens. Ein ventar at dette talet vil doblast innan år 2040, noko som vil by på utfordringar i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Hjå dei fleste pasientar med demens vil det før eller seinare oppstå åtferdsmessige og psykologiske symptom (Rokstad 2008a, 27-45). Terapeutisk bruk av musikk er kanskje det ikkje-medikamentelle tiltaket på sjukeheimar som er mest utbreidd og best utforska (Myskja 2005).

Hensikt: Hensikta med dette systematiske litteraturstudiet var å undersøkje korleis musikk kan nyttast på ein terapeutisk måte i møte med pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.

Metode: Oppgåva er eit systematisk litteraturstudium. Studiet byggjer på fire kvalitative og ti kvantitative forskingsartiklar.

Resultat: Individualisert musikk, song under stell og musikkaktivitetar i gruppe såg ut til å ha positiv innverknad på åtferdsmessige og psykologiske symptom hjå pasientar med demens. Førekkomsten av agitert åtferd, apati, angst og depresjon såg ut til å kunna reduserast ved terapeutisk bruk av musikk.

Konklusjon: Resultata i dette systematiske litteraturstudiet tydar på at terapeutisk bruk av musikk er eit verknadsfullt tiltak i møte med pasientar på sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.

Nøkkelord: sjukeheim, åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens, utfordrande åtferd, demens, musikk

Abstract

Background: In Norway there is about 66 000 people suffering from dementia. This number is expected to double within the year 2040, and this development represents challenges for the national health service (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). With most patients suffering from dementia there will sooner or later appear behavioral and psychological symptoms (Rokstad 2008a, 27-45). Therapeutic use of music is perhaps the most common and best researched non-medication intervention at nursing homes (Myskja 2005).

Aim: The aim of this systematic literature review was to investigate how music can be applied in a therapeutic way when facing patients in nursing homes who have behavioral and psychological symptoms in dementia.

Method: This paper is a systematic literature review. The review builds upon four qualitative and ten quantitative research articles.

Results: Individualized music, singing during care situations and musical group activities seems to have had a positive influence on behavioral and psychological symptoms in dementia. The occurrence of agitated behavior, apathy, anxiety and depression seemed to be reduced with the therapeutic use of music.

Conclusion: The results in this systematic literature review suggests that therapeutic use of music is a functional intervention when facing patients in nursing homes that have behavioral and psychological symptoms in dementia.

Keywords: nursing home, behavioral and psychological symptoms in dementia, challenging behavior, dementia, music

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Hensikt	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Omgrepsavklaring	2
1.4 Avgrensing	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Demens.....	3
2.2 Åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.....	3
2.3 Grunnleggande psykologiske behov	5
2.4 Sjukepleiaren si rolle på sjukeheim	6
2.5 Musikk i helsevesenet	7
3.0 Metodebeskriving	9
3.1 Inklusjonskriterium	9
3.2 Litteratursøk.....	10
3.2.1 Utarbeiding av PI-skjema	10
3.2.2 Databasar	11
3.2.3 Framgangsmåte ved søking.....	11
3.2.4 Søkjehistorikk.....	12
3.3 Kvalitetsvurdering.....	13
3.4 Etsiske omsyn.....	14
3.4.1 Ærlegdom og god referanseskikk	14
3.4.2 Informert samtykke og godkjenning frå etiske komitéar i inkluderte artiklar	14
3.5 Eksklusjon av artiklar	16
3.6 Analyse	18
4.0 Resultat	19
4.1 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe.....	19
4.1.1 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av åtferdsmessige symptom ved demens.....	19
4.1.2 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av depresjon og angst hjå pasientar med demens.....	20
4.2 Song under stell	20
4.2.1 Song under stell såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd.....	20
4.3 Individualisert musikk.....	22
4.3.1 Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd hjå pasientar med demens.....	22
4.3.2 Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av angst og depresjon hjå pasientar med demens.....	23
4.4 Ikkje-individualisert bakgrunnsmusikk	24
4.4.1 Ikkje-individualisert bakgrunnsmusikk såg ikkje ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd.....	24
5.0 Diskusjon	25
5.1 Metodediskusjon	25
5.1.1 Kriterium for inklusjon av artiklar	25
5.1.2 Søkjestrategi	26
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske omsyn.....	26
5.1.4 Inkluderte forskingsartiklar	27

5.1.5 Analyse.....	27
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Individualisert musikk – ein nøkkel inn til meningsfulle minner	28
5.2.2 Musikalsk fellesskap	30
5.2.3 Song under stell	31
5.2.4 Varsemd ved bruk av musikk.....	33
5.2.5 Terapeutisk bruk av musikk i sjukeheimspraksis	34
6.0 Konklusjon.....	37
6.1 Forslag til vidare forskning	38

Litteraturliste

Vedlegg 1: PI-skjema

Vedlegg 2a: Søkjehistorikk, søk 1

Vedlegg 2b: Søkjehistorikk, søk 2

Vedlegg 2c: Søkjehistorikk, søk 3

Vedlegg 3: Inkluderte forskingsartiklar

Vedlegg 4: Ekskluderte forskingsartiklar

Vedlegg 5: Oversikt over forskingsartiklar som svarar til ulike funn

1.0 Innleiing

Ein reknar med ein kraftig vekst i aldersgruppa over 80 år dei komande åra. Ei slik auke vil føra til høgare førekomst av sjukdomar som hyppigast oppstår i høg alder, som til dømes demens. Helse- og omsorgsdepartementet anslo i 2007 at det var om lag 66 000 personar med demens i Noreg. Dersom førekomsten av demens i ulike aldrar held seg stabil, vil dette talet auka til om lag 135 000 innan 2040. I *Demensplan 2015 – Den gode dagen* kjem det fram målsettingar om at kunnskapsgrunnlaget for å utvikla gode tiltak og tenestetilbod i demensomsorga skal styrkast vesentleg gjennom forskning og utviklingstiltak. Det skal utviklast gode miljøterapeutiske tiltak og nytteverdien av desse skal vurderast (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Demens er den hyppigaste årsaka til innlegging i sjukeheim. 75-80 prosent av pasientane som bur på sjukeheim har demens (Engedal 2008). Selbæk, Kirkevold og Engedal (2006) fann i eit norsk prevalensstudium at 89 prosent av sjukeheimsbebuarar med demens¹ hadde åtferdsmessige eller psykologiske symptom. I same pasientgruppe, brukte 75 prosent psykofarmaka (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2006). Ikkje alle åtferdsmessige og psykologiske symptom kan eller bør behandlast med legemiddel. Sidan eldre har økt risiko for å få biverknadar, må medikamentell behandling skje med varsemd. Før ein tyr til medikamentell behandling bør ikkje-medikamentelle tiltak prøvast (Engedal 2008). Terapeutisk bruk av musikk er kanskje det mest utbreidde og best undersøkte ikkje-medikamentelle behandlingstiltaket på sjukeheimar (Myskja 2006).

1.1 Hensikt

Hensikta med dette systematiske litteraturstudiet var å undersøkje korleis musikk kan nyttast på ein terapeutisk måte i møte med pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.

¹ Pasientar som i fylje vurdering med Clinical dementia rating (CDR) hadde demens

1.2 Problemstilling

Korleis verkar ulike former for terapeutisk bruk av musikk inn på pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens?

1.3 Omgrepsavklaring

Med *åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens* meinast dei åtferdsendingane og psykologiske endringane som opptrer som ein del av symptombiletet ved demens (Rokstad 2008b, 180-206). *Terapeutisk bruk av musikk* har me valt å definera som bruk av musikk med målsetting om å fremja helse eller lindra symptom.

1.4 Avgrensing

For å avgrensa oppgåva har me valt å utelukka psykotiske symptom ved demens.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Demens

Demens er ei samlenemning på fleire ulike erverva sjukdomstilstandar i hjernen, som fører til kognitiv svikt, sviktande emosjonell kontroll og sviktande evne til å utføra daglege gjeremål (Engedal 2008).

I fylgje Engedal (2008) kan sjukdomane som gir demens delast inn i tre hovudgrupper; degenerative demenssjukdomar, vaskulær demens og sekunder demens. Alzheimers sjukdom og frontotemporallappdemens er døme på degenerative demenssjukdomar. Vaskulær demens skuldast sjukdom i hjernens blodkar. I hovudgruppa, sekundær demens, finn me demens som skuldast andre tilstandar, som til dømes encephalitt eller alkoholmisbruk. Dei hyppigaste sjukdomane som gir demens er Alzheimers sjukdom og vaskulær demens. Alzheimers sjukdom utgjer om lag 60% av alle demenstilfella, medan vaskulær demens utgjer 10-20 %. I mange tilfelle opptrer desse sjukdomane saman (Engedal 2008). Olsen (2007, 23-66) skriv at dei fleste demenstypar har eit forløp som i gjennomsnitt går over ti år. I løpet av desse åra svekkast hjernen gradvis, og demenssjukdomen vil stadig få større innverknad på personen sitt liv (Olsen 2007, 23-66). Ein kan dela denne utviklinga inn i tre hovudfasar med mild, moderat og alvorleg demens (Engedal 2008). Selbæk, Engedal og Kirkevold (2006) fann at 81 prosent av dei 1163 sjukeheimsbebuarane som deltok i studiet hadde demens, i fylgje vurdering med Clinical Dementia Rating. Likevel hadde berre 55 prosent av desse ein demensdiagnose (Selbæk, Engedal og Kirkevold 2006). Dette kan tyda på at demens er underdiagnostisert på norske sjukeheimar.

2.2 Åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens

Dei siste åra har det vore ei aukande interesse for dei åtferdsmessige og psykologiske symptomta som kan oppstå ved demens (Selbæk 2008, 51-62). Slike symptom kan førekomma i alle fasar i sjukdomsforløpet, men tendensen er at dei vert meir framtrudande etter kvart som demenssjukdomen utviklar seg (Engedal 2008). Selbæk, Kirkevold og Engedal (2006) fann ein signifikant samanheng mellom grad av demens og

førekost av åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Medan førekosten av åtferdsmessige og psykologiske symptom av klinisk betydning var på 55 prosent i pasientgruppa som vart vurdert til å ha mild demens, var den på 84 prosent i pasientgruppa som hadde alvorleg demens. Samanlagt hadde 89 prosent av pasientane med demens åtferdsmessige og psykologiske symptom, og hjå 72 prosent var desse symptoma av klinisk betydning. Av pasientane utan demens hadde 38 prosent åtferdsmessige og psykologiske symptom av klinisk betydning (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2006).

Angst og depresjon er blant dei vanlegaste psykologiske symptoma ved demens (Engedal 2008). I studiet til Selbæk, Kirkevold og Engedal (2006) hadde 22 prosent av pasientane med demens depresjon og 22 prosent hadde angst (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2006). Frykt er eit naturleg fenomen som vernar oss mot fare ved at kroppen vert meir på vakt. Når frykta oppstår tilsynelatande utan grunn, vert det kalla angst (Snoek og Engedal 2008). Ifylje Hummelvoll (2004) dreiar angst seg om ein innbilt eller reell trussel. Desto større trusselen er, desto sterkare vert angstopplevinga (Hummelvoll 2004). Med sviktande eigenomsorgsevne og nedsett evne til å halda oversikt over eigen situasjon, er pasientar med demens svært utsett for å oppleva angst. I situasjonar der dei ikkje forstår kva som føregår, kan somme oppleva ei panikkliknande angst, som vert kalla katastrofereaksjon. Dette kan komma til uttrykk i aggressivitet eller at pasienten flyktar unna (Engedal 2008). Ordet depresjon kjem frå latin, og betyr nedtrykking (Hummelvoll 2004). Engedal (2008) skriv at både psykologiske og biokjemiske faktorar kan bidra til depresjon. Dei biokjemiske faktorane kan koma av endringar i samspelet mellom ulike signalsubstansar i hjernen. I tillegg er depresjon ofte relatert til tap. Pasientar med demens har ofte opplevd mange tap, som til dømes tap av meistringsevne og tap av personar som stod dei nær. Hjå pasientar med mild demens er symptombiletet ved depresjon ganske likt som hjå personar utan demens. Ved moderat og alvorleg demens derimot, kan depresjon vera vanskeleg å avdekka. Det er mogleg at sinne, irritabilitet og uro kan vera uttrykk for depresjon (Engedal 2008).

Ifylje Rokstad (2005) er fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring og rastlause dei mest vanlege åtferdsmessige symptoma ved demens. Uro, rastlaus gange, roping og manglande seksuelle hemningar vert omtalt som “ganske vanleg” (Rokstad 2005). I Selbæk, Kirkevold og Engedal (2006) sitt studium kom det fram at aggresjon/agitasjon førekom hjå 27 prosent av pasientane med demens, apati hjå 29 prosent, irritabilitet hjå 29 prosent og

avvikande motorisk åtferd hjå 21 prosent (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2006). Åtferdsmessige symptom ved demens er i store delar av faglitteraturen me har brukt, omtalt under omgrepet *utfordrande åtferd*. Åtferd er eit uttrykk for personlege opplevingar, og det er difor hensiktsmessig å forstå utfordrande åtferd som uttrykk for ein lite tilfredsstillande livssituasjon (Rokstad 2005).

2.3 Grunnleggande psykologiske behov

Kitwood (1999) meiner at menneske med demens, i likskap med andre menneske, har fem grunnleggande psykologiske behov. Med grunnleggande behov meinast “det, foruden opfylelse af hvilket et menneske ikke kan fungere som en person, end ikke i minimal forstand” (Kitwood 1999, 89). Dei fem grunnleggande psykologiske behova han presenterer er behov for trøyst, tilknytning, inklusjon, sysselsetjing (“occupation”) og identitet. Desse behova overlappar kvarandre og møtest i eit sentralt behov for kjærleik (Kitwood 1999).

Trøyst inneberer ømheit, nærleik og lindring av smerte, sorg og engstelse. Med sin nærleik bidreg den som trøystar til ei oppleving av heilskap, samt styrke og varme som skapar tryggleik. Pasientar med demens må ofte forholde seg til mange tap, som til dømes det å mista sine kjære og at evner dei hadde tidlegare sviktar. Ein kan difor anta at desse pasientane har eit stort behov for trøyst. I utgreinga om behovet for *tilknytning* trekk Kitwood (1999) fram John Bowlby (1979) si forståing av omgrepet. Det å knyta seg til andre menneske er eit universelt fenomen. Tilknytning skapar eit sikkerheitsnett, og utan dette er det vanskeleg å fungera skikkeleg (Bowlby 1979 gjengitt i Kitwood 1999). Livet til pasientar med demens er ofte prega av usikkerheit og bekymringar. Ein kan anta at behovet for tilknytning vedvarar hjå pasientar med demens. Det å *vera inkludert* i ei gruppe er eit essensielt behov hjå menneske. Såkalla merksemdsøkjande åtferd kan vera uttrykk for dette behovet hjå pasientar med demens. Dersom behovet for inklusjon ikkje vert ivareteke, kan det føra til at personen trekk seg tilbake. Behovet for *sysselsetting* vert dekkja ved at ein er involvert i livsprosessen på ein måte som vert opplevd som meiningsfull for den enkelte. Når behovet for å vera sysselsatt ikkje vert ivareteke fører det til at både evner og sjølvverd vert redusert. Ein kan sjå uttrykk for dette behovet hjå pasientar med demens, til dømes når dei uttrykkjer at dei ynskjer å hjelpa til med ulike

gjeremål. Det å ha *identitet* vil sei at ein veit kven ein er, både på kognitivt og emosjonelt plan. Dette inneberer ei oppleving av samanheng og kontinuitet med fortida. Ved demens kan denne identitetskjenninga svekkast med tida (Kitwood 1999).

Kitwood (1999) meiner at demensomsorga si primære oppgåve er å bidra til å oppretthalda identiteten og velværa til den enkelte. Når kognitiv svikt fører til at ein pasient ikkje lenger greier å halda fast på kontinuiteten og samanhengen i si livshistorie, kan andre hjelpa han å oppretthalda identiteten. For å bidra til dette er det viktig at ein har detaljert kjennskap til pasienten si livshistorie. Ein må òg ha empati med pasienten. Som nemnt, overlappar dei grunnleggjande psykologiske behova kvarandre. I tillegg påverkar dei kvarandre, slik at når ein får oppfylt eitt grunnleggjande behov kan det føra til at ein òg greier å dekkja eit anna grunnleggjande behov. Som døme på dette kan ein tenkja seg at ein pasient med demens får dekkja behovet for tilknytning. Dette skapar tryggleik, slik at pasienten vert mindre distrahera av angst. Dermed har han kapasitet til å retta merksemda si mot aktivitetar som bidreg til å dekkja behovet for sysselsetting. Sysselsetting, gjennom meiningsfull involvering i livsprosessen, kan bidra til å styrka identitetskjenninga (Kitwood 1999).

Kitwood (1999) meiner at “problematisk”, eller utfordrande, åtferd bør forståast som eit teikn på manglande behovsoppfylting. Ved at grunnleggjande behov vert oppfylt, hevdar han at pasienten kan koma ut av negative kjensler, som frykt, sorg og sinne (Kitwood 1999).

2.4 Sjukepleiaren si rolle på sjukeheim

I “Rammeplan for sykepleierutdanning” kjem det fram at “Sykepleiere har ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten på ulike nivåer innanfor egen virksomhet og på tvers av ulike helsetjenestetilbud” (Kunnskapsdepartementet 2008, 7). Hauge (2008, 219-236) skriv at sjukepleiaren er den som har høgast kompetanse i det daglege arbeidet på sjukeheimar. Sjukepleiaren har difor eit spesielt ansvar for kvaliteten på det samla tenestetilbodet. Dette ansvaret inneberer mellom anna å leia pleieteamet og å sikra at det vert utvikla og haldt ved like eit aktivt fagmiljø. Det å leia pleieteamet inneberer å fordela arbeidsoppgåvene blant det pleiepersonale som er på jobb. Arbeidsoppgåvene bør fordelast på ein slik måte at personalet sin kompetanse vert utnytta best mogleg i forhold til

pasientane sine ulike behov. For å bidra til eit aktivt fagmiljø bør sjukepleiaren sikra at ufaglærte får den opplæringa som trengst for å gi god og forsvarleg pleie. Den sjukepleia som vert gitt skal vera kunnskapsbasert, og sjukepleiaren bør ta initiativ til faglege diskusjonar. I sjukeheimane er det ofte stort behov for meir systematisk fagutvikling. Dette kan i praksis dreia seg om å gjera små endringar eller å prøva ut nye tiltak når ein møter utfordringar i arbeidsdagen som ikkje vert løyst på ein tilfredsstillande måte (Hauge 2008, 219-236). Orvik (2004) skriv at sjukepleie handlar om å betra forhold ved pasienten si helse og livskvalitet. Difor er endring noko av kjerna i sjukepleie. Endringskompetanse inneberer alt frå raske fokusskifter i det daglege til leing av større betringstiltak. Endringar som er meningsfulle og godt planlagde kan gi føring for verkeleg betring av praksis (Orvik 2004).

I fylgje Kirkevold og Brodtkorb (2008) er systematisk og heilskapleg kartlegging naudsynt for å identifisera pasienten sitt sjukepleiebehov og gi individualisert sjukepleie. I tillegg til å ha kjennskap til pasienten sine sjukdomar og helsetilstand, må sjukepleiaren kjenna til pasienten sin livssituasjon og livshistorie. Dette er av betydning for at sjukepleiaren skal kunna bidra til å oppretthalda pasienten sin identitet og sjølvrespekt, noko som er sær viktig i arbeid med pasientar som har kognitiv svikt (Kirkevold og Brodtkorb 2008, 111-122).

I fylgje Helsepersonelloven (1999) § 39, har den som gir helsehjelp plikt til å dokumentera opplysningar i ein journal for den enkelte pasient. I § 40 står det at pasientjournalen skal innehalda alle dei opplysningane som er relevante og naudsynte om pasienten og om den helsehjelpa som vert gitt (Helsepersonelloven 1999). Sjukepleiedokumentasjon er både viktig og naudsynt av fleire grunnar. Det synleggjer fagleg ansvar, sikrar kvalitet og kontinuitet i pleia, fungerer som eit kommunikasjonsmiddel og gir grunnlag for leing og ressursstyring (Heggdal 2006).

2.5 Musikk i helsevesenet

I dei fleste kulturar har musikk og legekunst hatt eit sterkt samband i lange tider. På 1400-1500-talet måtte ein ved fleire medisinske fakultet ha gjennomført musikkstudiet for å i det heile tatt koma inn på medisinstudiet. Frå renessansen vart musikk og medisin gradvis

meir avskilt (Myskja 2007a, 59-65). Interesse for musikk innan sjukepleia ser ut til å ha gått i bølger. Ein kan med andre ord ikkje finna ein jamn auke eller reduksjon i musikkinteressa i sjukepleia gjennom tidene. Men me veit at fram til andre verdskrig hadde enkelte sjukepleieskular i Noreg songundervisning på timeplanen. Dette hadde kanskje utgangspunkt i den kristne allmennutdanninga, men ein finn òg beskrivingar av dei terapeutiske verknadane ved bruk av musikk (Aasgard 2006, 31-51). I 1929 skreiv songlærerinna ved Meningenstøsterhjemmet i Oslo, Sara Rømcke, fyljande:

Denne musikkterapien er avpasset efter de forskjellige tilstande. Tonene går dit, hvor verken røntgenstråler, medisin eller kniv kan utrette noget, – helt inn til sjeleskaden, sinnslidelsen, det dypeste i vårt vesen, det man ikke kan ta og føle på. De gir utløsning for en stemning der inne og kan virke befriende og stimulerende. La oss komme den syke til hjelp her! (Rømcke 1929, 93, gjengitt i Aasgard 2006, 31-51, 35)

Dei siste åra har det skjedd ei utvikling som har gjort at terapeutisk bruk av musikk har fått større plass i helsevesenet. Me har fått økt forståing for at musikk kan nyttast som eit terapeutisk tiltak. I tillegg er det utvikla musikkterapeutiske metodar som kan nyttast av personar utan musikkfagleg kompetanse (Myskja 2007b, 56-58). Likevel meiner Myskja (2006) at bruken av musikk på institusjonar er prega av manglande fagleg konsensus. Det finst ingen konsensus for korleis musikk bør integrerast i helsevesenet eller kva for musikktiltak pleiepersonale kan og bør utøva (Myskja 2006).

Myskja (2006) skil mellom musikkterapi og musikkmedisin. *Musikkterapi* vert definert som bruk av musikk og musikkaktivitetar for å oppnå individuelle ikkje-musikalske målsettingar for ein klient eller ei gruppe. Det vert utført av personar med spesiell musikkterapeutisk kompetanse. *Musikkmedisin*, derimot, vert utført av helsepersonell på institusjonar. Det inneberer at musikk vert brukt som eit symptomlindrande tiltak. I praksis er skilnadane mellom desse to formene mindre tydelege. Men musikkterapeutar nyttar ein del metodar, til dømes improvisasjon, som krev spesialkompetanse. Det vert òg skilt mellom aktive og passive teknikkar. Dei aktive teknikkane går ut på å stimulera til uttrykk og kommunikasjon. Ved bruk av passive teknikkar legg ein meir vekt på lytting og stressredusering (Myskja 2006).

3.0 Metodebeskriving

I retningslinjene for bacheloroppgåva, “SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp”, står det at avsluttande bacheloreksamen skal vera i form av eit systematisk litteraturstudium (Johansson et al. 2011). Forsberg og Wengström (2008) trekk fram Mulrow og Oxman (1997) si definisjon på kva eit systematisk litteraturstudium er. Det tek utgangspunkt i ei problemstilling som er tydeleg formulert. For å svara på problemstillinga vert relevant forskning identifisert, utvalt, vurdert og analysert på ein systematisk måte (Mulrow og Oxman 1997 gjengitt i Forsberg og Wengström 2008). I dette kapittelet vert det gjort greie for korleis denne prosessen har gått føre seg.

3.1 Inklusjonskriterium

For ytterlegare spesifisering av problemstillinga, bør eit systematisk litteraturstudium ha tydelege kriterium for inklusjon og eksklusjon av artiklar (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2011).

Forskningsartiklane som skulle inkluderast skulle *svara på problemstillinga* i dette studiet: Korleis verkar ulike former for terapeutisk bruk av musikk inn på pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens? *Alle former og grader av demens* var inkludert i studiet. Dette fordi eksklusjon av nokre former eller grader av demens kunne avgrensa artikkelsøkinga for mykje. Ifylgje Myskja (2009) er det få fagartiklar som undersøker effekten av musikk der det vert skilt mellom typar og grader av demens (Myskja 2009). Dette kan tyda på at det finst lite forskning på terapeutisk bruk av musikk der typar og grader av demens er spesifisert. Deltakarane i forskingsstudiane skulle bu på *sjukeheim*, men det var ikkje sett krav om at dei skulle bu på avdelingar spesielt for pasientar med demens. Berentsen (2008, 350-382) skriv at 70-80 % av alle sjukeheimbebuvarar har demens (Berentsen 2008, 350-382). Berre 22,6 % av alle sjukeheimsplassar i Noreg i år 2010 var på skjerma avdeling for personar med demens (Statistisk sentralbyrå 2011). Altså vil ein stor del av sjukeheimsbearane med demens vera å finna i andre avdelingar. I utgangspunktet var det tenkt at me skulle ekskludera artiklar der musikkintervensjonane var utført av personar med spesiell musikkfagleg

utdanning. For å få fleire artiklar som tok for seg terapeutisk bruk av musikk i gruppe gjekk me vekk frå dette eksklusjonskriteriet. *Alle aldrar* var inkludert i studiet, men demens opptrer hyppigast i alderdomen. Ifylgje Rokstad (2008b, 27-45) er berre 2-3 % av alle som har demens under 65 år (Rokstad 2008a, 27-45).

Forskinga skulle vera presentert i ein *vitskapleg tidsskriftsartikkel*. I fylgje Forsberg og Wengström (2008) kjenneteiknast slike artiklar ved at (1) dei er tilgjengelege for andre forskarar og interesserte i ulike databasar, (2) det er primærpublisering av originalarbeid og (3) dei er fagfellevurdert. Fagfellevurdering vil sei at vitskaplege granskarar studerer forskingsartikkelen og tilrår eller frårår publisering (Forsberg og Wengström 2008). I utgangspunktet var det bestemt at artiklane skulle vera *publisert frå og med år 2006 til og med år 2011*. Dette fordi litteraturstudiet skulle baserast på så ny forskning som mogleg. På grunn av at me ynskte å finna fram til meir kvalitativ forskning, kom me seinare fram til at kvalitative studiar kunne vera *publisert frå og med år 2001 til og med år 2011*.

Forskingsartiklane skulle vera skrivne på *norsk, dansk, svensk eller engelsk*. Forsberg og Wengström (2008) skriv at ein ivaretek etiske omsyn i eit litteraturstudium mellom anna ved å velja studiar som har fått godkjenning frå etisk komité eller som har gjort greie for etiske vurderingar (Forsberg og Wengström 2008). Me valde difor å inkludera forskingsartiklar som opplyste om at dei var *godkjende av etisk komité*, eller som gjore greie for *etiske vurderingar*. Dei vart kvalitetsvurdert ved hjelp av Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine skjema for kvalitetsvurdering, og måtte ha *kvalitetsgrad 1 eller 2* for å bli inkludert i studiet.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Utarbeiding av PI-skjema

Det å gjera eit systematisk litteratursøk inneberer at ein finn relevante søkjeord og kombinerer desse på ein slik måte at ein får eit handterbart antal referansar (Bjørk og Solhaug 2008). Det vart difor brukt mykje tid på å utvikla gode søkjeord og kombinasjonar av desse. Dette arbeidet starta tidleg i oppgåveprosessen. På dette tidspunktet var det ikkje bestemt korleis tiltak som skulle undersøkast. Etter ein rask gjennomgang av tilgjengeleg litteratur, vart det gjort idémyldring omkring tema. Alle relevante ord vart skrivne opp. For

å systematisera søkeorda vart PICO-strukturen brukt. Bjørk og Solhaug (2008) skriv at PICO er ei forkorting for termene Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome. Desse termene vert sett inn i eit skjema, og søkjeord plasserast under passende termar (Bjørk og Solhaug 2008).

Under “P” vart det sett to grupper med søkjeord; ei for pasientgruppe (pasientar med demens) og ei for “problem” (åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens). Tiltaka som skulle sjåast nærare på vart plassert under “I”. Mogelege utfall av desse tiltaka vart satt under “O”. Sidan dette litteraturstudiet ikkje har som hensikt å samanlikna terapeutisk bruk av musikk med andre intervensjonar, vart det tidleg bestemt at “C” ikkje skulle nyttast. Etter eit prøvesøk i Ovid MEDLINE(R), med berre 17 treff, vart det klart at søkjeorda og kombinasjonane av desse avgrensa søket for mykje. Me tok difor vekk “O”. Søket ga dermed 77 treff i Ovid MEDLINE(R). Når referansane frå prøvesøka vart gjennomgått, vart det funne ein del nye søkjeord. Etter kvart som det vart bestemt korleis litteraturstudiet skulle avgrensast vart somme søkjeord ekskludert. Før artikkelsøkinga starta for alvor var det endelege PI-skjemaet (vedlegg 1) utarbeida.

3.2.2 Databasar

Etter anbefalingar frå bibliotekar ved Høgskulen i Molde, vart det utført søk i British Nursing Index, Ovid MEDLINE(R), Ovid Nursing Database, PsykINFO og SveMed+ våren og hausten 2011. Same haust vart det òg utført søk i Science Direct, ProQuest Nursing, Idun og NorArt. Men det vart ikkje funne fleire relevante artiklar i nokon av desse databasane.

3.2.3 Framgangsmåte ved søking

Fyrst vart søkjeorda frå PI-skjemaet søkt opp eitt og eitt. Grunnstamma av orda vart brukt, og trunkert ved hjelp av dollarteikn (\$) eller stjerne (*). Dermed fekk me databasane til å søkja etter alle ord som byrja med denne grunnstamma, uavhengig av ending. Til dømes vil søkjeordet “agitat*” famna både “agitation” og “agitated”. I Ovid nytta me emneordsystemet, Medical Subject Headings (MeSH), slik at me fekk opp ord som stod i samanheng med søkjeorda frå PI-skjemaet. Det viste seg at dette ikkje var til nytte, då

grunnstamma av alle dei relevante emneorda som kom opp stod i PI-skjemaet frå før. Emneorda vart difor ikkje vidareført til søket i SveMed+. For å kombinera søkjeorda vart logiske søkjeoperatorar nytta. Bjørk og Solhaug (2008) skriv at den logiske søkjeoperatoren “or” bidreg til breidde i søket, medan “and” snevrar søket inn (Bjørk og Solhaug 2008). Det vart satt “or” mellom søkeord i same gruppe i PI-skjemaet og “and” mellom gruppene. Dermed kom det opp referansar som inneheldt minst eitt av søkjeorda i kvar av gruppene. I databasane i Ovid vart søka avgrensa til det aktuelle tidsrommet og til artiklar skrivne på norsk, svensk, engelsk eller dansk. SveMed+ kunne ikkje tilby dei same moglegheitene for avgrensing, men her vart referansane ordna etter publiseringsår.

Det vart nytta same søkjeord og kombinasjonar av desse i alle søka i dei ulike databasane. På den måten vart søkeshistorikken oversikteleg. Me såg heller ikkje noko behov for å endre søkjeorda eller kombinasjonane av desse, då dei såg ut til å gi eit søk som fanga opp dei fleste relevante artiklar. Under søkinga var me begge til stades, og me gjekk gjennom referansane i fellesskap. Dette for å minska risikoen for at verdifulle referansar skulle verta oversett. Når titlane på artiklane såg ut til å kunne vera av interesse, vart resymeet lest. Dersom artiklane framleis verka relevante, vart dei innhenta i papirformat. Artiklar som var tilgjengelege i fulltekst vart skrivne ut, medan andre artiklar vart bestilt gjennom BIBSYS Ask. Ein del av referansane hadde ikkje tilgjengeleg resymé. Då vart artiklane innhenta i papirformat, dersom tittelen verka interessant. I databasesamlinga, Ovid, var det mogeleg å lagra søkjekombinasjonane. Dette var til stor nytte, sidan det vart utført fleire søk med same søkjeord- og kombinasjonar.

3.2.4 Søkeshistorikk

Totalt vart det utført tre søk i alle databasane. Sidan det vart søkt i British Nursing Index, Ovid Medline(R), Ovid Nursing Database og PsykINFO samstundes, vert desse frå no av omtala som Ovid.

Søk nr. 1 (vedlegg 2 a) vart utført 11. april 2011 både i Ovid og SveMed+. Det ga henholdsvis 169 og 13 referansar. Me var på dette tidspunktet svært uerfarne i det å leita etter artiklar. Difor var terskelen for å skriva ut eller bestilla artiklar låg. Dette forklarar kvifor heile 30 artiklar vart innhenta i papirformat, 26 frå Ovid og 4 frå SveMed+. Som

nemnt i kapittel 3.1, ynskte me å inkludera fleire kvalitative artiklar. 30. august 2011 vart det difor utført eit nytt søk, *søk nr. 2* (vedlegg 2 b), med tidsavgrensing frå år 2001 til år 2005. Dette søket ga 92 referansar i Ovid og tolv i SveMed+. Av desse vart tre artiklar innhenta i papirformat, to frå Ovid og ein frå SveMed+. *Søk nr. 3* (vedlegg 2 c) vart gjort for å undersøka om det var publisert ny forskning etter søk nr.1. Det vart utført 6. september 2011. I Ovid vart det tidsavgrensa til år 2011. Denne gongen kom det opp 35 referansar i Ovid og elleve i SveMed+. Det vart innhenta fem artiklar i papirformat frå Ovid, men ingen frå SveMed+.

3.3 Kvalitetsvurdering

Forskningsartiklane vart kvalitetsvurdert ved hjelp av Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitative og kvantitative artiklar. Sjekklista for kvantitative artiklar inneheld mellom anna spørsmål om pasientane og pleiepersonale var blinda (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Me vurderte det slik at blinding av pasientar og pleiepersonale vanskeleg lar seg gjera i forskning der ein undersøker verknadane av eit miljøtiltak. Difor vart desse to spørsmåla sett vekk ifrå.

I tillegg er det tre spørsmål i sjekklista for kvantitative artiklar som rettar seg spesielt mot randomiserte kontrollerte studiar; om randomiseringsprosedyren var gjort greie for, om gruppene var likeverdige ved start og om deltakarane vart analysert i den gruppa som dei vart randomisert til (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Alle desse spørsmåla vart sett vekk ifrå når det gjaldt studiar som berre undersøkte ei deltakargruppe. Ved ikkje-randomiserte studiar som hadde fleire deltakargrupper og ved “cross-over”-studiar vart det sett vekk ifrå spørsmålet om randomiseringsprosedyren var gjort greie for.

Fyrst kvalitetsvurderte me artiklane kvar for oss. Deretter gjekk me gjennom kvalitetsvurderingane saman. I dei fleste tilfelle samstemde vurderingane våre. I dei tilfella der vurderingane våre ikkje samstemde, såg me på artiklane i fellesskap og diskuterte oss fram til einigheit. Etter Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine anbefalingar vart det rekna ut kor mange prosent av kriteri i sjekklistene som var oppfylt. Ut ifrå denne prosentandelen fekk artiklane kvalitetsgrad 1 (80-100 prosent), 2 (70-79 prosent) eller 3 (60-69 prosent).

For å sikra at artiklane var fagfellevurdert vart tidsskrifta dei var publisert i søkt opp i Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste sitt register over autoriserte vitenskaplege publiseringskanalar. Det kom fram at alle artiklane var henta frå tidsskrift som var godkjende som vitenskaplege publiseringskanalar med rutinar for fagfellevurdering (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste 2011).

3.4 Ethiske omsyn

3.4.1 Ærlegdom og god referanseskikk

Gustafsson, Hermerén og Petersson (2005) skriv at ærlegdom er eit krav til all forskning. Vitenskapleg uærlegdom inneberer mellom anna å stela andre sine idèar eller data, forfalsking eller diktning av data og plagiat av andre sine tekstar (Gustafsson, Hermerén og Petersson 2005). Under “Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring”, i starten av denne oppgåva, har me mellom anna erklært at oppgåva er vårt eige arbeid, at me ikkje refererer til andre sitt arbeid utan at dette er oppgitt og at alle referansane er med i litteraturlista. Gjennom heile oppgåveprosessen hadde me fokus på at det skulle refererast riktig til dei kjeldene me brukte. I to av kjeldene var det ikkje oppgitt nok informasjon til å gi fullstendig referanse, noko som vert gjenspegla i referanselista. Der sekundærkjelder er nytta, kjem dette fram i teksten. Forsberg og Wengström (2008) seier at ein skal gjera greie for alle inkluderte studiar, samt arkivera desse i ti år. Alle relevante resultat skal presenterast – ikkje berre dei som støttar forfattarane sine synspunkt eller hypotesar (Forsberg og Wengström 2008). For å vera så objektive som råd under litteratursøkinga, utvelginga av artiklar og identifiseringa av nøkkelfunn, vart dette gjennomført på ein systematisk måte. Me hadde klare kriterier for kva for artiklar som skulle inkluderast og var bevisste på at alle funn som svarte på problemstillinga skulle presenterast.

3.4.2 Informert samtykke og godkjenning frå etiske komitéar i inkluderte artiklar

Forsberg og Wengström (2008) seier òg at ein må velja forskingsstudiar som har fått godkjenning frå etisk komité eller som gjer greie for etiske vurderingar (Forsberg og Wengström 2008). Når ein forskar på menneske må ein ivareta enkeltindivid sin integritet

og velferd. For å sikra dette bør forskinga skje i samsvar med bestemte retningslinjer. Den viktigaste av desse retningslinjene er Nürnbergkoden, seinare vidareført i Helsinkideklarasjonen (Dalland 2007). I Noreg har me fire regionale forskingskomitear som vurderer medisinske og helsefaglege forskingsprosjekt (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 2011a). Dei tek utgangspunkt i retningslinjene frå Helsinkideklarasjonen, i tillegg til ei rekke andre retningslinjer og lover (REK 2011b). 13 av dei 14 artiklane som vart inkludert i dette systematiske litteraturstudiet hadde fått godkjenning av etisk komité. I den artikkelen der forfattarane ikkje nemnte noko om dette, var det gjort greie for etiske vurderingar og omsyn som var tatt under forskinga. Det var mellom anna oppgitt at pasientane sjølv eller pårørande hadde gitt informert samtykke.

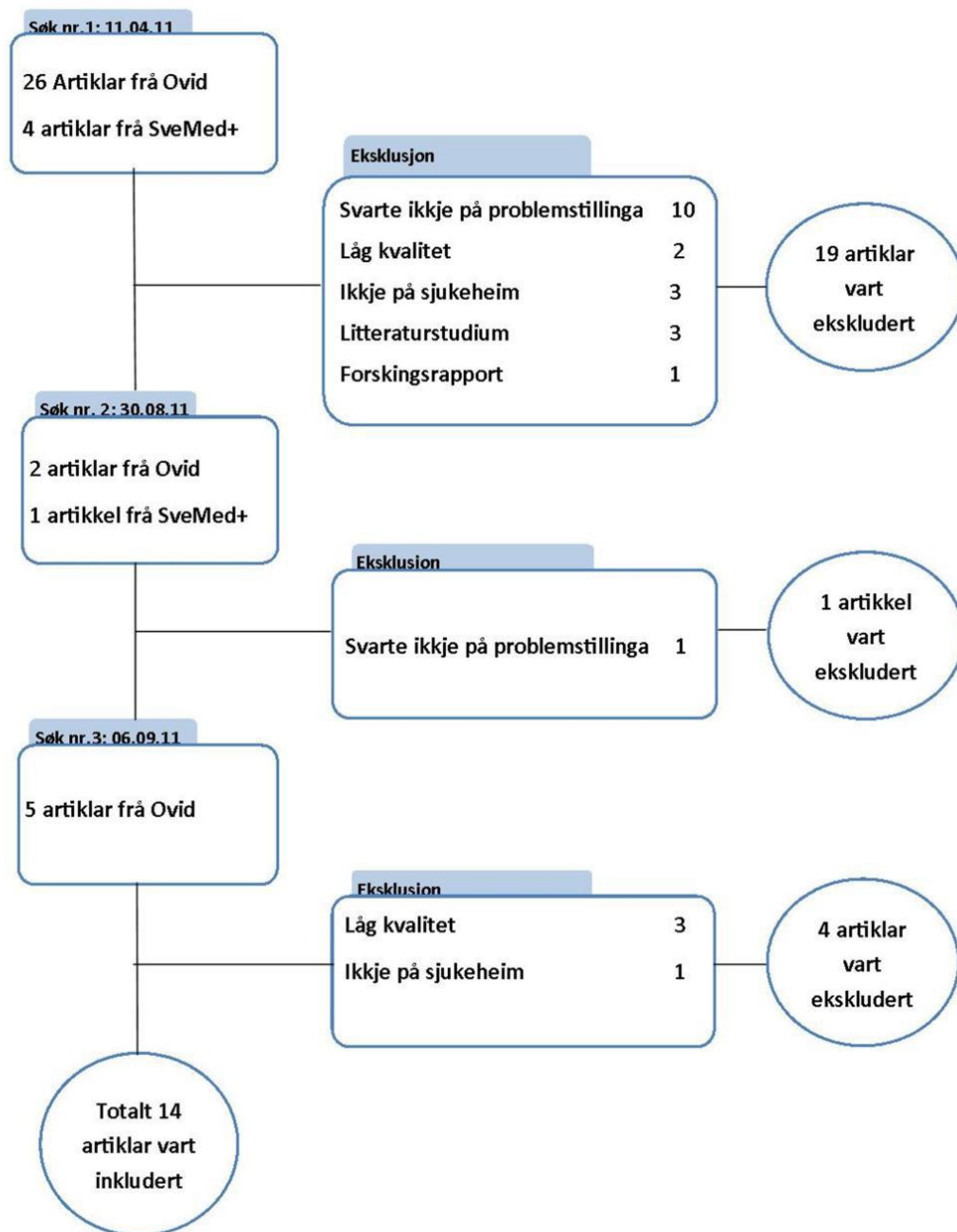
I fylje Forskningsetiske komiteer (2009) inneberer god forskingspraksis at det vert innhenta fritt og informert samtykke frå deltakarane. At samtykket er fritt vil sei at deltakarane ikkje har blitt urimeleg påverka til å delta i forskingsstudiet. Når det gjeld forskning på institusjonar, som til dømes på sjukeheim, kan det vera utfordrande å ivareta frivilligheita i samtykket. Deltakarane må vera informert om at dei når som helst kan trekka seg, utan at det skal ha negative konsekvensar for dei. At samtykket er informert inneberer at deltakarane har fått forståeleg informasjon om kva forskinga går ut på, kven som står for finansieringa og korleis konsekvensar forskinga kan ha for deltakarane. Når det gjeld deltakarar som har redusert eller manglande samtykkekompetanse, som til dømes somme pasientar med demens, gjeld spesielle retningslinjer (Forskningsetiske komitéer 2009). Samtykkekompetansen kan ifylje Pasientrettighetsloven (1999) § 4-3 falla heilt eller delvis bort mellom anna hjå pasientar med “senil demens” som openbart ikkje forstår kva samtykke inneberer (Pasientrettighetsloven 1999). I Helseforskningsloven (2008) § 18 står det at forskning som inkluderar personar utan samtykkekompetanse berre kan utførast dersom:

- a) eventuell risiko eller ulempe for personen er ubetydelig,
- b) personen selv ikke motsetter seg det
- c) det er grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom, skade eller tilstand (Helseforskningsloven 2008 § 18).

I elleve av artiklane som vart inkludert var det opplyst om at pasienten sjølv eller pårørande hadde gitt informert samtykke. Dei tre artiklane som ikkje opplyste om dette, hadde fått godkjenning frå etisk komité. I tillegg deltok pårørande aktivt i førebuinga av intervensjonane i to av desse artiklane. Det kan difor tenkjast at pårørande hadde samtykka, sjølv om dette ikkje var oppgitt i artiklane.

3.5 Eksklusjon av artiklar

Etter søk nr. 1 var det innhenta 30 artiklar. Av desse vart 19 ekskludert; ti fordi dei ikkje svarte på problemstillinga, tre fordi forskinga ikkje var utført på sjukeheim, tre fordi dei var litteraturstudium, to fordi dei hadde dårleg kvalitet og ein fordi det var ein forskingsrapport. Søk nr. 2 ga oss tre artiklar. Ein av desse vart ekskludert fordi den ikkje svarte på problemstillinga. Ved søk nr. 3 vart det innhenta fem nye artiklar. Fire av desse vart ekskludert; tre fordi dei hadde for lav kvalitet og ein fordi forskinga ikkje var utført på sjukeheim. Totalt satt me att med 14 artiklar (vedlegg 3). Ti av desse var kvantitative og fire var kvalitative. Prosessen der me innhenta og ekskluderte artiklar er illustrert i figur 1. Forsberg og Wengström (2008) viser til Hearn et al. (1999), som seier at eit systematisk litteraturstudium bør innehalda ein presentasjon av alle ekskluderte artiklar, samt ei grunngiving for kvifor desse ikkje er tekne med (Hearn et al. 1999 gjengitt i Forsberg og Wengström 2008). Det er difor lagt ved ei oversikt over alle ekskluderte artiklar, der det òg er gjort kort greie for kvifor kvar einskild av desse vart ekskludert (vedlegg 4).



Figur 1: Innhenting og eksklusjon av artiklar

3.6 Analyse

For å få ein systematisk analyseprosess valde me å ta utgangspunkt i Evans (2002) sine fire steg, som inneberer å; (1) samla forskingsartiklar, (2) identifisera nøkkelfunn i kvar enkelt artikkel, (3) finna tema på tvers av artiklane og (4) samla funna og utvikla ei beskriving av fenomenene (Evans 2002).

Fyrste steg, innsamling av forskingsartiklar, er allereie omtalt i delkappitle ovanfor. For at ingen relevante funn skulle bli oversett, valde me å *identifisera nøkkelfunn i kvar enkelt artikkel* kvar for oss. Me skreiv nøkkelfunna inn i kvart vårt Microsoft Word-dokument og skreiv ut dokumenta. I eit av dokumenta var funna betre organisert enn i det andre, og me bestemde oss difor for å bruke dette som hovuddokument. Me markerte funn i det andre dokumentet som ikkje var tatt med i hovuddokumentet og la desse til. Hovuddokumentet vart så skrive ut, og funna vart klipt opp kvar for seg.

Lappane vart lagt utover eit bord og me begynte å *leita etter tema*. Etter kvart kom me fram til at me ville inndela i hovudtema etter korleis musikkintervensjon som var undersøkt. Lappane som hørde til ulike hovudtema vart merka med ulike fargar. Deretter starta arbeidet med å dela funna i hovudtemaa inn i mindre undertema. Her vart det naturleg å inndela etter korleis symptom intervensjonane var retta mot. Lappane vart no merka med endå ein farge, som markerte kva undertema dei høyrde til. Så vart undergruppene samla i kvar sine konvoluttar, merka med kva hovud- og undertema dei tilhørde. Microsoft Word-dokumentet vart teke fram att, og funna her vart samla etter hovudtema og undertema, slik som i konvoluttane.

Deretter starta arbeidet med å *samanfatta funna* i kvart undertema til ein samanhengande heilskap. Til slutt laga me overskrifter som ga ei beskriving av innhaldet i kvart hovud- og undertema. Etter at arbeidet med analysen var ferdig, vart det laga ein oversikt over kva for artiklar som svarte til ulike funn (vedlegg 5).

4.0 Resultat

Hensikta med dette systematiske litteraturstudiet var å undersøkje korleis musikk kan nyttast på ein terapeutisk måte i møte med pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Dette ville me finna svar på gjennom problemstillinga:

Korleis verkar ulike formar for terapeutisk bruk av musikk inn på pasientar i sjukeheim med åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens?

4.1 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe

4.1.1 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av åtferdsmessige symptom ved demens

Forskinga viste at musikkaktivitetar i gruppe kunne bidra til mindre åtferdsmessige symptom hjå pasientar med demens (Lin et al. 2010, Raglio et al. 2008, Sung et al. 2006 og).

Raglio et al. (2008) fann at non-verbale musikkaktivitetar i gruppe, med bruk av rytmiske og melodiske instrument ga ein signifikant reduksjon av åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens etter 8 veker, og ein ytterlegare reduksjon etter 16 veker. Dette gjeldt spesielt symptom som apati, agitasjon, irritabilitet, avvikande motorisk åtferd og nattlege åtferdsforstyringar. Ein såg ikkje den same reduksjonen i kontrollgruppa, som var med på andre aktivitetar, til dømes kortspel og avislesing (Raglio et al. 2008). I studiet til Sung et al. (2006) vart det funne at gruppetimar med musikk i kombinasjon med rørsle reduserte førekomsten av agitert åtferd hjå pasientar med demens signifikant. Denne reduksjonen var signifikant større enn den ein såg i kontrollgruppa, som fekk vanleg pleie. Det vart nytta velkjent musikk i moderat rytme og tempo (Sung et al. 2006). Også Lin et al. (2010) fann at terapeutisk bruk av musikk i gruppe kunne bidra til å redusera agitert åtferd (Lin et al. 2010). I eit studium der effekten av musikk på apati hjå pasientar med demens vart undersøkt, fann Holmes et al. (2006) at det var ei signifikant auke av positivt engasjement under økter med levande musikk i gruppe. Det kom fram at innspelt musikk

var mindre effektivt enn levande musikk. Når innspelt musikk vart samanlikna med stillheit, fann ein ingen signifikant forskjell på engasjementet hjå pasientane (Holmes et al. 2006).

Effekten gruppemusikk hadde på agitasjon såg ut til å vara i minst fire veker etter at intervensjonen var avslutta (Lin et al. 2010, Raglio et al. 2008).

4.1.2 Terapeutisk bruk av musikk i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av depresjon og angst hjå pasientar med demens

Cookie et al. (2010) undersøkte korleis effekt eit musikkprogram med levande musikk hadde på depresjon og livskvalitet hjå pasientar med demens. Forskarane fann ein signifikant reduksjon av førekomsten av depresjon når pasientane var med på dette musikkprogrammet. Denne reduksjonen var større enn den ein såg når pasientane var med i kontrollintervensjonen; lesegrupper. Det var òg signifikant auke i sjølvkjensla til pasientane når dei fekk musikkterapi. Likevel vart det funne at pasientane som var med i lesegruppene følte meir tilhøyrsla enn dei som deltok i musikkgruppene (Cookie et al. 2010). Raglio et al. (2008) fann at det var ein signifikant reduksjon av angst over tid i gruppa som fekk musikkterapi (Raglio et al. 2008).

4.2 Song under stell

4.2.1 Song under stell såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd

Götell, Brown og Ekman (2002), Götell, Brown og Ekman (2007) og Myskja og Håpnes (2010) undersøkte korleis song under stell verka inn på pasientar med demens. Ved at pleiepersonale song under stellet såg ein ei rekke positive verknader, mellom anna når det gjaldt agitert åtferd. Götell, Brown og Ekman (2002) såg på korleis song og bakgrunnsmusikk under stellet påverka den verbale kommunikasjonen mellom pasientar med demens og pleiepersonale. Dei fann at ein pasient som vanlegvis responderte med aggresjon og motstand, samarbeidde med pleiepersonale og ikkje viste teikn på aggressivitet når pleiepersonale song. Det virka som ho forstod betre kva som skjedde og korleis ho skulle samarbeida. Ein annan pasient, som ropte under store delar av stellet,

både med og utan bakgrunnsmusikk, slutta å rope når pleiepersonale song den svenske drikkevisa "Helan går" frå 1845 (Götell, Brown og Ekman 2002). Götell, Brown og Ekman undersøkte i 2007 det same datamaterialet som i 2002, men i denne analysa var det fokus på verbalt uttrykte emosjonar og humør. Dei fann at ingen av pasientane uttrykte aggresjon når pleiepersonale song under stellet. Interaksjonen mellom pasient og pleiepersonale var derimot prega av oppriktigheit, åpenheit, intimitet og sårbarheit (Götell, Brown og Ekman 2007). I studiet til Myskja og Håpnes (2010) vart helsepersonell mellom anna intervjuja omkring innføringa av song under daglege aktivitetar. Ut ifrå desse intervjuja såg det ut til at song hadde særskild god effekt ved uro i samband med stell og andre prosedyrar. Eit av helsepersonale uttrykte til dømes:

(...) har vært meir og meir uroleg når vi skal vaske og stelle i det siste. No har vi begynt å tralle for ham, og vi merker at han roer seg, nesten med en gang. Vi har prøvd å la være å nynne de sangen han like. Men da merke vi at han bli verre igjen, nesten med en gang (Myskja og Håpnes 2010, 8).

Eit anna utsegn som kom fram under intervjuja viste kanskje endå tydelegare kor effektivt song kan vera under stell: "Vi merker mange ganger at der vi før måtte ha tre til stellet, trenger vi bare en" (Myskja og Håpnes 2010, 8). I studiet til Götell, Brown og Ekman (2002) kom det fram at det vanlege stellet var prega av at pleiepersonalet prøvde å skapa ei god stemning, medan pasientane oftast responderte med mellom anna stillheit og likegyldigheit. Når pleiepersonale song under stellet lytta pasientane aktivt og uttrykte glede, oppriktigheit og undring. Somme av pasientane song med på teksten, men fyrst etter at pleiepersonale hadde sunge ei stund. Ein pasient som under vanleg stell var svært stille og ikkje svarte når pleiepersonale spurte ho om noko, begynte å synga med. Etterpå responderte ho på pleiepersonale sine spørsmål, som var relatert til songteksten (Götell, Brown og Ekman 2002).

4.3 Individualisert musikk

4.3.1 Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd hjå pasientar med demens

Fleire studiar visar at individualisert musikk kan bidra til mindre agitert åtferd hjå pasientar med demens (Garland et al. 2007, Götell, Brown og Ekman 2002, Götell, Brown og Ekman 2007, Hicks-Moore og Robinson 2008, Myskja og Håpnes, 2010 Ragneskog et al. 2001).

Studiet til Myskja og Håpnes (2010) viste at metoden individualisert musikk hadde særskild god effekt på uro hjå pasientar med demens. Ein av dei mange episodane som det vart rapportert om kan illustrere dette:

Vi hadde en urolig beboer, og verken medisiner eller godsnakk hjalp. Et av barna hennes hadde tatt med en CD som beboeren hadde hjemme, ut fra det vi hadde lært i prosjektundervisningen – vakre sanger med Lotti. Beboeren roet seg nesten med en gang, bare ved å sette på en CD. Det er nesten utrolig (Myskja og Håpnes 2010, 8).

Ragneskog et al. (2001) omtalar ein pasient som til vanleg var mykje urolig og som ofte ropte og slo i bordet. Medan det vart spelt individualisert musikk var han for det meste roleg. Det såg ut som han lytta til musikken. To gongar, når ein svensk sjømannsong vart spelt, song han med. Når operettar vart spelt nynna han til melodien (Ragneskog et al. 2001). Ved bruk av individualisert musikk under morgonstellet, fekk pleiepersonale pussa tennene til ein pasient som vanlegvis gjorde sterk motstand mot munnstell. For fyrste gong på to veker fekk dei setta inn tannprotesane hennar (Götell, Brown og Ekman 2002). Ingen av pasientane i studiet til Götell, Brown, Ekman (2007) viste aggressiv åtferd ovanfor pleiepersonale når det vart spelt individualisert musikk under morgonstellet, i motsetnad til ved stell utan musikk. Det verka som om positive kjensler dominerte (Götell, Brown og Ekman 2007).

Ein pasient i Ragneskog (2001) sitt studium, som til vanleg var prega av forvirring, irritasjon, rastlause og agitert åtferd viste ingen positiv respons på musikken. Av og til

virka det som den gjorde han meir agitert. Ein annan pasient viste til vanleg mykje agitert åtferd, i form av irritabilitet og roping. Når han lytta til individualisert musikk skifta humøret hans dagleg og i fleire tilfelle vart han meir agitert av musikken. Både pasienten sjølv og pleiepersonalet hadde gitt uttrykk for at han likte opera særst godt. Likevel gjorde slik musikk at han ropte. Barnesongar såg ut til å roe han ned. I to tilfelle vart han agitert når barnesongane vart skrudd av. Ein annan pasient i same studium vart i seks av elleve tilfelle agitert når musikken vart avskrudd (Ragneskog et al. 2001). Ein pasient som vanlegvis ropte under heile morgonstellet, ropte òg når det vart spelt individualisert musikk, men i noko mindre grad (Götell, Brown og Ekman 2002).

Hicks-Moore og Robinson (2008) fann òg at individualisert musikk kunne minska førekomsten av verbal agitert åtferd. Dei gjorde eit studium der dei samanlikna effekten av handmassasje, individualisert musikk og desse to intervensjonane i kombinasjon. Det vart ikkje funne signifikant forskjell på kor effektive intervensjonane var. Alle reduserte førekomsten av ikkje-aggressiv agitert åtferd og verbal agitasjon under intervensjonen. Men ingen av dei hadde signifikant effekt på fysisk aggresjon (Hicks-More og Robinson 2008). I studiet til Garland et al. (2007) vart det derimot funne at individualisert musikk ikkje ga signifikant reduksjon av verbal agitert åtferd. I dette studiet såg det ut til at både simulert familiesamvær og placebointervensjonen, opplesing frå ei gartnarbok, ga betre effekt på verbal agitasjon enn individualisert musikk. Individualisert musikk ga signifikant større reduksjon av fysisk agitert åtferd enn vanleg pleie (Garland et al. 2007).

4.3.2 Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av angst og depresjon hjå pasientar med demens

Fleire studium viser at individualisert musikk kan redusera nivået av angst hjå pasientar med demens (Guetin et al. 2009, Ragneskog et al. 2001, Sung, Chang og Lee 2009). Ein pasient i Ragneskog et al. (2001) sitt studium var til vanleg prega av angst og rastlause. Ho gret og ropte på mora si. Når det vart spelt operettar nynna ho til musikken. Den såg ut til å redusera angsten hennar. All musikk gjorde at ho sat lenger i ro i stolen sin enn vanleg, utan å rope på mora si (Ragneskog et al. 2001). Både Guetin et al. (2009) og Sung, Chang og Lee (2009) fann at individualisert musikk ga ein signifikant reduksjon av angst hjå pasientar med demens. I Guetin et al. (2009) sitt studium var musikksjangrane,

ikkje kvar enkelt song, spesielt tilpassa kvar einskild pasient. Ved hjelp av eit dataprogram vart det laga såkalla U-sekvensar på om lag 20 minutt. Tempo og antal instrument i desse sekvensane går frå høgt til lågt, for så å auka litt igjen (som ein “U”). I dette studiet vart det òg funne ein reduksjon av depresjon over tid i intervensjonsgruppa. Denne reduksjonen var ikkje signifikant, men det var ein signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa, som fekk vanleg pleie. Det var framleis signifikant forskjell på depresjonsnivået i desse to gruppene åtte veker etter avslutta intervensjon (Guetin et al 2009).

4.4 Ikkje-individualisert bakgrunnsmusikk

4.4.1 Ikkje-individualisert bakgrunnsmusikk såg ikkje ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd

Chang et al. (2010) gjorde eit studium for å undersøka korleis bakgrunnsmusikk under lunsjen verka inn på agitert åtferd hjå pasientar med demens. Bakgrunnsmusikken bestod av piano og lydar frå naturen, som fuglesong, kvalsong og rennande vatn. Rytme og tempo likna mennesket sin hjarterytme. Intervensjonen vart gjennomført kvar dag, annankvar veke, i åtte veker. Agitasjonsnivået gjekk opp dei vekene det vart spelt musikk under lunsjen og ned dei vekene dette ikkje vart gjort. Det totale agitasjonsnivået vart signifikant mindre i dei vekene det ikkje vart spelt musikk enn i dei vekene musikk vart spelt (Chang et al. 2010). Myskja og Håpnes (2010) fann i sitt kvalitative studium at preferanselaus musikk hadde best effekt i form av roleg, spesialkomponert musikk. Sjukepleiestudentar som evaluerte bruk av preferanselaus musikk fann at det hadde best effekt som bakgrunnsmusikk i opphaldsrom, i korridor og på pasientromma ved nattleg uro (Myskja og Håpnes 2010).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette delkapittelet vil me ta for oss styrker, svakheiter og grunngevingar omkring metoden me har brukt, som er omtalt i kapittel 3.0. Metoden som vart nytta i dette systematiske litteraturstudiet var basert på retningslinjene av Johanssen et al. (2011). I tillegg nytta me andre kjelder for å få meir innsikt i korleis ein gjennomfører eit systematisk litteraturstudium. Flittig bruk av desse kjeldene har gjort at litteraturstudiet har blitt gjennomført på ein systematisk og gjennomtenkt måte. Likevel er det fleire metodiske svakheiter som kan ha påverka resultatata.

5.1.1 Kriterium for inklusjon av artiklar

Det var ikkje sett som inklusjonskriterium at forskinga skulle vera utført i land med “vestleg kultur”, noko som førte til at det vart inkludert fire artiklar frå Taiwan. Dette fordi me meinte at kultur har mindre å sei når ein studerer verknadane av tiltak, enn når ein ser på til dømes haldningar eller opplevingar. Me tenkjer oss likevel at det kan vera store forskjellar når det gjeld kva verdi musikk har for menneske i ulike kulturar. For å avgrensa litteraturstudiet vart det bestemt at artiklane som skulle inkluderast skulle ta for seg forskning med sjukeheimsbebuarar som deltakarar. Ein del artiklar med funn som kunne ha vore verdifulle vart ekskludert på grunn av dette inklusjonskriteriet. Dette kan ha vore ei svakheit, i og med at somme av funna våre gjerne skulle ha vore støtta av fleire studiar. På ei anna side er det ikkje sikkert at forskning frå andre arenaer, som sjukehusavdelingar eller dagsenter, kan overførast til praksis på sjukeheimar. Ei anna svakheit kan ha vore at det ikkje var noko inklusjonskriterium at intervensjonane skulle vera utført av pleiepersonale. Av 14 inkluderte artiklar var det to der intervensjonen var utført av musikkterapeutar eller musikarar. Årsaka til at desse artiklane vart inkludert var, som nemnt i delkapittel 3.1, at me ynskte å undersøkje terapeutisk bruk av musikk i gruppe. I og med at musikkterapeutar og musikarar har ei spesiell kompetanse, kan ikkje denne forskinga overførast direkte til sjukepleiepraksis. Likevel kan det tenkjast at funna i forskinga seier noko om verknadane av terapeutisk bruk av musikk i gruppe generelt. Inklusjonskriteria vart gjennom heile prosessen brukt aktivt i vurderinga av kva for artiklar som skulle inkluderast. På den måten

har eksklusjonen av artiklane blitt mest mogleg objektiv; ingen artiklar vart ekskludert fordi me ynskte å få fram bestemte funn.

5.1.2 Søkjestrategi

Det vart brukt mykje tid på å utarbeida PI-skjemaet. Mellom anna vart det gjort prøvesøk for å undersøka om PI-skjemaet avgrensa søket for mykje. Me opplevde at det endelege PI-skjemaet ga presise og dekkande treff, og brukte difor same PI-skjema i alle databasesøka. Dette kan ha vore ei styrke, fordi det gjorde søkeshistorikken systematisk. Det kan òg ha vore ei styrke at me har prøvd å søkja i fleire ulike databasar, i forsøk på å finna fram til all tilgjengeleg relevant forskning på området. Me var alltid to til stades under søkinga, noko som minnska risikoen for at relevante referansar skulle verta oversett. Ved at me gjorde eit nytt søk hausten 2011, vart det inkludert artiklar som var publisert i tida etter me utførte det fyrste søket. For å styrka litteraturstudiet med meir kvalitativ forskning, vart det gjort eit databasesøk der me leitte etter kvalitative artiklar frå år 2001 til år 2005. Etter dette søket vart to artiklar inkludert. Me ser fyrst og fremst på dette som ei styrke, fordi det gav studiet fleire kvalitative funn. Samstundes kan det sjåast på som negativt, då denne forskinga kan vera utdatert.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske omsyn

Under kvalitetsvurderinga brukte me to ulike skjema av Willmannm, Stoltz og Bahtsevani (2006), eit til kvalitative artiklar og eit til kvantitative artiklar. Me brukte altså same kvalitetsvurderingsskjema til alle dei kvantitative artiklane. Som nemnt i delkapittel 3.3, vart dette skjemaet tilpassa dei ulike forskingsdesigna. Likevel kan dette ha vore ei svakheit, fordi tilpassinga kan ha vorte feil. I tillegg er me uerfarne i kvalitetsvurdering av forskingsartiklar, noko som òg kan ha bidrege til feil under kvalitetsvurderinga. Ei styrke i arbeidet med kvalitetsvurderinga er at me fyrst vurderte artiklane kvar for oss, for så å gå igjennom dei i fellesskap. I dei fleste tilfelle samstemde vurderingane våre, noko som ga inntrykk av at dei var riktige. Som ein ekstra tryggeleik omkring kvaliteten på artiklane, vart det kontrollert at dei var henta frå tidsskrift med rutine for fagfellevurdering. Ein langt større andel av artiklane frå søk nr. 3 vart ekskludert grunna dårleg kvalitet, samanlikna med søk nr. 1. Dette kan ha samband med at me hadde blitt flinkare til å kvalitetsvurdere

artiklane, slik at terskelen for å få god eller middels kvalitet vart høgare. Men me trur heller det kom av at me hadde blitt betre til å vurdere kva for artiklar som såg ut til å møta inklusjonskriteria, slik at urelevante artiklar ikkje vart innhenta i papirformat.

Ein av dei inkluderte forskingsartiklane mangla godkjenning frå etisk komité og i tre av artiklane var det ikkje opplyst om at det var innhenta informert samtykke. Grunnen til at me valde å inkludera den artikkelen som ikkje hadde godkjenning frå etisk komité var at den tok grundig for seg dei etiske omsyna som var tatt under forskinga. Dei tre artiklane som ikkje opplyste om informert samtykke var alle godkjende av etiske komitear. I tillegg er alle våre inkluderte artiklar fagfellevurdert. Likevel kan dette ha vore ei svakheit, i forhold til å ivareta dei etiske omsyna i dette systematiske litteraturstudiet.

5.1.4 Inkluderte forskingsartiklar

Det var inkludert fire kvalitative forskingsartiklar i dette systematiske litteraturstudiet. Dei resterande ti studiane var kvantitative. Det at både kvalitative og kvantitative artiklar var inkludert gjorde at funna omfatta både kvalitative beskrivingar av pasientane sine reaksjonar på musikk og kvantitativt talmateriale som sa noko om effekten av terapeutisk bruk av musikk. Dei fire kvalitative artiklane som var inkludert i studiet var frå Norden. Me ser på det som ei styrke at fire av 14 artiklar er nordiske, men skulle gjerne sett at me også hadde funne kvantitativ forskning herifrå. Ein del av dei kvantitative artiklane som var inkludert hadde små utval. Dette kan ha gjort resultatene i desse studiane mindre generaliserbare. Sidan me valde å undersøkje alle åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens, utanom psykotiske symptom, vart det inkludert ein del artiklar med funn som ikkje vert understøtta av funn i andre artiklar. Det var inkludert få artiklar om apati og depresjon, noko som kan ha gjort at funna omkring desse symptomane er svake.

5.1.5 Analyse

Analysen av funna i forskingsartiklane vart gjort systematisk, utifrå ein bestemt framgangsmåte presentert av Evans (2002). Me opplevde at denne framgangsmåten hjelpte oss å identifisera alle relevante funn, og skapa ein ny heilskap. Det kan òg tenkjast å vera ei styrke at me gjorde identifiseringa av funn kvar for oss, slik at me ikkje skulle gå glipp

av relevante funn. Me delte ikkje funna inn etter type og grad av demens under analysinga av artiklane. Fordi verknadane av musikk kan vera svært ulike hjå pasientar med ulik type demens (Myskja 2009), kan dette ha vore ei svakheit. Men det ville uansett vanskeleg latt seg gjera, då fleire av artiklane ikkje skilte mellom ulike typar og grader av demens.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil me drøfta funna i vårt systematiske litteraturstudium opp mot teori og annan forskning. Kitwood (1999) sin teori om våre grunnleggande psykologiske behov vil bli brukt aktivt, for å løfta fram korleis terapeutisk bruk av musikk kan bidra til at pasientane får tilfredsstilt sine grunnleggande psykologiske behov for trøyst, tilknytning, inklusjon, sysselsetting og identitet.

5.2.1 Individualisert musikk – ein nøkkel inn til meningsfulle minner

I 1992 utførte sjukepleieforskaren, Linda Gerdner, den fyrste systematiske undersøkinga av individualisert musikk som tiltak ved agitert åtferd hjå pasientar med demens. Resultata var svært positive; det vart funne ein signifikant reduksjon av agitert åtferd under musikkintervensjonen og ein time etter (Gerdner 1992 gjengitt i Gerdner 2010). I løpet av 1990-talet vidareutvikla ho metoden, som seinare har vist seg å vera effektiv i fleire forskingsstudiar (Myskja 2006). Individualisert musikk var det musikkterapeutiske tiltaket som det vart funne mest forskning på i vårt litteraturstudium. Det vart funne at individualisert musikk kunne ha positiv innverknad på pasientar med demens ved at det reduserte førekomsten av angst (Guetin et al. 2009, Ragneskog et al. 2001, Sung, Chang og Lee 2009), depresjon (Guetin et al. 2009) og agitert åtferd (Garland et al. 2007, Götell, Brown og Ekman 2002, Götell, Brown og Ekman 2007, Hicks-Moore og Robinson 2008, Myskja og Håpnes 2010, Ragneskog et al. 2001). Også Bragstad og Kirkevold (2010) og Sung og Chang (2005) har funne i sine litteraturstudium at individualisert musikk kan bidra til mindre agitert åtferd (Bragstad og Kirkevold 2010, Sung og Chang 2005).

Myskja (2006) skriv at Gerdner (1997) si hypotese var at demens fører til at ein mistar dei kognitive reorienteringsmekanismane som gjer verda forståeleg og motverkar stress og

utryggleik. Ved å finna fram til meiningsfulle minner gjennom musikk, kan ein støtta reorienteringsmekanismane, og dermed redusera pasienten si kjensle av stress og utryggleik (Gerdner 1997 gjengitt i Myskja 2006). Musikk kan sjåast på som eit viktig “minnespor” i dei hendingane som skapar kontinuitet og samanheng i livet (Ruud 2005). Når pasientar med demens lyttar til musikk som dei kjenner frå tidlegare i livet, kan musikken bringa fram kjærkomne minner (Kvamme 2006). Kitwood (1999) seier at det å ha identitet inneberer ei oppleving av samanheng og kontinuitet med fortida. Kognitiv svikt kan føra til at ein ikkje lenger greier å halda fast på dette. Bruk av musikk vert nemnt som eit døme på reminisensarbeid som kan styrka pasientane sin personlege identitet. Det å oppretthalda den personlege identiteten eit av våre grunnleggande psykologiske behov, og dessutan ei av demensomsorga sine primære oppgåver (Kitwood 1999). Individualisert musikk kan altså nyttast som eit verktøy for å bidra til at pasienten opplever samanheng og kontinuitet med fortida, slik at identiteten vert opprettheldt.

Gerdner (2010) gjer greie for korleis ein kan gå fram for å ta metoden, individualisert musikk, i bruk. Kort sagt dreier det seg om å kartlegga pasienten sine musikkpreferansar, samla musikken på eit band og spela den for pasientane i om lag ein halvtime om gongen, minst to gongar i veka. Undervegs observerer ein pasienten sin reaksjon på musikken (Gerdner 2010). Ridder (2005) trekk fram forhold som kan vera problematiske ved bruk av denne metoden. Det kan for det fyrste vera vanskeleg å finna fram til den enkelte pasient sin yndlingsmusikk, spesielt dersom pasienten sjølv ikkje er i stand til å svara (Ridder 2005). Litt av denne problematikken vart vist i Ragneskog et al. (2001) sitt kvalitative studium, der ein pasient som hadde oppgitt at han likte opera svært godt, viste seg å verta meir agitert når slik musikk vart spelt (Ragneskog et al. 2001). Vidare peikar Ridder (2005) på at det ikkje er sikkert at denne “yndlingsmusikken” som vert oppgitt passar i alle situasjonar. I tillegg er det ein viss fare for at musikkprogrammet som vert laga ut ifrå pasienten sine preferansar ikkje vert fornya, og dermed fører til manglande variasjon (Ridder 2005). Desse innvendingane bør ein absolutt vera merksam på ved bruk av individualisert musikk. Som nemnt inneberer Gerdner (2010) sine retningslinjer at pasienten skal observerast medan individualisert musikk vert spelt. Ved teikn på negative responsar på musikken, som agitasjon eller forvirring, skal ein skru av musikken umiddelbart (Gerdner 2010). Ut frå dette meiner me at ein i stor grad kan unngå dei problema som Ridder (2005) omtalar, ved å fylja Gerdner (2010) sine råd.

5.2.2 Musikalsk fellesskap

I vårt litteraturstudium fann me at musikkaktivitetar i gruppe kunne verka positivt på pasientar med demens ved å redusera åtferdsmessige symptom (Holmes et al. 2006, Lin et al. 2010, Raglio et al. 2008, Sung et al. 2006), angst (Raglio 2008) og depresjon (Cooke et al. 2010).

Samvær mellom menneske skapast ikkje ved berre å vera ei samling av menneske i eit rom. Ein må ha eit fokus i samværet, som til dømes song og musikk. Musikkaktivitetar i grupper kan skapa eit sosialt fellesskap (Ridder 2005). Me tenkjer oss at det sosiale fellesskapet omkring musikkaktivitetar kan bidra til at pasientar med demens i større grad får tilfredsstilt det grunnleggande psykologiske behovet for inklusjon. Kitwood (1999) skriv at når pasientar med demens ikkje får tilfredsstilt sitt behov for å vera inkludert i eit fellesskap, fører det til at dei isolerer seg. Det vert presisert at dersom behovet på ny vert tilfredsstilt ved at pasienten inkluderast i ei gruppe kan han koma ut av isolasjonen (Kitwood 1999).

Ifylje Myskja (2005) har musikkaktivitetar i grupper i stor grad vore reservert musikkterapeutar, aktivitørar og kulturleiarar som har erfaring med å arbeida med grupper. I og med at ein ved gruppeaktivitetar skal samordna fleire ulike menneske sine behov, bør ein ha ei viss erfaring med det å leia grupper før ein forsøker å leia ei musikkstund (Myskja 2005). Likevel kom det fram positive erfaringar med allsong leia av pleiepersonale i eit prosjekt ved seksjon for alderspsykiatri på Sjukehuset i Telemark. Personalgruppa gjennomgjekk eit undervisningsopplegg om musikk. I tillegg fekk dei praktisk trening i å synge ved å øva saman med kvarandre, slik at dei skulle vera i betre stand til å leia ei allsonggruppe. Det vart mellom anna rapportert om positiv deltaking og gjenkalling av minner under desse allsongstundene (Skogum 2009). Som nemnt ligg noko av utfordringa ved å leia ei musikkgruppe i at det må takast omsyn til alle deltakarane i gruppa (Myskja 2005). Ridder (2005) trekk fram den frustrasjonen som mange pasientar med demens kan kjenna på når dei opplever at stemma vert rusten, teksten vert gløymt eller dei ikkje meistarar å slå opp i ei songbok. Det er viktig at leiaren og det andre personale som er til stades skapar tryggleik og tillit ved å tona ned det som handlar om prestasjonar (Ridder 2005). Ridder (2005) viser òg til Whitcomb (1994), som meiner at det ikkje nødvendigvis er ein fordel om leiaren av gruppa syng så altfor fint, då det kan føra til

at pasientane går inn i ei meir passiv rolle. Viss leiaren derimot ikkje er heilt sikker på songteksten og av og til må leita etter ord, kan det føra til at pasientane som deltek går aktivt inn og prøvar å hjelpa (Whitcomb 1994 gjengitt i Ridder 2005). Me kan tenkja oss at pasientane på denne måten opplever ta større del i fellesskapet. Det å kunne bidra med noko til fellesskapet, kan vera positivt i den forstand at ein får dekkja behovet for sysselsetting, slik Kitwood (1999) beskriv. Når ein pasient ikkje opplever å vera sysselsatt kan dette medføre tap av både evner og sjølvverd (Kitwood 1999). Ridder (2005) samanliknar fellesskapet ved allsong med eit arbeidsfellesskap, der alle på sitt vis bidreg. For mange pasientar med demens er det dessverre få situasjonar som kan minna om slike arbeidsfellesskap (Ridder 2005).

5.2.3 Song under stell

Stell av eldre er ei tidkrevjande arbeidsoppgåvene på sjukeheimar. For å ivareta omsorgsdimensjonen under stellet bør det vera eit godt samarbeid mellom pleiepersonale og pasienten. Dersom pasienten har nedsett kommunikasjonsevne stiller det store krav til pleiepersonale si samhandlingsevne. Somme pasientar med demens reagerer med uro og aggressivitet under stellet, noko som kan vera spesielt utfordrande (Brodtkorb 2008, 148-156).

I vårt litteraturstudium vart det funne at førekomsten av agitert åtferd såg ut til å verta redusert når pleiepersonale song under stellet (Götell, Brown og Ekman 2002, Götell, Brown og Ekman 2007, Myskja og Håpnes 2010). I og med at forskingsartiklane til Götell Brown og Ekman (2002) og Götell, Brown og Ekman (2007) er ulike analysar av same datagrunnlag er dette funnet å betrakta som svakt, då berre to datagrunnlag ligg til grunn. Likevel støttast funnet av Chatterton, Baker og Morgan (2010). Dei inkluderte 17 artiklar om individuell song til pasientar med demens i sitt litteraturstudium. I sju av dei inkluderte artiklane var songintervensjonen utført av pleiepersonale eller pårørande. Pleiepersonalet brukte song terapeutisk under daglege aktivitetar, som morgonstell og måltid. Song hadde då særleg god effekt ved at interaksjonen mellom pleiepersonale og pasient endra seg og at det førekom mindre agitasjon (Chatterton, Baker og Morgan 2010).

Det at interaksjonen mellom pasient og pleiepersonale endra seg når pleiepersonale song, fann me òg i artiklane til Götell, Brown og Ekman (2007). Når pleiepersonale song var interaksjonen prega av oppriktigheit, åpenheit, intimitet og sårbarheit (Götell, Brown og Ekman 2007). Me meiner at ein slik interaksjon kan vera av betydning for at pasientane skal oppleva tilknytning, slik Kitwood (1999) hevdar at dei har behov for. I tillegg kan den nærleiken som vart oppnådd mellom pasient og pleiepersonale ha verka trøystande ovanfor pasienten. Kitwood (1999) beskriv at behovet for trøyst dekkast ved mellom anna ømheit og nærleik (Kitwood 1999).

Språksvikt og kommunikasjonsvanskar kan vera eit stort problem hjå pasientar med demens. Desse problema kan skuldast spesifikke språkvanskar eller problem med merksemd, konsentrasjon og tenking, relatert til generell kognitiv svikt. Når pasienten ikkje greier å få formidla det han ynskjer, kan han bli engsteleg, noko som kan koma til uttrykk i irritasjon og utagerande åtferd (Rokstad 2005). Song og musikk er eit godt reiskap når orda ikkje lenger strekk til (Sejerøe-Szatkowski 2004). I studiet til Götell, Brown og Ekman (2002) vart det funne at kommunikasjonen såg ut til å bli meir gjensidig når pleiaren song, enn ved vanleg stell. På tross av at den syngande pleiaren ikkje forklarte kva som skulle føregå, såg det ut til at pasienten fekk betre forståing av aktivitetane under stellet (Götell, Brown og Ekman 2002).

Slik me ser det, kan ei av hindringane mot bruk av song i pleia vera at pleiepersonalet er usikre på sitt eige songtalent, noko som gjer at det kan opplevast som ubehageleg å synga for andre. Ridder (2005), har i sitt samarbeid med pleiepersonale erfart at dei er svært opne for å nytta musikk i pleia. Likevel opplever mange ein sårbarleik og ei kjensle av å utlevera seg sjølv kring det å skulla synga under stell (Ridder 2005). Myskja (2006) peiker på at kvaliteten av song eller spelning har lite samband med resultatet. Eit avansert musikalsk uttrykk kan faktisk verka framandgjerande og minska moglegheita til å få deltakarane med seg (Myskja 2006). Chatterton, Baker og Morgan (2010) støttar dette. Dei konkluderer i sitt litteraturstudium med at song kan betra livskvaliteten til pasientar med demens, uavhengig av om den som syng har spesielle kvalifikasjonar eller ikkje (Chatterton, Baker og Morgan 2010). I forskingsartiklane til Götell, Brown og Ekman (2002) og Götell, Brown og Ekman (2007) var det ikkje sett bestemte retningslinjer for korleis pleiepersonale skulle bruka song under morgonstellet. Dei fekk heller ikkje opplæring. På tross av manglande retningslinjer og opplæring såg det altså ut som

songintervensjonen var vellukka (Götell, Brown og Ekman 2002, Götell, Brown og Ekman 2007). Også dette meiner me visar at song kan ha god effekt, utan spesiell musikalsk kompetanse.

5.2.4 Varsemd ved bruk av musikk

Då musikaren, Anders Rogg, heldt eit seminar om bruk av musikk i eldreomsorga ved Høgskulen i Molde 9. mars 2011, vart det lagt stor vekt på at musikk skal brukast med varsemnd. Dette var verkeleg eit tankekors for ein av oss, som gjentekne gongar hadde sett på ei cd-plate med liremusikk på fellesarealet i avdelinga der ho arbeidde, for så å gå vidare til arbeidet som venta i resten av avdelinga.

I litteraturstudiet vårt fann me ei overvekt av positive verknadar ved terapeutisk bruk av musikk. Men det kom òg fram situasjonar der musikkbruken såg ut til å gjera pasientane meir agiterte (Ragneskog et al. 2001). Me trur at me ville funne fleire døme på dette dersom det hadde vore inkludert fleire kvalitative studiar, noko som ville gitt meir innsikt i korleis enkeltindividida reagerte på musikk. I Chang et al. (2010) sitt studium vart det funne at agitasjonsnivået i pasientgruppa gjekk opp dei vekene det vart spelt musikk og ned dei vekene det ikkje vart spelt musikk. Ut frå dette meinte forskarane at musikken kunne ha ein forsinka effekt (Chang et al. 2010). Me vil ikkje argumentera for sterkt mot forskarane sine konklusjonar. Men det kan tenkjast at musikkintervensjonen ikkje hadde forseinka effekt, men derimot økte førekomsten av agitasjon.

Ifylje Myskja (2006) finst det lite av både forsking og faglitteratur som tek for seg biverknadane ved bruk av musikk. Den viktigaste varsemdsregelen er at ein må sørgja for at pasientane ikkje vert utsett for uønska musikk eller anna støy (Myskja 2006). For å sikra dette meiner me at ein bør observera pasienten sin reaksjon på musikken, slik Gerdner (2010) beskriv i sine retningslinjer for bruk av individualisert musikk.

Sjølv om mange eldre har nedsett høyrsel, er det ikkje nødvendigvis slik at dei vert mindre følsame for støy. Aldersbetinga høyrselstap inneberer ofte tap av dei ytste høyrselcellene i sniglehuset. Desse cellene kan fungera som ein buffer mot støy, og dermed kan tap av desse føra til at den høyrselshemma vert meir følsam for støy (Myskja 2006). Søndergaard

(2004) skriv at pasientar med demens er sær sårbar for fleire sanseintrykk om gongen. Høyrseansen er den sansen som er mest utsett for overstimulering. I situasjonar der det allereie er mange lydar å retta merksemda mot, kan musikk gjera at pasienten vert overstimulert. Pasienten kan då reagere med uro, tilbaketrekking eller sinne. Det kan difor lønna seg å slå av musikken når andre ting skal føregå (Søndergaard 2004).

Ved seksjon for alderspsykiatri ved Sjukehuset i Telemark vart det gjort ein del erfaringar omkring bruk av musikk på fellesarealet. Det såg ut til å vera problematisk fordi musikkpreferansane var så forskjellige, og tålegrensa for støy var så låg (Skogum 2009). Musikk som verkar avslappande for ein pasient kan verka øydeleggande for andre (Ruud 2006). I Myskja og Håpnes (2010) sitt studium vart det funne at bakgrunnsmusikk på fellesarealet såg ut til å vera mest effektivt i form av roleg, spesialkomponert, referanselaus musikk (Myskja og Håpnes 2010).

Me ser for oss at tilfeldig og ukritisk bruk av musikk, som omtalt i starten av dette delkapittelet, ikkje er uvanleg praksis på sjukeheimar. Solli (2006) understrekar at musikk er eit sterkt verkemiddel som kan påverka oss både fysisk og psykisk. Difor bør det nyttast med varsemd og respekt. Bruken av musikk bør vera gjennomtenkt, strukturert og målretta (Solli 2006).

5.2.5 Terapeutisk bruk av musikk i sjukeheimspraksis

I vårt litteraturstudium kom det fram at ulike formar for musikkintervensjonar verkar positivt inn på pasientar med åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Likevel har me sett lite av dette brukt i praksis. Myskja (2006) meiner at bruken av musikk på institusjonar er prega av manglande fagleg konsensus. I dag finst det ingen konsensus for korleis musikk bør integrerast i helsevesenet eller kva for musikktiltak pleiepersonale kan og bør utøva (Myskja 2006). Som omtalt i delkapittel 2.4, har sjukepleiaren ansvar for leiing og fagutvikling på sjukeheimar (Hauge 2008, 219-236). Dette gjer at ein som sjukepleiar kan ha ei sentral rolle ved innføring av terapeutisk bruk av musikk på sjukeheimar. Målet må vera at musikktiltaka vert gjennomført på ein gjennomtenkt, strukturert og målretta måte, slik Solli (2006) beskriv.

I ein travel sjukeheimskvardag tenkjer me oss at for dårleg tid kan vera eit av argumenta mot systematisk bruk av musikk som terapi. Likevel ser me for oss at intervensjonar som individualisert musikk og song under stell kan la seg integrera i ein travel sjukeheimskvardag, utan at dette nødvendigvis tek opp så mykje av personalet si tid. Som nemnt er stell ei sentral oppgåve som opptek mykje av tida til dei ansette på sjukeheimar (Brodtkorb 2008, 148-156). Stellet er difor ein situasjon som kan nyttast som arena for bruk av song eller individualisert musikk, utan at intervensjonen tek opp ekstra tid. I Myskja og Håpnes (2010) sitt forskingsstudium kom det dessutan fram fleire tilfelle der stellet kravde mindre personalressursar når pleiepersonale song (Myskja og Håpnes 2010). Bruk av individualisert musikk er, etter det Myskja (2006) har erfart, det musikktiltaket som lettast kan takast i bruk av helsepersonell utan spesiell musikkfagleg kompetanse (Myskja 2006). I tillegg er det relativt billig og lite tidkrevjande. Men det føreset at det vert gjort ei grundig kartlegging av pasienten sine musikkpreferansar (Gerdner 2010). Dette tenkjer me oss at kan vera ein naturleg del av inkomstsamtalen. Som ei hjelp i kartleggingsarbeidet kan ein nytta ei metodebok av Myskja (2005). I tillegg er det laga ein preferanse-cd som kan nyttast for å finna fram til preferansemusikken til den enkelte pasient (Myskja 2005).

Slik me ser det er kartlegging òg nyttig ved andre former for terapeutisk bruk av musikk. Me meiner til dømes at det vil vera nyttig å kartlegga korleis forhold pasienten har hatt til musikk tidlegare. Ved å kartlegga kva symptom musikkintervensjonane skal rettast mot hjå den enkelte pasient, tydeleggjer ein at det er ein terapeutisk intervensjon. Endå tydelegare vert det kanskje dersom det vert innlemma som eit tiltak i pleieplana. Vidare ser me for oss at bruk av musikk og verknadane av dette bør dokumenterast på lik linje med andre tiltak. Sjukepleiedokumentasjon sikrar kvalitet og kontinuitet i pleia, og i tillegg synleggjer det det faglege ansvaret (Heggdal 2006).

I Myskja og Håpnes (2010) sin forskingsartikkel kjem det fram at fleire av dei ansette uttrykte betydeleg motstand mot grunntankane bak innføringa av terapeutisk bruk av musikk. Gjennom undervisningstimar endra desse haldningane seg. I ein sluttrapport ved ein av sjukeheimane kom det fram at: "Det er ingen motstand mot å ta i bruk disse metodene: Alle opplever at det fungerer" (Myskja og Håpnes 2010, 8). Me meiner at dette seier noko om betydninga av kunnskap. Myskja (2006) hevdar at kunnskap om musikk som terapeutisk tiltak er lite utbreidd. Mange ansette i eldreomsorga har lite kunnskap om

terapeutisk bruk av musikk. For å auka kunnskapsnivået hjå dei ansette bør det spreast informasjon om verknadane av musikktiltak (Myskja 2006). Sjukepleiaren, som i fylje Hauge (2008, 219-236), har eit særskilt ansvar for fagutviklinga på sjukeheimar, kan ha ei sentral rolle i spreinga av informasjon. Myskja (2006) anbefalar at ein samlar inn informasjon om korleis forskjell musikk kan utgjera. I tillegg skriv han at løpande undervisning kan bidra til å heva kunnskaps- og kompetansenivået (Myskja 2006). Sung et al. (2011) gjorde eit forskingsstudium der dei undersøkte pleiepersonale sine haldningar til bruk av musikk i omsorga til pasientar med demens. Dei fann at mesteparten av pleiepersonale var positive til å bruka musikk. Likevel hadde berre 31 prosent av dei nytta musikk i praksis. Store delar av pleiepersonale meinte at dei hadde for dårlege ferdigheitar og kunnskapar om terapeutisk bruk av musikk (Sung et al. 2011).

Slik me ser det, må det til ei bevisstgjerung blant sjukepleiarar og anna helsepersonale for at musikk i større grad skal verta nytta på ein strukturert og målretta måte i demensomsorga. Etter det me erfarer, har det vore lite fokus på terapeutisk bruk av musikk i undervisninga ved sjukepleiarutdanninga ved Høgskulen i Molde. Hynne og Johannesen (2005) gjorde eit forskingsstudium der musikk, berøring og bilete vart nytta i kommunikasjonsundervisninga ved grunnutdanninga i sjukepleie. Studiet viste at bruk av musikk i undervisninga kunne verka bevisstgjerande; heile 78 % av studentane sa at undervisninga hadde gjort dei meir bevisst på korleis musikk kunne nyttast i sjukepleiepraksis (Hynne og Johannesen 2005).

6.0 Konklusjon

Hensikta med dette systematiske litteraturstudiet var å undersøkje korleis musikk kan nyttast på ein terapeutisk måte i møte med pasientar i sjukeheim som har åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.

Me fann at individualisert musikk reduserte førekomsten av åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Dette kan ha samband med at velkjent musikk hentar fram verdifulle minner, og dermed bidreg til tryggleik. På denne måten støttar ein pasienten sin identitet, når han sjølv ikkje lenger er i stand til å halda fast på kontinuiteten og samanhenga i sin livshistorie. Også musikkaktivitetar i gruppe viste seg å bidra til redusert førekomst av åtferdsmessige og psykologiske symptom. Me tenkjer oss at slike aktivitetar kan bidra til at pasientane i større grad opplever å vera inkludert og sysselsatt. Når pleiepersonale song under stellet såg det ut å dempa agitert åtferd. Interaksjonen som oppstod når pleiepersonale song var prega av oppriktigheit, openheit, intimitet og sårbarheit. Me tenkjer oss at ein slik interaksjon kan fremja tilknytning, og dessutan bidra til at pasienten opplever å få trøyst i ein livssituasjon som kan vera prega av mange tap.

Ut frå funna i vårt litteraturstudium, meiner me at ulike former for terapeutisk bruk av musikk har eit stort potensiale i omsorga for pasientar med demens. Musikk er eit sterkt verkemiddel, og det bør difor nyttast på ein gjennomtenkt, strukturert og målretta måte. Det kan sjå ut til at ansette på sjukeheimar har lite kunnskap om terapeutisk bruk av musikk. Dette trur me bidreg til at musikkbruken på sjukeheimar kan vera prega av tilfeldigheit. Me tenkjer oss at eit kunnskapsløft blant ansette på sjukeheimar kunne bidrege til at musikk i større grad vart teke i bruk som eit terapeutisk tiltak på ein meir systematisk måte.

Pasientar med demens utgjer ein stor del av sjukeheimsbebruarane i Noreg. Denne pasientgruppa vil bli betydeleg større i løpet av dei komande åra, og det er difor behov for å utvikla gode miljøterapeutiske tiltak. Terapeutisk bruk av musikk ser ut til å vera eit verknadsfullt miljøterapeutisk tiltak i møte med pasientar med åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens.

6.1 Forslag til vidare forskning

I starten av arbeidet med dette systematiske litteraturstudiet fekk me inntrykk av at terapeutisk bruk av musikk i demensomsorga var eit område som var godt utforska. Dette fordi det kom opp eit stort antal relevante referansar når me gjorde litteratursøk. Men etter kvart kom det fram at mange av studiane var kvantitative studiar med små utval. Også Håpnes og Myskja (2010) seier at det eksisterar store mengder kvantitativ forskning på området som har metodiske svakheiter, til dømes små utval (Håpnes og Myskja 2010). Me meiner at det bør gjerast kvantitative studiar med større utval, slik at ein med større sikkerheit kan generalisera resultata. I tillegg synest me at det er behov fleire kvalitative studiar som gir beskrivingar av korleis musikk kan verka inn på enkeltindividet. Det ville òg vore nyttig med fleire studiar som undersøker verknadane av musikktiltak når det er pleiepersonale som utfører intervensjonane.

16. november 2011 utførte me eit litteratursøk i Ovid, for å undersøkje om det var kome ny forskning kring tema. Me kunne ikkje sjå at det var kome nye forskingsartiklar som svarte på vår problemstilling etter vårt siste litteratursøk, 6. september 2011.

Referanseliste

Aasgaard, Trygve. 2006. Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I *Musikk og helse*, Red.: Trygve Aasgaard, 31-51. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.

Berentsen, Vigdis Drivdal. 2008. Kognitiv svikt og demens. I *Geriatrisk sjukepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 350-382. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Bragstad, Line og Marit Kirkevold. 2010. Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien Forsking*; 5 (2), 110-118.

Brodtkorb, Kari. 2008. Stellet – mulighetenes arena. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 148-156. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Chang, Fang-Yu, Hui-Chi Huang, Kuan-Chia Lin og Li-Chan Lin. 2010. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 939-948.

Chatterton, Wendy, Felicity Baker og Kylie Morgan. 2010. The Singer or the Singing: Who Sings Individually to Persons With Dementia and What are the Effects? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*; 25 (8), 641-649.

Cooke, Marie, Wendy Moyle, Scott Harrison, Jenny Murfield og David Shum. 2010. A Randomized Controlled Trial Exploring the Effect of Music on Quality of Life and Depression in Older People with Dementia. *Journal of Health Psychology*; Vol. 15(5): 765-776.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Engedal, Knut. 2008. *Lærebok. Alderspsykiatri i praksis*. 2. utgåve. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*; Vol 20, No 2.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgåve. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur Kultur.

Forskningsetiske komiteer. 2009. Tema: *Samtykke*, <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Samtykke/> (lest: 10.11.2011).

Garland, Kathryn, Edwina Beer, Barbara Eppingstall, og Daniel W. O'Connor. 2007. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 15: 514-521.

Gerdner, Linda A. 2010. Evidence-Based Guideline. Individualized Music for Elders with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*; Vol. 36, No. 6, 7-15.

Gustaffson, Bengt, Göran Hermerén og Bo Petersson. 2005. *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf
(lest: 11.11.2011).

Götell, Eva, Steven Brown og Sirkka-Liisa Ekman. 2002. Caregiver Singing and Background Music in Dementia Care. *Western Journal of Nursing Research*; 24(2), 195-216.

Götell, Eva, Steven Brown og Sirkka-Liisa Ekman. 2007. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*; 46: 422-430.

Guetin, S, F. Porte, C. Picot, C. Pommié, M. Messaoudi, L. Djabelkir, M., A. L. Olsen, M. Cano, E. Lecourt og J. Touchon. 2009. Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised Controlled Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*; 28: 36-46.

Hauge, Solveig. 2008. Sykepleie i sykehjem. I Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten, Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff, 219-236. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heggdal, Kristin. 2006. *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2007. *Demensplan 2015. "Den gode dagen"*. Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf
(lest: 01.11.2011).

Helseforskningloven. 2008. *Lov av 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning*. <http://www.lovdata.no> (lest 10.11.2011).

Helsepersonelloven. 1999. *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell*.
<http://www.lovdata.no> (lest 04.11.2011).

Hicks-Moore, Sandee L. og Bryn A. Robinson. 2008. Favorite music and hand massage. Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*; 7 (1); 95-108.

Holmes, Clive, Andrew Knights, Christine Dean, Sarah Hodgkinson og Vivienne Hopkins. 2006. Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics*; 18:4: 623-630.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt – ikke stykkevis og delt*. 6. utgåve. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hynne, Astrid Bjørnerheim og Eli Johannessen. 2005. Hvorfor og hvordan bruke musikk, berøring og bilde i utvikling av studentenes kommunikasjon? – evaluering av et kommunikasjonskurs ved grunnutdanning i sykepleie. *Vård i Norden*; No. 78 Vol. 25, 47-50.

Myskja, Audun og Odd Håpnes. 2010. Musikk og helse i et lokalsamfunn. Et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*; 12: 1, 3-15.

Johansson, Ingela, Else Jørgensen, Ragnhild Michalsen og Torill Skrondal. 2011. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie. 15 sp.* Molde: Høgskolen i Molde

Kirkevold, Marit og Kari Brodtkorb. 2008. Kartlegging. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff. 111-122. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kitwood, Tom. 1999. *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo AS.

Kunnskapsdepartementet. 2008. *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Kvamme, Tone Sæther. 2006. Musikk i arbeid med eldre. I *Musikk og helse*, Red: Trygve Aasgaard, 151-172. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.

Lin, Yu, Chyan-Yng Yang, Chiung-Hua Chen, Shyi-Gen Chen Hsiu-Ju, Hsin Chu Chang, Chia-Jung Hsieh og Kuei-Ru Chou. 2010. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 26: 670-678.

Myskja, Audun. 2005. *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Myskja, Audun. 2006. *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Myskja, Audun. 2007a. Musikk – kosttilskudd for kropp og sinn? I *Kultur former framtida. Hvordan og hvorfor musikk virker*, 59-65. Oslo: Kulturforbundet og Andrimne Forlag as.

Myskja, Audun. 2007b. Musikk – et verktøy for helsearbeidere? I *Kultur former framtida. Hvordan og hvorfor musikk virker*, 56-58. Oslo: Kulturforbundet og Andrimne Forlag as.

Myskja, Audun. 2009. Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 6. Nr. 2: 149-158.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2011. Tema: Publiseringskanaler.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (lest: 23.09.2011).

Olsen, Rolf Bang. 2007. Demenssygdomme. I *Demens etteruddannelse – til sosial- og sundhetspersonale*, Red.: Vibeke Skov, 23-66. København: Munksgaard Danmark.

Orvik, Arne. 2004. *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.

Pasientrettighetsloven. 1999. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter*.
<http://www.lovdata.no> (lest 10.11.2011).

Ragilo, Alfred, Giuseppe Bellelli, Daniela Traficante, Marta Gianotti, Maria Chiara Ubezio, Daniela Villani og Marco Trabucchi. 2008. Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*; 22 158-162.

Ragneskog, Hans, Kenneth Asplund, Mona Kihlgren, Astrid Norberg. 2001. Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video recorded sessions. *International Journal of Nursing Practise*; 7: 146-155.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 2011a. Tema: Lover og regler. http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=3770&lan=2&_ikbLanguageCode=n (lest: 11.11.2011).

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 2011b. Tema: Alle REK. http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/komiteerogmoter/alle?p_dim=34677&ln=2&_ikbLanguageCode=n (lest: 11.11.2011).

Ridder, Hanne Mette Ochsner. 2005. *Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: Forlaget Klim.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2005. *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008a. Hva er demens? I *Personer med demens. Møte og samhandling*, Red.: Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, 27-45. Oslo: Akribe AS.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008b. Utfordrende atferd. I *Personer med demens. Møte og samhandling*, Red.: Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, 180-206. Oslo: Akribe AS.

Ruud, Even. 2005. *Lydlandskap. Om bruk og misbruk av musikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vismostad og Bjørke AS.

Ruud, Even. 2006. Musikk gir helse. I *Musikk og helse*, Red.: Trygve Aasgaard, 17-30. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.

Sejerøe-Szatkowski, Kristen. 2004. *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Selbæk, Geir. 2008. Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens – skiftende fokus og begrepsinnhold over tid. I *Å leve med demens. Erfaringsbasert utvikling av Tilbud*, Red.: Ragnhild M. Eidem Krüger, 51-62. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Selbæk, Geir, Øyvind Kirkevold og Knut Engedal. 2006. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric psychiatry*; 22: 843-849

Skogum, Bente Marie. 2009. *De nære ting. Om bruk av musikk ved behandling av personer med demens.*²

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri. Kunnskap – forståelse – utfordringer*. 3. utgåve. Trondheim: Akribe forlag.

Solli, Hans Petter. 2006. Musikk i psykiatrisk praksis. Musikkgrupper på psykiatriske institusjoner. I *Musikk og helse*, Red: Trygve Aasgaard. 107-121. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2011. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok_Kapitel02.pdf (lest 13.11.2011).

Statistisk sentralbyrå. 2011. Tema: Pleie-og omsorgstjenestene samlet. <http://www.ssb.no/kostra/stt/index.cgi?nivaa=2®ionstype=kommunen> (lest: 22.09.2011)

Sung, Huei-chuan og Anne M. Chang. 2005. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*; 14, 1133-1140.

Sung, Huei-Chuan, Anne M. Chang og Wen-Li Lee. 2009. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 1056-1064.

Sung, Huei-chuan, Shu-min Chang, Ming-shinn Lee og Wen-li Lee. 2006. The effect of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*; 14: 113-119.

Sung, Huei-Chuan, Wen-Li Lee, Shu-Min Chang, Graeme D. Smith og. 2011. Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*; 20 (11-12): 1776-83.

Søndergaard, Mette Juncher. 2004. *Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv*. Systime Academic.³

² Ikkje oppgitt fullstendig informasjon

³ Ikkje oppgitt fullstendig informasjon

Willmann, Aina, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.

PI-skjema

Population/Patient/Problem	Intervention,
Dement* Alzheimer* AND Behavioural and psychological symptoms in dementia BPSD Anxi* Unrest* Restless* Confus* Behav* Aggres* Aggrigat* Agitat* Wandering* Depress* Apath*	Music* Song*

Søkjehistorikk, søk nr. 1

#	Søkjeord	Dato	Database	Treff	Leste resymee	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Alzheimer Disease/ or Dementia/ or dement*.mp.	11.04.11	Ovid**	151598	0	0	0
2	alzheimer*.mp.	11.04.11	Ovid**	101509	0	0	0
3	1 or 2	11.04.11	Ovid**	170331	0	0	0
4	(Behavioural and psychological symptoms in dementia*).mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, ui, dw, tc, id, tm]	11.04.11	Ovid**	34	0	0	0
5	BPSD*.mp.	11.04.11	Ovid**	611	0	0	0
6	Anxiety/ or Anxi*.mp.	11.04.11	Ovid**	200024	0	0	0
7	unrest*.mp.	11.04.11	Ovid**	11755	0	0	0
8	restless*.mp.	11.04.11	Ovid**	6703	0	0	0
9	Confus*.mp.	11.04.11	Ovid**	47687	0	0	0
10	behav*.mp.	11.04.11	Ovid**	120699 7	0	0	0
11	Aggression/ or aggres*.mp.	11.04.11	Ovid**	145609	0	0	0
12	Wandering Behavior/ or Wandering*.mp.	11.04.11	Ovid**	2451	0	0	0
13	agitat*.mp. or Psychomotor Agitation/	11.04.11	Ovid**	14790	0	0	0
14	depress*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	11.04.11	Ovid**	546606	0	0	0
15	apath*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	11.04.11	Ovid**	6323	0	0	0
16	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 13 or 14 or 15	11.04.11	Ovid**	150404 3	0	0	0

17	Music Therapy/ or Music/ or Music*.mp11.0 4.11	11.04.11	Ovid**	25643	0	0	0
18	Song.mp.	11.04.11	Ovid**	5241	0	0	0
19	17 or 18	11.04.11	Ovid**	30010	0	0	0
20	3 and 16 and 19	11.04.11	Ovid**	392	0	0	0
21	limit 20 to (yr="2006 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) [Limit not valid in British Nursing Index; records were retained]	11.04.11	Ovid**	169	67	26	10

**British nursing index, Ovid Medline(R), Ovid nursing Database og PsykINFO

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste resymeer	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Dement\$	11.04.11	SveMed+	1032	0	0	0
2	Alzheimer\$	11.04.11	SveMed+	417	0	0	0
3	Behavioral and psychological symptoms in dementia	11.04.11	SveMed+	9	0	0	0
4	BPSD\$	11.04.11	SveMed+	11	0	0	0
5	Anxie\$	11.04.11	SveMed+	708	0	0	0
6	Unrest\$	11.04.11	SveMed+	4	0	0	0
7	Restless\$	11.04.11	SveMed+	45	0	0	0
8	Confus\$	11.04.11	SveMed+	123	0	0	0
9	Behave\$	11.04.11	SveMed+	2543	0	0	0
10	Aggres\$	11.04.11	SveMed+	202	0	0	0
11	Wandering	11.04.11	SveMed+	10	0	0	0
12	Agitat\$	11.04.11	SveMed+	19	0	0	0
13	Depress\$	11.04.11	SveMed	19	0	0	0
14	Apath\$	11.04.11	SveMed	1334	0	0	0
15	Music	11.04.11	SveMed+	206	0	0	0
16	Song	11.04.11	SveMed+	13	0	0	0
17	1 or 2 and 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 and 15 or 16	11.04.11	SveMed+	13	0	4	1

Søkjehistorikk, søk nr. 2

#	Søkjeord	Dato	Database	Treff	Leste resymee	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Alzheimer Disease/ or Dementia/ or dement*.mp.	30.08.11	Ovid**	151649	0	0	0
2	alzheimer*.mp.	30.08.11	Ovid**	101596	0	0	0
3	1 or 2	30.08.11	Ovid**	170389	0	0	0
4	(Behavioural and psychological symptoms in dementia*).mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, ui, dw, tc, id, tm]	30.08.11	Ovid**	35	0	0	0
5	BPSD*.mp.	30.08.11	Ovid**	626	0	0	0
6	Anxiety/ or Anxi*.mp.	30.08.11	Ovid**	200100	0	0	0
7	unrest*.mp.	30.08.11	Ovid**	11796	0	0	0
8	restless*.mp.	30.08.11	Ovid**	6714	0	0	0
9	Confus*.mp.	30.08.11	Ovid**	47699	0	0	0
10	behav*.mp.	30.08.11	Ovid**	1207080	0	0	0
11	Aggression/ or aggres*.mp.	30.08.11	Ovid**	145700	0	0	0
12	Wandering Behavior/ or Wandering*.mp.	30.08.11	Ovid**	2462	0	0	0
13	agitat*.mp. or Psychomotor Agitation/	30.08.11	Ovid**	14838	0	0	0
14	depress*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	30.08.11	Ovid**	546855	0	0	0
15	apath*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	30.08.11	Ovid**	6380	0	0	0
16	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 13 or 14 or 15	30.08.11	Ovid**	1504141	0	0	0
17	Music Therapy/ or Music/ or Music*.mp	30.08.11	Ovid**	25693	0	0	0
18	Song.mp.	30.08.11	Ovid**	5252	0	0	0
19	17 or 18	30.08.11	Ovid**	30068	0	0	0

20	3 and 16 and 19	30.08.11	Ovid*	339	0	0	0
19	limit 20 to (yr="2001 -2005" and (danish or english or norwegian or swedish)) [Limit not valid in British Nursing Index; records were retained]	30.08.11	Ovid*	92	27	2	1

**British nursing index, Ovid Medline(R), Ovid nursing Database og PsykINFO

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste resymè	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Dement\$	30.08.11	SveMed+	1041	0	0	0
2	Alzheimer\$	30.08.11	SveMed+	425	0	0	0
3	Behavioral and psychological symptoms in dementia	30.08.11	Sve Med+	10	0	0	0
4	BPSD\$	30.08.11	Sve Med+	12	0	0	0
5	Anxie\$	30.08.11	SveMed+	714	0	0	0
6	Unrest\$	30.08.11	SveMed+	4	0	0	0
7	Restless\$	30.08.11	SveMed+	50	0	0	0
8	Confus\$	30.08.11	SveMed+	140	0	0	0
9	Behave\$	30.08.11	SveMed+	2583	0	0	0
10	Aggres\$	30.08.11	SveMed+	215	0	0	0
11	Wandering	30.08.11	SveMed+	12	0	0	0
12	Agitat\$	30.08.11	SveMed+	21	0	0	0
13	Depress\$	30.08.11	SveMed+	1389	0	0	0
14	Apath\$	30.08.11	SveMed+	24	0	0	0
15	Music	30.08.11	SveMed+	212	0	0	0
16	Song	30.08.11	SveMed+	17	0	0	0
17	1 or 2 and 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 and 15 or 16	30.08.11	SveMed+	12	0	1	1

Søkjehistorikk, Søk nr. 3

#	Søkjeord	Dato	Database	Treff	Leste resymee	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Alzheimer Disease/ or Dementia/ or dement*.mp.	06.09.2011	Ovid**	151652	0	0	0
2	alzheimer*.mp.	06.09.2011	Ovid**	101598	0	0	0
3	1 or 2	06.09.2011	Ovid**	170389	0	0	0
4	(Behavioural and psychological symptoms in dementia*).mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, ui, dw, tc, id, tm]	06.09.2011	Ovid**	36	0	0	0
5	BPSD*.mp.	06.09.2011	Ovid**	628	0	0	0
6	Anxiety/ or Anxi*.mp.	06.09.2011	Ovid**	200111	0	0	0
7	unrest*.mp.	06.09.2011	Ovid**	11800	0	0	0
8	restless*.mp.	06.09.2011	Ovid**	6717	0	0	0
9	Confus*.mp.	06.09.2011	Ovid**	47709	0	0	0
10	behav*.mp.	06.09.2011	Ovid**	1207096	0	0	0
11	Aggression/ or aggres*.mp.	06.09.2011	Ovid**	145701	0	0	0
12	Wandering Behavior/ or Wandering*.mp.	06.09.2011	Ovid**	2465	0	0	0
13	agitat*.mp. or Psychomotor Agitation/	06.09.2011	Ovid**	14841	0	0	0
14	depress*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	06.09.2011	Ovid**	546966	0	0	0
15	apath*.mp. [mp=ti, ab, hw, ps, rs, ot, nm, an, ui, dw, tc, id, tm]	06.09.2011	Ovid**	6381	0	0	0
16	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 13 or 14 or 15	06.09.2011	Ovid**	1504161	0	0	0
17	Music Therapy/	06.09.2011	Ovid**	25702	0	0	0

	or Music/ or Music*.mp						
18	Song.mp.	06.09.2011	Ovid**	5258	0	0	0
19	17 or 18	06.09.2011	Ovid**	30080	0	0	0
20	3 and 16 and 19	06.09.2011	Ovid**	340	0	0	0
21	limit 20 to (yr="2011 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) [Limit not valid in British Nursing Index; records were retained]	06.09.2011	Ovid**	35	10	5	1

**British nursing index, Ovid Medline(R), Ovid nursing Database og PsykINFO

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	Dement\$	06.09.2011	SveMed+	1042	0	0	0
2	Alzheimer\$	06.09.2011	SveMed+	427	0	0	0
3	Behavioral and psychological symptoms in dementia	06.09.2011	Sve Med+	10	0	0	0
4	BPSD\$	06.09.2011	Sve Med+	12	0	0	0
5	Anxie\$	06.09.2011	SveMed+	715	0	0	0
6	Unrest\$	06.09.2011	SveMed+	4	0	0	0
7	Restless\$	06.09.2011	SveMed+	50	0	0	0
8	Confus\$	06.09.2011	SveMed+	141	0	0	0
9	Behave\$	06.09.2011	SveMed+	2584	0	0	0
10	Aggres\$	06.09.2011	SveMed+	215	0	0	0
11	Wandering	06.09.2011	SveMed+	12	0	0	0
12	Agitat\$	06.09.2011	SveMed+	21	0	0	0
13	Depress\$	06.09.2011	SveMed+	1391	0	0	0
14	Apath\$	06.09.2011	SveMed+	24	0	0	0
15	Music	06.09.2011	SveMed+	214	0	0	0
16	Song	06.09.2011	SveMed+	17	0	0	0
17	1 or 2 and 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 and 15 or 16	06.09.2011	SveMed+	11	0	0	0

Inkluderte forskingsartiklar

Artikkel nr. 1

Forfattarar	Chang, Fang-Yu, Hui-Chi Huang, Kuan-Chia Lin og Li-Chan Lin
År	2010
Land	Taiwan
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing; 19: 939-948
Tittel	The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan.
Hensikt	Å undersøka korleis effekt eit musikkopplegg i lunsjtida verkar inn på utfordrande åtferd hjå pasientar med demens
Intervensjon	
Intervensjon	Intervensjon: Bakgrunnsmusikk under lunsjen (11.00-12.00). Musikken bestod av piano og lydar frå naturen, som fuglesong, kvalsong og rennande vatn. Den hadde ein rytme som likna på mennesket sin hjarterytm (60-80 slag/minutt) og lydnivået låg på 60-65 dB. Intervensjonen vart gjennomført kvar dag, annankvar veke, i 8 veker (4 veker med musikk og 4 veker utan).
Metode	<i>Kvantitativt</i>
Instrument	<i>Kvasi-eksperimentelt design</i>
	Den kinesiske versjonen av Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) vart brukt til å måla førekomst "problemåtferd" kvar dag kl 09.00-21.00 i veke 1 (baseline). Resten av vekene vart det målt kvar dag kl 11.00.12.00.
Deltakarar	Pasientar:
Fråfall	47/6
Hovudfunn	Det vart funne ein signifikant korrelasjon mellom redusert førekomst av problemåtferd og musikk under lunsjen i <i>førre veke</i> . Ut frå dette konkluderar forskarane med at musikk under lunsjen kan ha ein forsinka effekt.
Kvalitet	100 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid Nursing Database
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 2

Forfattarar År Land Tidsskrift	Cooke, Marie, Wendy Moyle, Scott Harrison, Jenny Murfield og David Shum 2010 Australia Journal of Health Psychology Vol. 15(5): 765-776
Tittel	A Randomized Controlled Trial Exploring the Effect of Music on Quality of Life and Depresssion in Older People with Dementia
Hensikt Intervensjon	Å undersøka korleis effekt eit levande musikkprogram hadde på depresjon og livskvalitet hjå pasientar med demens, og å finna ut kor lenge denne effekten varte. Intervensjon: Musikkgrupper med to profesjonelle musikkterapeutar 40 minutt 3 gongar i veka, i 8 veker. 30 minutt med song og gitar og 10 minutt med ferdiginnspelt musikk. Pasientane vart oppmuntra til å vera aktivt deltakande. Musikkvala var m.a. basert på pasientane sine preferansar.
Metode Instrument	<i>Kvantitativ studie.</i> <i>Randomisert "cross-over design".</i> Pasientane vart randomisert til to grupper, der den eine gruppa fekk musikkterapi og den andre gruppa fekk kontrollintervensjon (lesegrupper) Etter 8 veker med intervensjon og 5 "utvaskingsveker" bytta dei om. Dementia Quality of life (DQOL) og Geriatric Depression Scale (GDS) vart målt ved oppstart (Baseline), midt i og på slutten av studiet. I tillegg var Mini-Mental State Exam (MMSE) målt ved oppstart og på slutten av studiet.
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 47/19
Hovudfunn	Når pasientane var med i musikkterapigruppa fekk dei signifikant økt sjølvkjensle og depresjons-skårane vart signifikant meir redusert når dei var med i musikkgruppa enn når dei var med i lesegruppa. Dei pasientane som var med i lesegruppa fyrst følte signifikant meir tilhøyrslse i fyrste intervensjonsperiode enn dei som var med i musikkgruppa fyrst.
Kvalitet	86 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE (R)
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 3

Forfattarar År Land Tidsskrift	Garland, Kathryn, Edwina Beer, Barbara Eppingstall, og Daniel W. O'Connor 2007 Australia American Journal of Geriatric Psychiatry; 15: 514-521
Tittel	A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music
Hensikt Intervensjon	Å samanlikna effekten av individualisert musikk og simulert familiesamvær på agitert åtferd. Intervensjonar: <ul style="list-style-type: none">• Individualisert musikk: basert på det familiemedlem rapportert om at pasientane skulle lika.• Simulert familiesamvær: opptak av familiemedlem som imiterte ein telefonsamtale om minner og liknande.• Placebo: Eit opptak der det vart opplest frå ei gartnarbok, med nøytral stemme. Pasientane lytta til opptaka, som varte om lag 15 minutt, via øyretelefonar på ein mobil kassettspejar.
Metode Instrument	<i>Kvantitativ</i> <i>Randomisert "cross-over design"</i> Pasientane vart randomisert til gruppe A, B eller C. Fyrst fekk alle gruppene vanleg pleie. Deretter roterte dei mellom intervensjonane, tre dagar per intervensjon, med ein "utvaskingsperiode" på to dagar mellom kvar intervensjon. Førekomst av agitert åtferd vart registrert med to minutt intervall 45 minutt dagleg når pasientane fekk vanleg pleie, deretter før, under og inntil 15 minutt etter intervensjon. Åtferda vart kategorisert etter CMAI sine inndelingar.
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 30
Hovudfunn	Både føretrekt musikk og simulert familienærver såg ut til å redusera førekomsten av fysisk agitert åtferd. Simulert familienærver, men ikkje musikk, ga òg signifikant reduksjon av verbal agitert åtferd. Desse effektane var til stades 15 minutt etter avslutta intervensjon. Placebo-intervensjon ga betre effekt enn venta.
Kvalitet	82 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	PsycINFO
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 4

Forfattarar År Land Tidsskrift	Guetin, S., F. Portet, M. C. Picot, C. Pommié, M. Messaoudi, L. Djabelkir, A. L. Olsen, M. M. Cano, E. Lecourt og J. Touchon 2009 Frankrike Dementia and Geriatric Cognitive Disorders; 28: 36-46
Tittel	Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised Controlled Study
Hensikt Intervensjon	Å undersøka korleis effekt ein ny type musikk-teknikk hadde på angst og depresjon hjå pasientar med mild til moderat Alzheimer Demens. Intervensjon: <ul style="list-style-type: none">• Musikkintervensjon: Musikkstilen var valt utifrå kvar einskild pasient sine preferansar. Ved hjelp av eit dataprogram vart det laga sekvensar med denne musikken på om lag 20 minutt. Desse sekvensane kallast U-sekvensar, på grunn av at tempoet og antal instrument går frå høgt til lågt, og deretter litt høgare igjen (som ein U). Pasientane lytta til desse musikksekvensane via øyretelefonar inne på romma sine• Kontrollintervensjon: Lesestunder eller kvilestunder Både musikkintervensjon og kontrollintervensjon føregjekk ein gong i veka i 16 veker.
Metode Instrument	<i>Randomisert, kontrollert studie</i> Pasientane vart randomisert til intervensjonsgruppa eller kontrollgruppa. Hamilton Scale (angst) og Geriatric depression Scale (depresjon) vart målt i begge grupper dag 0, veke 4, veke 8, veke 16 (slutten av intervensjonsperioden) og veke 24 (8 veker etter avslutta intervensjon)
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 30/6
Hovudfunn	Den nye musikkterapiformen såg ut til å gi signifikant reduksjon av angst og depresjon. Denne effekten såg ut til å vedvara 8 veker etter avslutta intervensjon.
Kvalitet	93 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE(R)
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 5

Forfattarar	Götell, Eva, Steven Brown og Sirkka-Liisa Ekman
År	2002
Land	Sverige
Tidsskrift	Western Journal of Nursing Research; 24(2), 195-216
Tittel	Caregiver Singing and Background Music in Dementia Care
Hensikt Intervensjon	Å undersøka korleis bakgrunnsmusikk og song frå pleiepersonale påverkar den verbale kommunikasjonen mellom pasient og pleiepersonalet under morgonstell. Intervensjon: <ul style="list-style-type: none">• Bakgrunnsmusikk under morgonstell. Musikkvala var basert på kva pleiepersonalet oppga som det dei trudde pasientane likte og pasientane sin respons på desse songane før intervensjonsperioden starta.• Song frå pleiepersonale under morgonstell. Pleiepersonalet var ikkje påkrevd eller opplært til å synga spesielle songar.
Metode Instrument	<i>Kvalitativ</i> Pasientane vart fyrst filma ved morgonstell under vanlege omstende, utan nokon form for musikkintervensjon. Deretter vart dei filma ved morgonstell med bakgrunnsmusikk og til slutt under morgonstell der pleiepersonale song. Det var i gjennomsnitt 3 dagar mellom 1. og 2. observasjon, og 9 dagar mellom 2. og 3. intervensjon. Videooptaka vart deretter analysert
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 10/1
Hovudfunn	Både bruk av bakgrunnsmusikk og song frå pleiepersonale såg ut til å betra kommunikasjonen og forståinga mellom pasient og pleiepersonale. Ved song vart det òg observert ei meir gjensidig samhandling.
Kvalitet	93 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	SveMed+
Søk	Nr. 2

Artikkel nr. 6

Forfattarar	Götell, Eva, Steven Brown og Sirkka-Liisa Ekman
År	2007
Land	Sverige
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies; 46: 422-430
Tittel	The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis
Hensikt Intervensjon	Å undersøka korleis bakgrunnsmusikk og song frå pleiepersonale påverkar den verbale kommunikasjonen mellom pasient og pleiepersonalet under morgonstell. Intervensjon: <ul style="list-style-type: none">• Bakgrunnsmusikk under morgonstell. Musikkvala var basert på kva pleiepersonal oppgav som det dei trudde pasientane likte og pasientane sin respons på desse songane før intervensjonsperioden starta.• Song frå pleiepersonale under morgonstell. Pleiepersonalet var ikkje påkrevd eller opplært til å synga spesielle songar.
Metode Instrument	<i>Kvalitativ</i> Pasientane vart fyrst filma ved morgonstell under vanlege omstende, utan nokon form for musikkintervensjon. Deretter vart dei filma ved morgonstell med bakgrunnsmusikk og til slutt under morgonstell der pleiepersonale song. Det var i gjennomsnitt 3 dagar mellom 1. og 2. observasjon, og 9 dagar mellom 2. og 3. intervensjon. Videoopptaka vart deretter analysert
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 10/1 Pleie-personale: 5
Hovudfunn	Ved bruk av song og musikk under morgonstellet vart det uttrykt fleire positive emosjonar, både hjå pasientane og pleiepersonalet. Pasientane uttrykte mindre aggressivitet og kommunikasjonen mellom pasient og pleiepersonalet vart betre.
Kvalitet	100 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid Nursing Database
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 7

Forfattarar	Hicks-Moore, Sandee L. og Bryn A. Robinson
År	2008
Land	Canada
Tidsskrift	Dementia; 7 (1); 95-108
Tittel	Favorite music and hand massage. Two interventions to decrease agitation in residents with dementia.
Hensikt	Å undersøka korleis effekt favorittmusikk, handmassasje og desse to tiltaka i kombinasjon hadde på agitert åtferd hjå pasientar med demens.
Intervensjon	Intervensjon: <ul style="list-style-type: none">• Handmassasje (HM)• Favorittmusikk (FM) valt basert på informasjon frå pårørende om pasientane sine favorittsjangrar, favorittartistar og favorittsongar.• HM og FM i kombinasjon Tiltaka varte i 10 minutt og pasientane fekk dei tre gongar.
Metode	<i>Kvantitativ.</i>
Instrument	<i>Eksperimentelt design.</i> Pasientane vart randomisert til intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Kontrollgruppa fekk vanleg pleie. Rekkefølja på tiltaka som intervensjonsgruppa fekk var randomisert. Modifisert Cohen-Mainsfield Agitation Inventory (CMAI) vart brukt til å måle agitasjonsnivå 10 minutt før intervensjonane, rett etter intervensjonane og ein time etter.
Deltakarar	Pasientar: 56/15
Fråfall	
Hovudfunn	Det var ingen signifikant forskjell på effekten av intervensjonane. Intervensjonane såg ut til å gi signifikant reduksjon av verbal agitasjon og fysisk ikkje-aggressiv åtferd, men ingen signifikant reduksjon av fysisk aggressiv åtferd.
Kvalitet	90 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	PsycINFO
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 8

Forfattarar År Land Tidsskrift	Holmes, Clive, Andrew Knights, Christine Dean, Sarah Hodgkinson og Vivienne Hopkins 2006 Storbritania International Psychogeriatrics; 18:4, 623-630
Tittel	Keep music live: music and the alliviation of apathy in dementia subjects
Hensikt Intervensjon	Å undersøka om levande musikk eller førehandsinnspelt musikk var effektivt i behandlinga av apati hjå pasientar med moderat til alvorleg demens. Intervensjonar: <ul style="list-style-type: none">• Levande musikk som bestod av songar som skulle vera populære i denne aldersgruppa, som svinglåtar, klassikarar og skottske danskelåtar.• Forhandsinnspelt musikk som bestod av songar som skulle vera populære i denne aldersgruppa, som svinglåtar, klassikarar og skottske danskelåtar.• Placebointervensjon: Stillheit Alle intervensjonane vart utført i gruppe og varte 30 minutt.
Metode Instrument	<i>Kvantitativ</i> <i>“Cross-over design”</i> Pasientane fekk intervensjonane i randomisert rekkefølje. Øktene var videofilma. Kategori E i Dementia Care Mapping vart brukt for å måla engasjementet til pasientane under dei ulike intervensjonane.
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 32/0
Hovudfunn	Levande musikk ga signifikant auke i førekomsten av engasjement, medan førehandsinnspelt musikk ikkje skilte seg signifikant frå placebointervensjonen stillheit.
Kvalitet	82 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	PsykINFO
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 9

Forfattarar År Land Tidsskrift	Lin, Yu, Chyan-Yng Yang, Chiung-Hua Chen, Shyi-Gen Chen Hsiu-Ju, Hsin Chu Chang, Chia-Jung Hsieh og Kuei-Ru Chou 2010 Taiwan International Journal of Geriatric Psychiatry; 26: 670-678
Tittel	Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia
Hensikt Intervensjon	Å undersøka effektiviteten av gruppemusikk ved agitert åtferd hjå eldre med demens. Intervensjon: Musikkterapi i gruppe som varte om lag 30 minutt/økt, og vart utført to gongar i veka i seks veker.
Metode Instrument	<i>Kvantitativ</i> <i>Eksperimentell studie</i> Deltakarane vart randomisert til eksperimentgruppe og kontrollgruppe. Kontrollgruppa fekk vanleg pleie. Kinesisk versjon av Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) vart brukt til å måla agitasjon før oppstart, etter 6. økt, etter 12. økt og ein månad etter at intervensjonen var avslutta.
Deltakarar Fråfall	104/4
Hovudfunn	Det vart funne signifikant reduksjon av agitert åtferd under intervensjonsperioden og ein månad etter avslutta intervensjon.
Kvalitet	86% Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE (R)
Søk	Nr. 3

Artikkel nr. 10

Forfattarar	Myskja, Audun og Odd Håpnes
År	2010
Land	Noreg
Tidsskrift	Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning; 12: 1, 3-15
Tittel	Musikk og helse i et lokalsamfunn. Et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge.
Hensikt Intervensjon	Å videreutvikla kunnskap om korleis ein kan utvikla og integrera musikk i helsevesenet. Intervensjon: Eit tverrfagleg prosjekt med innføring av individualisert musikk i fem sjukeheimar ved hjelp følgjande kjerneelement: <ul style="list-style-type: none">• Opplæring og innføring av metoden individualisert musikk for helsearbeidarar, sjukeplestudentar og hjelpepleieelevar tilknytt prosjektet• Bruk av lokale ressursar• Tverrfaglege møter og utvekslingar av erfaringar mellom representantar frå prosjektleiinga, kommunen, høgskulen, den vidaregåande skulen og sjukeheimen
Metode Instrument	<i>Kvalitativ</i> Intervju og videoopptak som metode
Deltakarar Fråfall	Institusjons-leiarar: 3/0 Avdelings-leiarar: 3/0 Ansette: 4/0 Pasientar: 4/0 Pårørande: 2/0
Hovudfunn	Integreringa av musikk ga ei rekke positive verknadar, m.a. behov for færre pleiepersonale for å handtera agitasjon hjå pasientar med demens.
Kvalitet	92 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	SveMed+
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 11

Forfattarar År Land Tidsskrift	Raglio, Alfredo, Giuseppe Bellelli, Daniela Traficante, Marta Gianotti, Maria Chiara Ubezio, Daniela Villani og Marco Trabucchi 2008 Italia Alzheimer Dis Assoc Disord; 22 158-162
Tittel	Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia
Hensikt Intervensjon	Å undersøka kor effektivt musikkterapi er til å redusera åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Intervensjonar: <ul style="list-style-type: none">• Musikkterapi med ein profesjonell musikkterapeut• Kontrollintervensjon: pedagogiske og underhaldande aktivitetar, som kognitiv stimulering og spela kort.
Metode Instrument	<i>Kvantitativ:</i> <i>Kvasi-eksperimentelt design</i> Pasientane vart randomisert til intervensjon eller kontrollgruppa. MMSE, Barthel index og NPI vart målt ved oppstart, etter 8 veker (midt i intervensjonsperioden), etter 16 veker (slutten av intervensjonsperioden) og 4 veker etter avslutta intervensjon. I tillegg vart pasientane filma under musikkterapien, og desse opptaka vart brukt til å undersøka om pasientane var empatiske i interaksjonen med musikkterapeuten og om dei smilte, song eller gjorde kroppsørslar i takt med musikken.
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 59/2
Hovudfunn	Det var ein signifikant reduksjon av APSD, målt med NPI, i intervensjonsgruppa, ikkje i kontrollgruppa. Denne effekten såg ut til å vedvara etter 4 veker. I tillegg var det ei auke av empatisk åtferd og åtferd som smiling, synging og kroppsørslar. MMSE endra seg ikkje signifikant i løpet av studiet, men når det gjeld Barthel Index såg ein ein signifikant reduksjon i både eksperimentgruppa og kontrollgruppa.
Kvalitet	100 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE(R)
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 12

Forfattarar År Land Tidsskrift	Ragneskog, Hans, Kenneth Asplund, Mona Kihlgren og Astrid Norberg 2001 Sverige International Journal of Nursing Practise;7: 146-155
Tittel	Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recored sessions.
Hensikt Intervensjon	Å undersøka om individualisert musikk kunne bli brukt som sjukepleieintervensjon for å redusera agitert åtferd hjå fire pasientar med demens. Intervensjon: <ul style="list-style-type: none">• Individualisert musikk som vart valt utifrå det pasientane sjølv, pårørande og pleiepersonale oppgav som pasientane sin favorittmusikk• Kontrollintervensjon: Ikkje-individualisert musikk i form av klassisk musikk og havlydar.
Metode Instrument	<i>Kvalitativ</i> Pasientane vart filma gjennom 4 ulike observasjonsperiodar, med 4-5 økter per observasjonsperiode. Fyrst var det ein observasjonsperiode utan musikk, deretter med ikkje-individualisert musikk og til slutt var det to observasjonsperiodar med individualisert musikk. Ved musikkintervensjonane vart pasientane filma 5-10 minutt før og etter intervensjon.
Deltakarar Fråfall	Pasientar: 4
Hovudfunn	Alle pasientane reagerte på musikken, men i ulik grad. Ein av pasientane viste ingen positiv respons, og blei i somme tilfelle meir agitert av musikken. Hjå ein av pasientane såg det ut til at musikken gjorde han mindre agitert, og hjå ein annan pasient såg det ut til at musikken lindra angst. Ein pasient viste veldig blanda respons til musikken, men såg ut til å bli rolegare av somme typar musikk.
Kvalitet	93 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE (R)
Søk	Nr. 2

Artikkel nr. 13

Forfattarar	Sung, Huei-chuan, Shu-min Chang, Ming-shinn Lee og Wen-li Lee
År	2006
Land	Taiwan
Tidsskrift	Complementary Therapies in Medicine; 14: 113-119
Tittel	The effect of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan.
Hensikt	Å undersøka korleis gruppemusikk med rørsle verka inn på førekomsten av agitert åtferd hjå pasientar med demens.
Intervensjon	Intervensjon: Gruppemusikk med rørsle. Det var brukt velkjent musikk i behageleg moderat rytme og tempo. Øktene var leia av ein sjukepleieforskar og fant stad i 30 minutt to gongar i veka i fire veker.
Metode	<i>Kvantitativ</i>
Instrument	<i>Randomisert kontrollert studie</i> Pasientane vart randomisert til intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Kontrollgruppa fekk vanleg pleie. Modifisert Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) vart brukt til å måle agitasjonsnivå ved oppstart (baseline), i veke 2 og i veke 4.
Deltakarar	Pasientar:
Fråfall	40/4
Hovudfunn	Gruppemusikk med rørsle til såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd.
Kvalitet	100 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid MEDLINE
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 14

Forfattarar	Sung, Huei-Chuan, Anne M. Chang og Wen-Li Lee
År	2009
Land	Taiwan
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing; 19: 1056-1064
Tittel	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes.
Hensikt	Å undersøka om føretrekt musikk kan bidra til å redusera angst hjå eldre pasientar med demens.
Intervensjon	Intervensjon: Musikken vart valt ut med assistanse frå pleiepersonale og pårørande, utifrå kva dei trudde var pasientane sin favorittmusikk. Pasientane lytta til musikken 30 minutt på ettermiddagen to gongar i veka i 6 veker.
Metode	<i>Kvantitativ:</i>
Instrument	<i>Kvasi-eksperimentelt design</i> Pasientane vart randomisert til intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Kontrollgruppa fekk vanleg pleie, medan intervensjonsgruppa fekk føretrekt musikk. Rating Anxiety in Dementia (RAID) vart målt før intervensjonsperioden starta og etter at intervensjonsperioden var avslutta.
Deltakarar	Pasientar:
Fråfall	53/1
Hovudfunn	Føretrekt musikk ga signifikant reduksjon av angst.
Kvalitet	85 % Kvalitetsgrad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid Nursing database
Søk	Nr. 1

Ekkluderte forskingsartiklar

	Tittel	Forfattarar År Tidsskrift Land	Grunngiving	Database
Søk 1	Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer`s patients	Akdemir, Nuran og Leyla Ozdemir. 2009. <i>Journal of the Neurological Sciences.</i> Tyrkia	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer`s Disease	Baker, Felicity A. og Alison J. Ledger. 2007. <i>Aging and Mental Health.</i> Australia	Dårleg kvalitet	PsycINFO
	Brief Psychosocial Therapy for the Treatment of Agitation in Alzheimer Disease (The CALM-AD Trial)	Ballard, Clive, Peter Bentham, Paul Bradley, Richard Brown, Roger Bullock, Alistair Burns, Simon Douglas “et al.” 2009.. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> United Kingdom	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	An Exploratory Study of Carers` and Care Staff`s Perspectives of <i>Silver Memories</i> – A Unique Radio Program for Older People.	Bartlett, Helen og Catherine Travers. 2010. <i>Activities, Adaptation & Aging.</i> Australia	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	The Effect of Expressive and Instrumental Touch on The Behavior States of Older Adults with Late-Stage Dementia of The Alzheimer`s Type and on Music Therapist`s Perceived Rapport.	Belgrave, Melita. 2009. <i>Journal of Music Therapy.</i> USA	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	Effects of the Therapist` Nonverbal Behavior on Participation and Affect	Cevasco, Andrea M. 2010. <i>Journal of Music Therapy.</i> USA	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO

	of Individuals with Alzheimer`s Disease During Group Music Therapy Sessions.			
	Value of Musical Instruments Used by the Therapist to Elicit Responses from Individuals in Various Stages of Alzheimer`s Disease.	Cevasco, Andrea M. og Roy E. Grant. 2006. <i>Journal of Music Therapy.</i> USA	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial	Cheong, Kwang-Jo, Ae-Na Choi, Jung-Sook Lee og Myeong Soo Lee. 2009. <i>International Journal of Neuroscience.</i> Sør-Korea	Ikkje utført på sjukeheim	Ovid MEDLINE(R)
	Investigating the Enhancing Effect of Music on Autobiographical Memory in Mild Alzheimer`s Disease.	Coakley, Davis, Robert F. Coen, Conal J. Cunningham, Muireann Irish, Brian A. Lawlor, Ian H. Robertson og J. Bernard Walsh. 2006. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.</i> Irland	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standarized Stimuli?	Cohen-Mansfield, Jiska, Maha Dakheel-Ali, Laurence Freedman, Marcia S. Marx, Natalie G. Regier og Khin Thein. 2010. <i>The American Geriatrics Society.</i> USA	Dårleg kvalitet	Ovid MEDLINE(R)
	A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviors and anxiety	Cooke, Marie L., Scott D. Harrison, Wendy Moyle, Jenny E. Murfield og	Svarte ikkje på problemstillinga	Ovid MEDLINE(R)

	in older people with dementia.	David H. K. Shum 2010 Aging & Mental Health		
	The Effect of Background Stimulative Music on Behavior in Alzheimer`s Patients.	Dassa, Ayelet, Amit Granot, Iris Haimov, Sharon Hai og Naomi Ziv. 2007. <i>Journal of Music Therapy</i> . Israel	Ikkje utført på sjukeheim.	Ovid MEDLINE(R)
	Evidence-Based Guideline. Individualized Music for Elders with Dementia.	Gerdner, Linda A. og Deborah Perry Schoenfelder. 2010. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> . USA	Litteraturstudium	Ovid Nursing Database
	Musikkterapeutisk pleje kan forebygge magtanvendelse	Larsen, Aase Hyldgaard. 2010. <i>Sygepleierske</i> . Danmark	Litteraturstudium	SveMed
	Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre	Myskja, Audun. 2009. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> . Noreg	Litteraturstudium	SveMed
	Music in the nursing home: hitting the right note! The provision of music to dementia patients with verbal and vocal agitation in Dutch nursing homes.	Schols J. M. G. A., J. P. J. Slaets, E. R. van der Geer og A. C. Vink. 2009. <i>International Psychogeriatric Association</i> . Nederland	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
	Effects of Namaste Care on Residents Who Do Not Benefit From Usual Activities.	Simard, Joyce og Ladislav Volicer. 2009. <i>American Journal of Alzheimer`s Disease & Other Dementias</i> . USA	Svarte ikkje på problemstillinga	Ovid MEDLINE(R)
	De nære ting. Om bruk av musikk ved behandling av	Skogum, Bente Marie. 2009. <i>Seksjon for</i>	Ikkje vitskapeleg tidsskriftsartikkel	SveMed

	personer med demens	<i>alderspsykiatri, sykehuset i Telemark. Norge</i>		
	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer`s type: a case-control study	Snaedal, J. og H. B. Svansdottir. 2006 <i>International psychogeriatric Island</i>	Ikkje utført på sjukeheim	Ovid MEDLINE(R)
Søk 2	Influence of Caregiver Singing and Background Music on Posture, Movement and Sensory Awareness in Dementia Care.	Brown, Steven, Sirkka-Liisa Ekman og Eva Götell. 2003. <i>International Psychogeriatric Association. Sverige</i>	Svarte ikkje på problemstillinga	PsycINFO
Søk 3	The Effect of Baroque music on Behavioural disturbances in patients with dementia.	Attia, John, Catherine D'Este, Christian Heim, Chitra Krishnan, John Marley og Balakrishnan (Kichu) Nair. 2010. <i>Australasian Journal on Ageing. Australia</i>	Dårleg kvalitet	Ovid Nursing Database
	The impact of caregivers` singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care.	Emami, Azita, Gabriella Engstrøm, Eva Götell og Lena M. Hammar. 2011. <i>Journal of Clinical Nursing. Sverige</i>	Dårleg kvalitet	Ovid Nursing Database
	Evaluation of TEACCH- and Music Therapy-Based Psychological Intervention in Mild to Moderate Dementia.	Probst, Paul og Christian Fischer-Terworth. 2011. A Controlled Trial. <i>Gero Psych. Tyskland</i>	Dårleg kvalitet	PsycINFO
	A Controlled Naturalistic Study on a Weekly Music Therapy and Activity Program	Chen, Denise, Hui Ling hionh, Jenny Goh, Peimin Han,	Ikkje utført på sjukeheim.	Ovid MEDLINE(R)

	on Disruptive and Depressive Behaviors in Dementia.	Melanie Kwan, Philip Yap og Siti Zubaidah Yusoff. 2010 <i>Dementia and Cognitive Disorders</i> Singapore.		
--	---	---	--	--

Oversikt over forskingsartiklar som svarar til ulike funn

Nummera bak funna er tilsvarande artikkelnummer i vedlegg 3

- Musikkaktivitetar i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd: 11*, 13* og 9*
- Musikkaktivitetar i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av apati: 11* og 8*
- Musikkaktivitetar i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av depresjon: 2*
- Musikkaktivitetar i gruppe såg ut til å redusera førekomsten av angst: 11*
- Song frå pleiepersonale såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd under morgonstell: 6\$, 10\$ og 5\$
- Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av agitert åtferd: 6\$, 10\$, 7, 3, 5\$ og 12\$
- I somme tilfelle kunne individualisert musikk gjera pasienten meir agitert: 12\$
- Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av depresjon: 4
- Individualisert musikk såg ut til å redusera førekomsten av angst: 4*, 14* og 12\$
- Preferanselaus innspelt musikk såg ikkje ut til å ha effekt på apati: 8
- Det vart funne økt agitasjonsnivå dei vekene det vart spelt preferanselaus innspelt musikk, samanlikna med vekene utan: 1*

* *signifikant funn*

\$ *kvalitativ studie*