

# Musikkterapi som behandling ved depresjon i sykehjem



KLOK oppgave – kull V06

Yassin Almassy - leder

Kristin Sulheim Gundersen

Karin Gustafsson

Christine Ødegaard Hage

Jorunn Haualand

Benjamin Samsing

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

## **Sammendrag**

Det er høy forekomst av depresjon blant eldre på sykehjem, dette stiller krav til nytenkning rundt behandling. Vi har sett positiv effekt av musikk på sykehjem og har derfor valgt følgende problemstilling: Vil musikkterapi gi en tilleggseffekt til standardbehandling av depresjon hos eldre, deprimerte pasienter?

Det er ikke høy grad av evidens til støtte for problemstillingen, men to randomiserte kontrollerte studier viser tilleggseffekt av musikkterapi på deprimerte eldre. Behandlingen er risikofri og tolereres godt av pasientgruppen.

Inspirert av disse studiene foreslår vi å ansette musikkterapeut på prøvetid i ett år ved et sykehjem, og deretter evaluere tiltaket. Musikkterapeuten skal tilby deprimerte beboere gruppebasert musikkterapi 3 timer i uken. Effekten skal måles og implementeringen evalueres ved hjelp av to resultatindikatorer; GDS-15 skår og forbruk av psykofarmaka, samt en prosessindikator som skal gjenspeile hvorvidt tiltaket blir gjennomført.

Gjennomføringen av tiltaket byr på økonomiske og administrative utfordringer, men er slett ikke umulig. Med økende antall eldre i befolkningen og derav forventet økt forekomst av depresjon, har vi stor tro på nytten av alternative tilnærminger til behandling av denne pasientgruppen med økt fokus på livskvalitet i livets siste fase.

## **Innholdsfortegnelse**

Sammendrag.....	2
Innholdsfortegnelse.....	3
INTRODUKSJON .....	4
Depresjon hos eldre.....	5
Musikkterapi.....	5
KUNNSKAPSGRUNNLAGET.....	6
Søkestrategi.....	6
Effekt av musikkterapi ved depresjon.....	8
FORBEDRINGSARBEIDET .....	11
Observasjoner og praksis.....	11
Indikatorvalg.....	12
Begrunnet tiltak.....	13
PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS.....	15
Ledelsesaspektet.....	16
EVALUERING.....	16
DISKUSJON.....	17
Litteraturliste .....	19
Vedlegg.....	21
Del 2.....	22

## INTRODUKSJON

Inspirasjonen for oppgaven vår bygger på egne erfaringer av gjeldende praksis på to ulike sykehjem: Cathinka Guldberg senteret og Jonsokberget bo- og aktivitetssenter. Cathinka Guldberg senteret har et kulturtilbud til beboerne, mens Jonsokberget bo- og aktivitetssenter ikke har noe organisert kulturtilbud.

De fleste kommunale sykehjem kan i liten grad gi beboerne et kulturelt tilbud. Beboere med redusert funksjon, fysisk eller psykisk, eller et lite sosialt nettverk, vil da få begrensede muligheter til å oppleve kultur, selv om interessen for dette er tilstede. Vårt inntrykk er at hverdagen på sykehjemmet lett blir rutinepreget og ensformig, med få input utover det å få dekket de mest basale behovene. De eldre kan bli understimulerte, og opplever lett lite følelse av glede og tilfredshet. Et tilpasset kulturelt tilbud er noe de fleste kan oppleve meningsfylt, uavhengig av alder og fysisk og psykisk formkurve. Ved å tilrettelegge for et kulturelt tilbud, vil man ved hjelp av forholdsvis enkle midler kunne gi denne gruppen økt livskvalitet i livets siste fase.

Cathinka Guldberg senterets arbeidsform inspirerte oss til å undersøke hvorvidt et kulturtilbud gir økt livskvalitet for eldre på sykehjem. "Kulturtilbud" som begrep kan inkludere alt fra lytting til radio, til mer systematiske kulturaktiviteter. Da begrepet i seg selv er så diffust, måtte vi sette opp mer presise rammer for å avgrense tiltaket. Ut ifra dette har vi definert musikkterapi som vårt tiltak.

Depresjon er en av de store truslene mot Eldres livskvalitet. Vi har valgt å satse på musikkterapi som forbedringstiltak for å redusere depressive symptomer hos eldre. For ytterligere avgrensning av tiltaket, valgte vi deprimerte pasienter på sykehjem som vår målgruppe. Vi vil videre bruke standardiserte skalaer for gradering av depresjon som mål på velbefinnende i pasientenes tilværelse.

Ut ifra dette resonnementet har vi valgt følgende problemstilling:

*"Vil musikkterapi gi en tilleggseffekt til standardbehandling av depresjon hos eldre, deprimerte pasienter?"*

For å hente inspirasjon til praktisk implementering av musikkterapi, har vi vært i kontakt med Lambertseter sykehjem som praktiserer organisert musikkterapi.

## **Depresjon hos eldre**

Depresjon er en lidelse som er hyppig forekommende hos eldre i sykehjem. I en systematisk oversiktsstudie fra 2003 publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening, ble det funnet en prevalens av depresjon i eldrebefolkningen generelt på 13 %, og alvorlig depresjon 2 %. Prevalensen av depresjon var høyere for eldre i sykehjem med 32 %, og alvorlig depresjon 5 % (1). En prevalensstudie fra USA viste at i 2005 fikk 54,4 % av beboere i sykehjem diagnostisert depresjon i løpet av det første året de var innlagt (2).

Flere risikofaktorer er assosiert med denne overhyppigheten. Psykososiale faktorer som tap av funksjon, nære personer og sosialt nettverk er disponerende. Det ser også ut til at biologiske aldersendringer i hjernen gir en øket disposisjon for depresjon. Dessuten stiger prevalensen av somatisk sykdom med økende alder, og det er en kjent sammenheng mellom somatisk sykdom og depresjon (1). Hos eldre ser man oftere atypiske depresjoner, hvor senket stemningsleie er mindre fremtredende, mens andre symptomer dominerer (1). Dette gjør diagnostikken av depresjon hos eldre utfordrende. Det er flere typer diagnostiske tester tilgjengelig. De mest brukte er Geriatric Depression Scale (GDS), Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Cornell (1).

Tradisjonelt er de fire mest vanlige behandlingsalternativene ved depresjon hos eldre; elektrokonvulsiv terapi (ECT), miljøterapi, psykoterapi/samtalebehandling og antidepressiv medikasjon (3). Antidepressiv behandling generelt har minst like god effekt hos eldre som hos yngre pasienter. De fleste pasienter som får depresjonsbehandling i sykehjem, får dette i form av antidepressive legemidler, enten som eneste behandling, eller i kombinasjon med andre behandlingsstrategier. Det er viktig å fokusere på ikke-farmakologiske behandlingsalternativer, medikamentell antidepressiv behandling bør alltid skje i kombinasjon med andre behandlingstiltak (3).

## **Musikkterapi**

Det eksisterer mange ulike definisjoner av musikkterapi. World Federation of Music Therapy har gjennomgått disse, og publiserte i 2011 en ny definisjon av musikkterapi;

*“Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and wellbeing.*

*Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts” (4).*

Mange ulike teknikker brukes innen musikkterapi. Disse kan grovt deles inn i en *aktiv* form, hvor man gjenskaper, improviserer eller komponerer musikk, og en *reseptiv* form hvor man lytter til musikk. Det er også mulig å kombinere de to formene. Valget av musikkterapiform baseres på terapeutens erfaring, pasientens behov og konteksten. Terapeuten kan behandle pasientene individuelt, eller i grupper (5).

Ved aktiv musikkterapi bruker musikkterapeuten improvisasjonsteknikker for å respondere på, veilede eller stimulere pasienten. Pasientene kan bruke et valgfritt instrument, eller egen stemme. De kan synge sanger de selv eller andre har skrevet, eller spille et musikkstykke med terapeuten. Terapien baserer seg på at relasjonen som gjennom musikken skapes mellom terapeuten og pasienten, bidrar til at pasienten opplever seg selv på en ny måte. Gjennom å samtale om musikkdialogen, skal pasienten få innsikt i sine emosjonelle og relasjonelle problemer (5).

Ved reseptiv musikkterapi fremkommer effekten ved at ulike typer musikkstimuli direkte induserer emosjonelle og fysiske endringer. Her lytter pasienten til levende- eller ferdiginnspilt musikk. Aktiviteter som avspenning, meditasjon, bevegelse eller tegning kan utføres samtidig (5).

Musikkmedisin er terapeutisk bruk av musikk innen helsevesenet, og blir primært utført av helsepersonell. Ferdiginnspilt musikk brukes for å redusere depresjon, smerte og angst (6).

Individualisert musikk betegner en kombinasjon av musikkterapi og musikkmedisin som er spesielt tilpasset sykehjemspasienter. Her integreres musikkterapeutisk arbeid med de øvrige pleie- og omsorgstiltakene ved avdelingen (6).

## **KUNNSKAPSGRUNNLAGET**

### **Søkestrategi**

For å finne informasjon om temaet vi ville skrive om, formulerte vi først et kjernes spørsmål som vi ønsket å få svar på: *”Vil musikkterapi gi en tilleggs effekt til standardbehandling av depresjon hos eldre, deprimerte pasienter?”* Dette er et effektspørsmål som vil kunne

besvares gjennom randomiserte forsøk (7). Vi valgte å starte søket vårt på toppen av kunnskapspyramiden ved å lete etter systematiske oversikter. Disse skal være en oppsummering av all tilgjengelig kunnskap som foreligger om dette temaet (7). Vi søkte i Cochrane Database of Systematic Reviews, da vi anser dette som en pålitelig kunnskapskilde. Her fant vi en systematisk oversiktsartikkel fra 2009. Artikkelen forsøker å besvare et fornuftig faglig spørsmål, har et metodeavsnitt som beskriver en tilfredsstillende søkestrategi, har klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier og forfatterne har vurdert kvaliteten på enkeltstudiene. Vi velger derfor å stole på innholdet i artikkelen.

I tillegg til dette har vi også ledd etter enkeltstudier publisert etter at oversiktsartikkelen ble laget ved søk i Central (i Cochrane Library) og i Medline. Her fant vi en randomisert kontrollert studie som vi valgte å inkludere i kunnskapsgrunnlaget vårt, til tross for at den tar for seg deprimerte pasienter i arbeidsdyktig alder. Artikkelen oppfylder kvalitetskriteriene for en effektvurdering (7): Pasientene ble tilfeldig fordelt til intervensjon og kontroll, randomiseringsprosessen var skjult, de som vurderte resultatene var uvitende om hvilken gruppe pasientene tilhørte, frafallet av pasienter var lite og alle ble analysert som tilhørende den gruppen de ble randomisert til (“intention to treat”). Da intervensjonen var musikkterapi var det ikke mulig å blinde pasienter og behandlere.

Musikkterapi er også studert i forbindelse med angst og uro. En systematisk oversiktsartikkel fra 2003 i Cochrane Database of Systematic Reviews omhandler musikkterapi som behandling av demens og sier noe om dette. Den oppfylder kvalitetskriteriene på en systematisk oversiktsartikkel i overensstemmelse med tidligere resonnering (7).

Vi brukte følgende søkeord og kombinasjoner: #1 elderly patients, #2 elderly, #3 nursing home residents, #4 1 OR 2 OR 3, #5 music therapy, #6 music, #7 5 OR 6, #8 depression, #9 depressive symptoms, #10 8 OR 9, #11 4 AND 7 AND 10. Vi brukte også en litt enklere søkestrategi der vi kun søkte på depresjon og musikkterapi: #1 music therapy, #2 music, #3 1 OR 2, #4 depression, #5 depressive symptoms, #6 4 OR 5, #7 3 AND 6. Søkestrategien for effekt av musikkterapi på angst, uro og demens var lik, men depresjon og depressive symptomer ble byttet ut med ordene “anxiety”, “agitation” og “dementia”.

Kunnskapsgrunnlaget for indikatorvalg kom vi frem til på følgende måte: GDS AND validity, GDS AND nursing homes.

## **Effekt av musikkterapi ved depresjon**

Musikkterapi har blitt brukt på mange ulike måter for å behandle depresjon. I 2009 publiserte The Cochrane Library en systematisk oversiktsartikkel som oppsummerte resultatene av studier som har undersøkt effekten av musikkterapi ved depresjon. Formålet med artikkelen var å sammenlikne effekten av musikkterapi kombinert med standard behandling for depresjon, med effekten av standard behandling alene, hos pasienter med depresjon. Effekten av musikkterapi for pasienter med depresjon, ble i tillegg sammenliknet med effekten av andre psykologiske og farmakologiske terapier (5).

Oversiktsartikkelen inkluderer fem enkeltstudier. Deltakerne var pasienter med klinisk depresjon definert ut fra diagnostiske kriterier som ICD-10 og DSM Research Diagnostic Criteria. Studiene var små, med mellom 19 og 68 deltakere. I tre av studiene var deltakerne over 60 år gamle, i de to andre henholdsvis 14-15 år og 21-62 år. Studiene sammenliknet ulike former for behandling: musikkterapi kombinert med standard behandling mot depresjon versus standard behandling alene, og musikkterapi versus psykologisk eller farmakologisk behandling. Varigheten av behandlingen varierte mellom seks og ti uker.

Deltakerne ble fulgt til slutten av behandlingsperioden i alle studiene. I en studie ble de som hadde fått aktiv behandling fulgt opp og vurdert også ni måneder senere. En av studiene undersøkte effektene av en aktiv musikkterapi. I de fire andre studiene lyttet pasientene til ferdiginnspilt musikk sammen med en terapeut, enten i en gruppe eller individuelt. Varigheten av terapitimene i de ulike studiene var fra en time til 90 minutter. Antall terapitimer varierte fra en til seks ganger per uke. Maksimalt antall terapitimer var mellom 8 og 48. Det som ble regnet som standardbehandling av depresjon varierte betydelig mellom de ulike studiene, fra ingen behandling til antidepressiv behandling og hospitalisering. Det primære utfallsmålet var reduksjon av depressive symptomer. Dette ble målt ved bruk av skalaer som Beck Depression Inventory, GDS og Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Sekundære utfallsmål var sosial og yrkesmessig fungering, selvtillit, livskvalitet, kostnadseffektivitet av behandling, bivirkninger, totalt frafall fra behandling og behandlingsfracfall som skyldtes at pasientene ikke tolererte eller aksepterte behandlingen.

Fire av studiene rapporterte klinisk signifikant større reduksjon i depresjonssymptomer blant de som ble randomisert til musikkterapi sammenliknet med de som var i kontrollgruppene. En studie viste derimot ingen forskjell mellom de som fikk musikkterapi, sammenliknet med de som kun fikk standardbehandling. Forfatterne konkluderer ut fra organiseringen av



musikkterapigruppen i den sistnevnte studien, at det alene å lytte til musikk i en stor gruppe uten et terapeutisk rammeverk og forståelse, ikke er effektivt, selv med en trent terapeut tilstede. En av de andre studiene viser derimot at dersom musikkterapeuten trener pasientene på forhånd og har regelmessig telefonkontakt med dem, kan musikkterapi være effektivt selv når pasientene administrerer musikken selv, som et slags hjemmearbeid. En tredje studie indikerer at musikkterapi kan være effektivt i store grupper når det er en koherent terapeutisk strategi bak anvendelsen av musikken. Deltakelsen i musikkterapigruppene var høy, og frafallet var lite. De fleste som ble randomisert til musikkterapi fullførte behandlingen, noe som indikerer at det er en akseptabel intervensjon for pasienter med depresjon.

Forfatterens konklusjon er at studiene antyder at musikkterapi, i hvert fall på kort sikt, er assosiert med en større bedring i humøret hos pasienter med depresjon sammenliknet med det man finner ved standardbehandling alene, og at musikkterapi ser ut til å være en godt tolerert behandlingsform. Forfatterne mener likevel det er uklart om musikkterapi er en effektiv behandling av depresjon, da de finner at det er lav metodologisk kvalitet på de studiene som er utført (5).

En studie publisert i 2011 undersøkte effekt av musikkterapi på unipolar depresjon blant pasienter i alderen 18 til 50 år. Formålet var å undersøke effekten av musikkterapi kombinert med standardbehandling mot depresjon sammenliknet med effekten av standardbehandling alene. 79 pasienter med diagnosen klinisk depresjon definert etter ICD-10 kriteriene ble randomisert til enten å få aktiv individuell musikkterapi pluss standardbehandling, eller kun standardbehandling. De totalt 20 musikkterapitimene ble gitt 2 ganger i uken og var av 60 minutters varighet. Standardbehandling inkluderte kortvarig psykoterapi (5-6 individuelle møter), antidepressiva og psykiatrisk terapi. Pasientene ble fulgt opp ved baseline, 3 måneder og 6 måneder etter start av intervensjonen. Primære utfallsmål ble vurdert med MADRS. Sekundære utfallsmål ble vurdert med The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A), Global Assessment of Functioning (GAF) og the health-related quality of life survey RAND-36. Pasientene som fikk musikkterapi i tillegg til standardbehandling viste større bedring enn de som kun fikk standardbehandling både når det gjaldt depressive symptomer (gjennomsnittsforskjell 4.65, 95 % konfidensintervall (KI) 0.59 til 8.70,  $p=0.03$ ), generell fungering (-4.58, 95 % KI -8.93 til -0.24,  $p=0.04$ ) og angstsymptomer (1.82, 95 % KI 0.09 til 3.55,  $p=0.04$ ) ved oppfølging etter 3 måneder. NNT var 4. Etter 6 måneder var forskjellene mellom gruppene ikke statistisk signifikante, men på grafiske analyser tenderte forskjellene til å vedvare. Pasientene hadde høy deltakelse og involvering i musikkterapien. Forfatterne

konkluderer med at musikkterapi kombinert med standardbehandling er effektivt ved behandling av depresjon hos pasienter i yrkesaktiv alder (8).

Tre av studiene inkludert i Chochrane-samarbeidets oversiktsartikkel tar for seg en eldre populasjon (over 60 år), og er derfor mest aktuelle for vår problemstilling. To av disse viste effekt av musikkterapi. I Chen 1992 (9) ble aktiv musikkterapi og standard behandling (tricykliske antidepressiva og hospitalisering) sammenliknet med standard behandling alene. Aktiv musikkterapi ble gitt i grupper 6 x 60 minutter hver uke, i 8 uker. Reduksjonen i depressive symptomer var større blant pasientene som ble behandlet med aktiv musikkterapi (98 % versus 67 %), målt med HRSD.

I Hanser 1994 (10) ble avspilling av musikk med musikkterapeut til stede og selvadministrert musikkterapi sammenliknet med standard behandling. Terapeutstyrt avspilling av musikk ble gitt 1 x 60 minutter hver uke, i 8 uker. I tillegg ble det gitt ”hjemmelekse”, total gjennomsnittlig lyttetid ble derfor 3 timer og 15 minutter. En spesiell lyttestrategibasert teknikk fra kognitiv atferdsterapi ble benyttet. GDS ble benyttet som resultatmål. Etter behandlingen var gjennomsnittlig GDS-skår 10 i gruppen som ble behandlet med musikkterapi, og 16,20 i kontrollgruppen (gjennomsnittsforskjell -6,20, 95 % KI -1,33 til -11,07). Reduksjonen i GDS-skår var høyere blant pasientene som fikk musikkterapi i form av avspilling av musikk med musikkterapeut tilstede, enn blant pasientene som ble tilbudt selvadministrering av musikkterapi.

En norsk artikkel hevder at musikkterapi også har vist seg effektivt ved agitasjon hos beboere med kognitiv svikt og ved angst (6). Reduksjon av angstnivå er vist som en tilleggseffekt ved bruk av musikkterapi som ledd i behandling av depresjon (8). I en systematisk oversiktsartikkel kommer det frem at flere studier viser positive effekter på atferdsproblemer hos demente pasienter ved bruk av musikkterapi, både under selve behandlingen og en stund etterpå. Dette gjelder aktivitetsforstyrrelser som for eksempel vandring, aggressivitet og agitasjon. Forfatterne konkluderer imidlertid med at studiene er for små og at den metodologiske kvaliteten er for dårlig til å kunne si med sikkerhet at musikkterapi har effekt på forstyrret adferd hos demente, selv om resultatene i hver enkeltstudie peker i den retning (11).

## **FORBEDRINGSARBEIDET**

### **Observasjoner og praksis**

#### ***Cathinka Guldborg Senteret***

En forbilledlig praksis finnes ved Cathinka Guldborg Senteret i Oslo. Virksomheten er eid av Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, men inngår i Oslo kommunes helseplan. Senteret har en kulturansatt som kan tilby konserter, allsang, høytlesning og museumsbesøk til beboere som ønsker å delta. På avdelingene er personalet informert om kulturtilbudet for uken, og som en del av arbeidsoppgavene inngår det å informere og hjelpe beboerne til å delta. Beboernes pårørende er også alltid velkomne til å delta på aktivitetene. For beboere som har problemer med å komme til fellesaktivitetene, kan den kulturansatte blant annet tilby besøk på rommet med instrument (12).

Ut fra personlige erfaringer fra arbeid på Cathinka Guldborg senteret, er konklusjonen at kulturtilbudet har en svært positiv innvirkning på mange aspekter ved miljøet på avdelingen. Her kan blant annet nevnes:

- Beboerne har et felles samtaleemne i fellesrom og ved middagsbordet.
- Beboerne får en relasjon til aktuelle høytider og sesonger, noe som letter tilknytningen til fellesskapet.
- Aktivitetene øker kontakten mellom avdelingene.
- Det finnes musikk tilgjengelig i fellesrom i form av CD-plater.
- Ansatte har blitt inspirert til selv å ta med instrumenter og spille for beboerne.
- Tilknytning til minner ved hjelp av musikk som var populær da beboerne var yngre.
- Et program for dagen virker motiverende for å komme seg opp av sengen.

#### ***Jonsokberget bo-og aktivitetssenter***

Beboerne på Sykeavdelingen ved sykehjemmet Jonsokberget bo- og aktivitetssenter blir per i dag ikke tilbudt noen form for musikkterapi. Beboerne på denne avdelingen er alle svært redusert fysisk, noen også psykisk. Gjennomsnittsalderen er høy, og forbruket av antidepressiva er stort. Enkelte av de 18 beboerne har pårørende som stiller opp nesten hver dag, mens andre sjeldnere får besøk. Dersom pasientene skal få mulighet til å få musikalske input, er det pårørende som må ta ansvar for å skaffe cd-spiller og musikk til rommet, eller eventuelt ta med pasienten på arrangementer utenfor avdelingen.

Som ved sykehjemsavdelinger flest, har de ansatte mer enn nok med å sørge for at pasientene får dekket sine mest basale behov. Mange av de ansatte går med en følelse av at avdelingen har lite å tilby pasientene utover ”oppbevaring og overlevelse”. Dårlig bemanning er et vedvarende problem, som er tatt opp med ledelsen flere ganger uten at dette har ført til mer ressurser på dette området. Strand kommune er forholdsvis fattig og livskvalitet for pasientgruppen ved Sykeavdelingen står nok ikke høyest på politikernes prioriteringsliste.

### ***Lambertseter alders- og sykehjem***

For å få innblikk i hvordan gjennomføringen av musikkterapi skal kunne tilpasses strukturen og hverdagen på et sykehjem, tok vi kontakt med musikkterapeut og kulturleder Silje Dæhli ved Lambertseter alders- og sykehjem. Vi fikk i stand et møte hvor også fagleder og sykepleier Stine Renden var tilstede. Det var nyttig å få innspill til de praksisnære og tverrfaglige sidene ved organiseringen av deres egen musikkterapi- og kulturvirksomhet. Sykehjemmet drives av Aleris og er et middels stort sykehjem med 121 beboere og et mindre dagsenter for demente med 8 plasser. Sykehjemmet har et utstrakt musikkterapeutisk tilbud.

På Lambertseter er avdelingene oppdelt i team, og en teamleder har ansvar for en enhet på sykehjemmet. Teamlederen er med på alt fra oppstart av musikkterapi til evaluering og dokumentering, noe som gjør at en får god kontinuitet både under og etter intervensjonen.

Opplegget på Lambertseter er slik at musikkterapeuten har individualiserte korttidsintervensjoner på 2-3 timer per uke i 5-6 uker. Musikkterapeuten setter sammen et musikkprogram med noe innspilt og noe levende musikk som kan være beroligende eller aktiviserende musikk. Innholdet bestemmes av deltakerens musikkpreferanse.

### **Indikatorvalg**

Målsetningen med prosjektet er at eldre på sykehjem skal få økt livskvalitet, målt ved reduksjon av depressive symptomer og redusert bruk av antidepressiva. Vi velger å bruke tre ulike indikatorer:

#### **1. Primær resultatindikator: GDS 15 – skår**

Det finnes ulike standardiserte skjema for kvantitering av depressive symptomer og depresjon. Valg av skala bør baseres på testens evne til å identifisere depresjon, måle

depresjonens alvorlighetsgrad, sensitivitet overfor depresjonens endring over tid, og evne til å identifisere når pasienten er friskmeldt (13). Vi vil velge å benytte GDS som primær effektindikator for vårt tiltak. GDS er en relevant test for depresjon hos eldre, da testen er spesielt tilrettelagt denne pasientgruppen. Testens validitet er ikke like høy i en dement pasientgruppe, men viser seg likevel å kunne differensiere mellom eldre med og uten depresjon i en pasientgruppe hvor alle har noen grad av psykisk sykdom. Testens sensitivitet og spesifisitet er heller ikke like høy når den benyttes på sykehjemspasienter, sammenlignet med hjemmeboende eldre (14).

GDS foreligger i ulike varianter, avhengig av antallet spørsmål skjemaet består av. GDS 30 viser seg å være den beste screening- undersøkelsen hos eldre med demens. GDS 15 har noe lavere sensitivitet og spesifisitet, men er likevel et funksjonelt screening- instrument for depresjon i henhold til ICD-10 og DSM-IV kriteriene (15).

Ulike cutoff- grenser kan benyttes, avhengig av om testens formål er å identifisere en depresjon eller å følge opp en depresjon (13). En GDS-15 skår under 5, indikerer fravær av klinisk signifikant depresjon. Skår mellom 5-7 indikerer en mild depresjon, og skår mellom 8-9 en moderat depresjon. Skår over 10 indikerer en alvorlig depressiv episode. Kortere GDS versjoner enn GDS 15 er muligens dårligere til å gradere og følge opp depresjoner, og egnert seg derfor best for screening av forekomst av depresjon (13).

## **2. Sekundær resultatindikator: Forbruk av psykofarmaka**

Ideelt sett vil forbruket av antidepressiva på et sykehjem speile forekomsten av depresjon. Et problem er at sykehjemspasienters medikamenter gjerne ikke blir revurdert ofte nok, slik at pasienter kan stå på medikamenter uten at det er indikasjon for det. Det er derfor interessant å se på samlet bruk av psykofarmaka, da andre typer psykofarmaka ofte doseres som behovsmedikasjon, og man vil raskere kunne se en reduksjon i bruken av disse.

## **3. Prosessindikator: Deltakelse i musikkterapi**

De ansatte registrerer i hvor stor grad beboere med en depresjonsdiagnose faktisk deltar i musikkterapien.

### **Begrunnet valg av tiltak**

Effekten av musikkterapi i behandlingen av depresjon er undersøkt i få studier, og den metodologiske kvaliteten av studiene er lav (5). Kunnskapsgrunnlaget er derfor noe

mangelfullt. Fire av fem studier inkludert i Chochrane-samarbeidets oversiktsartikkel rapporterer likevel om større reduksjon i depressive symptomer blant pasientene som ble randomisert til musikkterapi. To av disse studiene tar for seg en eldre populasjon (over 60 år). Studiene viser også at musikkterapi aksepteres av målgruppen. Vi vil derfor foreslå at musikkterapi innføres i behandlingen av sykehjemspasienter som er diagnostisert med depresjon. Musikkterapiens format og dens praktiske gjennomføring bør ligge tett opptil det som i studier har vist seg å gi effekt.

I Chen 1992 ble musikkterapi gitt av musikkterapeut (9). Hanser 1994 viste størst effekt når musikkterapien ble administrert av musikkterapeut (10). Vi vil derfor foreslå at det på sykehjem ansettes en egen musikkterapeut som kan gi musikkterapi. Stillingsprosent kommer an på sykehjemmets størrelse.

Terapi i form av avspilling av musikk ble benyttet i Hanser 1994, mens aktiv musikkterapi ble benyttet i Chen 1992. Begge former gav reduksjon i depressive symptomer. Vi ser for oss at en musikkterapeut kan benytte begge disse formene for musikkterapi i arbeidet med de deprimerte pasientene på sykehjemmet.

Varigheten av musikkterapien var i begge studiene 8 uker. Reduksjon i depressive symptomer ble målt etter dette. Det er derimot ikke vist at musikkterapien gir varig reduksjon av depressive symptomer etter at den er avsluttet. Den enkelte pasient bør nok tilbys behandling så lenge som han / hun har nytte av det.

I begge studiene ble behandlingen gitt i grupper. Vi kan ikke sikkert utelukke at en del av effekten kan tilskrives gruppedynamikk og gruppesamvær i seg selv. Vi vil derfor at musikkterapien blir gitt i grupper. Grunnet den høye forekomsten av depresjon blant sykehjemspasienter vil nok dette også være en fordel for å kunne gi alle et tilbud, med forsvarlig bruk av ressurser. Gruppestørrelse og -sammensetning vil måtte tilpasses lokale behov.

Antall terapitimer i uken var seks i Chen 1992 og én i Hanser 1994. I Hanser 1994 ble det i tillegg gitt ”hjemmelekser”, og opplegget var bygd på teknikker fra kognitiv atferdsterapi. Det er derfor en fordel om musikkterapeuten har erfaring med kognitiv atferdsterapi for å kunne benytte opplegget fra Hanser 1994. Antall terapitimer bør nok derfor ligge tettere opp til opplegget som ble benyttet i Chen 1992. Av ressurshensyn vil vi foreslå at man forsøker med

3 terapitimer i uken, som ligger tett opptil total lyttetid, inklusive ”hjemmelekser” i Hanser 1994.

Det er usikkerhet knyttet til måten musikkterapi bør gjennomføres på blant deprimerte eldre for å gi størst effekt. Tiltaket bør derfor gjennomføres som et prøveprosjekt over 1 år, med grundig evaluering underveis og etter endt periode.

#### Oppsummering av tiltak

- Musikkterapeut ansettes i 1 år.
- Deprimerte pasienter tilbys 3 timer aktiv og lyttende musikkterapi i uken, gitt i grupper.
- Individuell vurdering vil avgjøre hvor lenge hver pasient skal motta tilbudet.

### **PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS**

Vårt hovedtiltak er å ansette en musikkterapeut på en tilsvarende avdeling som ved Jonsokberget bo- og aktivitetssenter, altså en sykehjemsavdeling uten noen form for musikkterapi. Med musikkterapeut mener vi her en person som har fullført musikkterapeutisk utdanning på høyskolenivå. Musikkterapeuten må være interessert i å holde seg oppdatert på gjeldende kunnskapsstatus angående musikkterapi til deprimerte eldre.

Når det gjelder deltagere som tiltaket skal omfatte, er det beboere med en diagnostisert depresjon. Atypiske uttrykksformer for depresjon hos eldre gjør det viktig med en helhetlig individuell vurdering. Det kan med fordel legges opp til et tverrfaglig tiltak der musikkterapeuten i samråd med primærsykepleier, teamleder og lege velger ut hvilke beboere med depresjon som er kandidater til å tilbys musikkterapi. Ved samtale med beboer og eventuelt pårørende, foretar musikkterapeuten en kartlegging av beboers tilstand og musikkpreferanser, inkludert utprøving av musikk. Informasjonen som her innhentes brukes til å sette sammen hensiktsmessige grupper. Det er viktig at musikkterapeuten bruker best mulig dokumenterte tiltak i utførelsen av musikkterapien.

Etter modell fra Lambertseter alders- og sykehjem tenker vi oss at musikkterapeuten dokumenterer sine vurderinger i pasientjournalen og får en koordinerende rolle. Etter 5-6 uker innkaller musikkterapeuten til en evaluering av intervensjonen sammen med de som har henvist pasienten, for å se om intervensjonen har hatt effekt hos den enkelte, og eventuelt behovet for videre behandling.

Som ledd i den tverrfaglige oppfølgingen må legen følge opp det medisinske, deriblant fortløpende evaluere behov for psykofarmaka.

### **Ledelsesaspektet**

For å ansette en musikkterapeut må det være enighet i ledelsen om at dette er et nyttig tiltak. Evidensbasert informasjon om effekten av musikkterapi på deprimerte pasienter, vil være viktig både for ledelsen og for pleiepersonell.

Tiltaket vil nødvendigvis innebære en endring i organiseringen av hverdagen på sykehjemmet. Mange ansatte vil kunne være skeptiske til endrede rutiner i en allerede stressende hverdag, og frykte merarbeid. For at tiltaket skal bidra til å optimalisere eksisterende ressurser, er det derfor viktig at det er forankret i personalgruppen. Ledelsen bør være synlige i endringsprosessen, og aktivt sørge for tilstrekkelig informasjon og kunnskap blant alle ansatte. Det er viktig å skape engasjement hos alle som skal medvirke til implementering av tiltak. Musikkterapeuten som ansettes må involveres i personalgruppen for å sørge for et best mulig samarbeid og godt arbeidsklima.

### **EVALUERING AV TILTAK**

Da vårt kunnskapsgrunnlag har vist at musikkterapi først og fremst har effekt på depresjon, vil hovedindikatoren på om forbedringstiltaket har effekt være redusert forekomst av depresjon i avdelingen. Vi har valgt GDS som resultatindikator, og i klinisk praksis og en travel sykehjemshverdag tenker vi at det er mest realistisk å bruke GDS-15.

Effekten av tiltaket måles på institusjonsnivå; vil tilbud om musikkterapi på sykehjemmet redusere forekomsten av depressive symptomer? Vi anbefaler at alle deprimerte beboere i avdelingen testes med GDS-15 før musikkterapien settes i gang. Deretter testes alle igjen etter 3, 6, 9 og 12 måneder. En fordel med GDS-15 er at det ikke nødvendigvis må være legen som gjennomfører testen, men for å få standardisert undersøkelsen mest mulig, bør samme person gjennomføre samtlige tester for hver enkelt beboer. Ideelt sett har hver beboer en primærsykepleier som bør være ansatt i en 100 % stilling. Denne har et spesielt oppfølgingsansvar overfor pasienten. Primærsykepleier vil vanligvis ha fulgt pasientens utvikling over noe tid, noe som gjør at vedkommende vil kunne være godt egnet til å gjennomføre GDS-15 testingen.



Vår andre resultatindikator er forbruk av antidepressiva, noe som også er av økonomisk interesse. I realiteten vet vi at sykehjemspasienters medikamenter ikke alltid blir revurdert fortløpende, og man vil derfor kunne risikere å ikke få noe fall i forbruket, til tross for faktisk reduksjon av depressive symptomer. En del beroligende medikamenter er behovsmedisin. Musikkterapien vil kunne føre til et redusert behov for bruk av denne typen medikamenter, noe som muligens raskere vil la seg måle enn fall i bruk av antidepressiva. Vi foreslår derfor at sykehjemmet ser på totalforbruk av psykofarmaka på avdelingen, da redusert forbruk vil være en positiv effekt både for beboerne og for økonomiavdelingen. Man kunne for eksempel se på totalforbruket av psykofarmaka før implementering av musikkterapi, og så etter 6 og 12 måneder. Da gjennomsnittsalderen blant pasientene er så høy, kan det også tenkes at pasientgruppene er svært forskjellig i de ulike målingene grunnet dødsfall, hvilket er en viktig feilkilde.

Vi foreslår også en prosessindikator der beboerens deltakelse i musikkterapien registreres skriftlig. Dette kan enkelt gjøres i pasientens journal, for eksempel som et notat i dagrapporten. Oppsummering skjer månedlig for hver avdeling, da implementeringen evalueres på gruppenivå.

## **DISKUSJON**

Vi har vært i kontakt med Jonsokberget bo- og aktivitetssenter. De er i utgangspunktet positive til tiltaket vi foreslår, men mener at det ikke vil la seg implementere grunnet økonomiske begrensninger. Til tross for dette har vi tro på at implementering av musikkterapi som supplement til standardbehandling ved depresjon er positivt og praktisk gjennomførbart.

Hovedutfordringen med tiltaket er først og fremst av økonomisk karakter. En ny lønnet stilling vil nødvendigvis bety redusert mengde ressurser på et annet område, dersom ikke flere eksterne ressurser kan tilbys avdelingen. Vi ser for oss noen måter de økonomiske ressursene kan skaffes til veie på. Ledelsen i sykehjemmet kan vurdere mulighetene for å rydde plass til en stillingsprosent innenfor gjeldende budsjettamme. Man kan for eksempel vurdere å halvere en hjelpepleier- /sykepleierstilling til fordel for en musikkterapeutstilling. Dette vil kunne bli vanskelig ved et sykehjem hvor ressursene ofte i utgangspunktet er knappe, noe vi fikk bekreftet i samtale med Jonsokberget bo- og aktivitetssenter. Å fjerne en pleiestilling vil potensielt kunne skape motstand i personalgruppen mot innføringen av tiltaket. Alternativt

kan tiltaket få en positiv effekt i personalgruppen med øket motivasjon i arbeidet som resultat av den alternative behandlingstilnærmingen.

Dersom det ikke er mulig å fremskaffe økonomiske midler internt, kan man se på muligheten for å søke økt bevilgning fra politisk hold. Alternativt kan man tenke seg en kommunalt ansatt musikkterapeut som kan deles mellom flere sykehjem. På små sykehjem vil det ikke være verken økonomi eller pasientgrunnlag for å ansette en musikkterapeut i 100 % stilling, og disse vil komme gunstig ut av en slik politisk organisering.

Ideelt sett ser vi for oss at musikkterapeuten kun jobber med musikkterapi. Om dette ikke kan forsvares økonomisk, kan eventuelt stillingsbeskrivelsen også inkludere andre arbeidsoppgaver. Musikkterapeuten kan for eksempel gå inn i en større stilling som ved Lambertseter alders- og sykehjem. Her fungerer musikkterapeuten også som kulturleder og jobber med ansatte og deres kompetanse. Musikkterapeuten tar også lederoppgaver og bedriver informasjonsarbeid overfor ledelsen og personalgruppen, samt diskuterer og formidler resultater slik at det kontinuerlig kan gjøres forbedringer i den daglige driften. En ansatt musikkterapeut kan også jobbe med å skaffe ytterligere økonomisk støtte til arbeidet, for eksempel gjennom å søke trivselsmidler fra ulike instanser.

Vi har sett at depresjon blant eldre på sykehjem er et stort problem som medfører betydelig lidelse og redusert livskvalitet i livets siste fase. Problemet vil trolig tilta i takt med den økende andel eldre i befolkningen. Vi ser derfor et behov for alternative tiltak for å avhjelpe denne utfordringen. Høyere grad av evidens kunne vært ønskelig før tiltaket med å ansette en musikkterapeut blir iverksatt. Lovende resultater i aktuelle studier gir likevel grunn til å tro at tiltaket kan ha effekt. Vi mener derfor at tiltaket bør utprøves i klinisk praksis i den foreskrevne periode med fortløpende evaluering av effekt.

## Litteraturliste

- (1) Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2003; 123: 928-9.
- (2) Hoover DR, Siegel M, Lucas J et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A. International Psychogeriatrics 2010; 22:7,1161-1171.
- (3) Ruset A. Depresjon i sjukeheimar – diagnostikk og behandling. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2005; 125: 1841-3.
- (4) Announcing World Federation of Music Therapy's new definition of Music Therapy. [http://www.wfmt.info/WFMT/President\\_presents...\\_files/President%20presents...5-2011.pdf](http://www.wfmt.info/WFMT/President_presents..._files/President%20presents...5-2011.pdf) (05.06.2011).
- (5) Marotos A, Gold C, Wang X et al. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 1: CD004517.
- (6) Myskja A. Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2005; 125: 1497-9.
- (7) Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2. utgave, 2. opplag 2008.
- (8) Erkkila J, Punkanen M, Fachner J et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2011 Apr 7. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085431. (foreløpig kun publisert på internett)
- (9) Chen X. Active music therapy for senile depression. Chinese Journal of Neurology and Psychiatry 1992; 25: 208-10.
- (10) Hanser SB. Effects of music therapy strategy on depressed older adults. Journal of Gerontology 1994; 49: 265-9.
- (11) Vink AC, Bruinsma MS, Scholten RJPM. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 4: CD003477.
- (12) <http://www.cathinka.no/> (05.06.2011)

(13) Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale:a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-4. International Journal of Geriatric Psychiatry 1999;14:858-865.

(14) Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: A Review of Its development and Utility. International Psychogeriatrics 1996; 8,1.

(15) Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M et al. Which version of Geriatric Depression Scale is Most Useful in Medical Settings and Nursing Homes? Diagnostic Validity Meta-Analysis. American Journal Geriatric Psychiatry 2010; 18:1066-1077.

(16) Bang H. Effektivitet i lederteam – hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 45:2-16.

**Dæhli, Silje:** Master i musikkterapi fra musikkhøgskolen. Underviser praksisstudenter på både master- og bachelornivå. Fast intern undervisning. Med i ledergruppa som det går på kvalitet og kultur og aktivitetstilbudet. Direkte under institusjonssjef/daglig leder.

**Renden, Stine:** Fagleder og sykepleier ved Lambertseter alders- og sykehjem.

## Vedlegg

### **GDS15**

Velg svar på bakgrunn av hvordan du har hatt det den siste uken.

1. Er du vanligvis fornøyd med livet ditt? **JA/NEI**
2. Har du droppet ut av mange av dine vanlige aktiviteter eller interesser? **JA/NEI**
3. Føler du at livet er tomt? **JA/NEI**
4. Kjeder du deg ofte? **JA/NEI**
5. Er du positivt innstilt meste parten av tiden? **JA/NEI**
6. Bekymrer du deg stadig for at det skal skje deg noe vondt? **JA/NEI**
7. Føler du deg glad meste parten av tiden? **JA/NEI**
8. Føler du deg ofte hjelpeløs? **JA/NEI**
9. Foretrekker du å være hjemme, i motsetning til å gå ut å gjøre nye ting? **JA/NEI**
10. Føler du at du har mer problemer med hukommelse enn hva andre har? **JA/NEI**
11. Synes du det er fint å være levende nå? **JA/NEI**
12. Føler du deg ganske verdiløs sånn som du er akkurat nå? **JA/NEI**
13. Føler du deg energisk? **JA/NEI**
14. Føler du at din situasjon er håpløs? **JA/NEI**
15. Føler du at de fleste andre er bedre/flinkere en deg? **JA/NEI**

**Svar i fet tekst = Depresjon**

### **GDS Scoring**

10-15 Alvorlig depresjon

8-9 Moderat depresjon

5-7 Mild/svak depresjon

0-4 Normal