

Musik och Demens

Musik som metod för att lindra Beteendemässiga och Psykiska Symtom hos vårdtagare med Demens

FÖRFATTARE	Emelie Fihn Linda Johnsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad OM5250
	VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Musik och demens – Musik som metod för att lindra Beteendemässiga och Psykiska Symtom hos vårdtagare med Demens
Titel (engelsk):	Music and dementia – Music as a method to ease Behavioural and Psychological Symptoms in residents with Dementia
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Emelie Fihn Linda Johnsson
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Margareta Mollberg

SAMMANFATTNING

Läkemedelsförskrivningen är idag hög på särskilda boenden. Det sker en överanvändning av antipsykotiska, lugnande och antidepressiva läkemedel. Då äldre har en ökad känslighet för läkemedelsbiverkningar är det av yttersta vikt att se möjligheterna med komplementära metoder. Nittio procent av individer med demenssjukdom drabbas av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD). Syftet med detta examensarbete var att belysa om BPSD kan lindras av musik som omvårdnadsåtgärd hos vårdtagare på särskilda boenden. Denna litteraturöversikt baserades på 12 vetenskapliga artiklar som publicerats från 2010 och framåt. Majoriteten av artiklarna var kvantitativa. Analysen resulterade i teman i form av olika BPSD som framkommit i artiklarna. Musikens effekt varierade vilket kan bero på att de studier som analyserades i denna uppsats hade använt sig av olika typer av musik i olika sammanhang. Det som kunde urskiljas var att då musiken individanpassades och/eller kombinerades med sociala stimuli sågs en lindring av vissa BPSD. Som sjuksköterskor kan vi inte bota demenssjukdom, dock kan vi möjliggöra en lindring av BPSD och skapa en värdig miljö för vårdtagare med demens. Musik kan ses som ett komplement till den konventionella medicinen och kan kanske bidra till en minskning av läkemedelsförskrivningen på särskilda boenden.

Nyckelord: BPSD, Dementia, Music, Nursing.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEMENS	1
Fysiologiska förändringar och symtom vid demens.....	2
Demensgradens påverkan på individens vardag	3
Bpsd	3
MUSIK.....	6
LIVSKVALITET	7
ETIK OCH DEMENS.....	8
SALUTOGEN OMVÅRDNAD	8
SJUKSKÖTERSANS ANSVARSOMRÅDE.....	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
LITTERATURSÖKNING	10
Inklusionskriterier.....	11
Exklusionskriterier.....	11
TABELL 1. ÖVERSIKT AV LITTERATURSÖKNING	11
DATAANALYS	12
RESULTAT	13
MUSIKENS EFFEKT PÅ BPSD.....	13
Affektiva symtom	13
Psykosymtom.....	14
Hyperaktivitet.....	14
Apati	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION.....	20
Musik och andra stimuli	22
Betydelsen av sjuksköterskans bemötande för lindring av BPSD	23
Sjuksköterskans betydelse för salutogen omvårdnad och livskvalitet...	24
SLUTSATS	25
REFERENSER	26
BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION	

INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom kommunal vård uppmärksammade vi en skillnad i tillämpning av läkemedelsförskrivning vid behandling av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) mellan olika särskilda boenden. På ett av boendena använde sig sjuksköterskorna av komplementära metoder i större utsträckning än på det andra boendet. Metoderna i det förstnämnda boendet bestod av promenader, berättelsestunder och musik med sociala inslag. På det andra boendet var engagemanget och aktiveringen av vårdtagarna i princip obefintlig. Läkemedelsanvändningen på detta boende var mer frekvent och läkemedel hade ett större inslag i omvårdnaden överlag.

En rapport från Socialstyrelsen har visat att läkemedelsförskrivningen är högre på särskilda boenden i jämförelse med ordinära boenden. Lägesrapporten visar såväl på en överanvändning av lugnande, antipsykotiska läkemedel som antidepressiva läkemedel hos den äldre populationen (1). Den äldre populationen och speciellt de individer som drabbats av demenssjukdom har en ökad känslighet än den yngre populationen vad gäller läkemedelsbiverkningar, trots detta ökar användningen av vissa läkemedel hos äldre individer med demens (2). Enligt läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för BPSD ska icke-farmakologiska åtgärder vara ett förstahandsalternativ (3). Bland annat ska miljön runt vårdtagaren anpassas efter dennes behov. Sjuksköterskans bemötande av vårdtagaren är också viktigt och bör individanpassas (4). Då överanvändning av vissa läkemedel blivit allt vanligare (2) väcktes ett intresse för komplementära metoder. Vi har båda sedan tidigare ett intresse för musik varför vi vill öka vårt kunskapsområde om musik som komplementär metod för att lindra symtom och förbättra omvårdnaden för vårdtagare med demens. Musik har länge använts för att lugna individer men också för att stimulera till aktivitet (5). Med denna uppsats vill vi ta del av vad den aktuella forskningen visar för resultat av musik som komplementär metod.

BAKGRUND

DEMENS

Ordet *demens* kommer från latinets ”*de*”, från på svenska och ”*mens*” som betyder *sinne, själ* eller *förnuft* och formar tillsammans ordet ”*utan/från sinne*” eller ”*utan själ*”(6). Demens är en sjukdom som leder till ett flertal symtom. Vilka symtom som uppkommer beror på vilken del av hjärnan som drabbas av hjärnskadan. Demens innebär en försämring av kognitiva funktioner såsom minne, orienteringsförmåga och språk. Kognitiva försämringar skapar svårigheter att planera och utföra sysslor vilket komplicerar vardagen för individer med demenssjukdom (7).

Befolkningen i Sverige blir allt äldre. Antalet individer över 65 år har under de senaste 50 åren mer än fördubblats till att idag bestå av över 1,6 miljoner av Sveriges befolkning (1). Antalet individer med demenssjukdomar ökar i hela världen, detta beror delvis på att vi lever längre idag. Dessutom existerar ett flertal ytterligare riskfaktorer för uppkomsten av demens vilket har påverkat den utveckling som är idag. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) har presenterat olika risk- och friskfaktorer vid olika typer av demenssjukdomar. Vad beträffar risken att drabbas av demenssjukdom finns det en genetisk faktor, ett protein (ApoE-4-allelen), som innebär

en ökad risk av hög evidensgrad att utveckla Alzheimers sjukdom eller andra demenssjukdomar. Högt blodtryck i medelåldern är ytterligare en riskfaktor för uppkomst av både Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar (8). Det finns ett flertal andra riskfaktorer som också diskuterats men som har en betydligt lägre evidensgrad. Exempel på sådana faktorer är rökning, fetma, åderförkalkning, hjärt- och kärlsjukdomar, behandling med hormonersättning samt statinbehandling (8, 9). Måttligt starka evidens visar på att högre utbildning samt aktivering i form av fritidsaktiviteter kan minska risken för utveckling av demens av Alzheimerstyp samt andra demenssjukdomar. Användandet av blodtryckssänkande läkemedel visar på en minskad risk för uppkomst av övriga demenssjukdomar. Det är ovanligt att individer under 60 år drabbas av demens. Risken att drabbas fördubblas vart femte år efter 65 års ålder. Av individer som är 65 år och äldre drabbas 1 % av någon typ av demenssjukdom. Vid 90 års ålder drabbas över 50 % (8).

Vid demensutredningar utförs olika typer av undersökningar för diagnostisering av demenssjukdom (10). Mini Mental State Examination (MMSE) / Mini Mental Test (MMT) är ett instrument som mäter kognitiv status vid en misstänkt kognitiv försämring. Testet innefattar frågor gällande minne, språk, visuospatiala funktioner (förmåga att kunna orientera sig i sin omgivning med hjälp av synen vilket bland annat innebär att kunna avgöra storleksskillnader och bedöma avstånd) samt rums- och tidsorientering. Vid demenssjukdom visar resultatet på mindre än 24 poäng av 30 möjliga. Poäng mellan 26-30 innebär en mild begynnande demens, 20-25 poäng; mild demens, 10-19 poäng; medelsvår demens samt 0-9 poäng; svår demens (11). MMT är som instrument i sig inte avgörande för diagnostisering av demens och mätinstrumentet är inte granskat av Socialstyrelsen (12).

Fysiologiska förändringar och symtom vid demens

Primärdegenerativa och sekundärdegenerativa demenssjukdomar är två huvudgrupper av demenssjukdomar. Denna uppdelning beror på att uppkomsten av demens har olika orsaker. Vid primärdegenerativ demens startar nedbrytningen av nervcellerna i hjärnan utan någon känd orsak. Alzheimers sjukdom tillhör primärdegenerativ demens och är även den vanligast förekommande demenssjukdomen. Cirka 60 % av alla demenssjukdomar utgörs av Alzheimers sjukdom. Alzheimers sjukdom är inte en enda sjukdom i sig utan ett samlingsnamn för sjukdomar av liknande karaktär. Vid Alzheimers sjukdom bildas degenerativa plack, vilket innebär att det i artärernas innerväggar inlagras fett. Glömska och koncentrationssvårigheter är tidiga tecken på Alzheimers sjukdom (8).

Vid sekundärdegenerativ demenssjukdom kan orsaken vara att störningar av blodflödet till hjärnan uppstår, vilket leder till att nervceller dör. Vaskulär demens är en typ av sekundärdegenerativ demenssjukdom. Psykisk långsamhet är vid denna demenssjukdom vanligt förekommande. Personlighetsförändring, nedsatt initiativförmåga och gångsvårigheter är andra symtom som uppkommer vid vaskulär demens (8).

Demensgradens påverkan på individens vardag

Mild demens

Personer med mild demens kan med hjälp av närstående klara av att bo i hemmet. En person med mild demens kan uppfattas som frisk för utomstående då denne kan föra all dagliga samtal trots ett försämrat korttidsminne (5).

Medelsvår demens

I detta stadie har minnet försämrats ytterligare. Vardagssysslor kan här bli problematiska. Om en person med medelsvår demens blir avbruten mitt i en pågående aktivitet, såsom matlagning, kan denne tappa fokus och helt glömma av vad han/hon precis gjort (5). Daglig tillsyn är i detta stadie nödvändig (13).

Svår demens

I detta stadie av demenssjukdomen uppstår svårigheter att tala, röra sig och gå (5). I detta stadie krävs ständig tillsyn (13).

Bpsd

Demenssymtom delas bland annat in i beteendemässiga symtom och psykiska symtom, vilka har samlingsnamnet BPSD (3). BPSD innebär sekundära symtom som förekommer i allt större frekvens i takt med att demenssjukdomen fortskrider (14). Förekomst av BPSD försämrar livskvaliteten hos demenssjuka (15). Cirka 90 % av individer med demens drabbas någon gång under demenssjukdomen av BPSD (16). Hur de olika symtomen i BPSD klassificeras varierar. Läkemedelsverkets uppdelning av BPSD är följande:

- Affektiva symtom: depression; mani/hypomani; ångest/oro; irritabilitet.
- Psykossymtom: hallucinationer; felaktig identifiering; vanföreställningar.
- Hyperaktivitet: agitation (verbal/fysisk, ropbeteende, aggressivitet och vandringsbeteende); sömnstörning.
- Apati: förlorade intressen; initiativlöshet; tillbakadragenhet (3).

Begreppet BPSD är ifrågasatt och det saknas en tydlig definition som sammanfattar symtom vid demens beroende på var i demensförloppet individen befinner sig (3).

Neuro Psychiatric Inventory (NPI) är ett instrument som används för att skatta BPSD och fungerar därmed som en måttstock för utvärdering av symtomen. I skattningen tittar man på om det finns några utlösande faktorer som bidrar till symtomuppkomsten. Exempel på dessa faktorer är sömnbrist, för litet matintag, problem med hörsel eller smärtproblematik. Nödvändiga åtgärder relaterat till orsaken som skapat problemet fastställs, vilka sedan följs upp av en utvärdering (16).

Depressiva symtom, ångest, vanföreställningar, agitation och apati är BPSD som förekommer vid demenssjukdom (17-25).

Depressiva symtom

Förekomst av depression är vanligt hos vårdtagare med demens och upptäcks vanligtvis vid medelsvår eller svår demens. Depression kan dock uppträda i alla stadier av sjukdomen och är ett av de vanligast förekommande BPSD (22, 26-28). Då en människa drabbas av depression känner denne vanmakt inför livets fortskridande. I dessa lägen upplevs meningen med livet som bortblåst (29). Depression kan vara en diagnos i sig men kan också vara delsymtom relaterat till sjukdomsförloppet vid demenssjukdom (3). Hos cirka 30 % av demenssjuka förekommer depressiva symtom vilka kan ge sig uttryck genom förekomst av agitation, ångest och irritabilitet hos vårdtagaren (30, 31). Ett första tecken på demens kan vara depression. Depression och nedstämdhet är dock vanligt förekommande hos äldre varför det kan vara svårt att urskilja om depressionen är ett tecken på demens eller inte (32, 33). Vid depression, då demens föreligger, bör insättning av SSRI-preparat övervägas då effekterna av en tillfredsställande vårdmiljö och ett gott bemötande är otillräckliga (3). Depression vid Alzheimers sjukdom är nära sammanbundet med nedsatt livskvalitet, försämring av dagliga aktiviteter och innebär en ytterligare försämring av den kognitiva svikten. Förhållandet försvårar omvårdnaden för sjuksköterskorna (34).

Geriatric Depression Scale (GDS) är ett mätinstrument som mäter förekomst av depression. GDS består av 30 frågor om hur den drabbade individen har mått de senaste veckorna som kan besvaras med ett "Ja" eller ett "Nej" (35).

Ångest

Ångest är ett symtom som förekommer hos 38 % av individer som diagnostiserats med Alzheimers sjukdom och hos 72 % av de med Vaskulär demens (21). Olika tecken på att en vårdtagare lider av ångest är förekomst av aggressivitet, sömnproblematik, trötthet eller muskelspänningar (6). Genom att öka tryggheten för vårdtagare med demens kan ångestsymtom lindras, ibland kan det dock vara nödvändigt att sätta in ångest reducerande läkemedel. Ångest kan bero på depression och bör då behandlas med antidepressiva läkemedel (22).

Antipsykotiska läkemedel har tidigare använts som praxis vid behandling av bland annat oro och ångest hos vårdtagare med demens då denna grupp av läkemedel visat ge goda effekter på dessa symtom. Utvärderingen av behandlingen har dock inte skett utifrån ett helhetsperspektiv då biverkningarna av medicineringsen, som leder till försämringar av kognitiva- och motoriska funktioner, har förbisetts (3). Ytterligare biverkningar av antipsykotiska läkemedel är ökad hjärtproblematik, yrsel samt ökad risk för fall (36). Enligt Lövheim H et al. (2) ges antipsykotiska läkemedel inte bara i syfte att lindra symtom utan även för att underlätta olika omvårdnadssituationer för sjuksköterskorna.

Rating Anxiety In Dementia (RAID) används för att mäta förekomst av ångestsymtom. Detta mätinstrument består av en skala med 18 punkter relaterade till ångest. Skalan är graderad från 0, där förekomsten av påståendet i punkten är obefintlig, till 3, där förekomsten av påståendet är betydligt mer frekvent (37).

Vanföreställningar

Vanföreställningar förekommer hos 10-70 % av individer med demenssjukdom (24). Vanföreställningar innebär en förvrängd verklighetsuppfattning vilket beror på föreställningar som individen har, vilka denne upplever som verkliga. Personer i detta

tillstånd känner sig ofta förföljda. Som sjuksköterska kan det vara svårt att övertyga personer med vanföreställningar om att det som denne ser inte är verkligt (38). Vid omvårdnad av denna patientgrupp är det viktigt att ha i åtanke att det som individen upplever är för denne logiskt. Då icke-farmakologisk behandling är otillräcklig kan antipsykotiska läkemedel användas för att lindra vanföreställningar hos vårdtagare med demens (36). Förekomst av vanföreställningar kan öka symtom som agitation och ångest (24). För att mäta förekomst av vanföreställningar används bland annat mätinstrumentet NPI (16).

Agitation

Symtomet agitation förekommer hos 70-90 % av individer som drabbats av demenssjukdom (17-20). Agitation innefattar verbal aggressivitet och fysisk aggressivitet (6). Symtomet skapar en arbetssam miljö för vårdtagaren men även för dennes närstående och vårdgivarna (17-20). Agitation behandlas med benzodiazepiner, antipsykotiska läkemedel eller SSRI- preparat. Samtliga läkemedel kan leda till biverkningar som påverkar vårdtagarens välbefinnande negativt (36).

Hans Ragneskog (39) tar i sin avhandling upp att agitation ofta blir ett sätt för den demenssjuka att kommunicera. Agitation blir en sista utväg då de inte förstår sig själva eller den situation de befinner sig i. Agitation beror ofta på en underliggande orsak vilken vårdtagaren försöker föra fram (39). Exempelvis kan ett bristfälligt socialt nätverk i kombination med svår demens öka risken för agitation (5). Andra orsaker till agitation kan vara att vårdtagaren får för mycket läkemedel eller att denne erhåller en felaktig läkemedelsbehandling (36). Ytterligare orsaker till uppkomst av agitation kan vara: behov av att gå på toaletten; behov av att byta ställning; behov av att bli serverad här och nu; reaktioner på ljud eller läten i omgivningen; en konflikt mellan patient och närstående/vårdgivare; intrång på den personliga sfären (39).

För att minska uppkomst av agitation hos vårdtagare med demens bör stressnivån på det särskilda boendet hållas nere. Detta kan ske genom att sjuksköterskan ser till den omgivande miljön på boendet. Miljön bör vara rogivande och ge ett lugnt intryck. Sjuksköterskan bör utföra omvårdnadshandlingarna i ett lugnt tempo, så att vårdtagare med demens är delaktiga under hela omvårdnadssituationen (5).

Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) är ett instrument som mäter förekomsten av agitation hos vårdtagare med demens. Formuläret består av 29 punkter, vilka tar upp frekvensen av olika fysiska-, icke-fysiska- och verbala aggressiva beteenden. Mätinstrumentet besvaras av patientansvarig sjuksköterska (40).

Förekomst av verbal aggressivitet och fysisk aggressivitet kan vara ett inslag vid motståndsbeteenden. Motståndsbeteende är ett samlingsnamn för en rad olika beteenden och innebär att vårdtagaren motarbetar vårdgivarens försök att utföra den dagliga omvårdnaden. Denna omvårdnad inkluderar hjälp vid påklädning, badning, toalettbesök och hjälp vid måltiden (41).

Resistiveness To Care Scale (RTCS) är en skala där 13 observerbara motståndsbeteenden presenteras. De olika beteendena värderas under tio minuter utifrån varaktighet och intensitet. Varaktigheten av de olika beteendena kan vara ingen alls, mindre än 16 sekunder, 16-59 sekunder, en till två minuter och mer än två minuter. De olika beteendena i skalan är att: ta tag i föremål; ta tag i vårdgivaren; gå iväg; dra sig loss; knuffa bort; knuffa/dra; adduktion; slå eller sparka; säga nej; gråta; hota; skrika och vägra öppna munnen (41).

Apati

Cirka 60 % av individer med Alzheimers sjukdom har apati (25). Apati inbegriper symtom som initiativlöshet, förlust av intressen samt tillbakadragenhet. Apati har visat sig öka i frekvens i samband med att den kognitiva svikten fortskrider (3). Apati har en stor destruktiv påverkan på individens livskvalitet. Symtomet försämrar motoriken och ökar risken för depression och nedstämdhet överlag hos vårdtagare med demens. Apati innebär inte bara en belastning för individen i sig utan även för vårdgivarna (34). För att mäta förekomst av apati används bland annat mätinstrumentet NPI (16).

Bemötande av BPSD

Läkemedelsverkets policy lyder:

”Beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppstå vid demenssjukdom – BPSD – ska vanligen i första hand inte behandlas med läkemedel. De första åtgärderna handlar istället om en anpassning av den omgivande miljön och bemötandet av den sjuke. Det finns få läkemedel som har någon bevisat positiv effekt på BPSD” (42).

Först och främst ska symtom hos demenssjuka och tänkbara orsaker till uppkomsten av symtomen kartläggas. I andra hand bör den farmakologiska behandlingen ses över då vissa läkemedel kan leda till negativa effekter på det centrala nervsystemet. Läkemedelsbehandlingen bör sträva efter att förbättra den kognitiva förmågan. Vid insättning av rätt behandling i tid möjliggörs en minskning av risken att utveckla BPSD. Sjuksköterskan bör dock prioritera att skapa en optimal vårdmiljö samt framföra ett gott bemötande. För att detta ska bli möjligt är det viktigt att sjuksköterskan fokuserar på att vårdtagarens basala behov blir tillfredsställda och att undervisning vad gäller demenssjukdomen möjliggörs för vårdtagaren, dennes närstående och för de vårdgivare som står närmast vårdtagaren. Då ovan nämnda omvårdnadsåtgärder inte ger tillräcklig effekt är ett beslut angående farmakologisk behandling av stor vikt. Vid depression bör SSRI-preparat vara ett förstahandsval. Detta preparat kan även prövas vid agitation, irritabilitet och oro (3).

MUSIK

Musik har historiskt sett haft en viktig roll vad gäller människans läkningsprocess och välbefinnande. I länder som Grekland, Indien och Kina har musik från stränginstrument i kombination med ljudet av porlande vatten använts för att lindra den sjukes oro (45). Florence Nightingale använde sig bland annat av musik som lindring då hon vårdade soldaterna under Krimkriget (46). Musik kan ses som en helande kraft för ett flertal kulturer och för många drabbade har musik haft en läkande kraft (39). I dagens samhälle använder hälso- och sjukvården inte musik i så stor utsträckning (45).

Alla typer av ljud påverkar oss och detsamma gäller musiken. För att en helande effekt ska uppstå är det av stor vikt att rätt sorts musik används. För en möjlighet att vaggas in i en trygg och familjär miljö krävs vanligtvis lugn musik i kombination med naturljud (45). Tempot bör här ligga mellan 60-80 slag i minuten och ljudnivån bör vara runt 50 dB för att skapa en lugnande effekt (45, 47). Det sympatiska nervsystemet

kan påverkas positivt av ett snabbt tempo, vilket leder till förhöjt blodtryck samt ökad hjärt- och andningsfrekvens. Det motsatta sker vid ett långsamt tempo (47).

Människan har inget specifikt musikcentrum men tinningloberna har en central roll för bearbetning av musik, speciellt de övre delarna av dessa. En annan del av hjärnan som har en viktig roll när det gäller bearbetning av musik är den primära hörselbalken. Den grundläggande analysen av musiken sker i den högra temporalloben. Högersidan har huvudansvaret när det gäller bearbetning av klangfärg, tonhöjd samt för identifiering av musikaliskt förlopp. I den vänstra temporalloben sker en detaljerad analys av musiken och troligtvis är det så att det är här som musikaliska talanger har sina fästen. Studier har visat att personer med musikalisk talang använder den vänstra sidan mer än de mer "oskolade" personerna, som använder den högra sidan som verktyg för bearbetning av musik och saknar då helheten i musiken (47).

Musik, sång och rytmer har visat sig ge större avtryck på människan än minne och språk (48). Demenssjuka påverkas av musik trots nedsatta kognitiva funktioner. En del av de som drabbats av demenssjukdom har förmågan att spela ett musikinstrument men kan samtidigt inte på egen hand namnge den aktuella låttiteln eller namnet på kompositören. Detsamma gäller låtar som spelas upp som vårdgivaren redan innan vet att vårdtagaren i fråga är väl bekant med. Många sjunger då med och agerar aktivt genom att klappa takten till låtarna, dock har flertalet demenssjuka svårt att lära sig nya låtar. Musikaktiviteter där välkända låtar spelas kan för vårdtagare med demens väcka goda minnen från förr (5).

Det är viktigt att i vissa fall individanpassa musiken då vi har olika musikpreferenser. Musiksmak varierar ofta mellan olika åldrar och kulturer (45). Mycket positiva effekter kan skapas då valet av musik anpassas till vårdtagarna och vårdgivarna. Då vårdtagarna inte på egen hand kan återge sina musikpreferenser är de närstående till stor nytta (5). För att lindra vårdtagarnas lidande kan musik användas som ett komplement till den konventionella medicinen (45).

LIVSKVALITET

Världshälsoorganisationens definition av livskvalitet är:

"The individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment"(49, s. 1).

Enligt SBU ska åtgärder och behandling av demenssjukdomen möjliggöra en god livskvalitet (9). För att möjliggöra en god livskvalitet för vårdtagare med demens bör sjuksköterskan se till individens behov, då uppfattningen av livskvalitet är individuell (5). En utvärdering av livskvalitet är dock svår att genomföra då vårdtagaren i de flesta fall själv inte kan uttrycka sina upplevelser. I nuläget är det vetenskapliga stödet bristfälligt både vad beträffar effekter av läkemedelsbehandling vid demens men även vad gäller omvårdnadsinsatsernas effekter på livskvalitet (9).

Sjuksköterskan ska värna om vårdtagarnas livskvalitet. Olika sätt att göra detta på är exempelvis att låta vårdtagarna få duscha när de själva vill och att låta dem äta det de är mest sugna på. Fokus hos sjuksköterskan bör alltid vara att låta vårdtagarna vara delaktiga i olika beslut, detta för att möjliggöra en känsla av bibehållen integritet (5).

Dementia Quality of Life (DQOL) är ett mätinstrument som tydliggör förekomsten av livskvalitet hos individen. Instrumentet innefattar 29 frågor bestående av fem subteman och ett valfritt ämne. Alla de 29 frågorna följs av två femgradiga skalor där den ena tar upp upplevelsen, i vilken grad livskvalitet upplevs från "inte alls" till "mycket". Den andra behandlar frekvensen av livskvalitet, exempelvis "aldrig" till "våldigt ofta". Ju högre poäng resultatet av mätningen visar på desto bättre livskvalitet upplever individen (50).

ETIK OCH DEMENS

Omvårdnaden av vårdtagare med demens omfattas av ett ständigt tolkande (5). De etiska beslut som tas i vård situationerna präglas av sjuksköterskans syn på vårdtagaren. Att antingen se den demenssjuke med fokus på hjärnskadan eller att se individen i ett helhetsperspektiv har en direkt påverkan på den vård som sjuksköterskan utför. Att utföra en personcentrerad vård möjliggör för sjuksköterskan att fatta rätt beslut som i sin tur möjliggör en självbestämmanderätt för vårdtagaren. Som sjuksköterska på ett särskilt boende ställs du dagligen inför tunga beslut. Följande typer av frågor kan då dyka upp: Vilka beslut kan jag som sjuksköterska ta själv? Vilka beslut kan jag fatta i vårdtagarens ställe? Om det då framkommer att personen i fråga är i behov av beslutsstöd dyker nästa problem upp. Vem är mest lämplig att tilldelas denna roll och bära detta ansvar? Vem känner vårdtagaren bäst och vem vet vad denne har för behov? Det existerar en gängse uppfattning om att en person skall fatta sina egna beslut så länge han/hon har möjlighet till detta (8).

SALUTOGEN OMVÅRDNAD

Inom demensvården talas det om användandet av ett salutogent perspektiv. Ett salutogent förhållningssätt inbegriper att se det friska hos individen och att arbeta med att stärka de möjligheter som individen besitter. Genom att arbeta med möjligheter istället för begränsningar kan individen stärkas i sin livssituation (5). Aron Antonovsky (51) talar om känsla av sammanhang (KASAM). Han menar på att KASAM är ett verktyg för att uppnå hälsa. Begrepp som ingår i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att yttre och inre stimuli upplevs som förnuftsmässiga och begripliga. För att omgivningen ska vara begriplig är det viktigt att individen upplever informationen som korrekt och sammanhängande och inte som oordnad och oväntad. Hanterbarhet innefattar att individen ser på de krav som ställs som hanterbara och att det inte blir för mycket att ta in då detta kan orsaka ett inre kaos. Att då istället uppleva en känsla av kontroll innebär en hanterbarhet i situationen. Meningsfullhet innebär att kunna uppleva mening trots svårigheter i livet och att saker i livet är värda att satsa energi, engagemang och tid på.

SJUKSKÖTERSANS ANSVARSOMRÅDE

Som sjuksköterska inom demensvården ligger fokus i att tillvarata de resurser som vårdtagaren har kvar samt att se de bakomliggande orsakerna till uppkomsten av olika symtom då vårdtagaren i de flesta fall inte kan framföra problemen på egen hand (6). Att som sjuksköterska skapa angenäma upplevelser för demenssjuka genom god omvårdnad är minst lika viktigt som läkemedelsbehandlingen. Sådana upplevelser kan skapas genom att ge den demenssjuka möjligheten att kommunicera och genom att stimulera till aktivitet. Detta kan bland annat uppnås genom att gruppaktiviteter som promenader och musikstunder anordnas (8).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor från 2005 (43) ska omvårdnaden inbegripas av en holistisk syn på patienten. Sjuksköterskan ska värna om integritet, autonomi och värdighet samt visa en öppenhet inför patientens värderingar och trosuppfattning. Sjuksköterskan ska såväl kunna använda sig av patientens och närståendes information och värna om deras förståelse för vårdsituationen. Vad gäller tillämpning ska vårdande handlingar ha en forskningsetisk bakgrund och sjuksköterskan ska arbeta i team och kunna ta hjälp av teamarbetarnas kunskaper, detta för att möjliggöra en helhetsyn på patienten.

Patientsäkerhetslagen (2010:659):

”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt”(44, 6 kap 1 §).

PROBLEMFORMULERING

Övermedicinering är ett problem på särskilda boenden inom äldreomsorgen. Läkemedelsbiverkningar är, enligt Socialstyrelsen, orsak till 10-30 % av de akuta inläggningarna av äldre patienter (52). Det är därmed viktigt att belysa betydelsen av att sjuksköterskan använder sig av komplementära metoder för att öka livskvaliteten och välbefinnandet hos vårdtagare med demens.

Inom demensvården ges läkemedel i syfte att snabbt lindra symtom (53). Snabbhet går före helhetstänkande och lämnar biverkningsproblematiken i skymundan (3). Sjuksköterskan på särskilda boenden arbetar i en stressig tillvaro där omvårdnaden ska ske snabbt. Ett exempel kan vara då en vårdtagare upplever oro vilket en tablett då snabbt kan råda bot på.

Denna biomedicinska bild av demens som en sjukdom där det objektiva har blivit viktigare än individen i sin helhet har resulterat i att individens behov hamnat i skymundan (53). Tidigare forskning har belyst musikens goda effekter på vårdtagare med demens (54). Utifrån detta underlag väcktes ett intresse av att få en överblick av vad ny forskning visar för resultat om musik som komplementär metod för att lindra BPSD hos vårdtagare på särskilda boenden.

SYFTE

Syftet är att belysa om BPSD kan lindras av musik som omvårdnadsåtgärd.

METOD

Enligt Friberg (55) kan en litteraturöversikt utföras då en översikt av ett kunskapsområde vill skapas.

LITTERATURSÖKNING

Vid litteratursökningen söktes vetenskapliga artiklar genom användning av databaserna Cinahl och Pubmed. Cinahl användes i större utsträckning då denna databas är inriktad på omvårdnad. Pubmed valdes för att ytterligare säkra kunskapsläget inom det valda ämnesområdet.

Den inledande litteratursökningen startades med en övergripande helikopteröversikt av ämnet demens och omvårdnad (55). Det fokuserades här inte på detaljer utan syftet med sökningen var att få en överblick av det studerade området. Sökorden *dementia* och *nursing* användes. Träffarna bestod av en blandning av kvantitativa och kvalitativa artiklar varför användning av en litteraturöversikt som modell för uppsatsskrivandet valdes. Vid denna sökning ansågs området för brett varför en avgränsning genomfördes. Utifrån helikopteröversikten valdes musik som inriktning då vi uppmärksammade att många av artiklarna tog upp sambandet musik-demens. Vi inriktade oss på symtom som inkluderades i begreppet BPSD, sökorden valdes sedan utifrån detta.

I den egentliga litteratursökningen användes sökorden *dementia*, *music*, *nursing*, *psychological symptoms*, *behavioral symptoms*, *quality of life*, *agitation*, *anxiety*, *BPSD*, *depression*, *affective*, *sleep disorders*, *delusions* och *apathy*. Sökorden kombinerades på olika sätt - Se tabell 1, s.11.

Ytterligare sökord som inkluderades i begreppet BPSD användes i kombination med sökorden *dementia* AND *music* vid sökningar på databasen Cinahl. Dessa sökord var: *worry*, *irritable mood*, *hyperkinesis*, *hallucinations*, *affective symptoms*, *bipolar disorder*, *bipolar* och *wandering behavior*. Dessa sökningar gav inga träffar.

Förekomsten av BPSD varierar beroende på i vilket demensstadie individen befinner sig i sin demenssjukdom. I den egentliga litteratursökningen valdes att söka på samtliga BPSD. Genom detta kan risken för att ha uteslutit relevant information minimerats.

URVAL

I urvalsprocessen inkluderades artiklar från år 2010 och framåt, detta då vi avsåg att använda så aktuell forskning som möjligt i uppsatsen.

Inklusionskriterier

Vid litteratursökningarna i databasen Cinahl utfördes följande begränsningar: artiklar publicerade 2010-2012; peer reviewed; research article. I Pubmed utfördes följande begränsningar: artiklar publicerade två år tillbaka och framåt; engelska eller svenska artiklar. För att artiklarna skulle inkluderas kontrollerades även att de var etiskt granskade. I analysen av abstrakten inkluderades endast de studier där vårdtagarna med demens var bosatta på särskilda boenden.

Exklusionskriterier

Artiklar exkluderades på följande grunder: vårdtagarna var inte i fokus; reviews; resultatet kan ha påverkats av flera andra stimuli än musik; musik var inte huvudämnet; artikeln fokuserade på implementeringen av en intervention; uppfyllde inte kraven på en vetenskaplig artikel.

TABELL 1. ÖVERSIKT AV LITTERATURSÖKNING

Databas	Datum	Sökord	Träffar	Inkluderade	Referens nr.
Cinahl	2012-01-23	Dementia, Music, Nursing	19	7	59, 60, 61, 62, 63, 65, 66
Cinahl	2012-01-23	Dementia, Music, Psychological symptoms	2	0	
Cinahl	2012-01-23	Dementia, Music, Behavioral symptoms	3	1	57
Cinahl	2012-01-23	Dementia, Music, Quality of life	3	2	56, 59
Pubmed	2012-01-23	Dementia, Music, Quality of life	8	2	56, 59
Pubmed	2012-01-24	Dementia, Music, Nursing	31	10	56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67
Cinahl	2012-01-24	Dementia, Music,	8	4	57, 60, 61, 63

		Agitation			
Cinahl	2012-01-24	Dementia, Music, Anxiety	5	2	59, 60
Cinahl	2012-01-31	Dementia, Music, BPSD	1	0	
Pubmed	2012-01-31	Dementia, Music, BPSD	2	0	
Cinahl	2012-02-03	Dementia, Music, Depression	5	2	56, 62
Cinahl	2012-02-03	Dementia, Music, Affective	1	0	
Cinahl	2012-02-03	Dementia, Music, Sleep disorders	1	0	
Cinahl	2012-02-03	Dementia, Music, Delusions	1	1	57
Cinahl	2012-02-03	Dementia, Music, Apathy	1	1	57

DATAANALYS

Dataanalysen började med att artiklarnas abstrakt granskades. Fokus då var att framkalla en helhetsbild över de artiklar som den egentliga litteratursökningen lett fram till. De valda inklusionskriterierna möjliggjorde artiklar med ny forskning. Under granskningen valdes de artiklar bort som inbegreps i exklusionskriterierna. Slutligen valdes 12 artiklar för ytterligare granskning, varav 10 var kvantitativa och två kvalitativa.

Nästa steg i processen blev att granska de 12 artiklar som passade in under uppsatta inklusionskriterier i fulltext. En systematisk genomgång av samtliga artiklar utfördes. I detta skede studerades likheter och skillnader vad gällde musikens effekt på olika BPSD mellan de vetenskapliga artiklarna.

För att granska studiernas kvalitet använde vi oss av Friberg F's förslag på granskningsfrågor utifrån litteraturoversikt som mall för kandidatuppsatser (55).

Därefter genomfördes en analys gällande vilka symtom som visat sig vara mest frekventa i litteraturoversikten. Under denna del i arbetet utvecklades teman. Affektiva symtom, psykosymtom, hyperaktivitet och apati blev de teman som dataanalysen

ledde fram till och fick därmed belysa det material som vi fått fram genom användandet av en litteraturöversikt.

RESULTAT

MUSIKENS EFFEKT PÅ BPSD

Litteraturöversikten framlade olika sätt att använda musik i omvårdnadsarbetet i syfte att lindra olika BPSD hos vårdtagare på särskilda boenden. Områden där musik användes i syfte att lindra olika BPSD innefattade; musik i grupp, sång under morgonrutinen, musik under måltiden, individanpassad musik och bakgrundsmusik. BPSD som framkom i denna litteraturöversikt kom att bli depressiva symtom, ångest, vanföreställningar, agitation och apati. Två artiklar var kvalitativa (66, 67) och tio artiklar (56-65) var kvantitativa.

Affektiva symtom

Musik och depressiva symtom

I en studie (56) undersöktes effekten av livemusik i grupp på depression och livskvalitet. Vårdtagarna som deltog i studien var diagnostiserade med mild- till medelsvår demens. Deltagarna delades in i en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Experimentgruppen erhöll livemusik och kontrollgruppen bestod av en läsgrupp. I studien användes musik som omringade deltagarnas musikpreferenser. Mätinstrumenten som användes för att mäta förekomst av depression och livskvalitet var GDS och DQOL. Deltagarna i kontrollgruppen visade under ett tillfälle en signifikant skillnad i upplevelsen av samhörighet i jämförelse med experimentgruppen där känslan av samhörighet inte var lika stark. I övrigt visade resultatet inga signifikanta förbättringar vad gällde förekomst av depression och livskvalitet hos någon av grupperna, oavsett om de deltog i musik- eller läsgruppen. Förekomsten av depression var låg i båda grupperna redan innan interventionens start. Författarna menade att musikinterventioner och läsgrupper kunde skapa möjligheter till förbättring av depressionssymtom, självförtroende och samhörighetskänsla hos en del vårdtagare, även om förbättringarna inte var signifikanta.

I en studie av Raglio A. et al. (57) utfördes musikterapi på särskilda boenden för att belysa om detta gav effekt på BPSD överlag. Musikterapi utfördes i tre cyklar under totalt sex månader. Deltagarna i studien var diagnostiserade med svår demens. Studien omfattade en musikinterventionsgrupp där vårdtagarna lyssnade på musik och kommunicerade med varandra med hjälp av musiken samt en kontrollgrupp för vilka "vanlig" omvårdnad utfördes. NPI var det mätinstrument som användes för att mäta förekomsten av BPSD. NPI mätningen visade att depression minskade signifikant i båda grupperna.

Musik och ångest

I tre studier (58-60) undersöktes om individanpassad musik kunde reducera ångest. I studierna användes ett protokoll för att säkerställa att musiken var individanpassad. För att musiken som spelades under interventionerna skulle anpassas efter vårdtagarens preferenser utfördes musikvalet av vårdtagaren själv, vårdgivaren eller de närstående till vårdtagaren. Förekomsten av ångest mättes med hjälp av

mätinstrumentet RAID. I en av studierna (58) användes olika slagverk under musikinterventioner som utfördes i grupp. Deltagarna hade här mild- till medelsvår demens. Under musikinterventionerna deltog vårdtagarna aktivt genom att spela med i låtarna med hjälp av olika slagverksinstrument. Förutom en experimentgrupp deltog även en kontrollgrupp i studien. Deltagarna i kontrollgruppen erhöll ”vanlig” omvårdnad. Ångestnivån hos vårdtagarna i båda grupperna minskade. Upprepade mätningar visade dock på att musikinterventionsgruppen hade signifikant lägre ångestnivå än kontrollgruppen (58). Även i den andra studien (59) erhöll kontrollgruppen ”vanlig” omvårdnad. I denna studie var deltagarna dock diagnostiserade med medelsvår- till svår demens och hade sedan tidigare dokumenterade ångestsymtom. Innan musikinterventionernas start samt under sista veckan mättes förekomsten av ångest hos vårdtagarna. Förekomsten av ångest i musikgruppen minskade signifikant efter perioden med individanpassade musikinterventioner. I kontrollgruppen minskade förekomsten av ångest även här något men denna minskning var inte signifikant.

I den tredje studien (60) jämfördes två olika typer av interventioner med varandra. Experimentgruppen, som erhöll musikinterventioner, jämfördes här med en kontrollgrupp i form av en läsgrupp. Vårdtagarna hade mild- till medelsvår demens. Under musikinterventionerna uppmuntrades deltagarna till att i grupp aktivt delta, sjunga och lyssna till välbekant musik i form av livemusik och avslutningsvis till inspelad musik. I studien användes musik som omringade deltagarnas musikpreferenser. Innan starten av interventionsperioden, i mitten och efter slutet av interventionsperioden mättes förekomsten av ångest hos deltagarna. Resultatet visade inte på någon signifikant lindring vad gäller ångestreducering med hjälp av musikinterventioner då dessa jämfördes med läsgruppsinterventioner. Det framkom att musikgruppens mätvärden var något lägre än läsgruppens. I båda grupperna visade dock resultaten av samtliga mätningarna genomgående på låga nivåer av ångest, även innan interventionernas start.

I en annan studie (57) där experimentgruppen fick musikterapi och kontrollgruppen erhöll ”vanlig” omvårdnad minskade förekomsten av ångest signifikant i båda grupperna.

Psykossymtom

Musik och vanföreställningar

I studien av Raglio A. et al. (57), som tidigare tagits upp i resultatet, undersöktes också om musikterapi hade någon effekt på vanföreställningar. Resultatet visade att förekomsten av vanföreställningar minskade signifikant hos deltagarna i experimentgruppen, det skedde dock inte någon signifikant minskning i kontrollgruppen vilka erhöll ”vanlig” omvårdnad.

Hyperaktivitet

Musik och agitation

Ho S-Y et al. (61) utförde en studie där forskningskomponerad, det vill säga icke-kommersiell musik, spelades två gånger per dag under måltiderna för att minska agitation hos vårdtagare med demens. Deltagarna i studien hade mild- till svår demens. Utvärdering av eventuell lindring av agitation utfördes med hjälp av mätinstrumentet CMAI. Studien visade att forskningskomponerad musik under

måltiderna minskade agiterat beteende signifikant hos dessa vårdtagare. Agiterat beteende inkluderade fysiskt icke-aggressivt beteende, fysisk aggressivitet, icke-verbal aggressivitet samt verbal aggressivitet. Musikens effekt visade sig dröja kvar i ungefär två veckors tid efter att musikinterventionerna ägt rum.

Musikens effekt på vårdtagarnas problembeteende (fysisk aggressivitet, verbal aggressivitet, icke-fysisk aggressivitet och icke-verbal aggressivitet) undersöktes även av Chang F et al. (62), genom användandet av naturmusik vid lunchtid. Den första veckan av interventionerna innefattades av en daglig observation av vårdtagarnas problembeteende med hjälp av CMAI. Efter halva tiden av studien erhöll deltagarna "vanlig" omvårdnad utan musik. Deltagarna i studien hade mild- till svår demens. Då förekomst av problembeteende endast mättes med hjälp av CMAI kunde det inte avgöras om musikinterventionerna under lunchtid ledde till en signifikant minskning vad gäller vårdtagarnas beteendeproblematik. Det utfördes då ytterligare observationer för att synliggöra förändringar hos vårdtagarna vad gällde beteendeproblematik. Resultatet av detta gav en tydligare bild beträffande effekterna av musik under måltiderna. Observationerna visade på upp- och nergångar beträffande CMAI under interventionsperioden. Detta ledde till en hypotes om att musik hade en försenad effekt på cirka en veckas tid. Det utfördes då ytterligare en mätning för att tydliggöra om eventuella samband existerade mellan musikens effekt och tidsaspekten. Mätningen visade på ett signifikant samband mellan musikinterventionen och tiden det tog innan denna gav effekt på fysisk- och verbal aggressivitet. I denna studie gick det en vecka innan musiken gav någon effekt på dessa två agitationsvariabler. Det rädde alltså ingen signifikant minskning vad gäller de övriga två variablerna.

I en annan studie (60) framkom en signifikant ökning vad gäller verbal aggressivitet både hos experimentgruppen och hos kontrollgruppen. I experimentgruppen spelades livemusik i grupp för deltagarna och i kontrollgruppen erhöles läsning i grupp. Personliga preferenser användes vid valet av musik. Deltagarna i studien hade mild- till medelsvår demens. Majoriteten av vårdtagarna i båda grupperna påvisade verbal aggressivitet redan innan interventionernas start. I experimentgruppen varken ökade eller minskade de övriga agitationsvariablerna. I kontrollgruppen skedde en viss ökning av dessa variabler. Vad gäller övriga agitationsvariabler var dessa minimalistiska före samt under interventionerna. Det framkom ingen signifikant skillnad vad gäller lindring av agitation mellan de båda grupperna.

Lin Y et al. (63) påvisade också att verbal aggressivitet inte lindrades av musik, dock visade denna studie inte på någon ökning av variabeln. Här utfördes musikinterventioner i grupp för att studera hur musik påverkade förekomsten av agitation. Valet av musik utgick från de musikpreferenser vårdtagarna hade innan sjukdomens debut. Deltagarna delades in i två grupper; en experimentgrupp och en kontrollgrupp, där kontrollgruppen erhöles "vanlig" omvårdnad. Majoriteten av deltagarna hade medelsvår demens. Gruppmusikinterventionernas effekt på förekomsten av agitation mättes tre gånger med hjälp av CMAI. Dessa tre tillfällen var vid sjätte- och tolfte interventionen samt en månad efter upphörandet av interventionerna. Resultatet visade på att även om förekomsten av verbal aggressivitet inte minskade så minskade förekomsten av övriga agitationsvariabler signifikant i experimentgruppen. Vid sjätte interventionen visade värdena dock på en signifikant minskning av den verbala aggressiviteten men inte vid den tolfte, sista interventionen. I kontrollgruppen skedde ingen direkt minskning av samtliga agitationsvariabler.

I en studie (58) användes slagverk för att få deltagarna mer aktiva under musikinterventioner som utfördes i grupp. Deltagarna hade mild- till medelsvår demens. Musiken utgick från deltagarnas musikpreferenser. I studien ingick en experimentgrupp där musik användes aktivt samt en kontrollgrupp vilka erhöll ”vanlig” omvårdnad. Hos experimentgruppen var minskningen av agitation signifikant. Även i kontrollgruppen minskade förekomsten av agitation, dock inte lika mycket. Skillnaden i minskning mellan grupperna var inte signifikant.

Barockmusik användes i en studie (64) för att lindra agiterat beteende hos vårdtagare med demens. Deltagarna bodde på två olika avdelningar på ett särskilt boende. På den ena vårdavdelningen hade vårdtagarna ett lägre vårdbehov (mild- till medelsvår demens) och på den andra ett högre (svår demens). Studien inleddes med en observationsperiod som följdes av musikinterventioner. Båda grupperna genomgick en observations- och en musikinterventionsperiod. Under musikinterventionerna spelades barockmusik dagligen mellan kl 15-19. Författarna till studien hade tidigare erfarit att barockmusik haft en lugnande effekt på problembeteenden då denna typ av musik påminner om människans hjärtrytm. Studiens resultat visade dock på en ökning av problembeteende hos vårdtagarna på båda avdelningarna då barockmusik spelades. Effekten av musik inträffade direkt då den spelades under eftermiddagen men avtog sedan under kvällen. Ökningen var inte lika stor på avdelningen med det lägre vårdbehovet. I båda grupperna var ökningen dock signifikant högre på avdelningarna under de veckor då barockmusik spelades i jämförelse med de veckor då barockmusik inte spelades (64).

Raglio A. et al. (57) undersökte musikens effekt på agitation och fann att den minskade signifikant hos deltagarna i experimentgruppen. I kontrollgruppen skedde även en minskning, denna var inte lika stor.

Sång för eller tillsammans med vårdtagare kan underlätta morgonrutinen genom att det kan få vårdtagaren att känna sig bekvämare och få en mer glädjande upplevelse under denna vårdhandling, menar Marmstål Hammar L et al. (65). I deras studie sjöng vårdgivarna sånger och psalmer under morgonrutinen. Vårdtagarna som deltog i studien var diagnostiserade med svår demens. Vårdgivarna sjöng barnvisor, sing-along sånger och populära låtar från tidigt 1900-tal vilka vårdtagarna skulle kunna känna igen från svunna tider. Författarna använde sig av RTCS för att analysera förekomsten av olika motståndsbeteenden och av ett annat mätinstrument för att analysera förekomst av olika känslouttryck. För att fånga olika typer av känslor filmades vårdtagaren och vårdgivaren under morgonrutinen både med och utan Music Therapeutic Caregiving (MTC). Att dra sig loss var det vanligast förekommande motståndsbeteendet både med och utan MTC. Studien visade på att förekomst av motstånd i form av att dra sig loss, gripa tag i olika föremål och adduktion minskade signifikant under MTC i förhållande till de vanligt utförda morgonrutinerna. Negativt uttryckta känslor såsom ilska, ångest och rädsla minskade även under MTC i jämförelse med utan, dock inte signifikant. Positivt uttryckta känslor, generell pigghet och välbehag ökade signifikant under MTC. Den generella piggheten visade sig genom att vårdtagaren var delaktig i uppgiften, hade ögonkontakt och genom att denne såg sig om i rummet och reagerade på vad denne upplevde. Välbehaget gav sig uttryck i form av sång, vissling, leende och skratt.

Marmstål Hammar L et al. (66) analyserade materialet ytterligare och fokuserade då endast på påklädningsprocessen under morgonrutinen. Då vårdgivarna använde sång

vid påklädningen blev vårdtagarna mer delaktiga än utan sång. Vårdgivaren verkade här mer intresserad av vårdtagaren och vårdtagaren blev inbjuden till ett försök att kommunicera. Sångerna handlade om saker som inte hade med omvårdnadshandlingen att göra. Det var låtar om segling, dans, kärlek och Gud. Vårdtagaren agerade under sången på ett mer avslappnat sätt och uttryckte välmående. De flesta vårdtagarna reagerade genom att bli mer aktiva, följsamma och avslappnade men även här, som då ingen sång användes, uttryckte de motstånd och splittrat beteende i vissa fall. De flesta vårdtagarna deltog aktivt i den verbala kommunikationen, då vårdgivaren sjöng, genom att sjunga, humma och vissla med i låtarna. En del vårdtagare kunde till och med sjunga hela låtar samtidigt som de deltog i påklädningen genom icke-verbala kommunikation, via kroppsspråket. Både vårdgivaren och vårdtagaren sökte regelbundet ögonkontakt. Under påklädningen utan användning av sång var ögonkontakten inte lika regelbunden som då sång användes. Några vårdtagare gjorde motstånd och visade ett splittrat beteende även då sång användes. Då vårdtagaren gjorde motstånd sökte vårdgivaren inte ögonkontakt lika regelbundet, fokus låg då mer på själva omvårdnadshandlingen.

Marmstål Hammar L et al. utförde även en studie (67) där vårdgivarnas upplevelser analyserades. I analysen undersöktes deras upplevelser av vårdtagarnas reaktioner med och utan användning av MTC under morgonrutinerna. Det framkom att då MTC inte användes upplevde vårdgivarna morgonrutinerna som en arbetsam procedur där vårdtagarna ibland agerade genom att de gjorde motstånd och var aggressiva. Vårdgivarna upplevde att förekomst av motstånds-beteende och aggressivitet hos vårdtagarna uppstod då de inte förstod situationen och vad som skulle utföras. Svårigheter att få kontakt med vårdtagarna uppstod därför. Vid användning av MTC upplevde vårdgivarna en förbättrad kommunikation där vårdtagarna var mer närvarande och där samspelet fungerade bättre än då ingen sång användes. Vårdgivarna upplevde även vårdtagarna som mer avslappnade och medgörliga under morgonrutinen vid användning av MTC. Vårdtagarna uttryckte även tecken på välbehag då sång användes genom att de, enligt vårdgivarna, såg glada ut och ibland kunde det till och med hända att de skrattade och skämtade.

Apati

Raglio A. et al. (57) studerade musikterapiens effekter på apati hos vårdtagare med demens. Resultatet visade att apati minskade signifikant i experimentgruppen, dock skedde ingen minskning i kontrollgruppen.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att möjliggöra en överblick av musik som komplementär metod vid lindring av vanligt förekommande BPSD har en litteraturöversikt använts som modell för denna kandidatuppsats. Inledningsvis undersöktes det senaste forskningsläget vad gäller demens och omvårdnad. Redan här urskiljdes en trend att musik och demens var en kombination som det forskats mycket inom. Detta ledde fram till en inriktning på musik och demens vilket skapade grunden till denna kandidatuppsats. Ytterligare en avsmalning av ämnesområdet utfördes och fokus blev då musikens effekt på vanligt förekommande BPSD.

Den egentliga litteratursökningen startade med att vi använde olika sökordskombinationer kopplade till alla BPSD, detta för att få med all väsentlig information vad gäller musik och BPSD. Detta anser vi kan tydliggöra det senaste forskningsläget om musikens effekt på BPSD.

De begränsningar som utfördes inför litteratursökningen kan möjligtvis ha begränsat resultatet. Resultat hade kunnat bli annorlunda om sökningarnas avgränsning hade utvidgats till artiklar publicerade under de senaste tio åren istället för de två år som det begränsades till. Orsaken till varför vi valde att endast använda forskningsmaterial från två år tillbaka var att vi ville arbeta med nyare forskning inom området demens och musik.

Under analysen av sökresultaten gallrades de artiklar bort där abstrakten inte speglade syftet och inklusionskriterierna. Att gallra genom att endast läsa abstrakten kan ha lett till att relevanta artiklar förbisetts.

Endast ett fåtal kvalitativa artiklar framkom i sökningarna, varför kvantitativa artiklar är överrepresenterade i litteraturöversikten. Att kvantitativa artiklar dominerar kan innebära att vårdtagarnas upplevelser inte synliggörs på samma sätt. I denna uppsats har siffror och tabeller artiklarna fungerat som objekt för analysering av musikens effekter på BPSD. Ett flertal kvalitativa artiklar inom området BPSD och musik kan ha publicerats tidigare än de två år sökningarna begränsades till. Med fler kvalitativa studier i resultatet hade kanske upplevelsen hos vårdtagarna då musik använts blivit mer framträdande.

Antalet deltagare varierade mellan de olika studierna från den med flest antal deltagare (63) med 100 stycken, till de med minst (65-67) med tio stycken. Författarna i studierna (65-67) med få deltagare nämner att det kan vara en begränsning. Vi valde trots detta att ta med dessa i vår analys då de var väl bearbetade studier med intressanta resultat. I majoriteten av studierna i litteraturöversikten deltog både kvinnor och män. I de flesta av studierna var majoriteten dock kvinnor.

Då artiklarna i litteraturöversikten speglar olika kulturer världen över är det svårt att dra en slutsats om de resultat vi fått fram speglar Sveriges befolkning. Detta ger dock en bredare bild av forskningsläget än om studierna endast hade utförts i Sverige. Förutom studier från Sverige (65-67) är även studier från Australien (60, 56, 64), Italien (57) och Taiwan (58,59,61-63) med i litteraturöversikten. Beroende på i vilket land studierna är utförda varierar bland annat levnadsvanor, hur olika känslor uttrycks och musiksmak.

Alla artiklar var granskade av etiska kommittéer. En svaghet var dock att författarna inte alla gånger tog upp några etiska reflektioner.

Ett etiskt dilemma som kan uppstå i mötet med vårdtagare med demens är att många av dem inte alltid kan framföra sina upplevelser och åsikter på egen hand (8). Samtidigt kan det vara svårt för sjuksköterskan att tolka de olika känslor och upplevelser som vårdtagarna vill föra fram. Genom observationer och användandet av olika mätinstrument kan sjuksköterskan skapa en förståelse för vilken effekt musiken har. Svårigheter kan uppstå i och med att de känslor sjuksköterskan tolkar kanske inte är de vårdtagaren vill förmedla. Det kan vara svårt att få svar på varför en vårdtagare

känner på ett visst sätt i och med att de själva kanske inte vet svaret. Vilken metod är då den mest pålitliga? Är det att utföra mätningar utifrån observationer eller är det att ställa frågor till vårdtagaren själv? Enligt SBU (8) är det viktigt att vid bemötandet av vårdtagare med demens ta i beaktning att så länge demenssjukdomen är i ett sådant stadie att individen kan svara för sig själv ska detta tas till vara på.

Vanföreställningar och apati har inte blivit lika belysta i uppsatsen i jämförelse med de andra symtomen. Detta beror på att den artikeln där vanföreställningar och apati tagits upp endast gav en träff vilket var ett tunt material att analysera. Dessa valdes ändå att ta med då de ingår i BPSD. En utökad sökning, mer än två år bakåt hade möjligtvis gett fler intressanta träffar även på dessa symtom.

I analysen av de vetenskapliga artiklarna jämfördes de med varandra utifrån de symtom som tagits upp. Utifrån detta har sedan olika teman skapats. De olika teman i denna litteraturoversikt var givna redan innan analysen vilket kan ses som en svaghet men i och med att syftet var att belysa om musik kan lindra BPSD föll sig detta naturligt. Studierna presenteras överlag var för sig i resultatet. Vi ansåg detta sätt att presentera resultatet på som tydligast då de olika studierna hade olika upplägg. I och med att studierna hade olika upplägg var det svårt att skapa teman där gemensamma slutsatser från dessa kunde sammanfattas. Hade sökningarna gett fler kvalitativa artiklar hade uppdelningen i olika teman säkerligen sett annorlunda ut. Syftet med uppsatsen var att ta reda på om musik kan lindra BPSD varför de teman som valdes speglas av de symtom som framkom i den egentliga litteratursökningen.

I vilket stadie av demenssjukdomen vårdtagarna befann sig i varierade mellan de olika studierna. En fördjupad analys där fokus endast legat på en eller två av dessa stadier hade kunnat underlätta analysen av musikens effekt. I och med att BPSD innefattar olika symtom och att studiernas upplägg varierat har detta försvårat jämförelsen.

Författarna till de olika studierna använde sig av olika tidsintervaller vid utförandet av musikinterventionerna. I de flesta av studierna (56-63, 65-67) har interventionerna utförts flera dagar i veckan och i vissa av studierna har interventionerna utförts dagligen (61, 62). I några av studierna (58, 59, 61, 63) har interventionsperioden varat i veckor och i andra (56,57,60,62,64-67) under flera månader. Upplägget av musikinterventionerna varierade alltså mellan de olika studierna. Musikinterventionerna har i de olika studierna även haft effekt vid olika tidpunkter under interventionsperioden. I en studie (64) menade författarna på att musikens effekt på agitation sker i det direkta ögonblicket då musiken spelas. I detta fall ledde denna effekt till en ökning av symtomet (64). I en annan studie (62) konstaterades det att det dröjer en vecka innan musiken visar effekt på fysisk- och verbal aggressivitet. I en tredje studie (61) menade författarna på att musiken har en ihållande effekt på agiterat beteende i cirka två veckor efter interventionen. Den tid det tar för musiken att ha effekt på BPSD kan variera beroende på vilket symtom det handlar om då vissa symtom kanske påverkas snabbare än andra. Detta har gjort det svårt att jämföra resultaten med varandra.

I uppsatsens resultat presenteras en del av metoden från de olika studierna, detta då resultatet annars blivit obegripligt. I många av studierna vi analyserat var resultatet svårt att tolka utan metoden varför en kort del av denna beskrivs i vårt resultat. I

många av de vetenskapliga artiklarna beskrivs även en del av metoden i resultatet vilket var en avgörande anledning till varför korta metodbeskrivningar togs med i vårt resultat. På grund av att majoriteten av artiklarna var kvantitativa kan resultatet upplevas som något tunt då en mer ingående beskrivning av vårdtagarnas uttryck och upplevelser av musik här saknas. Genom att kort beskriva metoden blev materialet för analysen och reflektionen av de kvantitativa artiklarnas resultat tydligare.

Det faktum att olika typer av musik har använts i artiklarna i denna uppsats har komplicerat jämförelserna av de olika studiernas resultat. En ytterligare fördjupning i ämnet hade kunnat underlätta en slutsats om det är någon viss typ av musik som ger bäst effekt på specifika BPSD.

Med facit i hand hade en ytterligare begränsning i sökningarna kanske kunnat bidra till ett tydligare resultat av musikens effekter. Hade artiklarna varit mer lika vad gäller vilken typ av musik som använts, hur musiken använts och vilka stimuli kontrollgruppen erhållit hade analysen och resultatet kunnat bli tydligare framställt.

RESULTATDISKUSSION

Med denna litteraturöversikt vill vi belysa om musik kan lindra BPSD vid omvårdnad av vårdtagare på särskilda boenden. I majoriteten av studierna (57-59, 61-63, 65-67) har resultaten visat att musik har en lindrande effekt på olika BPSD. Då BPSD är vanligt förekommande inom demensvården är det av stor vikt att sjuksköterskan behandlar dessa symtom på bästa sätt för att möjliggöra en god livskvalitet hos vårdtagarna.

Betydelsen av musikens framställning för effekt på BPSD

Sjuksköterskan kan på olika sätt använda musik som omvårdnadsåtgärd för att lindra olika BPSD. Musik kan bland annat användas i grupp, som bakgrundsmusik samt fungera som ett sätt att kommunicera och skapa ett gott samspel mellan vårdtagare och sjuksköterska då sång används under morgonrutinen. I studierna har författarna använt sig av olika typer av musik. De har bland annat använt sig av lugn forskningskomponerad musik (61), naturmusik (62), barockmusik (64) och individanpassad musik (56, 58-60, 63). I två av studierna (57, 68) framkommer det inte vilken typ av musik som använts.

Musik i grupp

I studierna där musikinterventionerna utförts i grupp och där kontrollgruppen erhållit ”vanlig” omvårdnad har musiken i experimentgruppen gett effekt på agitation, ångest, depression, illusioner och apati (57, 58, 63). Vårdtagarna i en av studierna (57) lyssnade på musik tillsammans och kommunicerade även med hjälp av musiken vilket gav goda effekter på agitation, ångest, depression, illusioner och apati. I en studie (58) deltog vårdtagarna aktivt i experimentgruppen genom att spela med i låtarna med hjälp av olika slagverksinstrument vilket minskade förekomst av agitation och ångest. Vårdtagarna blev i dessa studier (57, 58) delaktiga och befann sig även i ett socialt sammanhang vilket här kan ha bidragit till att vårdtagarna påverkades positivt. Det som motsäger detta är resultatet från två studier (56, 60) där musikinterventionerna även här utfördes i grupp. I dessa två studier bestod kontrollgruppen av en läsgrupp.

Studierna visade inte på någon minskning av agitation, ångest och depression. Dock var förekomsten av ångest och depression låg redan innan interventionsperiodens start vilket kan ha påverkat resultatet. En av de två studierna (60) visade inte på någon signifikant skillnad i minskning mellan de två grupperna och förekomsten av verbal aggressivitet i studien höjdes signifikant i båda grupperna vilket kan bero på att verbal aggressivitet påvisades hög redan innan interventionerna. Vi misstänker att det kan ha existerat ytterligare en påverkande faktor, troligtvis utifrån, vilken kan ha bidragit till en ökning av verbal aggressivitet. Alla individer kanske inte reagerar positivt då musikinterventioner utförs i grupp. Det kan även bli svårt att individanpassa musiken för vårdtagare som deltar i en gruppintervention då de troligtvis har olika musikpreferenser. Användandet av livemusik kanske för vissa vårdtagare leder till en överstimulering. Vårdtagaren kanske påverkas av kombinationen av livemusiken och att den spelas i grupp. Eventuellt kan det vara så att de som spelar livemusiken är främmande för deltagarna vilket kan vara påfrestande för deltagarna, dock framkommer det inte tydligt i studierna (56, 60) om dessa individer är återkommande eller främmande för vårdtagarna. Ytterligare en orsak till resultatet i de två studierna kan vara att en läsgrupp innebär ett stimuli utöver ”vanlig” omvårdnad. Vi hade gärna sett att författarna till de båda studierna (56, 60) använt sig av en tredje grupp för vilka ”vanlig” omvårdnad utfördes för att betona musikens egen effekt.

Som sjuksköterska är det viktigt att ta i beaktning att alla individer är olika, vissa reagerar positivt i grupp och andra inte. Vi anser ändå att användandet av musik i grupp kan fungera som en lindrande faktor utöver musikens egen påverkan på symtom vid demens.

Individanpassad musik

I några av studierna (56,58-60,63) har författarna utgått från vårdtagarnas musikpreferenser vilket i tre av studierna (58, 59, 63) visat på goda resultat vad gäller minskning av ångest och agitation. I en studie (60) där musikinterventionerna inte gav någon effekt på ångest och verbal aggressivitet var ångestnivåerna låga redan innan interventionerna börjat och förekomsten av verbal aggressivitet var här dessutom hög redan innan, vilket kan ha påverkat resultatet. I en annan studie (56) lindrades inte förekomsten av depression av musikinterventionerna trots att författarna i denna studie utgått från vårdtagarnas musikpreferenser. En förklaring till detta kan vara att även om musiken varit individanpassad då den spelats i grupp har inte alla exakt samma musikpreferenser vilket leder till att all musik egentligen inte kan individanpassas då den spelas i grupp. Om musikinterventioner ska utföras i grupp anser vi att sjuksköterskan bör ta i beaktning att vårdtagarnas olika musikpreferenser kanske bör likna varandra. I studien av Sung H-C et al. (59) minskade förekomsten av ångest signifikant då vårdtagarna självständigt lyssnade på individanpassad musik i hörlurar.

En studie (64) där barockmusik spelades i bakgrunden under eftermiddagarna visade på en ökning av agiterat beteende. Detta resultat kan bero på att valet av musik inte utgått från vårdtagarnas musikpreferenser.

Då sång med välbekanta låtar från tidigt 1900-tal användes vid morgonrutinen påverkades majoriteten av vårdtagarna positivt genom att olika typer av motståndsbeteenden minskade och delaktigheten ökade (65-67). I denna situation kan den välbekanta sången möjliggjort att samspelet förbättrats. Vad som är viktigt att tänka på är att alltid se till individen och dennes behov.

Bakgrundsmusik

I tre studier (61, 62, 64) har bakgrundsmusik av olika slag använts i olika situationer. Skillnaderna mellan två av studierna (61, 62) var att i en studie (61) användes lugn forskningskomponerad musik under lunch och middag och i en annan studie (62) användes naturmusik endast under lunchen. Författarna till alla tre studierna (61, 62, 64) använde sig av lugnande musik med ett tempo som liknar människans hjärtrytm. Studierna har även i princip använt sig av samma ljudnivå och takt vid interventionerna. Trots detta har studierna inte kommit fram till samma resultat. I den förstnämnda studien (61) minskade förekomsten av samtliga agitationsvariabler signifikant. Detta kan bero på att musiken kan ha möjliggjort en lugn miljö och att den spelades kontinuerligt vid lunch och middag på boendet vilket kan ha bidragit till att vårdtagarna upplevt en känsla av trygghet kopplat till måltidssituationerna. I den andra studien (62) där naturmusik spelades under lunchtid visade resultatet på en minskning av endast två av agitationsvariablerna (fysisk- och verbal aggressivitet). En av orsakerna till detta resultat kan bero på att det här inte rådde samma kontinuitet som i den förstnämnda studien. I två av studierna (61, 62) hade vårdtagarna mild- till svår demens vilket då inte kan ha varit en bidragande faktor till den skillnad som uppkom i resultatet. I den tredje studien (64) där barockmusik spelades i bakgrunden under eftermiddagarna hade vårdtagarna mild till medelsvår demens och studien visade på en ökning av agiterat beteende. Då barockmusiken spelades i bakgrunden kan vårdtagarna ha påverkats av andra stimuli. Bland annat då annan musik samtidigt kan ha spelats i vårdtagarnas lägenheter och då andra stimuli runtomkring kan ha påverkat. Detta kan då ha bidragit till en överstimulering vilket i sin tur kan ha lett till ökat agiterat beteende. I dessa tre studier (61, 62, 64) har säkerligen situationen påverkat. Vår uppfattning är att måltidsmusiken säkerligen spelades under lugnare förhållanden där alla satt ner tillsammans.

Som sjuksköterska på ett särskilt boende är det dock av största vikt att reflektera över hur valet av musik kan påverka vårdtagarna vad gäller förekomst av BPSD samt i vilket sammanhang musiken används. Resultaten i de tre ovan nämnda studierna varierade. Musik ger inte alltid effekt på BPSD och behöver inte alltid för alla vara det främsta alternativet för att möjliggöra lindring av BPSD.

Musik och andra stimuli

I fyra av studierna (57-59, 63) där experimentgruppen erhöll musik och kontrollgruppen ”vanlig” omvårdnad minskade förekomsten av BPSD i båda grupperna. I tre av studierna (57, 58, 63) framkom det inte tydligt om en del av experimentgruppen och kontrollgruppen kom från samma eller olika avdelningar på de olika boendena. Om situationen varit den att interventionen utförts på samma avdelning kan minskningen bero på att experimentgruppen påverkat kontrollgruppen positivt. En ytterligare faktor kan ha varit att sjuksköterskorna möjligtvis påverkats av att en studie utförts och på så sätt kanske omedvetet ändrat sitt bemötande gentemot vårdtagarna vilket på så sätt lett till det resultat som framkommit i kontrollgruppen.

Musik kan användas för att lindra BPSD dock bör sjuksköterskan alltid överväga hur musiken presenteras. Genom granskning och analys av de studier som framkommit i litteraturöversikten kan vi se en tendens till att individanpassad musik (58, 59, 63) och musik i sociala sammanhang (57, 58, 61-63, 65-67) har effekt på symptom vid demens.

Då musiken inte anpassats efter vårdtagarnas musikpreferenser och då den inte spelats i ett socialt sammanhang har vi uppmärksammat att musiken inte har gett samma effekt på BPSD (64).

En studie av Cohen-Mansfield J et al. (68) stärker vårt resonemang kring att musik i grupp kan vara bra men att det också är viktigt är att se till individen och dennes behov. Författarna till denna studie jämförde hur olika, engagerande, stimuli påverkade vårdtagare med svår demens visade på att sociala stimuli gav högst förekomst av välbehag och intresse hos vårdtagarna. Därefter kom individanpassade stimuli. Vårdtagare med högre kognitiva funktioner erhöll högre grad av intresse och välbehag från omgivningen än de med lägre. Då musik användes som stimuli visade detta på lägst förekomst av intresse i jämförelse med andra stimuli i denna studie. Musiken som användes i denna studie var inte individanpassad och utfördes inte i ett socialt sammanhang. Musik som stimuli i jämförelse med då inga stimuli användes visade sig i denna studie kunna öka förekomsten av välbehag och intresse signifikant.

Betydelsen av sjuksköterskans bemötande för lindring av BPSD

Kan sjuksköterskans engagemang för vårdtagarna förändras då hon/han är medveten om att en studie utförs på arbetsplatsen? Kan detta i sådana fall vara en bidragande faktor till vårdtagarens förändrade beteende? Detta bör tas hänsyn till då en studie ska utföras. I en studie (66) uppmärksammade vi att vårdgivarna verkade mer intresserade av vårdtagarna under MTC än vid den ”vanliga” morgonrutinen. I en annan artikel (67) om samma studie visade det sig att vårdgivarna upplevde vårdtagarna som mer närvarande vid MTC. Kan ett ökat intresse för vårdtagarna påverka deras beteende positivt?

I studierna utförda av Marmstål Hammar L et al. (65-67) minskade förekomsten av motståndsbeteende signifikant under MTC. En signifikant ökning skedde också av positivt uttryckta känslor, generell pigghet och välbehag. I dessa studier spelade ögonkontakten en viktig roll för ett gott samspel mellan vårdtagaren och vårdgivaren. Vårdgivarna sjöng här gamla, välbekanta låtar för vårdtagarna. Välbekanta låtar kan väcka goda minnen från förr (5). Vi anser att vårdgivaren genom sitt goda bemötande, sitt intresse och engagemang och genom den goda ögonkontakten skapade en upplevelse av trygghet hos vårdtagaren. Vårdtagaren blev mer delaktig i omvårdnadssituationen. På detta sätt förstår vårdtagaren lättare situationen och vad som ska utföras vilket kan leda till att vårdtagarnas motståndsbeteenden minskar. Genom ett gott samspel och genom att förmedla trygghet till vårdtagaren behöver sjuksköterskan inte använda fysiska eller farmakologiska åtgärder för att klara av situationen. Detta kan möjliggöra en ökad KASAM (51) för vårdtagarna samt välbehag för både vårdtagarna och sjuksköterskorna.

Studien som använde barockmusik som bakgrundsmusik (64) visade på en ökning av agiterat beteende. En hypotes till detta resultat kan vara att sjuksköterskorna här kanske inte var lika engagerade i vårdtagarna som om musiken hade spelats i samband med en social situation som exempelvis under måltiderna. Vi ser sjuksköterskornas engagemang för vårdtagaren som en tillgång för att få effekt då musik används för att lindra BPSD.

Sjuksköterskans betydelse för salutogen omvårdnad och livskvalitet

Enligt Antonovsky är KASAM i livet en nyckel för att uppleva hälsa (51). I och med att individer med demens har en kognitiv svikt tror vi att det kan bli problematiskt för dem att uppleva KASAM då de hela tiden möter situationer som de inte förstår, relaterat till deras kognitiva svikt. Händelser kan upplevas ostrukturerade, plötsliga och främmande för dem. Vi tror att sjuksköterskor på särskilda boenden genom att anpassa omvårdnaden efter individen, kan möjliggöra KASAM för vårdtagaren trots demenssjukdom. I studierna (65-67) där sång användes vid morgonrutinen ses att användandet av sång gör vårdtagaren mer delaktig i morgonrutinen, vilket vi anser kan göra situationen mer begriplig och hanterbar för vårdtagaren. Att vårdtagare med demens slår takten till musik i grupp med hjälp av slagverk har visat sig ge effekt på agitation och ångest (58). En orsak till detta resultat kan bero på att en samhörighet med andra individer där deltagarna utför samma sak kan möjliggöra en känsla av meningsfullhet.

Läkemedelsförskrivningarna är högre på särskilda boenden i jämförelse med ordinära boenden (1). Trots en ökad känslighet för läkemedelsbiverkningar hos äldre och speciellt hos dementa ökar läkemedelsanvändningen (2). Inom vården idag arbetar sjuksköterskan inte alltid utifrån ett helhetsperspektiv utan istället läggs fokus på nuet och vad som ger snabbast effekt för stunden (53). Vår uppfattning är att läkemedel används för att dämpa BPSD. Musik kanske kan fungera som ett sätt att lindra dessa symtom ur ett långsiktigt perspektiv. Istället för att med olika mediciner dämpa BPSD kanske sjuksköterskan kan använda musik som ett komplement för att lindra dessa symtom där situation och typ av musik anpassas efter individen och dennes behov. Exempelvis kanske en vårdtagare som uppträder aggressivt kan må bättre och bli mindre aggressiv genom att delta i musikinterventioner i grupp. Genom att vårdtagaren får spela på slagverksinstrument i takt till musik och i samhörighet med andra människor kan ångest och agitation lindras.

Ångest är ett vanligt förekommande symtom hos vårdtagare med demens (21). Då ångestsymtom föreligger kan ångestreducerande läkemedel vara nödvändiga att sätta in. Först och främst är det dock viktigt att öka tryggheten för vårdtagaren för att lindra ångestsymtomen (22).

Apati är vanligt förekommande hos vårdtagare med demens och innefattar symtom som initiativlöshet, förlust av intresse och tillbakadragenhet (3). Då apati föreligger påverkas vårdtagarens livskvalitet negativt och risken att drabbas av depression ökar (34). En individ som drabbats av depressiva symtom har svårt att uppleva meningen med livet (29). Det är av största vikt att sjuksköterskan ser till att vårdmiljön är tillfredsställande (3). Användandet av musik som en komplementär metod kanske kan hjälpa till att skapa denna tillfredsställande vårdmiljö och även om SSRI-preparat behöver sättas in så kanske dosen då inte behöver bli lika hög. Detta tror vi kan bidra till en ökad livskvalitet hos vårdtagare med demens i större grad.

Att sjuksköterskan använder musik som komplementär metod för att lindra BPSD anser vi möjliggöra en upplevelse av livskvalitet i större utsträckning än vad läkemedelsbehandling som ensam metod kan göra. Om läkemedel behöver sättas in är det viktigt att sjuksköterskan noterar vilka biverkningar dessa kan ge. Finns det andra möjligheter att lindra BPSD, som exempelvis att skapa en tryggare miljö för

vårdtagaren med hjälp av individanpassad musik, anser vi att detta ska användas och ses över i första hand.

SLUTSATS

Litteraturoversikten framlade olika sätt att använda musik i omvårdnadsarbetet i syfte att lindra BPSD hos vårdtagare på särskilda boenden. Användandet av musik som komplementär metod kan lindra BPSD hos vårdtagare på särskilda boenden då den spelas i sociala sammanhang och då musiken är välbekant och anpassas efter vårdtagarnas musikpreferenser. Musik behöver dock inte alltid ge en positiv effekt. Det existerar ett flertal påverkande faktorer som är avgörande för om musiken kan lindra BPSD eller inte. Faktorer som bearbetats i denna uppsats har varit: sjuksköterskans bemötande, den omgivande miljön, situationen i vilken musiken framställs, om musikvalet utgått från individens musikpreferenser.

Denna uppsats kan fungera som en vägledning och som ett forskningsunderlag för ytterligare forskning. En avsmalning av ämnet kan möjliggöra en tydligare bild av vilken typ av musik som påverkar specifika BPSD. En ökad kunskap hos sjuksköterskan om hur musik kan användas som komplementär metod skulle kunna öka implementeringen av denna metod på särskilda boenden. Sjuksköterskan kan inte bota vårdtagare med demenssjukdom men kan möjliggöra lindring av BPSD samt skapa en rolig miljö för vårdtagarna. Det viktigaste är att sjuksköterskan ser till varje individ och dennes behov.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre - Lägesrapporter 2008 [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8465/2009-126-44_200912644.pdf. 2012-01-31.
2. Lövheim H. Psychotropic and analgesic drug use among old people with special focus on people living in institutional geriatric care [Avhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2008. Volym N.S., 1157.
3. Läkemedelsverket: Behandlingsrekommendationer [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb.pdf. 2012-01-27.
4. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>. 2012-01-27.
5. Ragneskog H. Omvårdnad och omsorg vid demens. © Printema Förlag; 2011.
6. Skog M. Vård och omsorg vid demenssjukdomar. Stockholm: Bonnier Utbildning AB; 2009.
7. Svenskt Demens Centrum: Vad är demens? [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>. 2012-01-26.
8. SBU: Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag? [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_2007_kommun.pdf. 2012-02-09.
9. SBU: Sammanfattning av SBU:s rapport om Demenssjukdomar. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf. 2012-01-27.
10. Svenskt Demens Centrum: Utredda demens. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Minnesutredning/>. 2012-02-21.
11. Svenskt Demens Centrum: Mini Mental Test (MMT). [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Mata-demensgrad-MMT/Minnestest-MMT/>. 2012-02-13.
12. Socialstyrelsen: Mini Mental State Examination (Mini Mental Test), MMSE (MMT). [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/aldre/mmse>. 2012-02-02.
13. Marcusson J, Blennow K, Skoog I & Wallin A. Demenssjukdomar. Stockholm: © Författarna och Liber AB; 1997.
14. Janssen: Demens. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.janssen.se/bgdisplay.jhtml?itemname=dementia_huvudsymtom&product=none. 2012-02-20.

15. Rabins PV, Lyketsos CG & Steele CD. *Practical Dementia Care*. New York: Oxford University Press; 1999.
16. BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.bpsd.se/om-svenskt-bpsd-register/>. 2012-02-06.
17. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E & Georgotas A. Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987; 48: 9-15.
18. Cohen-Mansfield J & Billig N. Agitated behaviours in the elderly: A conceptual review. *J Am Geriatr Soc*. 1986; 34(10): 711-21.
19. Swearer JM, Drachman DA, O'Donnell BF & Mitchell AL. Troublesome and disruptive behaviours in dementia: Relationships to diagnosis and disease severity. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(9): 784-90.
20. Teri L, Larson EB & Reifler BV. Behavioural disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(1): 1-6.
21. Ballard C, Neill D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P & Perry R. Anxiety, depression and Psychosis in vascular dementia. *J Affect Disord*. 2000; 59(2): 97–106.
22. Svenskt Demens Centrum: Depression och ångest. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Psykiatriska/Depression--angest/>. 2012-02-09.
23. McKeith I & Cummings J. Behavioral changes and psychological symptoms in dementia disorders. *LancetNeurol*. 2005; 4:735-42.
24. Harvey RJ. Delusions in Dementia. *Age Ageing*. 1996; 25: 405-8.
25. Landes AM, Sperry SD & Strauss ME. Prevalence of Apathy, Dysphoria, and Depression in Relation to Dementia Severity in Alzheimer's Disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005; 17(3): 342-49.
26. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC & Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988; 23(3): 271–84.
27. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56(9): 1154–66.
28. Lyketsos CG & Olin J. Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biol Psychiatry*. 2002; 52: 243.
29. Andersson B & Jungeström I-B. *Den spröda tonen bortom glömskan: 2 – En bok om musikterapi och uttryckande konstterapi*. Ödeshög: Danagårds Grafiska; 2003.
30. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J & DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA*. 2002; 288(12): 1475–83.
31. Prado-Jean A, Couratier P, Druet-Cabanac M, Nubukpo P, Bernard-Bourzeix L, Thomas P, et al. Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010; 25(10): 1065-72.

32. Wright S & Persad C. Distinguishing Between Depression and Dementia in Older Persons: Neuropsychological and Neuropathological Correlates. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2007; 20(4): 189-98.
33. Arnold E. Sorting out the 3 D's: delirium, dementia, depression: learn how to sift through overlapping signs and symptoms so you can help improve an older patient's quality of life. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19(3): 99-104.
34. Starkstein SE & Brockman S. Diagnosis and Clinical Relevance of Depression And Apathy in Alzheimers' Disease. I: Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K, (ed.). *Neuropsychiatric Disorders.* Springer. 2010; 199-212.
35. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983; 17(1): 37-49.
36. Socialstyrelsen: Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/centralarekommendationer/bpsd>. 2012-02-02.
37. Gibbons L, Teri L, Logsdon R & McCurry S. Assessment of Anxiety in Dementia: An Investigation Into the Association of Different Methods of Measurement. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2006; 19(4): 202-8.
38. Svenskt Demens Centrum: Psykotiska tillstånd. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Psykiatriska/Vanforestallningar--hallucinationer/2012-02-22>.
39. Ragneskog H. Music and other Strategies in the care of agitated individuals with dementia. [Avhandling]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2001.
40. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34: 722-7.
41. Mahoney EK, Hurley AC, Volicer L, Bell M, Gianotis P, Hartshorn M, et al. Development and Testing of the Resistiveness to Care Scale. *Res Nurs Health.* 1999; 22: 27-38.
42. Läke medelsverket: Behandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2008/Behandling-och-bemotande-vid-beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demenssjukdom--BPSD/>. 2012-01-31.
43. Socialstyrelsen: Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf. 2012-02-09.
44. Sveriges riksdag: Svensk författningssamling 2010: 2010: 659. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K6. 2012-03-19.

45. Carlson P & Falkenberg T. Integrativ vård med konventionella, alternativa och komplementära metoder. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.
46. Nightingale F. Notes on nursing. What is and what is not (commemorative edition; originally published in 1859). Philadelphia: JB Lippincott; 1992.
47. Nilsson U. Vårdande musik. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://ulricanilsson.se/VM2009a.pdf>. 2012-02-08.
48. Björlin GA, Basun H, Beck-Friis B, Ekman S-L, Englund E, Eriksson Jönhagen M, et al. Om demens. Stockholm: © Författarna och Liber AB; 2004.
49. WHOQOL Measuring Quality Of Life. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. 2012-02-14.
50. Brod M, Stewart A, Sands L & Walton P. Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQOL). *Gerontologist*. 1999; 39(1): 25-36.
51. Antonovsky A. Hälsans Mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
52. Socialstyrelsen: Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18360/2011-6-12.pdf>. 2012-01-26.
53. Cheston R & Bender M. Understanding Dementia: The man with the worried eyes. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
54. Svenskt Demens Centrum: Musik & dans. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Musik/>. 2012-02-17.
55. Friberg F, red. Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
56. Cooke M, Moyle W, Shum D, Harrison S & Murfield J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *J Health Psychol*. 2010; 15(5): 765-76.
57. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, et al. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial. *Aging Ment Health*. 2010; 14(8): 900-4.
58. Sung H-C, Lee W-L, Li T-L & Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011.
59. Sung H-C, Chang AM & Lee W-L. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2010; 19(7-8): 1056-64.
60. Cooke M, Moyle W, Shum D, Harrison S & Murfield J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging Ment Health*. 2010; 14(8): 905-16.

61. Ho S-Y, Lai H-L, Jeng S-Y, Tang C-W, Sung H-C & Chen P-W. The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011; 25(6): 49-55.
62. Chang F-Y, Huang H-C, Lin K-C & Lin L-C. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2010; 19(7-8): 939-48.
63. Lin Y, Chu H, Yang C-Y, Chen C-H, Chen S-G, Chang H-J, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011; 26(7): 670-8.
64. Nair B, Heim C, Krishnan C, D'Este C, Marley J & Attia J. The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia. *Australas J Ageing.* 2011; 30(1): 11-15.
65. Marmstål Hammar L, Emami A, Götell E & Engström G. The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *J Clin Nurs.* 2011; 20(7/8): 969-78.
66. Marmstål Hammar L, Emami A, Engström G & Götell E. Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scand J Caring Sci.* 2011; 25(1): 160-8.
67. Marmstål Hammar L, Emami A, Engström G & Götell E. Reactions of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations. *Open Nurs J.* 2010; 4: 35-41.
68. Cohen-Mansfield J, Marx M, Thein K & Dakheel-Ali M. The Impact of Stimuli on Affect in Persons With Dementia. *J Clin Psychiatry.* 2011; 72(4): 480

BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: 56

Författare: Cooke M, Moyle W, Shum D, Harrison S & Murfield J.

Titel: A Randomized Controlled Trial Exploring the Effect of Music on Quality Of Life and Depression in Older People with Dementia

Tidskrift: Journal of Health Psychology

År: 2010

Land: Australien

Syfte: Att undersöka hur ett livemusikprogram har effekt på livskvalitet och depression hos äldre med demenssjukdom.

Urval: 47 vårdtagare med mild- till medelsvår demens från två särskilda boenden deltog i studien. Vårdtagarna som deltog i studien hade dokumenterade agitations/aggressions beteenden från den senaste månaden.

Metod: En kvantitativ, randomiserad kontrollerad cross – over studie. Deltagarna på respektive boende delades in i en musikgrupp och en läsgrupp. Musikgruppen och läsgruppen träffades i 40 minuter på morgonen, tre gånger i veckan, under åtta veckor. Musikgruppen fick sjunga till livemusik samt lyssna på inspelad musik i grupp. Valet av musik utgick från vårdtagarnas musikpreferenser. Efter fem veckors ”wash-out” bytte deltagarna grupp med varandra. Ytterligare åtta veckor av interventioner följde därefter. Innan interventionernas start, i mitten och efter interventionerna slutat mättes förekomst av depression och livskvalitet med hjälp av mätinstrumenten GDS och DQOL.

Antal referenser: 56

Referensnummer: 57

Författare: Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, Villani D & Trabucchi M.

Titel: Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomized controlled trial

Tidskrift: Aging & Mental Health

År: 2010

Land: Italien

Syfte: Att belysa om användning av musikterapi med totalt tre cyklar under sex månader har någon effekt på förekomst av problembeteende hos vårdtagare med demens. Varje cykel följs av en månad utan musikterapi.

Urval: 60 vårdtagare med svår demens, från fem särskilda boenden, deltog i studien. Deltagarna delades in i två grupper varav hälften i varje grupp; en experimentgrupp och en kontrollgrupp.

Metod: En kvantitativ, randomiserad kontrollerad studie. Musikterapi användes i tre cyklar under totalt sex månader, varje omgång omfattades av en månad vilket därefter

följdes av en månads "wash-out". Under musikterapi månaden utfördes 12 musikterapisessioner, det vill säga cirka tre gånger per vecka under en månad. Musikterapi grupperna bestod av tre deltagare i respektive grupp. I musikgrupperna lyssnade vårdtagarna på musik samt kommunicerade med varandra med hjälp av musiken. Detta jämfördes därefter med kontrollgruppen där "vanlig" omvårdnad utfördes. Författarna utvärderade även om musikterapi fortfarande hade effekt under "wash-out" månaderna. Utvärderingen utfördes genom att jämföra NPI-poäng hos vårdtagarna.

Antal referenser: 29

Referensnummer: 58

Författare: Sung H-C, Lee W-L, Li T-L & Watson R.

Titel: A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia

Tidskrift: International Journal of Geriatric Psychiatry

År: 2011

Land: Taiwan

Syfte: Att utvärdera effekterna av gruppmusikinterventioner på symtomen ångest och agitation hos äldre vårdtagare med demens.

Urval: 55 vårdtagare från ett särskilt boende med mild- till medelsvår demens delades slumpmässigt in i en experimentgrupp med 27 deltagare och en kontrollgrupp med 28 deltagare.

Metod: Kvantitativ studie. Experimentgruppen deltog i en 30-minuters musikintervention två gånger i veckan under sex veckor, där välbekant musik spelades med hjälp av slagverk. Valet av musik utgick från deltagarnas musikpreferenser. Kontrollgruppen fick "vanlig" omvårdnad utan musik under samma tidsintervall. Utvärdering skedde utifrån mätinstrumenten CMAI och RAID detta före, i mitten samt efter musikinterventionerna.

Antal referenser: 32

Referensnummer: 59

Författare: Sung H-C, Chang AM & Lee W-L.

Titel: A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2010

Land: Taiwan

Syfte: Att presentera resultatet av en studie som utvärderar hur interventioner med individanpassad musik minskar förekomst av ångest hos demenssjuka som vårdas på ett särskilt boende.

Urval: 29 vårdtagare deltog i experimentgruppen och 23 i kontrollgruppen. Deltagarna var diagnostiserade med medelsvår- till svår demens och hade sen tidigare rapporterade ångestsymtom. Studien utfördes på två avdelningar på ett särskilt boende i Taiwan.

Metod: Kvantitativ, kvasi-experimentell studie. Experimentgruppen fick under sex veckors tid lyssna på individanpassad musik under 30 minuter, två gånger i veckan. Innan musikinterventionernas start samt efter studiens sex veckor mättes förekomsten av ångest med hjälp av RAID.

Antal referenser: 47

Referensnummer: 60

Författare: Cooke M, Moyle W, Shum D, Harrison S & Murfield J.

Titel: A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia

Tidskrift: Aging and Mental Health

År: 2010

Land: Australien

Syfte: Att undersöka vilken effekt musik har på agitation, ångest, känslor och livskvalitet hos äldre vårdtagare med demens.

Urval: 47 deltagare med mild- till medelsvår demens, 24 vårdtagare deltog i experimentgruppen och 23 i kontrollgruppen. Deltagarna kom från två särskilda boenden i Queensland, Australien.

Metod: Kvantitativ, randomiserad cross – over studie. Deltagarna delades in i två grupper; en musikgrupp och en läsgrupp. Musikgruppen fick lyssna på och sjunga till livemusik i grupp. Personliga preferenser användes vid valet av musik. Båda interventionerna utfördes under 40 minuter, tre gånger i veckan, under åtta veckor. Efter fem veckors ”wash-out” bytte deltagarna grupp med varandra. Förekomsten av agitation och ångest mättes med hjälp av mätinstrumenten CMAI och RAID. Mätning med dessa instrument utfördes vid tre tillfällen.

Antal referenser: 68

Referensnummer: 61

Författare: Ho S-Y, Lai H-L, Jeng S-Y, Tang C-W, Sung H-C & Chen P-W.

Titel: The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia

Tidskrift: Archives of Psychiatric Nursing

År: 2011

Land: Taiwan

Syfte: Att utvärdera vilken effekt forskningskomponerad musik har på agitation under måltidssituationen hos vårdtagare med demens på ett särskilt boende.

Urval: Urvalet bestod av 22 vårdtagare med mild- till svår demens från ett särskilt boende i Taiwan.

Metod: Kvantitativ studie. Det utfördes en mätning av förekomst av agitation före samt efter interventionerna för att se om forskningskomponerad musik gav någon effekt på agitation. Mätinstrumentet som användes var CMAI. Den forskningskomponerade musiken hade ett tempo på 60-80 slag i minuten och en ljudnivå på 55-70 dB. Musiken spelades dagligen under måltiderna två gånger per dag under fyra veckor. Inspelningar och observationer av vårdtagarna och deras agitationsbeteenden utfördes dygnet runt under en fyraveckorsperiod.

Antal referenser: 31

Referensnummer: 62

Författare: Chang F-Y, Huang H-C, Lin K-C & Lin L-C.

Titel: The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2010

Land: Taiwan

Syfte: Att studera effekterna av ett musikprogram under lunchtid avseende problembeteende bland äldre vårdtagare med demens på ett särskilt boende.

Urval: En stickprovsundersökning användes där 41 deltagare med mild- till svår demens valdes från ett särskilt boende i Taiwan.

Metod: Kvantitativ studie, kvasi-experimentell studie. Studien pågick under en åttaveckorsperiod. Interventionen innefattade att lugnande naturmusik, med en takt som efterliknade människans hjärtslag och en ljudnivå på 60-65 dB, spelades under vårdtagarnas lunch. Mätinstrumentet CMAI användes för att utvärdera förekomsten av agitation.

Antal referenser: 28

Referensnummer: 63

Författare: Lin Y, Chu H, Yang C-Y, Chen C-H, Chen S-G, Chang H-J, Hsieh C-J & Chou K-R.

Titel: Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia

Tidskrift: International Journal of Geriatric Psychiatry

År: 2011

Land: Taiwan

Syfte: Att belysa effekterna av gruppmusikinterventioner på agitation hos äldre vårdtagare med demens.

Urval: I studien deltog 100 vårdtagare vilka delades in i en experimentgrupp med 49 deltagare och en kontrollgrupp med 51 deltagare. Majoriteten av vårdtagarna i studien hade medelsvår demens. Studien utfördes på tre särskilda boenden i Taiwan.

Metod: Kvantitativ studie. Experimentgruppen fick totalt tolv, 30-minuters, gruppmusikinterventioner två gånger i veckan under sex veckor. Musiken utgick från vårdtagarnas musikpreferenser som de var innan demenssjukdomens debut. Kontrollgruppen erhöll "vanlig" omvårdnad. Mätinstrumentet CMAI användes för att utvärdera förekomsten av agitation. Mätningarna utfördes vid tre tillfällen: vid sjätte- och tolfte interventionen samt en månad efter upphörandet av interventionen.

Antal referenser: 30

Referensnummer: 64

Författare: Nair B, Heim C, Krishnan C, D'Este C, Marley J & Attia J.

Titel: The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia

Tidskrift: Australasian Journal on Ageing

År: 2011

Land: Australien

Syfte: Att studera effekten av Barockmusik på människor med demens.

Urval: 75 deltagare valdes ut från två olika avdelningar på ett demensboende. En avdelning med ett lägre vårdbehov och den andra med ett högre vårdbehov. Vårdtagarna med lägre vårdbehov hade mild- till medelsvår demens och vårdtagarna med högre vårdbehov hade svår demens.

Metod: Kvantitativ studie. Studien startade med en två-veckors observationsperiod, under vecka tre valdes en av avdelningarna slumpmässigt ut för musikinterventionen. Musikinterventionen pågick därefter i fyra veckor för att sedan avslutas med en tvåveckors "wash-out" period. Därefter började den andra enheten en fyraveckors musikinterventionsperiod.

Antal referenser: 19

Referensnummer: 65

Författare: Marmstål Hammar L, Emami A, Götell E & Engström G.

Titel: The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2011

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva känslouttryck och motstånd till omvårdnad hos vårdtagare med demens under morgonrutinen, med och utan användning av Music Therapeutic Caregiving (MTC).

Urval: Totalt tio vårdtagare med svår demens och deras vårdgivare deltog i studien. Studien utfördes på två särskilda boenden i Sverige.

Metod: Kvantitativ studie. Vårdtagarnas morgonrutiner observerades genom att de filmades under åtta tillfällen per vecka under två månader. Vid fyra av dessa tillfällen användes MTC vid morgonrutinen och vid de andra fyra tillfällena utfördes den vanliga morgonrutinen. Analysen utfördes med hjälp av två skalor där den ena mätte förekomst av olika motstånds beteenden vid omvårdnad (RTCS) och den andra mätte olika känslouttryck.

Antal referenser: 43

Referensnummer: 66

Författare: Marmstål Hammar L, Emami A, Engström G & Götell E.

Titel: Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

År: 2011

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva hur vårdtagare med demens och deras vårdgivare använder verbal- och icke-verbal kommunikation och ögonkontakt under påklädnaden vid morgonrutinen, med och utan Music Therapeutic Caregiving (MTC).

Urval: Tio vårdtagare med svår demens och deras vårdgivare deltog i studien. Studien utfördes på två särskilda boenden i Sverige.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys. Vårdtagarnas påklädnad vid morgonrutinen observerades genom att de filmades under åtta tillfällen per vecka under två månader. Vid fyra av dessa tillfällen användes MTC vid morgonrutinen och vid de andra fyra tillfällena utfördes den vanliga morgonrutinen. Författarna utförde en kvalitativ innehållsanalys där de tittade på videoinspelningarna för att sedan skriva ner och koda innehållet, skapa underkategorier och generiska kategorier.

Antal referenser: 32

Referensnummer: 67

Författare: Marmstål Hammar L, Emami A, Engström G & Götell E.

Titel: Reactions of Persons with Dementia to Caregivers Singing in Morning Care Situations

Tidskrift: The Open Nursing Journal

År: 2010

Land: Sverige

Syfte: Att redovisa vårdgivarnas upplevelser av de demenssjuka vårdtagarnas beteende under morgonrutinen, med och utan användning av Music Therapeutic Caregiving (MTC).

Urval: Tre vårdgivare deltog från respektive boende. Totalt tio vårdtagare observerades av vårdgivarna. Studien utfördes på två särskilda boenden i Sverige.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys. Vårdgivarna deltog i kvalitativa gruppintervjuer där de berättade om sina upplevelser. På respektive boende utfördes en intervju före och en intervju efter interventionen. Intervjuerna spelades in och analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Antal referenser: 36