

Musik mot agitation vid demens

En litteraturstudie

FÖRFATTARE	Emil Östlund Olof Alexandersson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Musik mot agitation vid demens
Titel (engelsk):	Music against agitation in dementia
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Emil Östlund, Olof Alexandersson
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Agitation är ett stort problem vid omvårdnad av personer som lider av demens. Orsakerna till denna agitation beror delvis på de förhållanden som råder inom demensvården men behandlas ofta med medicinering.

Syfte: Syftet med denna uppsats är att undersöka om musik kan utgöra en effektiv och resurssparande omvårdnadsåtgärd vid vård av personer med demens. Och om så är fallet, kan dessa åtgärder utföras av omvårdnadspersonal med liten eller ingen utbildning inom musikterapi?

Metod: Metoden som används är en litteraturstudie. Vid analysen av materialet används Fribergs analysmodell. Resultat indelas i tre övergripande teman: ”Musik som åtgärd för att bryta agiterat beteende”, ”Musik för att förebygga agiterat beteende” och ”Välbefinnande och miljö”.

Resultat: Resultatet tyder på att musik med fördel kan användas både för att bryta och förebygga agiterat beteende. Dessutom tyder resultaten på att man genom att använda musik vid omvårdnad av personer som lider av demens kan höja deras känsla av välbefinnande.

Diskussion: I diskussionen utvecklas bakomliggande teorier kring möjliga orsaker till de goda resultat som antyds. De förkunskaper som krävs för att använda sig av musik inom omvårdnad av demenssjuka patienter belyses och de positiva effekter som uppnås diskuteras även ur ett arbetsmiljömässigt perspektiv.

Nyckelord: Demens, agitation, musik, omvårdnadsåtgärd, välbefinnande

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Demens	1
Förekomst och olika typer av demens	2
<i>Primärdegenerativa demenssjukdomar</i>	2
<i>Tempo-parietal dominans</i>	2
<i>Fronto-temporal dominans</i>	2
<i>Subkortikal dominans</i>	2
Sekundär demens	3
<i>Vaskulära demenssjukdomar</i>	3
<i>Andra sekundär demenser</i>	3
OMVÅRDNAD VID DEMENSSJUKDOM	3
<i>Svårigheter vid vård av personer med demenssjukdom</i>	4
<i>Vård av personer med demens idag</i>	4
<i>Musik för att hjälpa personer med demenssjukdom</i>	4
SJUKSKÖTERS KANS ANSVAR OCH KOMPETENS	5
VÅRDVETENSKAPLIGA BEGREPP	5
Välbefinnande	5
KASAM	5
PLST-modellen	6
Oro	6
Ångest	6
Agitation	6
Reminiscens	7
Vårdmiljö	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
Syfte	8
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
URVAL	8
ANALYS	9
ETISKA ASPEKTER	10
RESULTAT	10
MUSIK SOM ÅTGÄRD FÖR ATT BRYTA OCH FÖREBYGGA AGITERAT BETEENDE	10
Att använda musik för att bryta agiterat beteende på individnivå	10
<i>Avslappningsmusik</i>	10
<i>Musik utvald enligt testpersonens preferenser</i>	11
Att använda musik för att förebygga agiterat beteende	12
Välbefinnande och miljö	13

DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
Individuell musik – Avslappningsmusik	14
Välbefinnande och miljö	15
Vilka förkunskaper krävs?	15
Musik – inte enda vägen	16
Slutsats och rekommendationer för vården	16
REFERENSER	18
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	
2 Sökmatrix	
3 Kvalitetsgranskningsformulär	

INTRODUKTION

INLEDNING

Författarna till denna litteraturstudie har sedan tidigare arbetslivserfarenhet av demensvård och är väl bekanta med hur omvårdnaden av personer med demens bedrivs idag. Vi har både tillsammans och var för sig reflekterat mycket över denna omvårdnad och de etiskt svåra situationer som ibland uppstår. När man upplevt tillräckligt många situationer med agiterade, demenssjuka äldre börjar ett mönster uppenbara sig. Känslan är att grundorsaker till agitationen är brist på stimulans, en oförmåga att greppa och relatera till sin omgivning och stressiga miljöer, vilket medicineras bort. Å andra sidan är verkligheten vad den är, de resurser som vore önskvärda finns helt enkelt inte. Att bara klaga på sakernas tillstånd hjälper varken patienter eller kollegor, tvärt om skapar det en känsla av maktlöshet som i slutändan bara resulterar i ett avståndstagande bland vårdare från ansvar för den vård som ges. Hur kan jag då som sjuksköterska förbättra tillvaron för mina patienter utan att arbetsbördan ökar för mig själv och vårdteamet?

En person som lider av demens har på grund av sin nedsatta kognitiva förmåga inte alla samma möjligheter att stimulera sig själv som många andra. De som vårdas på demensboenden i dagens sjukvård är oftast så långt framskridna i sin demenssjukdom att det inte längre bedöms som tryggt att låta dem bo hemma ens med täta besök från omvårdnadspersonal. Att titta på TV eller film, läsa böcker eller pyssla kan fungera kortare stunder, men koncentrationsstörning och minnessvårigheter gör att de flesta demenssjuka snabbt tappar intresset eller glömmer bort vad de gör. Att försöka praktisera idrott eller träna förutsätter utrymmen som sällan finns tillgängliga, och även om de funnits hade det inte varit säkert att låta en demenssjuk person gå ensam till gymmet. Risken för skador är för hög, demens drabbar främst äldre människor och att låta en gammal, förvirrad människa försöka träna på egen hand vore oansvarigt. Att ens gå på promenad själv är något som väldigt få av de demenssjuka som vårdas på boenden i dagens Sverige skulle klara av, de flesta skulle få problem att hitta hem igen. Ledsagning förutsätter att det finns resurser att avsätta för detta. Att hitta aktiviteter som en svårt dement person kan utöva på egen hand är svårt, men att lyssna på musik förutsätter varken god kognitiv förmåga eller utgör någon skaderisk.

Detta resonemang ligger till grund för vår uppsats och förhoppningen är att våra resultat skall komma till nytta för både oss, andra sjuksköterskor som läser vad vi skrivit och framför allt våra blivande patienter.

BAKGRUND

Demens

Demens är en förvärvad sjukdom som drabbar hjärnan, främst hos personer i hög ålder. Forskningen har kunnat visa på de patofysiologiska orsakerna till demens. Det finns olika typer av sjukdomen men resultatet är skador i olika delar av hjärnan. Vad som däremot inte är påvisat är de bakomliggande orsakerna till att dessa skador uppstår (1).

Demens uppkommer till följd av sjukliga förändringar i hjärnan, vanligen kronisk och progressiv till naturen. Sekundärdemenser till följd av huvudtrauma kan i undantagsfall vara regressiva. Sjukdomen leder till störning av multipla högre kortikala funktioner som inkluderar minne, tänkande, orientering, förståelse, beräkning, inläring, språk och omdöme.

Medvetandet är inte fördunklat. Nedsatt kognitiv förmåga medföljs vanligen, och föregås ibland av nedsatt emotionell kontroll, asocialt beteende eller bristande motivation (2).

Förekomst och olika typer av demens

I Sverige beräknas 140 000 personer ha en demenssjukdom. Förekomsten av demenssjukdom i åldrarna 65-70 år är cirka en procent och i åldrarna 90-95 år 39 procent. Ungefär fem procent av personer över 65 år har en demenssjukdom. Risken att drabbas av demens ökar inte bara med åldern. Övervikt, högt blodtryck, diabetes, vitaminbrist, överkonsumtion av alkohol, rökning, brist på regelbunden motion och mental stimulans är andra faktorer som bidrar till en ökad risk att drabbas av demenssjukdom (3).

Primärdegenerativa demenssjukdomar

Kännetecknande för primärdegenerativa demenssjukdomar är en nedbrytningsprocess av neuron och andra celler i centrala nervsystemet. Denna fortlöpande sjukdomsprocess ser likadan ut för de olika typerna av primärdemens men symptomen skiljer sig åt beroende på var hjärnskadorna sitter och en indelning kan göras därefter (3).

Tempo-parietal dominans

Demenssjukdomarna debuterar främst i hjärnbarkens temporal- och parietallober. Symptomen i ett tidigt stadium utgörs av oro, nedsatt korttidsminne och depression. Det blir allt svårare för den demenssjuke att orientera sig i tid och rum. Praktiska handlingar som tidigare varit enkla ter sig allt mer komplicerade och den drabbade får allt svårare att uttrycka sig i tal. En tilltagande misstänksamhet mot omgivningen är vanlig. Den vanligaste formen av demenssjukdom med tempo-parietal dominans är Alzheimer's sjukdom, som drabbar främst personer över 65 års ålder (3) och utgör 40 % av alla demenssjukdomar (4).

Fronto-temporal dominans

Tidiga symptom vid frontallobsdemens utgörs av personlighetsförändringar, bristande koncentration och svårigheter att uttrycka sig i tal. Omdömet brister och hämningar försvinner med följden att asociala beteenden kan uppkomma som stöld och sexuellt ofredande utan insikt och självdistans. Minnesfunktionen kan vara relativt opåverkad. Sjukdomen debuterar oftast hos personer under 65 år (3).

Subkortikal dominans

Hjärnskadorna vid subkortikal dominans är djupare lokaliserade i den vita substansen under cortex, hjärnbarken, och symptomen är ofta lika de vid tempo-parietal dominans. De drabbade uppvisar inte i samma omfattning svårigheter att utföra praktiska handlingar eller att uttrycka sig i tal. Apati och depression är vanligt och minnesstörningar förekommer (3).

Sekundär demens

Sekundär demenser är demensformer som uppkommer till följd av annan sjukdom eller skada (5).

Vaskulära demenssjukdomar

Vaskulära demenssjukdomar är oftast resultatet av infarkter i hjärnan orsakade av tromboembolier, det vill säga små proppar i kärl och detta är den vanligaste typen av sekundär demens. Infarkterna kan variera i storlek, antal och placering. Symptomen varierar efter lokalisering som kan vara i såväl cortex som subkortikalt med stor individuell variation. Sjukdomsförloppet sker inte linjärt utan stegvis. Orsaken till detta är att nya infarkter uppkommer. Svårighetsgraden av symptom kan variera från dag till dag och det är även vanligt förekommande att de kommer i skov under dygnet (3). Vanligt förekommande typer är multiinfarktdemens och strokerelaterad demens (5).

Andra sekundär demenser

Vissa infektioner kan leda till demensutveckling. Bland dessa kan nämnas syfilis, borrelia, HIV/AIDS och Creutzfeldt-Jakobs sjukdom. Missbruk av alkohol samt andra droger och exponering för skadliga substanser som lösningsmedel och tungmetaller kan generera demens. Hjärnskador uppkomna till följd av skalltrauma vid exempelvis trafikolyckor samt tumörsjukdomar kan ge demenssymptom (5).

OMVÅRDNAD VID DEMENSSJUKDOM

Så länge omgivningen är bekant kan personer vars demens inte är långt framskriden klara sig relativt bra i en miljö de känner igen. De bör visserligen få hjälp med planering av vardagen. Saker som tvätt, inköp och underhåll riskerar att bli bortglömt men om det finns en anhörig i omgivningen eller viss kontakt med hemtjänst så utgör inte sjukdomen någon större risk för patienten (5). I takt med att sjukdomen förvärras blir hemsituationen till slut ohållbar och det är då nödvändigt för den demensdrabbade att flytta till ett boende som specialiserar sig på personer med demens och andra neurologiska skador med liknande symptom (6).

Miljön är väldigt viktig för en person drabbad av demens. Vanligen flyttas den demenssjuka personen till specialiserade boenden när demensen är relativt långt framskriden, vilket ytterligare försämrar den demensdrabbades förutsättningar att orientera sig i tillvaron och på avdelningen. För att förebygga detta kan man exempelvis sätta upp skyltar som visar var man hittar toalett, namnmarkeringar vid personliga rum eller utrymmen och pilar på golv eller väggar som underlättar orientering. Symboler och bilder fungerar vanligen bättre eftersom en person med demens ofta har svårigheter att ta till sig information via text. Miljön behöver anpassas och trösklar, golvmönster och mattor bör undvikas, dessa ökar fallrisken hos patienter med demens då deras djupseende och uppfattningsförmåga är försämrat. En tröskel med en höjd på en centimeter kan för en person med demens se ut som ett hinder man måste ta stora kliv för att ta sig över. Vidare behöver miljön som demenssjuka vistas i vara lugn. Många människor, höjda röster och skrammel stressar dessa patienter och då de befinner sig i ett mer eller mindre kroniskt förvirringstillstånd har de nedsatt förmåga att komma till ro när väl stressen blivit för stor (5).

Graden av omvårdnad som en person med demens behöver varierar mycket från person till person. Vissa kan trots svår demens klara av det mesta gällande dagliga aktiviteter och andra kan vara helt passiva. Att vårdaren känner sin patient och vet vad denne klarar av och vad denne vill göra själv underlättar omvårdnaden. Viktigt vid omvårdnad av demenssjuka är att vårdaren uppträder lugnt, informerar om vad som skall göras och undviker att ge för mycket verbala instruktioner då detta kan orsaka förvirring. Att visa eller demonstrera med kroppsspråk gör det ofta lättare för en person drabbad av demenssjukdom att förstå vad som menas. Att vårdaren har kunskap om den dementa personens tidigare liv, arbetslivserfarenhet och familjesituation underlättar den vardagliga kommunikationen och möjliggör en bättre förståelse för den dementas önskemål. Då kommunikationsförmågan hos personer med demens är hämmad kan den här informationen göra det lättare för vårdaren att tolka den sjukes uttalanden och detta gör i sin tur att den frustration som dementa personer upplever i samband med kommunikationsbrister kan undvikas (5).

Svårigheter vid vård av personer med demenssjukdom

Det är vanligt att personer som lider av demens uppvisar aggressivt beteende. Detta kan vara en direkt konsekvens av sjukdomen men det kan också vara en effekt av personens oförmåga att kommunicera sina behov till omgivningen. Klart är att aggressivt beteende hos personer med kognitiv svikt är svårt för vårdare att hantera, de demenssjuka blir en fara för personer i sin omgivning och riskerar även att skada sig själva. Oro och ångest är vanligt förekommande vid demens och bakomliggande orsaker till aggressivt beteende (7). Resultatet av denna oro yttrar sig vanligen i motorisk rastlöshet, vandringsbeteende, till synes meningslös plockighet och att patienten ständigt påkallar hjälp från sin omgivning utan att sedan kunna specificera sina behov. Detta beteende ökar risk för fallskador och belastar de som vistas i patientens närhet. Svårigheten att bemöta denna oro tycks bestå i att patientens oroskänsla ofta återkommer kort efter att denne har blivit lugnad (8). Aggression, oro och ångest utgör stora utmaningar i omvårdnadsarbetet men påverkar också välbefinnandet negativt ur ett personperspektiv och för övriga vårdtagare på vårdenheten (5, 8).

Vård av personer med demens idag

Aggression, oro och ångest är oftast delvis orsakade av bakomliggande somatiska tillstånd eller helt enkelt missförhållanden i personens vardag, men trots det behandlas dessa symptom ofta med neuroleptica eller annan lugnande medicinering (5). Då aggressivitet och oro/ångest kan ses som symptom som vanligen har sin grund i andra bakomliggande faktorer finns risken att patientens egentliga behov inte längre uttrycks. Symptomen behandlas med lugnande läkemedel istället för att försöka identifiera varför problembeteenden uppkommer och hur orsaker till dessa kan undvikas. Etiken i detta har ifrågasatts (5, 8).

Farmakologisk behandling behöver inte i ett längre perspektiv vara kostnadseffektivt då sedering medför ökad risk för fall, inte sällan med benbrott som följd. Trots detta används sederande läkemedel för att spara personalresurser som annars skulle behöva avsättas för att uppnå samma lugnande effekt (9).

Musik för att hjälpa personer med demenssjukdom

Olika former av musikterapi har visat sig fungera bra i syfte att reducera aggressivt och oroligt beteende hos personer med demens. Anledningen till detta tros bero på att hjärnans förmåga att bearbeta musik vanligen inte är lika nedsatt som övriga funktioner (10). Eftersom

långtidsminnet påverkas i mindre utsträckning och vid ett senare skede i sjukdomsförloppet kan man genom association till viss musik hjälpa patienter att återkoppla till minnen och känslor som de haft för länge sedan (11). Om dessa metoder kan implementeras i vardagligt omvårdnadsarbete är förhoppningen att detta skulle bidra till en lugnare och säkrare miljö för alla som vistas på ett boende. Det skulle kunna göras kostnadseffektivt, minska behovet av medicinering och bidra till att höja patienternas välbefinnande (10).

SJUKSKÖTERSANS ANSVAR OCH KOMPETENS

Inom demensvård är den psykosociala miljön central i omvårdnaden då det inte finns några medicinska behandlingar för att bota demens utan enbart för att lindra och bromsa förloppet (10). Det åligger därför sjuksköterskan att *i möjligaste mån* skapa en trygg miljö där den demenssjuka patienten kan känna välbefinnande. En trygg miljö borgar för ett mindre behov av interventioner, såväl medicinska som omvårdnadsmissiga och är mindre personalbelastande. En behaglig arbetsmiljö och ökad trivsel leder till lägre personalomsättning och därmed lägre kostnader i form av nyrekrytering och utbildning som annars skulle bli följden (12).

ICNs etiska kod (12) fastställer att det ingår i sjuksköterskans profession att säkerställa en omvårdnad som tar hänsyn till vårdtagarens individuella värderingar, vanor och tro samt att respektera mänskliga rättigheter. Sjuksköterskan har en central roll när det gäller att utveckla arbetssätt som säkerställer god arbetsmiljö, vårdssäkerhet och en hög vårdkvalité. Inom sjuksköterskans ansvarsområde finns även att utveckla standarder för omvårdnad, forskning, utbildning och ledning. Att på arbetsplatsen stödja och uppmuntra allmänna, professionella och etiska värderingar och förhållningssätt (12).

Socialstyrelsen formulerar i ”*kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*” (13) bland andra följande punkter: Sjuksköterskan skall ”verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt”, ”kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap” och ”reflektera över, motivera och medverka till att utveckla en god vårdmiljö” (13).

VÅRDVETENSKAPLIGA BEGREPP

Välbefinnande

Varje människa är en unik individ med olika behov, förväntningar och uppfattning av omvärlden. Begreppet välbefinnande är därigenom personligt och beroende av många faktorer som kan skilja sig markant mellan olika individer. Välbefinnande är alltså ett subjektivt, känslomässigt tillstånd av tillfredsställelse. Personliga upplevelser, erfarenheter, förväntningar och miljö blir avgörande för de behov som behöver tillfredsställas för att en person skall uppleva välbefinnande och meningsfullhet i sin tillvaro (14).

KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) är upplevelsen av att förstå vad som sker i tillvaron och själslivet, kunna hantera detta, finna livet meningsfullt och värt att engagera sig i. En hög grad av KASAM innebär att ha resurser för att hantera utmaningar som uppkommer och är enligt Antonovskys (15) en förutsättning för att skapa och bibehålla god hälsa. Vad en person

behöver för att uppleva en känsla av sammanhang är högst individuellt och mångdimensionellt.

PLST-modellen

Progressivt lägre stresströskel (PLST). Personer med demens har en benägenhet att tåla mindre stress. Modellen pekar på att stress hos personer med demens har sin lägsta nivå på morgonen för att sedan progressivt öka under dagen. Med ökad stress minskar toleransen mot ytterligare stress och förmågan att fatta rationella beslut blir eftersatt. Resultatet blir först oro, vilket kan leda till ångest för att sedan eskalera i agitation och dysfunktionellt beteende. Ett viktigt antagande enligt PLST-modellen är att allt beteende har en underliggande orsak. Genom att identifiera och åtgärda troliga orsaker till stress i omgivningen kan vårdare förebygga eller lindra agitation hos patienten (7).

Oro

Ett begrepp för att beskriva en persons beteende och känslomässiga status. En känslomässig stressreaktion utlöst av ett faktiskt eller upplevt hot som leder till förvirring, rädsla och/eller nervositet. En normal reaktion på stress som obehandlad eller obearbetad leder till ångest, vilket blir extra påtagligt hos dementa personer då de har lägre stresströskel och nedsatt förmåga att hantera oro (8).

Ångest

Fysiologiskt kan ångest manifesteras på en mängd olika sätt, exempelvis som ett tryck över bröstet, hjärtklappning och hyperventilering. Den fysiologiska reaktionen utlöses av en aktivering av kroppens sympatiska nervsystem som har till uppgift att mobilisera individen vid upplevt hot eller att oskadliggöra detta hot (8).

Ångest är en känsloreaktion vanligen utlöst av upplevelsen av ett hot mot något centralt i tillvaron som livet, trygghet eller förmågan att hantera en situation. Kan variera från lätt till stark ångest i form av fruktan, skräck och panik. Manifesteras ofta som agiterat beteende hos personer med demens (8).

Agitation

Definitionen av agitation som vårdvetenskapligt begrepp är enligt Cohen-Mansfield (16) olämplig verbal, vokal eller motorisk aktivitet som inte nödvändigtvis är ett direkt uttryck för den agiterade personens behov eller konfusion utan snarare en grupp symptom som kan vara en reflektion av flera bakomliggande orsaker. Exempel på utlösande faktorer kan vara oro, ångest, smärta eller liknande somatiska eller psykiska tillstånd som av den dementa inte kan kommuniceras på annat sätt. Agitation är socialt olämpligt beteende som kan manifesteras på tre olika sätt: (a) störande eller aggressivitet gentemot andra eller sig själv (b) annars lämpligt beteende som utförs med en olämplig frekvens, exempelvis att upprepat ställa samma fråga och (c) olämpligt enligt sociala standarder i specifika sammanhang. Cohen-Mansfield (16) delar in agitation i fyra kategorier, verbalt aggressivt och icke-aggressivt samt fysiskt aggressivt och icke-aggressivt beteende. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) inkluderar 42 problembeteenden fördelat på dessa kategorier. Varje problembeteende graderas från 1 - aldrig förekommande till 7 - frekvent återkommande. CMAI har blivit ett verktyg för bedömning av agiterat beteende hos demenssjuka som används i studier globalt.

Reminiscens

Reminiscens är en terapiform för personer med demens som syftar till att öka viljan att kommunicera. Målsättningen är att öka självkänsla och stärka identitet, uppleva gemenskap och trygghet genom att tänka på, prata om och dela med sig av minnen och livserfarenheter. Vanligt är att skapa association till en händelse genom att använda sig av olika föremål eller fotografier och starta konversation. Genom att väcka minnen till liv från en tid då personen var frisk och aktiv uppkommer det inte bara känslor av glädje och välbefinnande utan även av smärta och sorg. Detta ställer kravet att vårdaren har en god empatisk förmåga och är beredd att trösta och stödja (11).

Vårdmiljö

Kim (17) beskriver att miljö som ett vårdvetenskapligt begrepp innefattar mer än bara den direkt fysiska miljön. Hon menar att miljö måste ses som en helhet med individen (patienten) i centrum, och att funktionen hos denna helhet är att vårda patienten. Denna miljö delas in i tre kategorier: fysisk, social och symbolisk. Den fysiska miljön utgör faktorer som ofta direkt påverkar patientens hälsa och kan förenklat uttryckas som allt man kan uppfatta med hjälp av sinnesintryck. Den sociala miljön avser sådant som interaktion mellan människor och utomstående stimuli i olika former. En persons välbefinnande är delvis beroende av dennes förmåga att hantera sin sociala miljö. Den symboliska miljön avser människors värderingar, kultur och känsloliv. Patientens förväntningar på vården och dennes syn på sjukdom och hälsa och vårdens tillgänglighet är alla exempel på den symboliska miljöns inverkan.

PROBLEMFÖRMULERING

Medellivslängden i Sverige har ökat de senaste decennierna och denna ökning förväntas fortsätta. Andelen *äldre äldre*, det vill säga åldersgruppen 80 år och äldre, beräknas öka dramatiskt under de kommande tjugo åren. Det är inom denna åldersgrupp som den största andelen demenssjuka återfinns, vilket innebär att belastningen på äldreården kommer att öka markant under en relativt snar framtid (5).

Demens är progressiv sjukdom, vilket innebär att patientens kognitiva förmåga försämras över tid, och det är möjligt att leva länge med demens. I takt med att sjukdomen förvärras ökar omvårdnadsbehovet, det är inte ovanligt att en person med långt framskriden demens behöver hjälp med allt från personlig hygien till födointag (5). De aktiviteter som tidigare upplevts som meningsfulla kan sällan utföras på egen hand. Då personal på demensboende inte har möjlighet eller tid att tillgodose den demenssjukas stimulansbehov leder detta ofta till understimulering med oro, ångest och agitation som följd. Denna agitation är i sig ett stort problem för demensvården idag. Den innebär att miljön för de andra boende försämras, arbetsbelastningen ökar för personalen och försvårar möjligheten att ge den demenssjuka en värdig omvårdnad (7).

Agitation är något man idag vanligen hanterar med hjälp av medicinering. Anledningen till att medicinering är en vanlig åtgärd för att hantera agitation beror delvis på resursbrist och att alternativa åtgärder inte är tillgängliga. Demenssjukas uttryck för understimulans och nedsatt välbefinnande medicineras alltså bort (8).

Det har gjorts många studier som visar på att demenssjuka svarar bra på musikerapi, speciellt med avseende på sänkning av agitationsfrekvens, ett sätt att mäta deras övergripande

välbefinnande. Musikterapi kräver att utövaren fått utbildning inom just detta område (10) och de resurser som krävs för att använda sig av musikterapeuter finns inte som den offentliga vårdens ekonomi ser ut idag.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten är att undersöka om musik kan vara en effektiv omvårdnadsåtgärd när personer med demenssjukdom lider av symptomen agitation, oro och ångest. Om så är fallet, kan dessa åtgärder utföras av omvårdnadspersonal med liten eller ingen utbildning inom musikterapi?

METOD

Arbetsmetoden som valdes var en litteraturöversikt. En litteraturöversikt kan med fördel användas för att undersöka och kartlägga kunskapsläget inom ett område med en specifik frågeställning (18).

LITTERATURSÖKNING

En första litteratursökning genomfördes för att skapa en överblick av materialet som fanns tillgängligt. I denna inledande, relativt ostrukturerade process var målet att få klarhet i hur mycket forskning som finns på området, hur dessa studier vanligen är utformade och om de speglar aktuell forskning eller kan uteslutas baserat på deras ålder och relevans (18, 19). Vidare utgör denna söknings resultat underlag för en fördjupning i problemområdet (18). Sökningarna gjordes i databaserna Scopus, Cinahl och PubMed. Det experimenterades fritt med sökord i olika kombinationer. Sökning gjordes även bland angiven referenslitteratur i citerade källor till intressanta artiklar. En fördel med denna inledande sökning var att den bidrog med uppslag till sökord vilka senare kunde användas för att underlätta sökandet av artiklar vid den utökade och preciserade sökning som sedan tog vid.

När arbetet med att genomföra den egentliga litteratursökningen genomfördes blev det nödvändigt att tydligt strukturera arbetssättet. Det bästa sättet att strukturera dessa sökningar visade sig vara genom att inleda sökningen med få sökord, som "dementia" och "music" för att sedan utöka sökningen successivt med fler sökord och begränsningar. Övriga sökord som användes var: "nursing", "agitation", "anxiety" "disruptive" och "background music". Vidare används även boolesk söklogik, detta görs för att kunna inkludera eller exkludera vissa sökord med de olika sökoperatörerna OR, AND och NOT (19). En kompletterande sökning gjordes i Scopus med söktermen "individualized music" för att få mer material om individualiserat musikval. Alla artiklar som skrivits på annat språk än engelska uteslöts (20).

URVAL

Vi utgick från syftet och problemformuleringen vid valet av artiklar som bedömts vara relevanta för litteraturöversikten. Efter att först läst artikelns titel lästes abstract igenom och om artikeln då fortfarande kändes relevant granskades metoden, detta för att specifika krav på utförandet fanns gällande metod och mätverktyg. Då syftet specificerade att vi ville undvika artiklar där musikterapeuter haft en stor roll vid det praktiska utförandet uteslöts dessa. Om artikelns innehåll föll inom inklusionskriterierna som satts upp så togs ställning till två ytterligare faktorer; artiklar kunde exkluderas om de bedömdes vara gamla då vi eftersträvade nyare forskning som bygger vidare på tidigare kunskap. Artiklar ofta citerade i andra studier

eftersträvades. Detta för att få fram artiklar med stort genomslag och relevans i förhållande till annan forskning. Ingen av dessa två var uteslutande kriterier, utan snarare riktlinjer då tanken var att i största möjliga utsträckning använda nytt material som bedömts av andra forskare som relevant.

Ytterligare urvalskriterium var att artikeln bör följa de kriterier som satts upp för att den skall kunna kallas för en vetenskaplig artikel. De viktigaste kraven är då att den har en viss struktur och form, att den publicerats i en vetenskaplig tidskrift, att den går att söka på och finna i artikeldatabaser och att den granskats av utomstående experter på området (peer reviewed).

Ambitionen var att ha ungefär lika många kvalitativa som kvantitativa artiklar som underlag, men då sökningen och urvalet var genomfört bestod materialet av en majoritet av kvantitativa artiklar. I ett försök att åtgärda detta utfördes sekundärsökningar (19) men inga av de artiklar som hittades vid denna sökning uppfyllde de krav som ställts. Bedömningen gjordes då att underlaget inte skulle bli lidande av denna fördelning.

KVALITETSGRANSKNING

För att försäkra oss om att artiklarna som valts ut höll tillräckligt hög kvalitet gjordes en kvalitetsgranskning med Fribergs modell (18) som grund. Friberg formulerar ett antal frågor som man bör ta ställning till och finna svar på vid en kritisk granskning av en studie. Dessa frågor är av öppen karaktär. För att göra vårt arbete överskådligt och strukturerat omformulerade vi dessa frågor och förde in dem i en matris (se bilaga tre). Frågorna anpassades så att de blev applicerbara på både kvantitativa och kvalitativa studier och omformulerades så att de nu kunde besvaras med tre olika svarsalternativ; ”Ja”, ”Delvis” eller ”Nej”. Om en fråga vid granskningen besvarades med ett ”Ja”, gav detta två poäng, ”Delvis” gav ett poäng och ”Nej” gav noll poäng. Då det fanns 12 frågor att ta ställning till var 24 poäng max, och om en studie fick 20 poäng eller mer bedömdes kvalitén tillräckligt hög för att inkluderas i vår litteraturöversikt. Resultatet av denna kvalitetsgranskning redovisas för varje artikel i artikelöversikten (se Bilaga 2).

ANALYS

Vid analysen av de valda artiklarna strävade vi efter att kunna sammanfatta resultat utifrån de fynd som görs i artiklarna. Detta gjordes genom att försöka utläsa artiklarnas nyckelfynd, sammanställa dessa och sedan jämföra likheter och skillnader mellan resultaten. Fribergs analysmodell ligger till grund för arbetssättet. Detta innebär att arbeta utifrån en helhet, vilken sedan delas upp i mindre delar och sedan sammanställs för att åstadkomma en fördjupad bild av helheten. Proceduren upprepas tills ett tillfredsställande helhetsperspektiv uppnås där problemformuleringen ligger till grund och materialet är bearbetat utifrån många olika perspektiv (18, 20).

Detta innebär i praktiken att varje artikel behövde läsas många gånger, med huvudfokus på utförandet och resultatet. Olika huvudteman och underteman identifierades i de olika artiklarna och samtliga analyseras efter dessa fynd. Sedan kondenserades dessa till teman som bildar de rubriker som presenteras i resultatet (21).

ETISKA ASPEKTER

Personer drabbade av demens är särskilt utsatta då de inte alltid kan föra sin egen talan och ge sitt samtycke till att delta i en studie. Polit och Beck (22) betonar vikten av att samtliga deltagare i en studie själva har givit sitt samtycke innan studiens genomförande (22). Detta är dock inte möjligt om deltagarna lider av svår demens. Inte heller, i de fall där de klart uttalat sitt samtycke, är det säkert att de under hela studien kan komma ihåg att de givit detta eftersom minnet hos de flesta demenssjukdomar är starkt nedsatt. Det är därför ytterst viktigt att studierna är godkända av etisk kommitté och att forskarna genom hela studien gör etiska överväganden med omsorg (23).

RESULTAT

Tre teman har valts ut i syfte att belysa artiklarnas innehåll utifrån problemformuleringen. Två av dessa teman belyser olika aspekter av hur musik kan användas som omvårdnadsåtgärd för personer med demens. Genom att analysera texten sammanfattas de resultat som visar på en enkel och resurseffektiv omvårdnadsåtgärd vilken syftar till att bryta en demenssjuk persons agiterade beteende under rubriken ”Musik som åtgärd för att bryta och förebygga agiterat beteende”. De resultat som indikerar effektivitet och metod för att använda musik i syfte att förebygga agiterat beteende presenteras under rubriken ”Att använda musik för att förebygga agiterat beteende”. Det finns utöver dessa direkt mätbara metoder även resultat som belyser andra förtjänster som framgångsrikt arbete med musik i demensvård för med sig, vilka presenteras under den tredje rubriken, ”Välbefinnande och miljö”.

MUSIK SOM ÅTGÄRD FÖR ATT BRYTA OCH FÖREBYGGA AGITERAT BETEENDE

Att använda musik för att bryta agiterat beteende på individnivå

Många studier tyder på att musik i olika former kan användas för att bryta agiterat beteende hos personer med demens. Metoden som används vid dessa studier är att studiedeltagaren får lyssna på musik i en avskild miljö med minimerade störningsmoment i den närmaste omgivningen. Frekvensen av agiterat beteende uppmäts under observationstillfällena och utifrån dessa data har slutsatser kring effektiviteten dragits (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30). Två olika teman som skiljer dessa studier åt är att i vissa studier användes lugnande musik i olika former, det vill säga musik utvald av forskare på basis av vad som av dem anses vara avslappnande musik (24, 25, 26). Den andra varianten är att med hjälp av testpersonens uttalanden och genom att tillfråga anhöriga och omvårdnadspersonal identifiera testpersonens musikpreferenser och använda dessa i studien (24, 27, 28, 29, 30).

Avslappningsmusik

I två amerikanska studier (24, 25) utvärderas huruvida lugnande klassisk musik kan användas som åtgärd för att bryta agiterat beteende hos personer med demens. I den ena studien (24) använder man sig av Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory för att mäta förekomsten av agiterat beteende under ett tillfälle då musik spelas upp för testpersonen. En musikterapeut konsulteras för att sammanställa en CD-skiva med lugnande, klassiska musikstycken. I den andra (25) är metoden jämförlig men då används istället Cohen-Mansfield Agitation Inventory som mätverktyg. Musik är vald av forskarna och tar fasta på tre faktorer: (a) Tempot runt 52 taktslag per minut, (b) Utan snabba tempo- och volymväxlingar, och (c) utan sång (25). Resultatet i de båda studierna indikerar att frekvensen av agiterat beteende sjunker signifikant,

mellan 13 % (n=68) till 50 % (n=39), men författarna betonar att de individuella variationerna är stora.

I en studie (26) med ett liknande upplägg mäts istället antalet rop, ringningar på larmklocka och slag mot inventarier eller sängkanten under 30 minuter och jämförs med antalet incidenter under kontrollperiod då ingen musik spelas. I denna studie konstateras att det agiterade beteendet minskar konsekvent hos samtliga personer i experimentgruppen när de får lyssna på klassisk musik. Musikvalet är av odramatisk karaktär avseende volym- och tempoväxlingar. De individuella variationerna är stora, de två patienter som uppvisar mest agiterat beteende är även de som reagerar minst på musiken, minskningen är 31 % hos de två personerna. Hos de övriga två deltagarna i studien minskar det agiterade beteendet med 75 %.

Musik utvald enligt testpersonens preferenser

I två studier som använder sig av liknande metoder men olika mätverktyg, Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory (24) och Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory (27) konstaterades att individuellt utvald musik minskar frekvensen av agiterat beteende. I båda studierna har anhöriga konsulterats för att identifiera försökspersonernas musikpreferenser. I den ena studien (27) förekom fall där preferenserna var okända, då tillfrågades omvårdnadspersonal och en trubadur som kände de boende. Minskningen är markant, 62 % (24) respektive 78 % (27) av det uppmätta agiterade beteendet försvinner hos de testpersoner som får lyssna på musik. Minskningen uppmäts på fysiska, icke aggressiva beteenden och verbal agitation. Aggressiva beteenden minskar inte (27). Resultaten kring hurvida den positiva effekten av åtgärden består varierar mellan de båda studierna, i den ena följdes patienten upp en timme efter att åtgärden var avslutad och forskarna fann att det agiterade beteendet hade minskat ytterligare jämfört med precis efter att musikinterventionen var avslutad (27). Den andra studien fortsatte att mäta testpersonens agitation i 30 minuter efter att musiken tystnat och fann att agitationen successivt ökade under denna tid. Efter 30 minuter uppvisade patienten fortfarande mindre agiterat beteende än kontrollgruppen (24).

I två studier med samma medförfattare och snarlik metod kring själva interventionen och mätinstrument observerades dementa personer som uppvisat agiterat beteende under 20 minuter då de fick lyssna på musik och sedan antingen 30 minuter (28) eller 60 minuter efter avslutad intervention (29). Anhöriga tillfrågades för att identifiera musikpreferenser och Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory användes som verktyg för att skatta det agiterade beteendet. Båda studiernas resultat visar på en statistiskt markant sänkning av agitationen hos deltagarna men med stora individuella variationer. Efter att musiken tystnat uppvisar de flesta deltagarna stigande agitation under de 30 minuter som följde (28, 29), för att sedan åter igen sjunka till nivåer lägre än då musikinterventionen inleddes (29).

Ragneskog et al (30) genomförde en studie där fyra personer med grav demens fick lyssna på egenvald musik under de tider på dagen då de vanligen uppvisade mest agiterat beteende. Baserat på diskussioner med anhöriga, patient och personal gjordes musikval. Patientens beteende spelades in under 5-10 minuter innan musiken spelas upp, sedan följer en 30 minuter lång musiksession och inspelningen avslutades 5-8 minuter efter det att musiken tystnat. Resultatet av denna studie visar på stora individuella variationer i hur försökspersonerna reagerar på musiken, men samtliga visar tecken på att påverkas av den. Två av patienterna blir märkbart lugnare av att få lyssna på musik, och de blir båda agiterade när musiken tystnat. En av försökspersonerna uppvisar mindre plockigt beteende men musiken har begränsad effekt

på utåtagerande beteende. Den fjärde personen uppvisar ingen minskning av agiterat beteende alls, men visar ibland tecken på att musiken har en störande effekt (30).

Att använda musik för att förebygga agiterat beteende

Bakgrundsmusik har i studier kunnat påvisas ha en positiv inverkan på agiterat beteende hos personer med demens (31, 32, 33). Då demenssjuka är känsliga för störande moment i sin omgivning har en generell sänkning av nivå och frekvens på agiterat beteende lett till att boende på demensboende fått bättre förutsättningar till koncentration i sociala sammanhang som vid måltider (31, 32,) och vid dagligt omvårdnadsarbete på individnivå (33).

Bakgrundsmusik har i samband med måltider på gruppboende har visat sig ha en rogivande effekt med följden att demenssjuka fått lättare att sitta still (31, 32, 33), äta mer och i lugnare tempo (31, 32). Att använda individuellt anpassade musikinterventioner är inte bara ett effektivt sätt att bryta agiterat beteende (24, 27, 28, 29, 30) utan kan även användas för att minska frekvensen av ångestrelaterat beteende hos en hel patientgrupp genom regelbundna musikinterventioner (34).

I en Taiwanesisk studie (32) av bakgrundsmusik i samband med måltider spelades rogivande musik under två måltider per dag under en fyraveckorsperiod för 22 boende. Musiken som utvalts har ett tempo som ligger nära normal vilopuls, 60-80 taktslag/minut och avsaknad av dramatiska variationer i tempo och volym. Antalet agiterade beteenden mättes under hela dygnet under studieperioden, veckan som föregick denna (baseline), samt under en tvåveckors uppföljningsperiod. Verbala och fysiska agiterade beteenden uppmättes, såväl icke aggressiva som aggressiva. Resultatet pekar på en ackumulativ effekt av bakgrundsmusik. Under studiens första vecka uppmättes en minskning med åtta procent av agiterade beteenden, ner till 23 % under fjärde veckan för att nå sin lägsta punkt under den första veckan efter intervention, vecka fem, där agiterat beteende hade minskat med 29 % jämfört med baseline. Vecka sex, den andra veckan efter intervention, uppmättes en ökning av icke aggressiv fysisk agitation men omfattningen var fortfarande markant lägre än baseline (32).

I en annan Taiwanesisk (31) studie spelades bakgrundsmusik endast under lunchen varannan vecka under en åttaveckorsperiod. Uppmätt resultat visar inte bara på en omedelbar effekt utan även på en fördröjning av musikens lugnande effekt. Mängden agiterade beteenden når sin lägsta nivå under veckorna som följer interventionen. Även här användes musik som ligger nära normal vilopuls, 60-80 taktslag/minut. Instrumental pianomusik och olika sorters naturljud användes (31).

I en svensk kvalitativ studie (33) undersöktes vilken effekt bakgrundsmusik har på personer med demens under morgonrutinen. Den vanliga morgonrutinen, påklädning och hygien, utan bakgrundsmusik var präglad av agiterade utbrott och förvirring trots personalens uppmuntrande arbetssätt. Stämningläget höjdes markant och samarbetet fungerade bättre då bakgrundsmusik spelades, de agiterade beteenden som förekom var dessutom av mindre aggressiv art. Musiken som valts ut var populär från 1920-talet fram till 1960-talet och flera av studiedeltagarna sjöng med den välbekanta musiken (33).

Sung et al (34) mätte istället för agitation det snävare begreppet ångest, och om denna kan lindras med hjälp av två 30-minuters tillfällen då försökspersonen fick lyssna på egenvald musik. Anhöriga och vårdare tillfrågades för att utvärdera försökspersonens musiksmak. Ångesten mättes med hjälp av Rating Anxiety in Dementia (RAID), vilket poängsätter 18 olika beteenden relaterade till ångest hos personer med demens. En poängsumma på över 11

klassas som påtaglig ångest enligt den kliniska definitionen. I experimentgruppen ingick 29 personer -och 23 personer utgjorde kontrollgrupp, och studien pågick i sex veckor. Den uppmätta mängden ångestrelaterade beteenden sjönk i experimentgruppen från 10.93 till 8.93, vilket kan jämföras med en sänkning på 18,3 %.

Välbefinnande och miljö

Flera kvantitativa studier med uppföljning indikerar en kvardröjande effekt av musikintervention, från minuter till veckor (25, 31, 32, 34) medan andra studier inte uppmäter någon markant skillnad mellan baseline och kontrollperiod efter intervention (24). Helmes och Wiancko (26) observerar att vårdtagarna på boendet på vilken studien utförts att vårdarnas interventioner kan ha en negativ inverkan på agiterat beteende. Hos de med en långt gången demenssjukdom kan interventioner öka graden av agitation. Att vårdare har goda intentioner med sitt agerande behöver inte spela någon roll eftersom den boende har svårt att tolka vårdarens agerande och kan finna dessa som störningsmoment (26).

Chang et al.(31), Ho et al.(32) & Götell et al.(33) uppmätte en signifikant minskning av fysiskt aggressiva beteenden gentemot vårdare och medboenden under perioder av musikintervention (31, 32, 33). Hicks-Moore och Robinson (27) samt Remington (25) noterar ingen större skillnad i frekvensen av just fysisk aggressivitet, till skillnad från deras i övrigt positiva fynd av minskat agiterat beteende (25, 27). Helmes och Wiancko (26) återger en stark reduktion i antalet larmringningar och en minskning i antalet interventioner nödvändiga för att motverka incidenter av störande rop och trummande på sängbord varierande mellan 30-90% per individ. Dessa incidenter ökade åter under kontrollperioder för att slutligen återgå till samma frekvens som uppmätts vid baseline (26). Ragneskog et al. (30) redovisar liknande fynd.

Chang F-Y et al. (31) noterar att måltider med bakgrundsmusik har en mindre tidsåtgång då färre insatser behövs under dessa och att de boende i har lättare att sitta kvar vid bordet under hela måltiden och i mindre utsträckning behöva hjälp med matning (31). Denna slutsats delas av Ho et al. (32).

Vid omvårdnadssituationer som tvättning och påklädning märker Götell E et al. (33) i sin kvalitativa studie en ökad samarbetsvilja hos vårdtagare som i högre utsträckning själva utförde hygienrutiner utan uppmaning från omvårdnadspersonal. Den förhöjda sinnesstämning som bakgrundsmusiken medför ökar viljan och koncentrationsförmågan vilket leder till att personen med demens i viss utsträckning har möjligheten att själv sköta sin hygien och påklädning (33).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som använts i denna uppsats är litteraturöversikt. Denna metod valdes för att den överensstämde väl med uppsatsens syfte, att försöka sammanfatta den kunskap som finns om musik vid behandling av personer med demens och hur denna kunskap kan omsättas i klinisk praxis. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har använts, styrkan i detta ligger i att dessa metoder har olika infallsvinklar vilket möjliggör en tolkning både utifrån statistisk evidens och mer ingående tolkning av beteendet hos dementa personers reaktion på musik. En svaghet vore att resultatet blir svårare att sammanfatta då de olika studierna bitvis har olika

utformning. Med detta menas att de kvalitativa artiklar som används fokuserar mer på den subjektiva upplevelsen av musik, och de kvantitativa behandlar större populationer och sammanfattar deras beteende i statistik (18).

Med vår egen förförståelse inför litteraturstudien gjorde vi antagandet att resultatet skulle komma att visa på att musik är ett fungerande verktyg för att lindra agitation och öka välbefinnandet hos demenssjuka personer i gruppboenden. Intentionen var att i största möjliga mån inte låta våra erfarenheter styra vårt val av artiklar för att utröna om dessa erfarenheter är överförbara. Men huruvida detta är uppnått är svårt att uttala sig om, möjligheten är stor att andra författare med annan förförståelse hade uppnått ett annat resultat.

Fribergs modell för analys (18) är egentligen en modell avsedd för analys av kvalitativa artiklar. Däremot anser författarna att den innehåller aspekter av värde för analys även av kvantitativa artiklar, speciellt om resultaten av dessa skall sammanfattas med resultat från kvalitativa artiklar. Främst avses då metoden kring att identifiera nyckelfynd vilka används för att formulera de olika teman som presenteras i resultatet.

Av de elva artiklar som används i denna litteraturoversikt har åtta (25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34) granskats och godkänts av en etisk kommitté. I tre av de övriga artiklarna har ingen utomstående granskning skett (24, 29), men ett skriftligt godkännande har inhämtats från antingen deltagarna själva och/eller deras anhöriga eller förmyndare. Därutöver har en artikel som inte redovisar någon etisk reflektion inkluderats (28). I denna tillfrågades anhöriga i syfte att hjälpa forskaren att identifiera deltagarnas musikpreferenser. Även om ingen etisk reflektion förekommer framgår det i alla fall att anhöriga är informerade om att en studie ska genomföras med deras anhöriga som deltagare. Däremot nämns inget om försökspersonen själv tillfrågats. Denna artikels bristande redogörelse av etiska ställningstaganden är en brist. Då försökspersonerna i samtliga artiklar lider av demens hade det varit önskvärt om alla hade granskats och godkänts av etiska kommittéer.

Då vi ansåg att antalet nyare artiklar inom ämnet var för litet för att utgöra en grund för en litteraturstudie, användes även äldre artiklar, och då alla utom två (26, 34) använder sig av samma verktyg för att mäta agitation (antingen Cohen-Mansfield agitation inventory, eller modified Cohen-Mansfield agitation inventory), ansåg vi dessa applicerbara eftersom huvudverktyget är det samma. Ett annat problem som till del kan tänkas påverka resultatet är att många av de artiklar som vid en första granskning framstår som lämpliga inte finns tillgängliga för studenter vid Göteborgs Universitet, utan behöver beställas och därför uteslutits.

Studierna som valts ut kommer från Europa (2 st.), Nordamerika (6 st.) och Asien (3 st.), denna geografiska spridning var inte medvetet vald, artiklarnas ursprung påverkade inte urvalet. Att de kommer från så många olika världsdelar ses av författarna som en styrka, det tyder på att resultaten inte är speciellt kulturberoende utan snarare universella. Dock är uppfattningen av vad som anses vara roligande musik kulturellt betingat.

RESULTATDISKUSSION

Individuell musik – Avslappningsmusik

Resultaten visar tydligt på att individuellt anpassad musik är att föredra framför avslappningsmusik för att bryta utbrott av agiterat beteende. Detta framgår extra tydligt i den

artikel vars huvudsyfte är att jämföra dessa två metoder av musikval (24), men går också att utläsa i två artiklar (25, 27) där studiemetoden är jämförbar men dessa två olika musikval används. Däremot finns det studier där man använt avslappningsmusik med samma eller högre effektivitet som de studier baserade på deltagarnas preferenser (26), så resultaten är inte helt enhälliga. Sambandet mellan effektivitet av lugnande musik och graden av demens är däremot tydligt: Gravt dementa personer har svårt att ta till sig stimuli, men alla studier visar på att dessa personer svarar bättre på individuellt anpassad musik än generell avslappningsmusik. Anledning till detta kan kopplas till sjukdomens karaktär, med ett möjligt undantag av frontallobsdemens (3): Det första som försvinner är korttidsminnet och det blir svårare att ta till sig musik som inte är bekant sedan tidigare. Anledningen till att den individuella musiken ofta visar sig effektivare än generell avslappningsmusik kan kopplas till begreppet reminiscens (11), som innebär att man med hjälp av stimuli hjälper den dementa personen att återkoppla till minnen från förr. Man stärker på så sätt den dementas identitet, självkänsla och känslan av sammanhang (KASAM) (15).

Välbefinnande och miljö

I tre artiklar mättes frekvensen av agiterat beteende eller ångestrelaterat beteende hos populationen på boendet i sin helhet där det gjordes någon form av musikrelaterade insatser. I två av artiklarna (31, 32) spelades lugn musik upp för försökspersonerna i matsalen under måltider och i den tredje fick samtliga boende på ett demensboende två gånger i veckan individuellt anpassad musik uppspelad för sig (34). Alla dessa studier visar att frekvensen av agitation på hela boendet minskar. Detta stämmer överens med resonemanget bakom PLST-modellen (progressivt lägre stresströskel), vilken poängterar att dementa personer har lägre stresströskel än friska och reagerar starkare på störningar i miljön (7). Välbefinnandet hos dementa personer är starkt miljöberoende, och därför är det viktigt att hitta strategier för att åstadkomma en rofylld, trygg och säker miljö utan onödiga stressmoment. Agitationsförebyggande åtgärder förbättrar miljön för samtliga på ett demensboende - vårdare inkluderat - och minskar därmed behovet av agitationsbrytande åtgärder. Ett vanligt stressmoment för vårdtagarna på ett demensboende är just agiterade medboende (35), resultatet av detta är att en persons agitation lätt smittar av sig och blir allas. En agitationsbrytande åtgärd har därmed inte endast för avsikt att höja en persons välbefinnande på kort sikt utan även kollektivets välbefinnande på lång sikt.

Vilka förkunskaper behövs?

Avslappningsmusik identifieras genomgående på samma sätt i samtliga studier där den förekommer. Den skall ligga nära eller under normal vilopuls och inte innehålla hastiga växlingar i tempo och volym. Noterbart är att sång inte förekommer i någon av dessa (24, 25, 26, 31, 32). Ett vanligt symptom på demens är att försämrade förmåga att tolka verbala intryck. Sång i ett obekant musikstycke kan av en person med demens misstolkas och separeras från den musikaliska kontexten, och tolkas inte som text i en sång. Denna förvirring kan leda till agitation som kommer av frustrationen över att inte kunna förstå innebörden i en text. Individuellt utvald musik innehåller däremot ofta sång. Om musiken är bekant sedan tidigare är det ingen ny information som behöver tolkas och sången utgör därför inte ett störningsmoment.

För att använda sig av individualiserad musik i omvårdnad av en person med demens måste man först identifiera dennes musikaliska preferenser. Som hjälp till detta kan vårdaren använda sig av dennes närstående som informationsskälla (24, 27, 28, 29, 30, 34). Det går

naturligtvis även att fråga personen själv om demenssjukdomen inte är så pass långt gånge att personen inte längre är kommunikativ nog att svara. Om personen i fråga saknar närstående, eller dessa inte har någon kunskap om musikaliska preferenser och personen inte själv kan svara, kan vårdarens egna observationer av personen och kännedom om denne vara vägledande. Som vårdare av en person med demens och med den dagliga kontakt detta innebär ges vissa förutsättningar att genom observationer försöka avgöra vilken slags musik som har positiv effekt. Detta kan exempelvis utläsas genom att personen uppvisar mindre tendens till oro, ler, nynnar eller sjunger med.

Akademiska kunskaper inom musikorienterade terapiformer är alltså inte ett krav för att kunna använda sig av musik inom omvårdnad. Den kunskapen som är nödvändig är snarare av personlig karaktär; den relationen som vårdare och vårdtagare utvecklar ger förmodligen bättre förutsättningar att erhålla denna kunskap. Vår slutsats är att några enkla tumregler kan utläsas av denna litteraturstudie vid val av musik som spelas upp för alla på avdelningen: musiken bör vara instrumental utan hastiga växlingar och ligga nära normal vilopuls eller strax under.

Musik – inte enda vägen

I två studier jämförs musik med handmassage både för sig och i kombination (25, 27) konstateras att dessa metoder är lika effektiva för att lindra agitation hos dementa. Vid en jämförelse med andra interventioner och stimuli registrerar Cohen-Mansfield et al. (36) att musik inte är en noterbart bättre metod att minska agitation och öka självbefinnande hos mindre gravt demenssjuka än andra former av standardiserad aktivering och stimulans. Aktivering genom att ge de boende en arbetsuppgift att utföra som att vika handdukar visar sig i den studien vara en effektivare omvårdnadsåtgärd, än musik och aktiviteter baserade på försökspersonens tidigare intressen, yrke och hobbies är en minst lika effektiv metod. Försök med andra metoder användes också, såsom reminiscens, högläsning och olika sociala interaktioner. Sammanfattningsvis konstaterar den här studien att musik är en av många effektiva aktiviteter (36). Slutsatsen Cohen-Mansfield drar är att det viktigaste vid hantering av personer med demens som uppvisar agiterat beteende är att agera när tecken på agitation uppvisar sig. Denna reaktion kan göras med distraktion i form av aktivering eller stimuli i olika former, typen av stimuli ska vara anpassat efter personens preferenser och behov för bästa effektivitet. Cohen-Mansfield konstaterar även att den enskilt bästa formen av stimuli är personlig social interaktion (36).

Slutsats och rekommendationer för vården

Med en lyckad implementering av musik i omvårdnadsarbetet finns evidens för en sänkt förekomst av agitation. När agitation infinner sig krävs det oftast att personal ingriper för att bryta beteendet och bibehålla en god vårdmiljö. Att spela upp musik är inte en resurskrävande omvårdnadsåtgärd, och vinsterna i att göra detta resulterar utöver högre välbefinnande hos de boende även i en lägre arbetsbelastning för omvårdnadspersonalen. Stressad personal utgör i sig en utlösande faktor för agitation hos personer med demens (35). Reduceras personalens stress leder det i sin tur till att arbetsbördan sänks ytterligare då agitationen minskar bland de boende, en positiv cirkel.

Förbättrat samarbete och förhöjd förmåga att själv klara av vardagliga moment är ett annat positivt resultat av framgångsrikt implementerad musik i omvårdnad (31, 32, 33). Detta är

inte bara till gagn för personerna vars förmåga förbättras utan innebär även att arbetsbelastningen blir lägre för deras vårdare.

Referenser

1. Anderson, E. Dementia: Understanding the neurological contribution as a basis to nursing practice. I: Adams, T, redaktör. *Dementia care nursing: Promoting well-being in peoples with dementia and their families*. New York: Palgrave Macmillan; 2008. s. 66-85.
2. World Health Organisation. *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. [Internet] Geneva. World Health Organisation; C1992 (Uppdaterad 2003 Mar 6; citerad 2013 Maj 15). Tillgänglig från: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gf00.htm>
3. Wallin A, Brun A. & Gustafson, L. *Swedish consensus on dementia diseases*. Acta Neurologica Scandinavica. Stockholm; 1994; Suppl. 157, 90.
4. Appendix i: Edberg, A-K (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
5. Ragneskog, H. *Omvårdnad och omsorg vid demens*. Göteborg: Printema, 2011
6. Edberg, A-K. Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I: Edberg, A-K, Wijk, redaktörer. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 749-791.
7. Hall, G, Buckwalter K. Progressively lowered stress threshold: a conceptual model of care of adults with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatric Nursing* 1987; 81:399-406
8. Skovdahl, K, Kihlgren, M. Oro och aggressivitet – beteenden som kan vara svåra att tolka och bemöta. I: Edberg, A-K (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, 2002. s. 121-136.
9. Bergland, A. Fall risk factors in community-dwelling Elderly People. *Norsk Epidemiologi*. 2012;22(2): 151-164
10. Adams, T. Activities and interventions with people who have dementia and their families. I: Adams, T, redaktör. *Dementia care nursing: Promoting well-being in peoples with dementia and their families*. New York: Palgrave Macmillan; 2008. s. 162-187.
11. Erikson, E. H., Eriksson, J. M. *Den fullbordade livscykeln. Med tillägg om det nionde utvecklingsstadiet*. Stockholm: Natur och Kultur, 1987.
12. Svensk sjuksköterskeförening. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Internet]. C1953 (Uppdaterad 2007 Nov 1; citerad 2013 Maj 15). Tillgänglig på: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
13. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. SOSFS 2005-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen.
14. Wiklund, G, Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund : Studentlitteratur; 2012.

15. Antonovsky, A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur; 1987.
16. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of American Geriatric Society*. 1986;34:711-21.
17. Kim, H, S. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2010.
18. Friberg, F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s. 115-124.
19. Östlundh, L. Informationssökning. I: Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s. 45-70
20. Segersten, K. Användbara texter. I: Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s. 37-44
21. Friberg, F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s. 105-114
22. Polit, D.F & Beck, C.P. (2010). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer: Lippinkott Williams & Wilkins.
23. Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
24. Gerdner, L. A. Effects of individualized Versus Classical "Relaxation" Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer's Disease and Related Disorders. *International Psychogeriatrics*. 2000;12(1): 49-65
25. Remington, R. Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research*. 2002;51(5): 317-323
26. Helmes, E, Wiancko D, C. Effects of Music in Reducing Disruptive Behavior in a General Hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2006; 12(1): 37-43
27. Hicks-Moore, S, L, Robinson, B, A. Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*. 2008;7(1): 95-108
28. Gerdner, L. An Individualized Music Intervention for Agitation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1997;66(1): 177-183
29. Gerdner, L, A, Swanson, E, A. Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993;7(5): 284-291

30. Ragneskog, H, Asplund, K, Kihlgren, M, Norberg, A. Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*. 2001;7(1): 146-155
31. 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. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(1): 939-948
32. 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. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(6): 49-55
33. Götell, E, Brown, S, Ekman, S-L. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;46(4): 422-430
34. Sung, H-C, Chang A. M, Lee, W-L. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(7-8): 1056-1064
35. Ragneskog, H. Probable reasons for expressed agitation in persons with dementia. *Clinical Nursing Research*. 1998;7(3): 189-206
36. Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Dakheel-Ali, M., Regier, N.G., Thein, K., Freedman, L. Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58 (8) , pp. 1459-1464

BILAGA 1

Effects of Music in Reducing Disruptive Behavior in a General Hospital

Edward Helmes and Donna C. Wiancko

Journal of the American Psychiatric Nurses Association, Australien/Canada 2006

Kvalitetsgranskning: 20/24

Citeringar enligt Scopus: 2

Syfte

Att bedöma huruvida klassisk musik kan reducera agiterat beteende hos äldre med varierande svårighetsgrad av demenssjukdom på ett universitetssjukhus.

Metod

Kvantitativ studie. Individuella observationer av nio deltagare (sju kvinnor och två män) med en medelålder på 82,7 år (SD=7,44). Varje deltagare observeras under 30-minutersperioder vid ett minimum av fyra tillfällen under en tidsrymd av tre efterföljande dagar eller mer. Försöksperioder varvas med kontrollperioder. Utbrott av rop, bankande på sängbord eller grind och larmringningar noteras av observatör som befinner sig utanför deltagarens rum.

Resultat

Frekvensen av agitation sjunker drastiskt under försöksperioder jämfört med kontrollperioder hos sju av deltagarna och mindre hos två.

An Individualized Music Intervention for Agitation

Linda Gerdner

Journal of the American Psychiatric Nurses Association, USA 1997

Kvalitetsgranskning: 20/24

Citeringar enligt Scopus: 29

Syfte

Att utforska effekterna av musikintervention på agiterat beteende där musiken väljs efter deltagarnas personliga preferenser.

Metod

Kvalitativ pilotstudie med fem deltagare. Individuella observationer under 60 minuter vid två tillfällen per vecka. Det totala antalet sessioner varierar mellan 12 till 15. Under 30 minuter spelas deltagarnas individuellt utvalda musik följt av 30 minuter utan musikintervention. Musiken väljs ut efter intervju av närstående. Agiterat beteende noteras av observatör som befinner sig ensam med deltagare.

Resultat

Agiterat beteende minskar markant under musikinterventioner för att sedan åter öka till samma frekvens som innan intervention under efterföljande observationstid.

Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions

Hans Ragneskog, Kenneth Asplund, Mona Kihlgren, Astrid Norberg

International Journal of Nursing Practice, Sverige 2001

Kvalitetsgranskning: 22/24

Citeringar enligt Scopus: 25

Syfte

Att utforska om effekterna av musikintervention ger en reduktion på agiterat beteende hos svårt demenssjuka, där musiken väljs ut efter deltagarnas personliga preferenser.

Metod

Kvalitativ studie. Individuella videoinspelade observationer av 4 svårt demenssjuka på ett äldreboende. Urval av deltagare sker tillsammans med personal på boendet och val av musik genom intervju av deltagare, närstående och personal. Varje deltagare filmas under fyra tillfällen, två tillfällen med musik, ett kontrolltillfälle utan musik och ett tillfälle där klassisk musik spelas. Musikinterventionstillfällen startades med 5-10 minuters tystnad, för att observera deltagarens initiala sinnesstämning, följt av 30 med musik och avslutas med 5-8 minuter utan musik. Interventioner utförs enskilt med observatör närvarande och videokamera stationär. Om interventionerna störs av eller på något sätt blir avbruten avbryts interventionen och ombokas till senare tillfälle.

Resultat

Samtliga deltagare reagerar på musiken. Hos två av deltagarna märks en markant sänkning av agitationsgrad och hos två är skillnaden marginell.

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

Huei-Chuan Sung, Anne M Chang and Wen-Li Lee

Journal of Clinical Nursing, Taiwan 2010

Kvalitetsgranskning: 22/24

Citeringar enligt Scopus: 16

Syfte

Att utvärdera effekten av musikintervention på agitation med individuellt anpassad musik hos äldre demenssjuka boende i ett vårdhem,

Metod

Kvantitativ studie. 29 deltagare som får lyssna på musik under 12 tillfällen under sex veckor jämförs med 23 i kontrollgrupp

Resultat

De deltagare som får lyssna på musik uppvisar markant minskning i agitation efter sex veckor jämfört med kontrollgrupp utan musikintervention.

The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis

Eva Götell, Steven Brown och Sirkka-Liisa Ekman

International Journal of Nursing Studies. Sverige, 2009

Kvalitetsgranskning: 22/24

Citeringar enligt Scopus: 19

Syfte

Artikeln undersöker verbal och ickeverbal kommunikation mellan vårdgivare och personer som lider av grav demens under omvårdnaden som sker vid morgonen

Metod

Kvalitativ innehållsanalys. Nio personer med grav demens och fem erfarna vårdare deltar i studien. Tre olika sorters omvårdnadssessioner jämförs med varandra; en där man inte använder sig av någon musik, en där bakgrundsmusik spelas under omvårdnaden och en där vårdgivaren sjunger tillsammans med och/eller för patienten. Omvårdnadssessionerna utspelas i badrummet, spelas in med videospelare och transkriberas senare av forskarteamet. Sessionerna varar mellan 6 och 22 minuter.

Resultat

Kommunikationen förbättras mellan vårdare och patient både i situationerna med bakgrundsmusik och när vårdarna sjunger tillsammans med och för patienten jämfört med situationerna utan någon musik. Flest positiva upplevelser är det när vårdgivaren sjunger, och det är också då som patienten uttrycker minst agitation.

Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients

Linda A. Gerdner och Elizabeth A. Swanson

Archives of Psychiatric Nursing. 1993. USA

Kvalitetsgranskning: 20/24

Citeringar enligt Scopus: 84

Syfte

Att undersöka om agitationen hos personer med demens kan minskas genom att de får lyssna på individuellt anpassad musik.

Metod

Kvalitativ studie. 5 personer medverkar och kravet för att inkluderas i studien är: mellan 70 och 99 år, dokumenterad agitation enligt Cohen-Mansfield and Billings definitioner. Dessutom utvärderas medverkande patienter enligt Mini Mental State Exam, där kravet är att de uppvisar förvirring vilket definieras med ett värde under 21. De observeras mellan 15:30 till 17:00 dagligen i två veckor. Första veckan ges vård som vanligt, och andra veckan spelas musik upp för mellan 15:30 och 16:00. Skillnad i antalet uppvisade aggressiva beteenden registreras.

Resultat

Resultaten från denna studie indikerar en stor skillnad i förekomst av agiterat beteende efter att patienten får lyssna på musik. Individuella variationer förekommer men resultaten tyder på en konsekvent sänkning både under uppspelningen av musik och timmen som följer.

Effects of Individualized Versus Classical "Relaxation" Music on the frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer's Disease and Related Disorders

Linda A. Gerdner

International Psychogeriatrics. 2000. USA

Kvalitetsgranskning: 21/24

Citeringar enligt Scopus: 133

Syfte

Att utvärdera om uppspelad musik kan minska förekomsten av agitation hos personer med demens. Vidare jämförs individuellt anpassad musik efter patientens preferenser med klassisk, lugnande musik.

Metod

En randomiserad crossover studie. 39 personer deltar i studien, de utvärderas enligt CMAI och utvärderas även medicinskt för att säkerställa att ingen lider av åkommor som i sig skulle kunna orsaka ökad agitation. Baseline-data samlas under två veckor, patienten observeras under en timma dagligen då patienten är som mest agiterad, detta för att anpassa studietillfället efter den tid på dagen då försökspersonen brukar vara som mest agiterad. Sedan spelas antingen individualiserad musik eller klassisk, lugnande musik upp för deltagaren i en halvtimme, två gånger i veckan i en sex veckors period. Detta följs av två veckor utan någon musik för att sedan åter följas av en sex veckors musikperiod. Två grupper undersöks parallellt och växlar mellan musikalternativ. Förekomst av agitation mäts under en timma, varav första halvan är då musik spelas upp för försökspersonen.

Resultat

Både klassisk, lugnande musik och individualiserad musik har en lindrande effekt på agitation. Den individuellt anpassade musiken mer än halverar förekomsten av agiterat beteende. Den klassiska, lugnande är inte lika effektiv.

Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly

Ruth Remington

Nursing Research. 2002. USA

Kvalitetsgranskning: 21/24

Citeringar enligt Scopus: 55

Syfte

Att utreda om lugnande musik och/eller handmassage kan påverka förekomsten av agiterat beteende hos dementa, samt att jämföra dessa två åtgärder mot varandra och tillsammans.

Metod

Randomiserad, kvantitativ studie med upprepade mätningar. Fyra grupper med 17 personer i varje (totalt 68 personer) deltar. En grupp får lyssna på musik, en grupp får handmassage, en grupp får båda två simultant och en grupp utgör kontrollgrupp. Man skattar deltagarna med CMA i fyra tiominutersperioder (precis innan intervention, under intervention, precis efter intervention och en timma efter intervention).

Resultat

Alla tre experimentgrupper uppvisar minskat agiterat beteende jämfört med kontrollgruppen vid samtliga utvärderingstillfällen. Skillnaden mellan de tre interventionerna varierar lite och ingen enskild metod kan urskiljas som den mest effektiva.

Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia

Sandee L. Hicks-Moore och Bryn A. Robinson

Dementia. 2008. Kanada

Kvalitetsgranskning: 22/24

Citeringar enligt Scopus: 18

Syfte

Att utvärdera och jämföra tre olika sorters avslappningsmetoder och deras effektivitet i att lindra agiterat beteende hos personer med demenssjukdom. De tre metoderna är massage, lyssna på sin favoritmusik och de två metoderna simultant.

Metod

Randomiserad, kvantitativ studie. 41 deltagare delas in i fyra grupper (en fick lyssna på sin favoritmusik, en fick handmassage, en fick båda interventionerna simultant och en grupp utgör kontrollgrupp). Deltagarna utvärderas med CMAI tio minuter innan behandlingen, tio minuter efter behandlingen och en timma efter behandlingen.

Resultat

Alla tre interventionerna reducerar det agiterade beteendet. Det är ingen signifikant skillnad i effektivitet mellan de olika interventionerna.

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

Fang-Yu Chang, Hui-Chi Huang, Kuan-Chia Lin & Li-Chan Lin

Journal of Clinical Nursing, Taiwan 2010

Kvalitetsgranskning: 24/24

Citeringar enligt Scopus: 18

Syfte

Att utvärdera effekten av bakgrundsmusik vid lunchmåltider på agiterat beteende hos demenssjuka i ett äldreboende.

Metod

Kvasi-experimentell kvantitativ studie. Agitationsfrekvens och nivå mäts med CMAI hos 41 deltagare under åtta veckor vid lunchmåltider, varannan vecka utan bakgrundsmusik och varannan med musikintervention.

Resultat

Studien finner att lugnande musik under lunchmåltiderna har effekten av signifikant minska agiterat beteende. En veckas tidsförskjutning mellan interventionsperiod och signifikant effekt identifieras.

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

Shu-Yuan Ho, Hui-Ling Lai, Shaw-Yeu Jeng, Chih-wei Tang, Huei-Chuan Sung & Pin-Wen Chen

Psychiatric Nursing, Taiwan 2011

Kvalitetsgranskning: 23/24

Citeringar enligt Scopus: 6

Syft

Att utvärdera effekten av bakgrundsmusik vid måltider på agiterat beteende hos demenssjuka i ett äldreboende.

Metod

Kvantitativ studie med kontrollperiod före musikintervention och uppföljningsperiod efter. Interventionsperioden var på fyra veckor och uppföljning under två. Under intervention och uppföljning observeras 22 boende under dygnets alla timmar där agiterat beteende mäts enligt CMAI.

Resultat

Studien visar på en signifikant minskning av agiterat beteende under måltider och en minskning av agitation under dygnets resterande timmar. En kvarvarande effekt uppmäts under en vecka efter interventionsveckorna varefter agitationsnivån ökade.

Bilaga 2

Databas	Datum	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl	2013-04-22	dementia AND music AND nursing	102	-	-
Cinahl	2013-04-22	dementia AND music AND nursing AND agitation	27	8	4 (25, 27, 30, 32)
Cinahl	2013-04-22	dementia AND music AND nursing AND anxiety	24	3	1 (34)
Scopus	2013-04-24	dementia AND music AND agitation	104	-	-
Scopus	2013-04-24	dementia AND music AND agitation AND nursing	47	4	1 (29)
Scopus	2013-04-24	dementia AND music AND disruptive	14	3	1 (26)
Scopus	2013-04-24	"individualized music" agitation	11	3	1 (28)
PubMed	2013-04-25	music AND dementia AND agitation	57	5	1 (24)
PubMed	2013-04-25	music AND dementia AND nursing	141	-	-
PubMed	2013-04-25	dementia and nursing and "background music"	9	4	2 (31, 33)

Bilaga 3

Fråga	Ja	Delvis	Nej	Kommentar
Finns det ett tydligt problem formulerat? Är detta i så fall väl formulerat och avgränsat?				
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Är dessa i så fall väl formulerade?				
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Är denna i så fall väl beskriven?				
Vad är syftet? Är det tydligt formulerat?				
Är metoden tydligt beskriven?				
Är undersökningspersonerna tillräckligt väl beskrivna? Motiveras och beskrivs urvalet?				
Har data analyserats på ett trovärdigt sätt och redovisas analysmetoden tydligt?				
Är metod och teoretiska utgångspunkter relaterade till varandra på ett relevant sätt?				
Har författarna tolkat resultatet på ett adekvat sätt? Argumenteras det för tolkningen som gjorts?				
Har författarna tagit hänsyn till etiska aspekter vid utförandet?				
Finns det någon metoddiskussion. Är denna relevant och kritisk till det egna utförandet?				
Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?				