



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Musikterapiens påverkan på äldre personer med demens

En litteraturstudie

Författare: Forat Najam & Dovile Paulsson

Handledare: Anita Ziegler

Kandidatuppsats

Januari 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Musikterapiens påverkan på äldre personer med demens

## En litteraturstudie

Författare: Forat Najam & Dovile Paulsson

Handledare: Anita Ziegler

Kandidatuppsats

Januari 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** Demens är ett samlingsnamn för en grupp sjukdomar som påverkar de kognitiva funktionerna. Dessa sjukdomar är ett växande folkhälsoproblem både i Sverige och internationellt. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer av Sveriges befolkning i demens och antalet beräknas successivt öka. De flesta personer med demens uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) vilka leder till lidande både för patienter och närstående. **Syfte:** Syftet med föreliggande studie var att belysa hur musikterapi i vårdmiljön på äldreboende påverkar äldre personer med demenssjukdom. **Metod:** Studien baserades på tio vetenskapliga artiklar som analyserades utifrån en integrerad analysmetod. **Resultat:** I resultatet framkom att majoriteten av studierna visade att musikterapi var en effektiv metod som möjliggjorde en förbättring av BPSD. **Diskussion:** Det övergripande resultatet i litteraturstudien tyder på att musikterapi är en behandlingsmetod som har positiva effekter på BPSD utan att medföra några biverkningar. **Slutsats:** Musikterapi har visat sig ha en bidragande del i omvårdnaden av personer med demens men det behövs ytterligare forskning i området för att få en tydligare bild av musikterapiens effekter.

## Nyckelord

(Musikterapi, demens, äldreboende, BPSD)

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
Demens som sjukdom .....	3
<i>Primärdegenerativa demenssjukdomar</i> .....	3
<i>Vaskulära demenssjukdomar</i> .....	4
<i>Sekundära demenssjukdomar</i> .....	4
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens .....	4
Vårdmiljö .....	5
<i>Musikterapi</i> .....	5
<i>Äldreboende</i> .....	6
Perspektiv och utgångspunkt .....	6
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval av databaser .....	8
Genomförande av datainsamling .....	9
Tabell 1. Sökning i databasen PubMed .....	10
Tabell 2. Sökning i databasen Cinahl .....	10
Genomförande av databearbetning .....	10
Forskningsetiska avvägningar .....	11
Resultat .....	12
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens .....	13
Musikterapins påverkan på depression .....	13
Musikterapins påverkan på oro .....	14
Musikterapins påverkan på agitation .....	15
Diskussion .....	17
Diskussion av vald metod .....	17
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Slutsats och kliniska implikationer .....	23
Författarnas arbetsfördelning .....	23
Referenser .....	24
Artikelmatris .....	30

## Problembeskrivning

Demens är ett växande folkhälsoproblem både i Sverige och resten av världen och påverkar ett ökande antal människor varje år. Uppskattningsvis 47,5 miljoner människor runt om i världen lider av demens och 7,7 miljoner insjuknar i demens varje år. År 2050 beräknas antalet personer med demens i världen stiga till 135,5 miljoner (World Health Organization [WHO], 2015). I Sverige är det cirka 25 000 personer som insjuknar i demens årligen. Drygt 160 000 av den svenska befolkningen lider av demens och det beräknas att antalet kommer att fördubblas till år 2050 (Socialstyrelsen, 2014). Risken att drabbas av demens ökar med stigande ålder. I Sverige lider cirka åtta procent av människor som är 65 år eller äldre av demenssjukdom och hos de som är 90 år och äldre förekommer demenssjukdom i nästan hälften av fallen (Socialstyrelsen, 2014). Demens är förödande både för den drabbade och närstående men det är också betungande för vårdpersonalen. Bland äldre människor är demens en av de största orsakerna till oförmåga att vara självständig vilket leder till ökat behov av vård och omvårdnad (WHO, 2012). Eftersom det idag inte finns något botemedel för sjukdomen utan bara bromsmediciner som kan fördröja sjukdomsförloppet samt symtomlindrande läkemedel så blir omvårdnaden desto viktigare (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard & Hamers, 2013; Imborn & Åsbrink, 2011). En viktig komponent i omvårdnaden är den fysiska vårdmiljön och en översikt och anpassning av denna är en grundläggande del av behandling för beteendemässiga och psykologiska symtom hos individer med demens (Socialstyrelsen, 2010a). I en studie från Gustafsson, Karlsson och Lövheim (2013) framkom det att övermedicinering av personer med demens på specialiserade vårdenheter är vanligt. Studiens resultat visade att beteendemässiga och psykiska symtom hos patienter med demens medicinerades med antipsykotiska läkemedel i stor utsträckning och att medicineringen skedde över längre tid än vad som var lämpligt (Gustafsson et al., 2013). I föreliggande studie har det därför valts att belysa och lyfta fram alternativa metoder som ger mindre biverkningar och som hjälper den drabbade att lättare handskas med sitt beteende. En alternativ metod som har visat sig ge positiva effekter på beteendet hos personer med demens är musikterapi (Suzuki et al., 2004).

## Bakgrund

### *Demens som sjukdom*

Demens är ett samlingsnamn för olika sjukdomar som påverkar en mängd kognitiva funktioner. Vid demenssjukdomar förekommer störningar av intellektuella funktioner där bland annat minnet och det logiska tänkandet försämras och i vissa fall kan även personlighetsstörningar förekomma. En del olika symtom kan uppträda beroende på vilken demenssjukdom personen har drabbats av och var i hjärnan skadan sitter. Symtombilden omfattar bland annat minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter och talrubbningar. Demens delas in i tre huvudgrupper; primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar (Edberg & Wijk, 2009).

### *Primärdegenerativa demenssjukdomar*

Det finns ett flertal olika primärdegenerativa demenssjukdomar. Gemensamt för sjukdomarna är att symtomen har ett smygande förlopp med successiv försämring. Sjukdomsprocessen vid primärdegenerativa demenssjukdomar kännetecknas av att hjärnans nervceller förtvinar och dör i större omfattning än normalt. Den bakomliggande orsaken till förändringarna som leder till den ökade nervcells döden i hjärnan är okänd. Den vanligaste sjukdomen både inom denna grupp och av alla demenssjukdomar är Alzheimers sjukdom (Larsson & Rundgren, 2010). Sjukdomen beräknas förekomma hos 60–70 procent bland de drabbade (WHO, 2012). Alzheimers är en progressiv neurodegenerativ sjukdom som förorsakar försämring av den mentala och funktionella förmågan samt medför till beteende- och personlighetsförändringar (Georges et al., 2008). Utvecklingen av Alzheimers sjukdom följer fyra olika stadier där de olika funktionerna som påverkas vid demens successivt försämras. Den drabbade får minnesstörningar, försämrade orienteringsförmåga samt minskad spontanitet och initiativtagande. I sjukdomens senare stadier blir detta successivt mer påtagligt och till slut påverkas den fysiska och motoriska förmågan till den grad att individen inte längre kan upprätthålla sin självständighet utan blir beroende av vårdpersonalen (Larsson & Rundgren, 2010; Petrus & Wing-Chung, 2005).

### *Vaskulära demenssjukdomar*

Vaskulära demenssjukdomar orsakas av skador och sjukliga förändringar i hjärnans blodkärl som kan uppstå till följd av minskad syretillförsel i hjärnan. Den minskade syretillförseln kan orsakas av blodproppar eller blödningar. Symtomen vid den här typen av demens kommer oftast plötsligt till skillnad från de primärdegenerativa demenssjukdomarna. Det finns olika typer av sjukdomar i denna grupp och den vanligaste är multi-infarkt demens. Multi-infarkt demens uppstår när små embolier i hjärnan orsakar syrebrist och därmed celldöd i delar av hjärnan (Edberg & Wijk, 2009).

### *Sekundära demenssjukdomar*

Sekundära demenssjukdomar är i själva verket inga demenssjukdomar, det är tillstånd som ger demensliknande symtom. Gemensamt för denna grupp är att det är något somatiskt tillstånd som är den bakomliggande orsaken till symtomen. Somatiska tillstånd som kan leda till de demensliknande symtomen är följande: bristtillstånd, toxiska skador, metabola störningar, encefaliter, ökat intrakraniellt tryck samt hydrocefalus (Edberg & Wijk, 2009).

### *Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens*

Uppskattningsvis visar 90 procent av individer med demens beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) någon gång under sjukdomsförloppet (Crombie, Snell & Boyd, 2008). De beteendemässiga och psykiska symtomen förekommer framförallt hos individer med demens på vårdhem (Backhaus, Killeit, Penhale, Burns & Gray, 2014). De beteendemässiga symtomen kan vara; irritabilitet, aggressivitet, agitation, samt vandring, medan de psykiska symtomen kan vara; hallucinationer, vanföreställningar, oro, apati samt depression (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, & Breitner, 2000; George & Padman, 2014). De vanligaste BPSD hos personer med demens har visat sig vara agitation, aggression, apati och depression (Lyketsos et al., 2000). Gemensamt för alla BPSD är att de orsakar mycket lidande för individen med demens och att de ofta är svåra att hantera både för närstående och vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2010a).

De bakomliggande orsakerna till BPSD kan vara neurologiska, miljömässiga och sociala (Crombie, Snell & Boyd, 2008). I socialstyrelsens (2010a) rapport framgår att orsaker till BPSD kan vara kommunikationsproblem, svårigheter att orientera sig i den befintliga miljön, för höga krav, inte tillgodosedda behov, brist på meningsfulla aktiviteter och smärta.

Symtomen kan orsakas av själva hjärnskadan som uppstår vid demens men kan även bero på för hög dos av läkemedel (ibid.). Socialstyrelsen (2010a) anser att en kartläggning över individens BPSD och orsaker till att de symtomen uppstår är av stor vikt då kartläggningen ligger till grund för behandling av BPSD. I rapporten framgår att behandling av BPSD ska inriktas på att åtgärda de symtomorsakande faktorerna som identifieras under kartläggningen (ibid).

### *Vårdmiljö*

När en person utsätts för sjukdom, skada eller funktionsnedsättning blir det av stor vikt att anpassa miljön så att den drabbade personens behov blir tillfredsställda. Att upprätthålla en god vårdmiljö som är lugn och trygg blir därmed viktigt för att öka välbefinnandet hos den drabbade individen. Vårdmiljön vid behandling av personer med demens har en avgörande inverkan och spelar en viktig roll. Utformningen av vårdmiljön kan påverka patientens beteende och välbefinnande både positivt och negativt (Edberg & Wijk, 2009).

Vårdmiljöfaktorer inom vårdboende så som ljus, ljud och temperatur har enligt Garre-Olmo et al. (2012) studie visat sig kunna påverka välbefinnande och beteende hos personer med demens. Studiens resultat visar att högre rumstemperatur, högre ljudnivå och lägre ljusstyrka i lokaler på äldreboende påverkar välbefinnandet och beteendet hos patienter med demens negativt (ibid.). Enligt Socialstyrelsen (2010a) har det visat sig att musik, dans och sång ger god effekt hos patienter med måttlig till svår demens. Vidare har musik i samband med måltider visat sig ha både stimulerande och rogivande inverkan på patienter med olika demenssjukdomar (Larsson & Rundgren, 2010).

### *Musikterapi*

Världsorganisationen för musikterapi (World Federation of Music Therapy [WFMT], 2011) definierar musikterapi som ett professionellt utövande av musik där ändamålet är att förbättra och optimera välbefinnande, hälsa och livskvalitet. Syftet med musikterapi är att förbättra det fysiska, kommunikativa och sociala välbefinnandet, men även det emotionella och spirituella (ibid.). Musikterapi utövas av utbildade musikterapeuter som avgör på vilket sätt musikterapi ska utformas utifrån patientens önskemål, förmåga och behov (American Music Therapy Association [AMTA], u.å). Terapin utövas antingen individuellt eller i en grupp. Terapeuterna kan använda sig av antingen sångmässiga eller instrumentella musikaktiviteter eller en kombination av dessa. Musikterapi innebär att patienten får vara delaktig i att skapa

musik med instrument, vara med och sjunga eller dansa till musik och/ eller bara lyssna på musik som är inspelad eller skapas av musikerterapeuten (ibid.). För att upplevelsen av musik ska definieras som musikterapi krävs det att fyra komponenter ingår. Dessa komponenter är följande; patient, musik, terapeut samt en överenskommelse mellan de båda parter gällande tid och mötesplats där man arbetar med problem och frågor som kan uppstå (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999).

Musikterapi kan användas i olika vårdssammanhang och till olika patientgrupper i alla åldrar (AMTA, u.å). De olika patientgrupper som musikterapi kan riktas till är exempelvis äldre personer med demens, barn med autism, prematura barn och patienter som upplever smärta (ibid.). Det finns flertal studier som undersöker musikterapiens effekter i olika vårdssammanhang. Enligt Suzuki et al. (2004) minskar musikterapi irritabiliteten och även aggressivt beteende hos äldre personer med demens. En annan studie visar att uppspelande av musik minskar agitation hos patienter med demens (Sung, Chang & Abbey, 2006).

### *Äldreboende*

Enligt Nationalencyklopedin (2016) definieras äldreboende som ett samlingsnamn för flera boendeformer som är ämnade för äldre med särskilda behov. Dessa boendeformer omfattar allt från servicehus, där boende får tillgång till hjälp endast vid behov, till ålderdomshem där hjälp erbjuds dygnet runt (ibid.). En annan boendeform är särskilda boende, boende som är specifikt lämpade för personer med demenssjukdomar (Socialstyrelsen, 2010a; Ne, 2016). I en studie av Stanford et al. (2015) definierades äldreboende som en anläggning som erbjuder 24-timmars funktionellt stöd och omsorg för personer som behöver hjälp med allmän daglig livsföring (ADL). De här individerna är ofta sårbara och har komplexa vårdbehov (ibid.).

### *Perspektiv och utgångspunkt*

Denna litteraturstudie avser att belysa hur beteendet hos dementa påverkas av musikterapi. Fokus ligger därmed på patienten och hur musikterapi kan bidra till eventuella beteendeförändringar. Beteendeförändringarna noterades och mättes av utomstående personer så som vårdpersonal men det är ändå patientens välbefinnande som står i fokus. Enligt Socialstyrelsen (2010a) är personcentrering en central del i omvårdnaden av dementa. Personcentrering i omvårdnaden innebär att patienten ska ses som en person med egna tankar och erfarenheter och inte bara som en sjukdom (ibid.). Det finns olika modeller för



implementering av personcentrering i vården av dementa. Ett exempel är ABLE-modellen som lägger stor vikt på miljöfaktorer (Roberts, Morley, Walters, Malta & Doyle, 2015). ABLE-modellen utvecklades av geriatrisk hälsovård i Australien för att förbättra vården av individer med demens. Modellen bygger på ett samarbete med såväl närstående som vårdpersonalen för att skapa positiva förändringar för patienterna. Förändringar i den fysiska miljön, utbildning av personalen samt en ny vårdfilosofi med målen att bibehålla och förbättra varje individs förmågor är centrala delar av modellen. Den första bokstaven, A, står för förmågor och innebär att personalen ska utvärdera patientens såväl kognitiva som fysiska förmågor för att få en bild över vad patienten klarar av själv. Därefter ska vården fokusera på dessa förmågor för att utöka och bevara dem samt för att främja patientens självständighet. Bokstaven B står för bakgrund och syftar till att personalen ska samla in bakgrundsinformation om patienten för att kunna anpassa miljö och aktiviteter utifrån patientens intresse och förmågor. L står för ledarskap och belyser vikten av starkt och stödjande ledarskap, från styrelse till chefer och personal, vid förändringsprocesser. Den sista bokstaven, E, symboliserar den fysiska miljön och syftar till att vårdmiljön både inomhus och utomhus ska individanpassas. Miljön på äldreboende ska i enlighet med modellen anpassas för att kunna tillgodose de varierande behoven och intressen som finns hos patienterna. ABLE-modellen innebär därmed personcentrerad omvårdnad med fokus på bland annat fysiska miljöfaktorer (ibid.). Föreliggande studie har utgått från Joyce Travelbees omvårdnadsteori som fokuserar på de mellanmännsliga aspekterna (Travelbee, 1966). Teorin bygger på en existencialistisk åskådning där viktiga begrepp som kommunikation, mellanmännsliga relationer och individfokuserad människosyn lyfts fram. Utgångspunkten för Travelbees teori är att varje enskild människa är en unik och oersättlig individ som bara existerar en gång i denna värld. Enligt Travelbee etableras mellanmännsliga relationer genom interaktion och kommunikation. Interaktion och kommunikation är essentiella redskap för sjuksköterskan eftersom de ger hen kunskap om den sjuke personen samt hjälper hen att bemöta och nå fram till patienten. En god och välfungerande kommunikationsförmåga är enligt Travelbee en grundläggande hörnsten i omvårdnadsarbetet. Travelbee hävdar att kommunikationen mellan vårdaren och patienten kan vara både verbal och icke- verbal och har till syfte att vårdaren ska lära känna patienten. Den icke-verbala kommunikationen spelar en central roll vid omvårdnaden av personer med demens då en del av dessa personer kan ha kommunikationssvårigheter vilket kan komplicera vårdandet (Travelbee, 1966 ; Edberg & Wijk, 2009).

## Syfte

Syftet med den här uppsatsen är att belysa hur musikterapi i vårdmiljön på äldreboende påverkar äldre personer med demens.

## Metod

Metoden är en litteraturstudie som bygger på sammanställning av tidigare forskning. Enligt Kristensson (2014) utförs en litteraturstudie i två steg. Först görs en systematisk sökning av vetenskaplig litteratur i relevanta databaser utifrån en avgränsad frågeställning. Därefter görs en kritisk granskning av relevanta artikelträffar och deras innehåll värderas. Studiens resultat bygger sedan på sammanställningen av den granskade och analyserade vetenskapliga litteraturen (ibid.). Ändamålet med denna metod är att få en översikt över kunskapsläget i forskningsområdet (Polit & Beck, 2014).

## Urval av databaser

En översiktlig bild av den tillgängliga forskningen inom ämnesområdet skapades genom en inledande litteratursökning i databaserna Cinahl och Pubmed. Databasen Pubmed utgår från tidskriftsartiklar som inriktar sig på medicinvetenskap medan Cinahl är inriktad på omvårdnadsvetenskap med referenser till böcker, tidskriftsartiklar och avhandlingar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Söktermer som användes i databaserna var: *dementia*, *nursing homes*, och *music therapy*. I databasen Cinahl genomfördes sökningen med hjälp av Cinahl headings och i databasen PubMed användes MeSH termer. Söktermerna användes både var för sig och i olika kombinationer i båda databaserna. Vid kombinationerna användes den booleska sökoperatör AND som kombinerade valda söktermer så att sökningen blev mer avgränsad (Willman et al., 2011). Många vetenskapliga artiklar följer en så kallad IMRAD-mall. Mallen innebär att rapporten delas in i fyra delar: introduktion, metod, resultat och diskussion (Polit & Beck, 2014).

Den egna studiens litteratursökning avgränsades med inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar som var publicerade i internationella tidskrifter och skrivna på engelska eller svenska. Vidare inkluderade studien artiklar som var publicerade mellan år 2006 och 2016. En ytterligare inklusionskriterier var att undersökningspersonerna i studierna skulle vara diagnostiserade med någon typ av demenssjukdom och vara bosatta på äldreboende. Artiklar som behandlade både män och kvinnor inkluderades. Exklusionskriterier var artiklar som inte var godkända av en etikkommitté samt artiklar som inriktade sig på personer som var yngre än 65 år. Även artiklar som inte följde IMRAD-mallen exkluderades.

### **Genomförande av datainsamling**

Vetenskapliga artiklar söktes fram i databaserna Pubmed och Cinahl, och baserades på de bestämda urvalskriterierna. Sökorden användes var för sig eller olika kombinationer. Sökningarna i de två olika databaserna redovisas i tabell 1 och tabell 2. Efter sökningen lästes abstrakt på samtliga artikelträffar av båda författarna. Artiklar vars abstrakt bedömdes behandla den egna litteraturstudiens syfte lästes igenom i fulltext av båda författarna. En kvalitetsgranskning gjordes utifrån en granskningsmall skapad av Willman et al. (2011). Granskningen gjordes separat av båda författarna för att sedan jämföra och enas om studiernas kvalitet. Granskningsmallen som användes var avsedd för kvantitativa studier då samtliga studier som behandlade den egna litteraturstudiens syfte var kvantitativa. Frågorna i mallen behandlade forskningens urval, metod, trovärdighet, datainsamling etc. Den kvantitativa mallen bestod av 16 frågor där varje fråga motsvarade ett poäng (ibid.). Artiklarnas kvalitet baserades på antalet poäng de fick. Studierna delas in i tre olika kategorier; låg, medel och hög kvalitet. Författarna utgick från att artiklar som fick 12 poäng eller mer var av hög kvalitet, artiklar som fick mellan åtta och 11 poäng var av medelgod kvalitet och de artiklar som fick under åtta poäng var av låg kvalitet. Samtliga artiklar av låg kvalitet exkluderades. Samtliga sju artiklar som bedömdes vara av hög kvalitet och tre artiklar av medelgod kvalitet inkluderades. De tre artiklarna av medelgod kvalitet som inkluderades bedömdes vara relevanta och hade tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas då de alla tre bedömdes vara på gränsen mellan medel och hög kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen återstod tio kvantitativa artiklar.

**Tabell 1.** Sökning i databasen PubMed

Databas PubMed	Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Valda artiklar
#1	”Dementia” [MeSH]	4288	0	0	0
#2	”Music Therapy” [MeSH]	263	0	0	0
#3	”Nursing Homes” [MeSH]	1021	0	0	0
#4	#1 AND #2 AND #3	15	8	3	1
#5	#1 AND #2	50	10	8	7
#6	#2 AND #3	17	0	0	0

**Tabell 2.** Sökning i databasen Cinahl

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Valda
#1	Dementia	423	0	0	0
#2	Music therapy	70	0	0	0
#3	Nursing home	430	0	0	0
#4	#1 AND #2	8	6	4	2
#5	#1 AND #3	78	0	0	0

### Genomförande av databearbetning

Analysmetoden som implementerades i föreliggande studie kallas för integrerad analys.

Integrerad analysmetod lämpar sig både för kvantitativa och kvalitativa artiklar och metoden innebär att en sammanställning av alla inkluderade vetenskapliga artiklars resultat görs för att

kunna presentera och jämföra dessa i förhållande till varandra (Kristensson, 2014). Enligt Kristensson (2014) görs analysmetoden i flera olika steg. I enlighet med det första steget lästes artiklarna flertalet gånger av båda författarna för att kunna upptäcka olika samband mellan artiklarnas resultat. Därefter identifierades innebörden i resultatet och ett tema togs fram. I det tredje och sista steget jämfördes studiernas resultat med varandra med avseende på temat som togs fram, för att urskilja likheter och skillnader och bilda underteman (ibid.). Tre subteman kunde identifieras.

## **Forskningsetiska avvägningar**

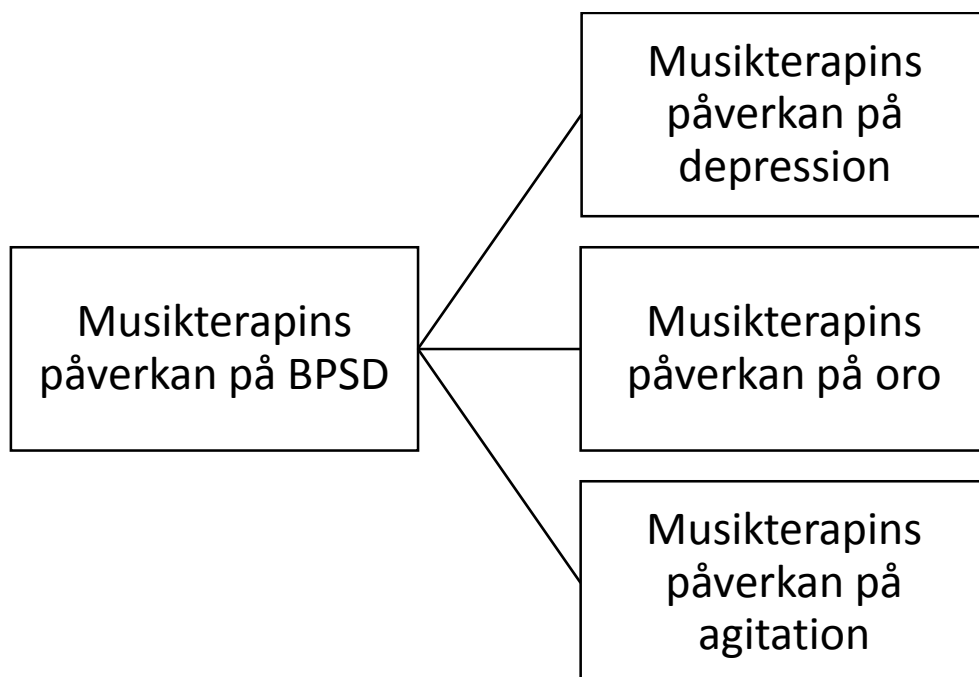
Enligt Northern Nurses' Federation (2003) finns fyra grundläggande principer som ska beaktas vid forskning. Dessa principer är följande; principen om autonomi, principen om rättvisa, principen om att göra gott och principen om att inte skada. Utgångspunkten i autonomiprincipen är att deltagarens värdighet, sårbarhet och integritet respekteras. Detta innebär att forskarna bör ta extra hänsyn till individer som tillhör en svag och sårbar grupp. Personer med demens har en nedsatt eller begränsad autonom förmåga och tillhör därmed de sårbara grupperna. Principen om rättvisa innebär att alla ska behandlas lika oavsett kön, ålder, etnicitet etc. Principen om att göra gott innefattar att forskningen ska vara till nytta för både omvårdnaden och för de grupper den är avsedd att hjälpa. Ändamålet med principen om att inte skada är att forskningen inte skall utsätta eller ha en skadlig inverkan på deltagaren (ibid.).

I den föreliggande litteraturstudien tog hänsyn till detta genom att de relevanta vetenskapliga artiklarna granskades utifrån Willman et al. (2011) granskningsmall då ett av kvalitetskriterierna i mallen var att studien skulle ha ett etiskt resonemang (ibid.). Det kontrollerades även om studierna hade blivit godkända av någon etikkommitté och studier som inte hade blivit det exkluderades. Andra viktiga etiska aspekter vid en litteraturstudie är att samtliga relevanta artiklar redovisas i litteraturstudien och att allt resultat presenteras, både de resultat som stödjer författarnas hypotes men också de som inte gör det (Forsberg & Wengström, 2009). I föreliggande studie togs hänsyn till detta genom att presentera samtliga relevanta artiklar och deras resultat i studien oavsett om de påvisade positiva effekter av musikterapi eller inte.

## Resultat

Resultatet i föreliggande studie grundades på tio vetenskapliga artiklar. Det övergripande resultatet i åtta av tio artiklar indikerade på att musikterapi hade en positiv påverkan på äldre personer med demens (Chu et al., 2014; Guétin et al., 2009; Lin et al., 2011; Narme et al., 2014; Raglio et al., 2008; Ridder, Stige, Ovale & Gold, 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013; Sung, Lee, Li & Watson, 2012). De övriga två studier påvisade ingen signifikant effekt av musikintervention på personer med demens (Cooke, Moyle, Shum, Harrison & Murfield, 2010; Raglio et al., 2015).

I resultatet kunde följande övergripande tema identifieras efter gransknings- och analysarbetet; musikterapins påverkan på BPSD. I resultatet framgick även tre följande subteman; musikterapins påverkan på depression, musikterapins påverkan på oro och musikterapins påverkan på agitation.



Figur 1.

## **Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens**

### *Musikterapins påverkan på depression*

Av totalt fyra studier som undersökte musikterapins effekt på depression visade två studiers resultat att depressiva symtom hos personer med demens kunde reduceras med hjälp av musikterapi (Chu et al., 2014; Guétin et al, 2009). De andra två studierna kom fram till att musikterapi inte hade någon signifikant effekt på depression (Cooke et al., 2010; Raglio et al., 2015).

Chu et al. (2014) genomförde en randomiserad, kontrollerad studie med prospektiv design i Taiwan på 100 patienter som hade demens och var bosatta på äldreboende, med 49 deltagare i interventionsgruppen och 51 deltagare i kontrollgruppen. Interventionsgruppen fick 30 minuters musikterapi två gånger i veckan under sex veckor medan kontrollgruppen fick standardvård. Under musikterapin fick patienterna lyssna på musik, spela instrument och sjunga och standardvård innebar att patienterna fick se på tv, dricka te och gå på promenad. Gruppen som fick musikterapi visade sig ha mindre depressiva symtom till skillnad från kontrollgruppen (Chu et al, 2014). Även Guétin et al. (2009) kom fram till att musikterapi ledde till färre depressiva symtom hos patienter med demens. Studien hade en randomiserad, kontrollerad, singelcenter, jämförande design och genomfördes i Frankrike på äldre personer med demens. I studien deltog 24 patienter varav 13 var med i interventionsgruppen och 11 i kontrollgruppen. Musikterapin bestod av att deltagarna fick lyssna på musik en gång i veckan under 16 veckor där typen av musik baserades på deltagarens musiksmak. Kontrollgruppen fick under samma tid antingen vila eller läsa. Studiens resultat visade även att musikterapins reducerande effekt på depression kvarstod efter två månader (Guétin et al, 2009).

En annan studie gjord av Cooke et al. (2010) var en kvantitativ korsstudie med 47 deltagare som hade demens och bodde på äldreboende i Australien. Deltagarna delades in i två grupper, en med 24 patienter och en med 23 patienter. Den ena gruppen fick börja med att vara interventionsgrupp som fick musikterapi medan den andra gruppen var kontrollgrupp. Musikterapin bestod av 30 minuters sjungande, instrumentspelande och dansande till välbekanta låtar och 10 minuters lyssnande på inspelad musik. Kontrollgruppen fick under tiden läsa i dagstidningar och noveller samt spela frågespel och berätta roliga historier. Aktiviteterna pågick under 40 minuter i båda grupperna, tre gånger i veckan under en åtta

veckors period. Eftersom studien var en korsstudie bytte deltagarna grupp med varandra efter denna tid för att senare fortsätta i ytterligare åtta veckor. Resultatet visade att depressiva symtom minskade hos vissa patienter i båda grupperna och att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan musikterapi och kontrollgruppens aktiviteter inverkan på depression (Cooke et al., 2010).

En annan randomiserad, kontrollerad studie gjord av Raglio et al. (2015) visade också att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan musikterapi och andra stimulerande aktiviteter inverkan på depression. Studien genomfördes i Italien på 98 patienter med demens och bestod av tre undersökningsgrupper. Den första gruppen erhöll standardvård och musikterapi där deltagarna fick vara med och spela instrument, den andra gruppen erhöll standardvård och passivt lyssna på musik och den tredje gruppen erhöll endast standardvård. Standardvård innebar att patienterna fick läsa tidningar, spela kort och utföra andra sociala och fysiska aktiviteter som vanligt. Alla aktiviteter varade under 30 minuter två gånger i veckan under tio veckors period. Resultatet i Raglio et al. (2015) studie visade att deltagarna i alla tre grupperna fick mindre depressiva symtom men att det inte fanns någon signifikant skillnad på minskningen mellan grupperna och att musikterapi därmed inte påverkade depression mer än de andra aktiviteterna.

### *Musikterapis påverkan på oro*

Flertal studier visade att musikterapi leder till minskad oro hos patienter med demens (Guétin et al., 2009; Raglio et al., 2008; Sakamoto et al. 2013; Sung et al. 2012). I en studie gjord av Raglio et al. (2015) visade det sig däremot att musikterapi inte påverkade oro signifikant och att musikterapi inte hade större inverkan på oro hos individer med demens än vad enbart musiklyssnande eller standardvård hade (ibid.).

Sung et al. (2012) utförde en kvantitativ experimentell studie i Taiwan och hade 55 deltagare som led av demens varav 27 deltagare var med i interventionsgruppen och 28 i kontrollgruppen. Interventionsgruppen fick musikterapi i form av instrumentspelande till välbekant och föredragen musik i 30 minuter två gånger i veckan under sex veckor. Kontrollgruppen fick standardvård där sociala aktiviteter såsom tv tittande och besök av familj kunde förekomma. Resultatet visade att oro minskade signifikant hos äldre personer med demens som fick musikterapi (Sung et al., 2012). En annan studie gjord av Guétin et al.



(2009) visade också att musikterapi minskade oro signifikant hos interventionsgruppen. Det framkom även att den positiva effekten på oro kvarstod efter åtta veckors tid hos interventionsgruppen (ibid.).

Både Raglio et al. (2008) och Sakamoto et al. (2013) studie visade att musikterapi hade en positiv inverkan på oro. Raglio et al. (2008) utförde en randomiserad, kontrollerad studie i Italien på 59 deltagare där 30 patienter deltog i interventionsgruppen som fick musikterapi och 29 patienter deltog i kontrollgruppen som fick standardvård utan musikterapi.

Interventionsgruppen fick musikterapi i 30 minuter 30 gånger under 16 veckor medan kontrollgruppen fick standardvård som kunde innefatta exempelvis läsning, bad och kortspel. Studiens resultat visade att oro hade minskat hos gruppen som fick musikterapi (Raglio et al. 2008). En annan randomiserad kontrollerad studie gjord av Sakamoto et al. (2013) genomfördes i Japan och hade 39 deltagare. Deltagarna delades in i tre grupper; en interventionsgrupp som fick musikterapi, en interventionsgrupp som enbart fick lyssna på musik och en kontrollgrupp som endast fick den vård som brukade ges på äldreboendet. Interventionerna varade under 30 minuter en gång i veckan under tio veckors period.

Resultatet visade att både musikterapi och passivt musiklyssnande hade positiv inverkan på deltagarnas oro. Vidare visade studien att båda musikinterventionerna reducerade flera beteendemässiga och psykiska symtom vid demens utöver oro men att musikterapi påverkade fler BPSD än passivt musiklyssnande (Sakamoto et al., 2013). Studiens resultat visade även att de positiva effekterna av musikinterventionerna inte kvarstod efter tre veckors tid (ibid.).

### *Musikterapins påverkan på agitation*

I fyra av sex studier som undersökte musikterapins påverkan på agitation hos individer med demens påvisades reducerande effekter på agitation (Lin et al., 2011; Narme et al., 2014; Ridder et al., 2013; Raglio et al., 2008). Ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan musikterapi och kontrollgruppernas aktiviteter i resterande två studier (Raglio et al., 2015; Sung et al., 2012).

I en studie gjord av Lin et al. (2011) påvisades det att musikintervention gav positiva effekter på agitation. Den kontrollerade experimentella studien utfördes i Taiwan och bestod av 100 deltagare. Deltagarna delades in i två grupper; en kontrollgrupp som bestod av 51 patienter och en interventionsgrupp med 49 patienter. Interventionsgruppen fick musikintervention två

gångar i veckan i sex veckor medan kontrollgruppen fick fortsätta med att delta i dagliga aktiviteter som erbjöds på äldreboendet. Studien undersökte hur musikterapi påverkade olika agitationsbeteenden. De olika agitationsbeteenden innefattade fyra subtyper som var fysiskt icke-aggressiva beteende, fysisk aggressiva beteende, verbalt icke-aggressiva beteende samt verbalt aggressiva beteende. Mätningarna gjordes vid tre olika tillfällen; vid sjätte- och tolfte interventionen samt en månad efter musikinterventionens upphörande. Studiens resultat visade att verbalt-icke aggressiva beteenden, fysiskt icke-aggressiva beteenden samt fysisk aggressiva beteenden vid samtliga tre tillfällen reducerades i interventionsgruppen. En signifikant minskning av de verbala aggressiva beteendena noterades endast vid sjätte interventionen medan kontrollgruppen inte visade någon signifikant förändring av de olika agitationsbeteende (Lin et al., 2011).

In en randomiserad kontrollerad explorativ studie utförd av Ridder et al. (2013), framkom det också att musikterapi påverkade agitation på ett positivt sätt. I studien ingick 42 deltagare från 14 olika äldreboende. Deltagarna randomiserades i två grupper, en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick den vård och aktiviteter som alltid erbjöds på äldreboendet som bland annat kunde innebära att patienterna fick fortsätta att vara med i gruppaktiviteter där deltagarna fick sjunga med i sånger. Experimentgruppen fick musikterapi där varje deltagare fick individuell musikterapi två gånger i veckan under sex veckor. Följande fem aktiviteter inkluderas i musikterapi; att improvisera med hjälp av sång eller instrument, sjunga, lyssna på musik, dansa samt övriga aktiviteter. Efter sex veckors tid byttes grupperna. Studiens resultat visade att det fanns en signifikant minskning av agiterat beteende under de veckor som deltagarna fick individuell musikterapi jämfört med de veckor där ingen musikterapi erhöles (Ridder et al., 2013). Detta bekräftas av en annan studie gjord av Raglio et al. (2008) som också kom fram till att musikintervention hade positiva effekter på agitation. Signifikanta förbättringar kunde noteras hos musikinterventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Förbättringar observerades som tydligast vid vecka 8, 16 och 20 (ibid.).

En annan singelcenter, randomiserad kontrollerad studie gjord av Narme et al. (2014) visade att musikterapi hade en positiv och reducerande effekt på agitation. Studien utfördes i Frankrike där 37 deltagare med demens rekryterades från ett äldreboende. Deltagarna delades in i två grupper, en interventionsgrupp bestående av 18 deltagare och en matlagingsgrupp med 19 deltagare. Båda gruppernas aktiviteter pågick i en timme två gånger i veckan under

fyra veckors tid. Musikterapi som intervention innebar att deltagarna fick lyssna på musik, sjunga eller spela instrument medan matlagningen innebar att deltagarna efter egen förmåga fick laga olika rätter. Resultatet av den här studien visade att båda grupperna hade positiva förändringar på agitation. Matlagningsgruppen uppvisade reducerad agitation vid två mätningstillfällena och musikinterventionsgruppen endast vid ett tillfälle (ibid.).

Studien av Raglio et al. (2015) visade att agitation minskade över tiden hos alla tre undersökningsgrupper som bestod av en musikterapi-grupp, en grupp som enbart fick lyssna på musik och en kontrollgrupp som enbart fick standardvård. Enligt studiens resultat fanns det inga signifikanta skillnader i minskningen av agitation mellan de tre grupperna (ibid.). En ytterligare studie gjord av Sung et al. (2012) kom fram till liknande resultat. Studiens resultat visade att interventionsgruppen och kontrollgruppen hade en minskad förekomst av agitation under hela studiens tid, men inte heller här framkom några signifikanta skillnader på agitation mellan grupperna (ibid.).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Föreliggande studie hade litteraturstudie som metod för att värdera och sammanställa befintlig kunskap i forskningsområdet (Kristensson, 2014). Eftersom det fanns tidigare forskning inom det valda ämnet tillgängligt ansågs den här metoden vara lämplig då den kunde bidra till en sammanställning av tillgänglig kunskap inom ämnet. I en litteraturstudie kan resultatdelen jämföras med tidigare forskning och studier och därmed kan metoden skapa goda förutsättningar för att få en översikt inom forskningsområdet. Det sammanställda resultatet kan vara till grund för en ny studie som i sin tur kan bidra till ökad kunskap inom klinisk verksamhet (Kristensson, 2014). Svårigheter med den här metoden kan vara ökad sannolikhet för feltolkningar och missförstånd av artiklars resultat vilket kan bero på fel översättning mellan olika språk (Polit & Beck, 2014). Det här var relevant i föreliggande studie eftersom samtliga artiklar som ingick i studien var skrivna på engelska och tolkades och sammanställas

av två svensktalande författare. Detta togs i beaktning genom att använda lexikon och diskutera betydelsen av ord och meningar vars innebörd var oklar.

Datainsamlingen genomfördes genom att vetenskapliga artiklar söktes i databaserna Cinahl och PubMed. Sökningar i flera relevanta databaser leder till större variation av vetenskapliga studier (Willman et al., 2011). Detta kan således ses som en styrka för en studie eftersom sannolikheten att finna relevanta artiklar ökar vilket stärker validiteten. I föreliggande studie genomfördes sökningar i två databaser som var relevanta utifrån forskningsområdet.

Sökningar i någon ytterligare databas hade kanske bidragit till större variation av artiklar men mängden vetenskapliga artiklar som hittades i de två databaserna ansågs vara tillräcklig enligt författarparet. Vidare ansågs de två valda databaserna vara mest relevanta för den egna studien eftersom de omfattade medicin och omvårdnad. I studien ingick tio vetenskapliga artiklar. Detta är ett lågt antal vilket begränsar generaliserbarheten av studiens resultat. Följande söktermer användes vid sökningarna; dementia, nursing homes och music therapy. Söktermerna användes var för sig och i olika kombinationer i båda databaserna för att relevanta artiklar inte skulle missas. De valda söktermerna ansågs vara relevanta eftersom de resulterade i artikelträffar som behandlade den egna studiens syfte. Primärt valdes söktermen ”music” istället för ”music therapy” när sökningen genomfördes. Söktermen ”music” visade sig vara för omfattande och behövde begränsas vilket resulterade i att den ändrades till ”music therapy” som ledde till ett mer avgränsat forskningsområde.

Efter litteratursökningen kvalitetsgranskades samtliga artiklar utifrån Willman et al. (2011) granskningsmall för kvantitativa studier. Detta gjordes för att kunna avgöra om artiklarna var av hög, medel eller låg kvalitet. Kvalitetsgranskningen genomfördes enskilt av båda författarna vilket enligt Polit och Beck (2014) ökar studiens trovärdighet. Vidare jämfördes resultatet av kvalitetsgranskningen för att få en enig sammanställning av artiklarnas kvalitet vilket resulterade i sju artiklar av hög kvalitet och tre artiklar av medel kvalitet. Den kvantitativa granskningsmallen ansågs vara komplicerad att tolka och att granska efter eftersom mallen inte hade någon tillhörande förklaring. Detta kan ha påverkat bedömning av artiklarnas kvalitet i föreliggande studie. Dataanalys genomfördes i enlighet med Kristensson (2014) beskrivning av integrerad analys. Den integrerade analysen underlättar jämförelse och identifiering av likheter och skillnader mellan de valda artiklarnas resultat (ibid.).

Dataanalysen resulterade i ett tema, *Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens*, samt

tre subteman; *musikterapiens påverkan på depression, musikterapiens påverkan på oro och musikterapiens påverkan på agitation.*

Samtliga artiklar som ingick i studien var kvantitativa vilket kan ses som en svaghet eftersom kvalitativa artiklar hade kunnat bidra till djupare förståelse i studiens resultat. Kvalitativa artiklar hade kunnat medverka till ökad förståelse för hur individer med demens samt deras närståendes upplever musikterapiens påverkan. Den egna studien begränsades inte medvetet till kvantitativa studier. Begränsningen berodde på att samtliga studier som framkom i sökningen vid användandet av de valda söktermerna var kvantitativa. En anledning till att det inte framkom kvalitativa artiklar i samband med sökningen kan ha varit att personer med långt framskriden demens kan ha svårigheter med att delta i till exempel djupgående intervjuer som kan förekomma vid kvalitativa studier. Individer i samtliga studier som inkluderades hade medel till svår demens vilket kan ha berott på att vi hade individer som bodde på äldreboende som ett inklusionskriterie. En annan anledning till att sökningen inte gav några kvalitativa artikelträffar kan ha varit felaktiga val av söktermer eller att sökningarna inte genomfördes i fler databaser. Alla studier som ingick i den egna litteraturstudien var godkända av en etikkommitté detta eftersom forskare ska enligt Northern Nurses' Federation (2003) ta extra hänsyn till individer som tillhör en sårbar grupp. Individerna som deltog i studierna som föreliggande litteraturstudie byggde på tillhör en svag och sårbar grupp då samtliga individer var diagnostiserade med demens (ibid.). Studierna som inkluderades i den egna litteraturstudien kommer från följande länder: Australien, Danmark, Frankrike, Italien, Japan, Norge och Taiwan. Denna geografiska spridningen kan ses som en styrka eftersom detta ger en bredare bild av forskningsläget. Vidare kan det indikera på att resultaten inte är kultur- eller etnicitetberoende utan universella.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Det övergripande resultatet i föreliggande studie visade att musikterapi i merparten av studierna hade en positiv påverkan på äldre personer med demens. Majoriteten av studierna kom fram till att beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD, reducerades av musikterapi (Chu et al., 2014; Guétin et al., 2009; Lin et al., 2011; Narme et al., 2014; Raglio et al., 2008; Ridder, Stige, Ovale & Gold, 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013; Sung, Lee, Li & Watson, 2012). Detta överensstämde med Socialstyrelsen (2010a) riktlinjer för

användande av musik där det framkom att musik, sång och dans hade positiva effekter hos patienter med demens. Föreliggande studies övergripande resultat överensstämde även med Raglio et al. (2012) litteraturstudie som kom fram till att musikterapi hade en reducerande effekt på BPSD. Resultatet i föreliggande studie var inte entydigt eftersom två studier visade att det inte fanns någon signifikant effekt av musikterapi på BPSD (Cooke et al., 2010; Raglio et al., 2015). De BPSD som var mest framträdande i samtliga studier var depression, oro och agitation. Majoriteten av studierna som undersökte sambandet mellan musikterapi och agitation hos patienter med måttlig till svår demens visade att musikterapi hade en god och reducerande effekt på agiterat beteende (Lin et al., 2011; Ridder et al., 2013; Raglio et al., 2008; Narme et al., 2014). En tidigare studie gjord av Livingston et al. (2014) undersökte icke-farmakologiska metoders effekt på agitation hos personer med demens. Även denna studien visade att musikterapi hade en reducerande effekt på agitation (ibid). I två av fyra studier som undersökte musikterapiens påverkan på depression framkom det att musikterapi hade en positiv påverkan på depression då de depressiva symtomen minskade (Chu et al., 2014; Guétin et al., 2009). Även om depressionen inte kunde botas av musikterapi skulle musikterapi kunna vara en bidragande del i omvårdnaden eftersom den verkade ha en lindrande effekt. Den positiva effekten på depression påvisades dock bara i hälften av studierna vilket skulle kunna tyda på att musikterapi inte har någon större inverkan på depression hos personer med demens.

I de fall där musikterapi inte hade någon signifikant positiv effekt framkom det ingen negativ effekt heller. I dessa fall ansågs musikterapi ha samma effekt som de aktiviteter kontrollgrupperna erhöll. Kontrollgrupperna fick delta i aktiviteter som i samtliga studier benämndes som standardvård och kunde bestå av bland annat läsning, promenad, spel, berättande av roliga historier, besök av närstående, tv tittande eller matlagning. En anledning till att musikterapi i vissa studier inte visade sig ha någon signifikant effekt i jämförelse med kontrollgruppen kan ha varit att kontrollgruppens aktiviteter var lika stimulerande som musikterapi det vill säga att musikterapi inte hade större inverkan än andra aktiviteter. I Socialstyrelsen (2010a) rapport framkom det att en av orsakerna till BPSD hos individer med demens kunde vara brist på meningsfulla aktiviteter. Både musikterapi och kontrollgruppens aktiviteter kan ses som meningsfulla aktiviteter vilket kunde ha lett till att BPSD reducerades i både musikterapi gruppen och kontrollgruppen. Detta kunde ha indikerat på att musikterapi inte var effektivare än andra aktiviteter men det framkom i majoriteten av studierna att musikterapi var effektivare än kontrollgruppens aktiviteter. I två av fyra studier

som undersökte musikterapiens påverkan på depression visade det sig att musikterapi inte hade någon signifikant effekt på depression (Cooke et al., 2010; Raglio et al., 2015). I föreliggande studie ansågs detta ha kunnat bero på att depression är en allvarlig sjukdom som kan vara svår att påverka med icke-farmakologiska behandlingsmetoder i samband med demens. Alternativa metoder som musikterapi skulle möjligen kunna höja sinnesstämningen för tillfället men själva depression skulle ändå kvarstå.

Interventionerna i studierna genomfördes av personer med olika bakgrund, vissa var utbildade musikterapeuter medan andra inte hade någon kunskap inom musikterapi sedan tidigare. Det skulle kunna antas att personer som hade utbildning i musikterapi kunde ha påverkat resultatet som erhöles på ett positivt sätt då de besatt en större kunskap inom musikterapi än de personer som inte hade någon tidigare kunskap inom området. Detta stämmer inte överens med Sung et al. (2012) och Raglio et al. (2015) studie eftersom studierna inte fick något positivt resultat trots att interventionerna i båda studierna genomfördes av utbildade musikterapeuter. Deras studier visade inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Studien av Narme et al. (2014) visade däremot att musikterapi hade en reducerande effekt på agiterat beteende trots att interventionen utfördes av två personer utan tidigare kunskaper och utbildning i musikterapi. Utifrån det här skulle det kunna antas att teoretiska förkunskaper inom musikterapi inte är ett krav för att kunna använda sig av och få positiva effekter av musik. I föreliggande studie ansågs de viktiga kunskaperna snarare vara av personlig karaktär. De som ska genomföra musikterapi interventioner ska vara bra på att kommunicera och skapa en god relation med patienterna för att få en bättre förståelse för deras önskan och behov. Enligt Travelbee (1966) ligger den mellanmännsliga relationen till grund för en god omvårdnad. Mellanmännsliga relationer uppnås genom interaktion och kommunikation som kan vara både verbal och icke- verbal. Kommunikationen bidrar till att vårdaren lär känna patienten och därmed kan identifiera och tillgodose dennes behov (ibid). Vid musikterapi kan kommunikationen ske både verbalt och icke- verbalt. Den icke- verbala kommunikationen kan till exempel ske genom det gemensamma utövandet av musik.

I nio av de tio inkluderade studierna framgick det att musikterapi baserades på prefererad musik (Chu et al., 2014; Cooke et al., 2010; Guétin et al., 2009; Lin et al., 2011; Narme et al., 2014; Raglio et al., 2015; Raglio et al., 2008; Sakamoto et al., 2013; Sung et al., 2012). Närstående till patienterna och/ eller patienter intervjuades för att ta reda på vilken musik patienterna föredrog för att kunna anpassa musikterapi efter det (ibid.). I enlighet med

ABLE- modellen är det av stor vikt att samla in bakgrundsinformation om patienten för att kunna anpassa aktiviteter utifrån dennes intresse (Roberts et al., 2015). Enligt Travelbee (1966) är varje människa en unik varelse som bör behandlas utifrån sina egna unika behov. Musiken bör därför anpassas utifrån varje individs intresse och behov. Författarna anser utifrån egna erfarenheter av att arbeta på ett demensboende att prefererad musik är att föredra framför slumpmässigt vald musik. Detta eftersom individuellt anpassad musik är välbekant för patienten och verkar kunna väcka gamla minnen. Vidare anser författarparet att det är av stor vikt att informationen om patientens prefererade musik dokumenteras för att andra vårdpersonal ska kunna ta del av det. ABLE- modellen lägger stor vikt på samarbete med närstående och vårdpersonal detta för att kunna skapa positiva förändringar för patienten (Roberts et al., 2015). I samtliga nio ovannämnda artiklar möjliggjordes positiva förändringar för patienterna genom att samarbeta med deras närstående för att kunna ta reda på vilken musik patienterna föredrog. Författarna anser att vårdpersonalens egna observationer kan användas för att kunna finna rätt musiktyp om patienten saknar närstående eller om de inte besitter någon kunskap om patientens musikaliska preferenser.



## Slutsats och kliniska implikationer

Utifrån föreliggande studiens resultat anser författarna att det finns anledning till att förespråka implementering av musikterapi i det dagliga omvårdnadsarbetet i demensvården. Detta eftersom musikterapi visade sig ha ett flertal positiva effekter samtidigt som inga negativa effekter kunde påvisas. Musikterapi är av värde för att den har många vinster för både personalen och patienterna. Vårdpersonalens arbetsbelastning skulle kunna minska eftersom de inte skulle behöva handskas med BPSD i lika stor utsträckning. Författarparet anser också att patientens lidande skulle kunna lindras genom musikterapi's reducerande effekt på BPSD. Det verkar dock osäkert om musikterapi har en reducerande effekt på depression då hälften av studierna inte påvisades någon signifikant effekt av musikterapi. Författarparet anser att införande av kunskap om musikterapi i utbildningar inom demens hade varit gynnande. För att musikterapi ska implementeras i utbildningar och inom vården i större utsträckning krävs ytterligare forskning av musikterapi's effekter på personer med demens.

## Författarnas arbetsfördelning

Författarna till föreliggande litteraturstudie valde gemensamt syfte samt vilken metod som skulle tillämpas för att uppnå det valda syftet. Bakgrundsfakta togs fram gemensamt för att sedan delas upp mellan författarna. Efter att författarna hade skrivit var sin del av bakgrunden lästes hela texten igenom gemensamt av båda författarna och korrigeringar gjordes för att texten skulle vara utformad på samma sätt. Litteratursökningen genomfördes gemensamt och därefter läste författarna igenom relevanta artiklar i fulltext enskilt. Kvalitetsgranskningen av vetenskapliga artiklar utfördes enskilt av båda författarna och därefter sammanställdes resultatet av granskningen och författarna enades om vilka artiklar som skulle ingå i den egna studien. Resultat, diskussion och slutsats skrevs gemensamt.

## Referenser

American Music Therapy Association (AMTA). (u.å). *Definition and Quotes about Music Therapy*. Hämtad 2016-11-22, från <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>

Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., Burns, D., & Gray, R. (2014). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Aging and Mental Health, 18*(2), 187–193.

Beerens, H. C., Zwakhalen, S. G., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. H. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal Of Nursing Studies, 50*(9), 1259-1270.

Chu, H., Yang, C. Y., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, T. Y., O'Brien, A. P., & Chou, K. R. (2014). The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biological Research for Nursing, 16*(2), 209–217.

Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., & Murfield, J. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychology, 15*(5), 765–776.

Crombie, A., Snell, T., & Boyd, J. (2008). The ABC of managing behavioral and psychological symptoms of dementia. *Geriatrics, 26*(2), 14-24.

Edberg, A., & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

- Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyá, D., Ballester, D., & Vilatala-Franch, J. (2012). Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236.
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieuw, A., Sadowska, A., & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life: the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 546-551.
- George, R.K., & Padman, R. (2014). Prevalence of Behavioural Problems in Alzheimers Disease and Related Distress to Care Givers. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), 45–50.
- Grönlund, E., Alm, A. & Hammarlund, I. (red.) (1999). *Konstnärliga terapier: bild, dans och musik i den läkande processen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., ... Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 36–46.
- Gustafsson, M., Karlsson, S., & Lövheim, H. (2013). Inappropriate long-term use of antipsychotic drugs is common among people with dementia living in specialized care units. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 14(10).
- Imborn, M. & Åsbrink, B. (2011). *Vård- och omsorgsarbete*. (1. uppl.) Stockholm: Bonnier utbildning.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur

Lin, Y., Chu, H., Yang, C. Y., Chen, C. H., Chen, S. G., Chang, H. J., ... Chou, K. R. 2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 670–678.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436–442.

Lyketsos, K.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Steffens, D.C., & Breitner, J.C.S. (2000). Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings From the Cache County Study on Memory in Aging. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 708-714).

Narme, P., Clément, S., Ehrlé, N., Schiaratura, L., Vachez, S., Courtaigne, B., ... Samson S. (2014). Efficacy of Musical Interventions in Dementia: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 38(2), 359–369.

Nationalencyklopedin. *Äldreboende*. Hämtad 2016-11-18, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/aldreboende>

Northern Nurses' Federation. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries*. Hämtad 8 mars, 2016, från [http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN\\_etiske\\_retningslinjer.pdf](http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf)

Petrus, N.G., & Wing-Chung, H.O. (2005). Experience in coping with Alzheimer's disease at home: a study of Chinese family caregivers. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 4(4), 1-14.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zancchi, E., ... Strambadiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music

on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics*, 63(8), 1534–1539.

Raglio, A., Ballelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E., ... Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), 305–310.

Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22(2), 158–62.

Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667–678.

Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S., & Doyle, C. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*, 32(2), 106–110.

Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 775–784.

Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J.M., ... Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181–184.

Skog, M. (2012). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. (2. uppl.) Stockholm: Sanoma utbildning.

Socialstyrelsen (2010a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010b). *Demenssjukdom: Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010*. Hämtad 10 mars, 2016, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/Documents/nr-demens-vetenskapligtunderlag.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Nationell utvärdering - vård och omsorg vid demenssjukdom 2014: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sung, H. C., Chang, A. M., & Abbey, J. (2006). The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 999–1000.

Sung, H.C., Lee, W.L., Chang, S.M., & Smith, G. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1776-1783.

Sung, H. C., Lee, W.L., Li, T. L., & Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 621–627.

Suzuki, M., Kanamori, M., Watanabe, M., Nagasawa, S., Kojima, E., Ooshiro, H., & Nakahara, D. (2004). Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia. *Nursing & Health Sciences*, 6(1), 11–18.

The World Federation of Music Therapy (WFMT). (2011). *About WFMT*. Hämtad 2016-11-18, från [http://www.wfmt.info/WFMT/About\\_WFMT.html](http://www.wfmt.info/WFMT/About_WFMT.html)

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal Aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2015). *Dementia*. Hämtad 5 mars, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

## Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall )	Resultat	Kvalitet
1. Chu et al. 2014 Taiwan	The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study.	Undersöka gruppmusikterapiens effektivitet av att förbättra depression och fördröja försämring av kognitiva funktioner hos äldre personer med demens.	En kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. En grupp fick musikterapi 30 min 2 ggr/vecka under 6 veckor och en kontrollgrupp fick standardvård. Musikterapi sessionerna spelades in. Data samlades in en vecka innan sessionerna startade, efter 6:e	100 (4)	Positiv effekt på depression. Musikterapi fördröjde försämring av kognitiva funktioner.	Hög



			och 12:e sessionen samt 1 månad efter avslutad behandling.			
2. Cooke et al. 2010 Australien	A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia.	Utforska effekten av musik på livskvalité och depression hos äldre personer med demens.	En kvantitativ randomiserad, kontrollerad korsstudiestudie. En kontrollgrupp med läsning/sociala aktiviteter och en grupp med musik intervention. Sessionerna varade i 40 minuter på morgonen i 3 dagar varje vecka under 8 veckor. Sedan hade man uppehåll i 5 veckor	46 (1)	Musiken hade ingen signifikant påverkan på livskvalité och depression hos äldre personer med demens. Live musik var inte mer effektiv än läsningen och andra aktiviteter i kontrollgruppen.	Hög

			för att grupperna skulle byta. Detta skulle fortsätta i ytterligare 8 veckor.			
3. Guétin et al. 2009 Frankrike	Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study	Syftet var att utvärdera effekten av musikterapi på ångest och depression hos patienter med Alzheimers demens.	En kvantitativ randomiserad, kontrollerad, singelcenter, jämförande studie. En grupp med musikterapi och en kontrollgrupp med avslappning/läsning, Graden av ångest och depression mättes efter avslutad behandling vid vecka 1, 4, 8,16 och 24 för att	24 (6)	Signifikanta förbättringar på depression och ångest noterades mellan vecka 4 och 16 hos gruppen som erhöll musikterapi	Hög

			utvärdera varaktigheten av musikterapins effekter.			
4. Lin et al. 2011 Taiwan	Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia.	Utforska effektiviteten av grupp musik intervention på agiterat beteende hos äldre personer med demens.	En kvantitativ randomiserad experimentell studie. En grupp fick musikterapi 30 min 2 ggr/vecka under 6 veckor och en kontrollgrupp fick standar vård. Agiterat beteende bedömdes i båda grupperna efter 6:e och efter 12:e sessionen samt en månad efter sessionerna.	100 (4)	Fysiskt icke- aggressivt beteende, verbalt icke-aggressivt beteende och fysiskt aggressivt beteende reducerades vid sjätte och 12:e sessionen samt en månad efter interventionens upphörande. Verbalt aggressivt beteende reducerades endast vid sjätte sessionen.	Hög

<p>5. Narme et al. 2014 Frankrike</p>	<p>Efficacy of Musical Interventions in Dementia: Evidence from a Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Undersöka effektiviteten av musik intervention på beteende, emotionellt tillstånd och kognition på personer med demens samt på vårdgivarnas oro/lidande.</p>	<p>En kvantitativ randomiserad singelcenter studie. Deltagarna indelades i två grupper, en interventionsgrupp och en matlagingsgrupp. Båda gruppernas aktiviteter pågick i en timme två gånger i veckan under fyra veckors tid.</p>	<p>37 (11)</p>	<p>Både musik- och matlagingsgruppen visade positiva effekter. Dock var musik inte mer positivt än matlagingsgruppens aktivitet. Båda grupperna visade positiva förändringar i beteende, agitation och, emotionellt tillstånd men det fanns inga signifikanta effekter på kognitionen i någon av grupperna.</p>	<p>Hög</p>
<p>6. Raglio et al. 2015 Italien</p>	<p>Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A</p>	<p>Undersöka effekterna av aktiv musikerapi och individuell</p>	<p>En kvantitativ randomiserad kontroll studie Deltagarna delades</p>	<p>98 (22)</p>	<p>Alla grupperna uppvisade mindre depressiva symtom. Dock var det inga</p>	<p>Medel</p>

	Multicenter Randomized Controlled Trial.	musiklyssnande på BPSD (depression, oro, agitaion och apati) hos personer med demens.	in i 3 grupper. Första gruppen erhöll standardvård och musikterapi där deltagarna fick vara med och spela instrument. Den andra gruppen erhöll standardvård och fick passivt lyssna på musik. Sista gruppen erhöll endast standardvård.		signifikanta skillnader mellan grupperna.	
7. Raglio et al. 2008 Italien	Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia	Utvärdera musikterapiens effektivitet på att reducera beteendemässiga och psykologiska symtom (BPSD)	En kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna delades in i två grupper. Den första gruppen fick 30 musikterapi	59 (2)	Visar på positiv effekt av musikterapi på BPSD. (Speciellt på agitation, vanföreställningar, oro, apati, irritabilitet,	Medel

		hos personer med demens.	sessioner x 30 min under 16 veckor. Den andra gruppen, kontrollgruppen, fick göra vanliga aktiviteter istället. (spela kort, promenader etc.).		avvikande motorisk aktivitet och Nattliga beteendestörningar).	
8. Ridder et al. 2013 Danmark/ Norge	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.	Studien undersökte individuell musikterapis effekt på agitation hos personer med demens, boende på äldreboende. Vidare undersöktes även terapins effekt på psykotropisk medicinering och livskvalité.	En kvantitativ pragmatisk, explorativ, two-armed, överkorsning, randomiserad kontrollstudie. Deltagarna randomiserad i två grupper, en grupp som erhöll standard och en	39 (3)	Signifikant skillnader noterades mellan grupperna. Agitation minskades hos gruppen som erhöll musikterapi och ökade hos gruppen som fick standard vård.	Hög

			annan som fick musikterapi. Detta pågick i sex veckor.			
9. Sakamoto et al. 2013 Japan	Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia	Testa passiva respektive interaktiva musik interventioners effekter på kort/lång tid på BPSD hos patienter med svår demens.	En kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna delades in i tre grupper. Första gruppen var en interventionsgrupp som fick musikterapi. Den andra var en interventionsgrupp som enbart fick lyssna på musik. Sista gruppen var en kontrollgrupp	39	Musikterapi och passivt musiklyssnande hade positiv inverkan på deltagarnas oro. Båda musikinterventionerna reducerade flera beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.	Hög

			som fick standard vård.			
10. Sung et al. 2012 Taiwan	A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia	Syftet var att utvärdera effekten av grupp musikintervention på agitation och oro hos personer med demens.	En kvantitativ experimentell studie. Deltagarna indelades i 2 olika grupper, en experimentell grupp och en kontrollgrupp. Experimentell gruppen fick 30 minuters musik intervention med välbekant musik 2 gångar i veckan i 6 veckor medan kontrollgruppen fick vanlig vård utan musik intervention.	55 (5)	Positiv effekt på oro i interventionsgruppen. Ingen signifikant skillnad på grupperna vad det gällde agitation.	Medel