

Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem

Sammendrag

Bakgrunn. Bruk av sang og musikk på sykehjem har lange tradisjoner. Interessen for musikk som en spesifikk intervensjon i geriatrisk praksis er økende.

Materiale og metode. Artikkelen bygger på gjennomgang av fagartikler om bruk av musikk i geriatri og sykehjemsmedisin, supplert med erfaringer fra prosjektet «Musikk i siste livsfase».

Resultater og fortolkning. Den forskningsbaserte kunnskap om musikk som terapi er utilstrekkelig. Faglitteraturen er i dag preget av manglende konsensus, noe som skyldes ulike metoder og fagtradisjoner både hva angår diagnostikk, behandlingsmetoder og tilnærming til resultatevaluering og effektmål. En samlet vurdering indikerer at bruk av musikk er et lite ressurskrevende tiltak med høy pasienttilfredshet, få bivirkninger og potensial for en kombinert effekt i form av symptomreduksjon og økt velvære. Kliniske erfaringer og analyser av effektstørrelse gir holdepunkt for at musikk kan ha særskilt god virkning i eldreomsorgen. Agitasjon ved demens og motoriske vansker ved nevrodegenerative lidelser er eksempler på kliniske problemstillinger der dokumentasjonen for musikkterapi er særlig sterk.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Audun Myskja

info@livshjelp.no
Senter for livshjelp
Idrettsveien 20
1400 Ski

Det forskningsbaserte belegg for at sang og musikk kan supplere medisinsk behandling, har vært økende de senere tiår (1). Eldreomsorgen er en spesielt aktuell arena for musikk som terapi, og er et av de raskest voksende felter innen musikkterapeutisk faglitteratur.

Musikkterapi, musikkmedisin og individualisert musikk

Musikkterapi kan defineres som anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe. Musikkterapi har egen fagutdanning, og et økende antall musikkterapeuter er de senere år blitt ansatt ved sykehjem.

Musikkmedisin er blitt en etablert betegnelse på terapeutisk anvendelse av musikk innen helsevesenet, som primært blir utført av helsepersonell. Man bruker særlig ferdiginnspilt musikk for å oppnå reduksjon av symptomer som smerte, angst og depresjon (2).

Metoden *individualisert musikk* er en syntese av musikkterapi og musikkmedisin, spesielt tilpasset pasienter ved sykehjem (3). Individualisert musikk integrerer musikkterapeutisk arbeid med øvrige pleie- og omsorgstiltak ved avdelingen.

Hvorfor musikk til eldre?

Det er flere grunner til at sang og musikk er aktuelle terapeutiske tiltak på alders- og sykehjem. Medikamentell behandling medfører større risiko for bivirkninger i aldersgruppen over 67 år, og ikke-farmakologiske behandlingstiltak er derfor attraktive. Om lag tre av fire sykehjemsbeboere har kognitiv svikt i moderat eller alvorlig grad, noe som også affiserer deres evne til verbal kommunikasjon. Musikk er en serie stimuli med språklig karakter som i noen grad kan erstatte talespråket (4). Musikk kan dempe indre og ytre støy (5), og er et tiltak med stor pasienttilfredshet som kan kamuflere funksjonstap, gi positiv distraksjon fra kjedsomhet, monotoni og symptomer, motvirke ensomhet og isolasjon, og styrke opplevelsen av egenverd (6).

Hvordan kan musikk virke?

Responser på musikalske stimuli på alle nivåer av hjernen har rytmisk karakter (7). Det retikulære aktiveringssystem er med på å regulere grad av våkenhet, og bevisst bruk av rytmiske elementer i musikk kan ha terapeutiske muligheter i regulering av over- og underaktivering hos sykehjemsbeboere. Man har i de senere år ved hjelp av bildedannende metoder som positronemisjonstomografi (PET) og enfotonstomografi (SPECT) fått økt forståelse av hvordan vår hjerne behandler musikalske impulser (8). Sang og musikk gir helhetlig stimulering av hjernen. Dette kan nyttiggjøres ved kognitiv svikt og språksvekkelse. Virkningsmekanismen for musikk antas å være en kombinasjon av positiv erindring, bearbeiding av følelser og modulering av nevrohormonelle faktorer.

Særlige hensyn ved bruk av sang og musikk hos eldre?

De fleste eldre har redusert syn og hørsel, og man bør ta hensyn til dette ved å bruke enkle og tydelige stimuli (9). Mange opplever redusert stemmekvalitet. Spekteret av tilgjengelige toner reduseres i gjennomsnitt fra cirka fire oktaver i oppveksten, til knapt 1,5 oktaver hos sykehjemsboere (10). Man bør ta hensyn til dette når man velger sanger. Funksjonstap fører til at mange eldre opplever redusert mestring. Man må derfor være var-



Hovedbudskap

- Musikkterapi er sannsynligvis det mest utbredte og best undersøkte av ikke-medikamentelle behandlingstiltak på sykehjem
- Musikkmedisin og individualisert musikk er former for musikkterapi som etter opplæring kan utføres av helsearbeidere uten musikalske kvalifikasjoner
- De viktigste behandlingsmål for musikkterapi på sykehjem er velvære og symptomlindring
- Musikkterapi har vist seg effektivt ved agitasjon hos beboere med kognitiv svikt, smerter, angst, depresjon, motoriske problemer ved nevrodegenerative lidelser og som støtte og lindring i livets sluttfase

Ramme 1**Prosjektet «Musikk i siste livsfase»**

- Dette er et treårig prosjekt i tidsrommet 2002–04, i regi av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, støttet av Stiftelsen Helse og Rehabilitering
- Prosjektet har foregått ved sykehjem drevet av Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo, med hovedbase ved Vålerengen bo- og servicesenter
- Prosjektets hovedmål har vært å utvikle en systematisk og evaluerbar metode for helsearbeidere, uavhengig av musikkalsk kompetanse, som gjør det mulig å utøve terapeutisk bruk av sang og musikk for å øke velværet hos sykehjemsbeboere og lindre symptomer
- Man har evaluert effekt av ulike musikktiltak med kvantitative og kvalitative metoder

som med å stille krav i forbindelse med sang- og musikkstunder.

Kognitiv svikt hos mange sykehjemsbeboere fører til økt tilbøyelighet til agitasjon og utrygghet. Det er derfor viktig at musikkprogrammer presenteres i en trygg og støttende ramme. Erfaringene med ikke-selektiv bruk av fjernsyn eller radio er blandet, da stimuli i begrenset grad vil kunne settes i en meningsfull sammenheng for beboeren (11).

Hvilke former for aktivitet er mest effektive?

Aktive musikkterapeutiske metoder som sang og dans er i utstrakt bruk på institusjoner for eldre. På sykehjem er det særlig musikkterapeuter, til dels også aktivitetører og kulturarbeidere, som bruker de aktive teknikkene, ofte i grupper. Lytting til musikk er også utbredt.

Sykehjemsbeboere foretrekker oftest levende musikk fremfor ferdiginnspilt (12). Musikalsk nivå er av mindre betydning, et moderat nivå som involverer pasienten uten å fremkalle mindreværdighetsfølelse, er optimalt (13). Den terapeutiske rammen bør være tydelig definert og integrert i avdelingens øvrige aktiviteter. Musikk og berøring kan gi en særs gunstig kombinasjon (14).

Aktive teknikker med improvisasjon, der man bruker stemme og instrumenter, er generelt egnet til å skape involvering og aktiv sansestimulering, og er derfor særlig egnet på sykehjem (15). I praksis vil man ha utbytte av regelmessige samlinger, der man tar utgangspunkt i kjente sanger som utgjør et minste felles multiplum av deltakernes preferanse. Man kan veksle mellom sanger i rolig og i høyere tempo, og tilpasse enkle dansetrinn til den enkelte deltakers funksjonsnivå. Aktive grupper er egnet til å støtte sosial integrering og kan fungere som en miljøfaktor.

Passive teknikker som fantasireiser til musikk, musikklytting og avspenning til musikk kan gi avledning og støtte lindrende behandling (16). Fantasireiser til musikk er formet til den musikkterapeutiske teknikken GIM (guided imagery in music ad modum Bonny), som gjør bruk av indre bilder knyttet til musikk for å endre sinnstilstand og har dokumentert effekt både på psykologiske og fysiologiske variabler. Man kan tillempe forenklete varianter av denne teknikken på sykehjem gjennom bruk av mentale instruksjoner til musikk, der deltakerne lærer seg å fremkalle behagelige indre bilder knyttet til musikk for å oppnå avspenning og økt mestring. Erfaringsmessig kan også pasienter med kognitiv svikt ha utbytte av passive musikkteknikker, men resultatet er avhengig av oppfølging. Musikklytting bør baseres på kartlegging av individuell musikkpreferanse, enten det foregår individuelt eller i grupper. Generelt bør man unngå musikk som passiv lydkilde der innholdet ikke er evaluert, særlig i felles oppholdsrom der flere er samlet. Man må være klar over at mange eldre har begrenset toleranse for stimuli (17). Musikk som ikke er individuelt tilpasset kan oppleves som støy, og gi økt agitasjon (18).

Hvilke kliniske behandlingsmål er relevante?

Generelt kan behandlingsmålene deles inn i to hovedgrupper, økning i generelt velvære og reduksjon av spesifikke symptomer. Musikkterapeutisk arbeid i grupper har oftest velværemål, mens individuelt arbeid hyppigere sikter mot symptomreduksjon.

Det er holdepunkter for at musikk og relaterte aktiviteter kan øke velværet hos sykehjemsbeboere. Hvordan dette skal kvantifiseres og spesifiseres er kontroversielt (19). Indikatorer for omsorgskvalitet målt ved kartleggingsverktøyet dementia care mapping (kartlegging av demensomsorg, DCM) viser at spesifikke aktiviteter som involverer beboerne skårer høyere enn de aktivitetene som passiviserer beboerne (20). DCM graderer ulike atferdskategorier i femminuttersperioder. Velvære innen den enkelte kategori blir kartlagt etter fastlagte kriterier. Kartlegging etter DCM på sykehjem viser at individuelt tilpasset musikk generelt gir særlig høye verdier for velvære. En mindre ressurskrevende variant av dette kartleggingsarbeidet er utviklet i prosjektet «Musikk i siste livsfase» (ramme 1), og tyder på at musikkaktiviteter generelt er egnet til å stimulere velvære.

Også gjennom spesifikk sansestimulering kan musikkterapi bidra til økt velvære (21). Egenverd og personlig integritet er eksistensielle aspekter av velvære. Musikkterapi kan være spesielt godt egnet til å ivareta denne opplevelsesmessige dimensjonen hos eldre (22). Intervjuer med sykehjems pasienter legger vekt på at musikkaktiviteter kan motvirke en fragmentert virkelighetsopplevelse,

fremme håp og styrke opplevelse av mestring hos dem med redusert funksjonsnivå. Dette krever at man tar hensyn til funksjonssvikt og ikke introduserer musikkaktiviteter som personene ikke kan mestre.

Flere studier indikerer at musikkterapi og individualisert musikk kan redusere agitasjon hos beboere med kognitiv svikt (23). En undersøkelse viste signifikant reduksjon i antall uroepisoder hos agiterte demente sykehjemsbeboere sammenliknet med en kontrollgruppe når de fikk avspilt individualiserte musikkstykker 30 minutter to ganger per uke (24). Denne metoden kan enkelt la seg gjennomføre på institusjoner, men forutsetter grundig kartlegging av individuell musikkpreferanse. Smarter er sannsynligvis underdiagnostisert hos eldre, og musikkterapi med vekt på sang har vist lovende resultater mot slike plager (25). Regelmessig bruk av musikk kan gi positiv distraksjon som kan bryte den onde sirkelen mange smertepasienter kommer inn i.

Depresjon er også et sentralt klinisk problem i den eldre befolkningsgruppen, og i kontrollerte studier har bruk av musikk vært assosiert med bedring av depresjon hos sykehjems pasienter (26). Både musikkgrupper og individuell terapi kan gi resultater, og man antar at både påvirkning av stemningsleie, emosjonell aktivering og endret nivå av nevrohormoner bidrar til effekten. Sykehjems pasienter med kognitiv svikt er særlig utsatt for angst. Man har gode erfaringer med bruk av kjente musikkstykker i situasjoner som kan oppleves truende, for eksempel ved stell. Både ved uro på kveldstid og ved rastløshet og søvnvansker har man brukt innspillinger med rolig musikk for å redusere angstnivået. Erfarne pleiere rapporterer at ordløs sang med bruk av lange toner kan gi særlig god effekt for pasienter med angst.

Musikkterapeutiske teknikker kan forbedre motorisk funksjon hos eldre med nevrologiske lidelser og funksjonshemming (27). I den musikkterapeutiske teknikken melodisk intonasjonsterapi (MIT) brukes sangstrofer for å stimulere tale, og har vist seg effektiv i rehabilitering av eldre pasienter med ekspressiv afasi (28). Ved melodisk intonasjonsterapi utnytter man det faktum at sang er en mindre sårbar cerebral funksjon enn talespråket. Terapeuten velger en enkel melodilinje som pasienten trener seg til å kunne synge. Deretter introduserer man enkle ord og setninger som bygges inn i tonespråket, slik at pasienten gradvis kan mestre enkle beskjeder som «jeg vil på do». Teknikkene musikalsk mønsterstimulering (patterned sensory enhancement, PSE) og rytmisk auditiv stimulering (RAS) kan støtte komplekse bevegelser hos slagpasienter og stimulere gange hos pasienter med motoriske problemer (29). Ved musikalsk mønsterstimulering kartlegger man den bevegelsen man ønsker å stimulere hos en motorisk hemmet pasient, i aksene rom, tid og kraft.

Deretter velger man melodilinjer, gjerne fra kjente sanger, som kan støtte denne bevegelsen, på liknende måte som ulik dansemusikk støtter spesifikke dansetrinn. Rytmisk auditiv stimulering brukes særlig for å stimulere gange ved Parkinsons sykdom og andre nevrologiske lidelser. Man kartlegger skrittfrekvens og ganghastighet og bruker metronom eller rytmisk musikk for å gi eksternt rytmisk stimulering som kan optimalisere gangrytme og symmetri.

Konklusjon

Musikk kan være et virksomt supplement til medikamentell behandling og tradisjonell pleie og omsorg ved institusjoner for eldre. Den musikkterapeutiske faglitteratur er av varierende kvalitet, og tillater per i dag ikke sikre konklusjoner om effektiviteten av musikk som terapeutisk tiltak. Det er uenighet om hvordan man skal sammenlikne ulike terapeutiske teknikker, og om hvilke forskningsmetoder som kan brukes. Evaluering av effektstørrelse er en mulig vei ut av de metodiske problemer knyttet til musikkterapi (30). Med de mange lovende resultater som rapporteres i faglitteraturen, er det nå en stor oppgave å få utført kontrollerte studier som kan hjelpe oss til å definere klarere indikasjoner og bruksområder for musikk i eldreomsorgen.

Litteratur

- Evans D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *J Adv Nurs* 2002; 37: 8–18.
- Thorgaard B. Specially selected music in the cardiac laboratory – an important tool for improvement of the wellbeing of patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3: 21–6.
- Janelli LM. Individualized music – a different approach to the restraint issue. *Rehabil Nurs* 2002; 27: 221–6.
- Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatr* 2001; 9: 361–81.
- Abel SM. The extra-auditory effects of noise and annoyance: an overview of research. *J Otolaryngol* 2000; 19: 1–13.
- Kuhn D, Kasayka RE, Lechner C. Behavioral observations and quality of life among persons with dementia in 10 assisted living facilities. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2002; 17: 291–8.
- Thaut MH, Kenyon GP, Schauer ML et al. The connection between rhythmicity and brain function. *IEEE Eng Med Biol Mag* 1999; 18: 101–8.
- Halpern AR. Cerebral substrates of musical imagery. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 930: 179–92.
- Groene R. The effect of presentation and accompaniment styles on attentional and responsive behaviors of participants with dementia diagnoses. *J Music Ther* 2001; 38: 36–50.
- Decoster W, Debryne F. The ageing voice: changes in fundamental frequency, waveform stability and spectrum. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1997; 51: 105–12.
- Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging Ment Health* 2004; 8: 233–41.
- Moore RS, Staum MJ, Brotons M. Music preferences of the elderly: repertoire, vocal ranges, tempos, and accompaniments for singing. *J Music Ther* 1992; 29: 236–52.
- Whitcomb J. Therapeutic music and milieu for dementia residents. *Activ Adaptat Aging* 1994; 18: 57–74.
- Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res* 2003; 51: 317–23.
- Pavlicevic M. Improvisation in music therapy: human communication in sound. *J Music Ther* 2000; 37: 269–85.
- Burns DS. The effect of the Bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *J Music Ther* 2001; 38: 51–65.
- Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P et al. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1305–17.
- Finnema E, Droes RM, Ribbe M et al. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatr* 2000; 15: 141–61.
- Burgener S. Conceptualizing psychological wellbeing in cognitively-impaired older persons. *Image J Nurs Sch* 1992; 24: 209–13.
- Lepp M, Ringsberg KC, Holm AK et al. Dementia involving patients and their caregivers in a drama programme: the caregivers' experiences. *J Clin Nurs* 2003; 12: 873–81.
- Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Music Ther* 2003; 40: 113–37.
- Lipe AW. Beyond therapy: music, spirituality, and health in human experience: a review of literature. *J Music Ther* 2002; 39: 209–40.
- Lou MF. The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 165–73.
- Gerdner L. Effects of individualized versus classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 49–65.
- Kenny DT, Faunce G. The impact of group singing on mood, coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic. *J Music Ther* 2004; 41: 241–58.
- Hanser SB, Thompson LW. Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol* 1994; 49: 265–9.
- Bernatzky G, Bernatzky P, Hesse HP et al. Stimulating music increases motor coordination in patients afflicted with Morbus Parkinson. *Neurosci Lett* 2004; 361: 4–8.
- Sparks RW, Holland AL. Method: Melodic intonation therapy for aphasia. *J Speech Hearing Disord* 1976; 41: 298–300.
- Luft AR, McCombe-Valler S, Whittall J et al. Repetitive bilateral arm training and motor cortex activation in chronic stroke. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 1853–61.
- Gold C. The use of effect sizes in music therapy research. *Music Ther Perspectives* 2004; 22: 91–5.