



Individualisert musikk som miljøtiltak i demensomsorga

Eva Skrivervik

Master i helse og sosialfag

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

Juni 2011

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår
(vår/høst – årstall) 2011

FORFATTER: Eva Skrivervik
VEILEDER: Ingelin Testad PHd., biveileder Anne Norheim 1.lektor

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Personalet sine opplevingar av å kunne fremje person-senteret omsorg og brukarmedverknad gjennom bruk av individualisert musikk i demensomsorga.

Engelsk tittel: Care staff experiences of facilitating person-centered care and resident involvement through the use of individualized music in dementia care

EMNEORD/STIKKORD:

Demens, individualisert musikk, brukarmedverknad, individuelle behov, personsenteret omsorg, personalet sine erfaringar.

ANTALL SIDER:68

STAVANGER29.06.2011.....

DATO/ÅR

Innhold

Del 1.....	6
Samanfatning.....	6
Samandrag.....	6
1. Innleiing.....	7
1.1. Bakgrunn.....	7
1.2. Relevans.....	8
1.3. Hensikt/formål.....	9
1.4. Forskingsspørsmål.....	9
1.5. Problemstilling.....	9
2. Teoretisk fundament.....	10
2.1 Demens.....	10
2.1.1 Definisjon av demens.....	10
2.1.2 Ulike former for demens og førekomsten av desse.....	10
2.1.3 Utfordringar i demensomsorga.....	11
2.2 Rapportar & føringar for demensomsorga.....	12
2.3 Personsentrert omsorg.....	13
2.4 Brukarmedverknad.....	13
2.5 Ergoterapeutisk tilnærming til behovet for meiningsfull aktivitet.....	15
2.6 Miljøtiltaket musikk/individualisert musikk.....	15
2.6.1 Musikk.....	16
2.6.2 Individualisert musikk.....	16
3. Metode.....	17
3.1 Design.....	17
3.2 Vitskapsteoretisk ståstad.....	17
3.3 Utval og innsamling av data.....	18
3.3.1 Utval.....	18

3.3.2	Gjennomføring av intervju og lagring av data.....	19
3.3.3	Bearbeiding av materialet.....	20
3.4	Analyse	20
3.4.1	Val av analytisk reiskap	21
3.4.2	Gjennomføring av analysa.....	21
3.5	Truverdet av studiet	22
3.5.1	Overføringsverdi.....	24
3.6	Forskingsetiske vurderingar	24
4.	Funn.....	25
4.1	Kommunikasjon	25
4.2	Auka fokus på ressursar og høver til meistringsopplevingar	26
4.3	Individualisert musikk og samarbeid med pårørande	27
5.	Diskusjon.....	28
5.1	Individualisert musikk som relasjonsbyggjar.....	28
5.2	Opplevingar av arbeidsglede.....	30
5.3	Individualisert musikk som miljøtiltak i møte med agitasjon og uro	31
6.	Konklusjon	32
6.1	Svar på forskingsspørsmål og problemstilling	32
6.1.1	Opplevingar av individualisert musikk som miljøtiltak	32
6.1.2	Opplevingar av individualisert musikk med tanke på å fremje brukarmedverknad for personar med demens.....	32
6.1.3	Opplevingar av auka medvit på individuelle behov.....	32
6.1.4	Fremjing av personsentrert omsorg	33
6.2	Overføringsverdi	33
6.3	Implikasjonar for vidare forskning.....	33
6.3.1	Pårørande sine opplevingar	33
6.3.2	Ei oppleving av nedgang i bruk av medikament.....	33

6.3.3	Betydinga av å få bruke ny kunnskap	33
-------	---	----

Referanseliste

Del 2 Artikkel

Vedlegg

Del 1.

Samanfatning

Samandrag

Dette kvalitative studie har undersøkt personale sine opplevingar knytt til bruk av miljøtiltaket individualisert musikk i arbeid med personar med demens på sjukeheim. Bakgrunn for studie har vore egne erfaringar med individualisert musikk og funn i litteraturen som peikar på behovet for betre kunnskap om miljøtiltak og fremjing av brukarmedverknad for bebuarar med demens. Måla for studie har vore å auka kunnskapen om individualisert musikk som miljøtiltak. Vidare å undersøkje om der er samanheng mellom implementering av dette tiltaket og auka medvit på brukarmedverknad for personar med demens. Det har og vore eit mål å undersøkje om individualisert musikk kan vere eit reiskap for å styrkje fokuset på den enkelte bebuar sine individuelle behov og for fremje ei personsentrert omsorg. Undersøkinga er gjennomført ved hjelp av sju semistrukturerte forskingsintervju på fire sjukeheimar. Brukarmedverknad og personsentrert omsorg har blitt hovudtema og tre hovudkategoriar har blitt identifisert: 1. Individualisert musikk i personal-bebuar relasjon, 2. Individualisert musikk som miljøtiltak ved uro/agitasjon og 3. Individualisert musikk og arbeidsglede. Funna peikar i retning av at individualisert musikk kan vere ein måte å styrkje relasjonen mellom pleiar og bebuar. Det ser ikkje ut som tiltaket fører til auka medvit på brukarmedverknad generelt, men at det kan leggje til rette for brukarmedverknad fordi kommunikasjonen og samarbeidet mellom pleiar og bebuar blir betre. Det er ei felles oppleving at ein blir betre kjend med bebuarane gjennom å bruke musikk på denne måten. Såleis peikar funna i dette studie i retning av at individualisert musikk kan vere ein måte å fremje ei personsentrert omsorg.

1. Innleiing

1.1. Bakgrunn

Musikkens evne til å integrere og helbrede er helt grunnleggende.

Det er den dypest virkende ikke-kjemiske medikasjon vi kjenner.

Nevrologen Oliver Sacks

Fra Awakenings (Audun Myskja, 2003)

I dag finnest det om lag 66 000 personar med demens i Noreg. Delen av eldre i befolkninga er aukande og ein reknar med at frå 2020 vil talet på eldre over 80 år auke kraftig. Om førekomsten av demens i denne gruppa blir som den er i dag betyr det ei dobling av talet på personar med demens innan 2040 (S.O.HD., 2007). Det er ei stor utfordring å ta vare på den enkelte person med demens på ein verdig og god måte (Demensplan 2015, 2007). Ei god demensomsorg handlar om å kunne å møte den enkelte der vedkomande er, og legge til rette for tenester som er basert på kunnskap om den enkelte si livshistorie og sjukdomshistorie (Demensplan 2015, 2007).

Sjølv vart eg ferdig utdanna ergoterapeut i 2001 og har sidan arbeidd i eldreomsorga. Dei siste åtte åra har eg arbeidd som dagavdelingsleiar/frivilligkoordinator på sjukeheim. I tillegg har eg hatt ansvar for å sette fokus på meningsfull aktivitet for bebuarane på sjukeheimen. Ergoterapi har eit stort fokus på brukarmedverknad, meistring, ressursar og meningsfull aktivitet for det enkelte individ (NETF, 1997, 2010). Dette er ein vesentleg del av mi førforståing og korleis eg har gjort mine val og tolkingar i forskingsprosessen.

Min eigen erfaringsbaserte kunnskap med metoden individualisert musikk er bakgrunn for val av tema. Prosjektet ”Metodisk bruk av song og musikk på sjukeheim” vart gjennomført våren 2007 til desember 2008. I prosjektperioden vart metoden ”Individualisert musikk” utprøvd på Bergåstjern sjukeheim. Erfaringane frå prosjektet var positive både for opplevd verknad på pasientane, men og for bevisstgjerjing av personalet. Resultata viste at det kunne vere ein samanheng mellom bruk av individualisert musikk og nedgang i uro, noko som er i tråd med forskinga til Linda Gerdner (Gerdner, 2010).

Det er aukande interesse for miljøtiltak og ikkje-medikamentell behandling i demensomsorga. I St.meld. nr.25 skriv regjeringa at dei ynskjer å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale

og grunnleggande element i eit heilskapleg omsorgstilbod (H.O.D., 2005-2006). For å kunne møte eldrebølgja vil det vere heilt naudsynt at vi har adekvate og godt dokumenterte miljøtiltak til å bruke i førebyggjande behandling og som ein del av behandlinga av personar med demens (A. Myskja & Haapnes, 2010).

I følgje Gerdner kan musikk nyttast som eit kommunikasjonsmiddel også for personar med langtkomen demens som ikkje lenger forstår verbalt språk og har nedsett evne til å tolke ulike miljøtiltak (Gerdner, 2010). Det er teoretisk støtte for å seie at å tilby nøyte utvald musikk etter den enkeltes preferanse vil gje høve til å stimulere langtidshukommelsen, og overskygge stimuli i miljøet som er meiningslause og forvirrande (Gerdner, 2010). Framkallinga av minner assosierte med positive kjensler vil ha ei roande effekt for personen med demens, noko som vil hindre eller lette agitasjon. Vidare skriv Gerdner at den teoribaserte intervensjonen fremmar ein humanistisk, individualisert tilnærming til omsorg. Bruken av ferdig innspelt musikk krev ikkje særskilde musikk ferdigheter og kan nyttast av fagpersonalet og familie. Personalet og familie har rapportert at individualisert musikk krev liten tidsbruk, og det at ein har fått mykje positiv responsar frå dei eldre har vore ein fasilitator for implementering (Gerdner, 2010).

1.2 Relevans

Dette studie har hatt fokus på pleiepersonalet sine opplevingar av individualisert musikk med tanke på fremjing av ei personsentrert omsorg og auka medvit om brukarmedverknad.

Ulike studiar peikar på at personalet opplever det som ei utfordringa å få til brukarmedverknad for personar med demens og at det framleis er eit større fokus på gjennomføre praktiske oppgåver (Norheim & Stavanger, 2009). Korleis ein meistarar å kommunisere med pasienten vil påverke korleis ein kan legge til rette for brukarmedverknad (Clarke & Davey, 2004). Studiar viser at det som tenestemotakarar i norsk eldreomsorg er minst nøgd med er graden av sjølvbestemming og graden av aktivitet (Huseby & Paulsen, 2009).

Det er såleis relevant å studere fenomen som kan auke kunnskap om eit reiskap kan vere nyttig for å betre lukkast med å gje personar med demens sin lovfesta rett til brukarmedverknad.

For personar med demens er ulike miljøtiltak ein viktig del av helsehjelpa (Demensplan 2015, 2007). Sjølv om det er tilrådd at miljøtiltak skal vere fyrste valet i møte med ulike utfordringar, er det framleis behov for å auke kunnskapen om og auke kompetansen med tanke på ulike miljøtiltak (Rokstad & Smebye, 2008)

I rapporten "Glemsk, men ikkje glemt" frå 2007 vert det framheva at å gje omsorg omfattar å finne fram til personen med demens si historie og opplevd verkelegheit (S.O.HD., 2007). Kartlegging av

musikkhistorie kan ein gjere og for personar som har mista språkevna si og såleis kan det vere ein god måte å finne fram personar med demens si historie (Gerdner, 2010).

Brukarperspektivet som tema er med i studie gjennom målet om å studere tiltak som opplevast som fremjande for ei personsentrert omsorg og som kan styrkje medvitet på brukarmedverknad for personar med demens. Funna med tanke på dette vil bli presentert og drøfta i kap. 4 og 5.

1.3 Hensikt/formål

- Auka kunnskap om personalet sine opplevingar av individualisert musikk som miljøtiltak
- Å få kunnskap om det er ein samheng mellom bruk av individualisert musikk og auka medvit på brukarmedverknad for personar med demens
- Utvide kunnskapen om at individualisert musikk er eit reiskap som kan bidra til å styrkje fokuset på den enkelte person med demens, vedkomande sine ynskjer og individuelle behov, om det kan fremje ei personsentrert omsorg

1.4 Forskingsspørsmål

Studiet har prøvd å finne svar på korleis personalet på institusjonar, som har innført individualisert musikk, opplever dette miljøtiltaket. Korleis opplever pleiepersonalet si eiga yrkesutøving med tanke på bevisstgjerung på brukarmedverknad for personar med demens før og etter innføring av individualisert musikk? I tillegg har studiet undersøkt korleis personalet opplever individualisert musikk med tanke på fokus på individuelle behov.

1.5 Problemstilling

Med bakgrunn i funna som er framkomne i studiet har dette studiet følgjande problemstilling:

”Korleis opplever pleiepersonalet bruk av individualisert musikk med tanke på å fremje brukarmedverknad og ei personsentrert omsorg for personar med demens?”.

2. Teoretisk fundament

Dette kapittelet vil gi ei oversikt over sentrale omgrep i dette studiet og presentere det teoretiske fundamentet som studiet er bygd på. I tråd med fenomenologiske prinsipp har dei empiriske funna vore styrande med tanke på kva teori som er valt ut . Eg vil i størst mogeleg grad kome med ei utdjupeing av teori som er presentert i artikkelen, og ikkje gjenta det som allereie er beskrive der. I artikkelen har eg skrivne om ”restraint”, her vel eg å utdjupe dette og tek teori om tvang og tvangslova. Ulike føringar og rapportar som er aktuelle for norske forhold vert presentert. I tillegg tek eg med teori om ergoterapi som er sentral for mi forforståing.

2.1 Demens

2.1.1 Definisjon av demens

Engedal beskriv demens på følgjande måte:

”Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan vere forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som kjennetegnest ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på ein tilfredstillende måte sammenliknet med tidligere, og endret sosial atferd.”(Engedal, Haugen, & Brækhus, 2009).

2.1.2 Ulike former for demens og førekomsten av desse

Sjukdomar som fører til demens er klassifisert i ICD-10, men frontallappdemens og Lewylegeme demens har framleis ikkje fått plass i dette klassifiseringssystemet (Engedal, et al., 2009).

Vaskulær demens

Når sjukdomar i blodårene i hjernen fører til demens vert dette klassifisert som vaskulær demens.

Degenerativ demens

Demens kan oppstå ved at sjukdomar som av meir eller mindre ukjende årsaker fører gradvis til at hjerneceller dør, som til dømes ved Parkinsons sjukdom.

Primær degenerativ demens

Dette er sjukdomar der hjerneceller dør og som alltid fører til demens. Til dømes Alzheimers sjukdom og Lewy legemer demens og frontallappdemens .

Sekundær demens

Når demens oppstår som eit resultat av alkoholmisbruk, hjernesvulst eller AIDS er dette dømer på sekundære demenstilstandar. Det er ikkje demensen som er det mest framtrendane med sjukdomen, men det er eit av fleire symptom.

Førekomst

60 % av alle med demens har demens av Alzheimers sjukdom. Det er den vanlegaste forma for demens. Den nest vanlegaste demensforma er vaskulær demens, 20-25 % av dei demensråka lir av denne sjukdomen (Engedal, et al., 2009).

2.1.3 Utfordringar i demensomsorga

Adferdsproblem og psykologiske symptom er så vanlege at dei er blitt ein del av demenssyndromet (Engedal, et al., 2009). På norsk vert forkortinga APSD nytta. I dette omgrepet nyttar ein ordet problem. Dette kan føre til at ein oppfattar at det er pasienten sjølv som er problemet, medan den eigentlege årsaka ligg i det fysiske miljøet eller på måten samhandling føregår. Det vert argumentert for å kalle det for ei utfordrande adferd, for då å sjå på det som ei utfordring der ein peikar på miljøfaktorar og samhandling (Engedal, et al., 2009).

Den kognitive svikten ved ein demens-sjukdom fører ofte gradvis til ei nedsett evne til kommunikasjon (Jootun & McGhee, 2011). Kommunikasjon handlar om å bli forstått og å kunne forstå, og at ein i relasjonen med andre dannar ei felles forståing. Det er ingenting som tyder på at dette er mindre viktig for personar med demens (Krüger, Lillesveen, & Nygård, 2007). Kommunikasjon er ein samansett eigenskap og ofte får pasienten nedsett evne både til å forstå språk og til å snakke sjølve. Evna til å tenkje abstrakt, til å gjenkjenne gjenstandar og korleis ein skal handle i ulike situasjonar gjer kommunikasjon og såleis samhandling vanskeleg (Engedal, et al., 2009).

Ein helseteori som har fokus på kva som kan styrke helse, salutogene faktorar, hevdar at oppleving av samanheng og mening i tilvære er naudsynt for å ha ei positiv oppleving av eigen helse (Antonovsky, 2005).

Arbeid innan demensomsorg stiller store krav til kunnskap og innsikt. Evna til å vere til stades for kvar enkelt pasient og til å anerkjenne pasienten ved at ein ser kvar enkelt for den personen den er vert spesielt framheva (Engedal, et al., 2009; Rokstad, 2005).

Det er i samhandlinga mellom personalet og pasient at utfordringane oftast oppstår. Pasienten har ofte ikkje lenger evne til å forstå kva som skjer og er gjerne i ein sårbar stellsituasjon (Kirkevold, 2008). Ein ikkje kan uttrykke dette med språk og reagerer såleis med det vedkomande har å bruke, til dømes

ved å rope og slå. Dette skapar stress for personalet, noko som kan gjere dei mindre løysingsorientert og gjerne meir negativ innstilt til pasienten (Engedal, et al., 2009). Studiar viser at der er størst sannsyn for å bruke tvang mot personar som har ein alvorleg grad av demens, har nedsett ADL-funksjon og ei utagerande adferd (Testad, 2010). Utfordrande adferd kan føre til bruk av tvang samstundes som bruk av tvang kan føre til utfordrande adferd (Kirkevold, 2008).

Dette aukar behovet for reiskap som kan betre kommunikasjonen og gjere samarbeid mogeleg (Engedal, et al., 2009), noko som vil vere eit viktig ledd i å redusere bruken av tvang i arbeidet med personar med demens. I Kap.4A i pasientrettighetslova § 3 fyrste ledd heiter det: *”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motset seg, må tillitskapende tiltak ha vert forsøkt, med mindre det er åpenbart fomåsløst å prøve dette”* (H.O.D., 1999).

Tilrettelegging for kompetanseheving og høve til å oppretthalde kunnskap er vesentlege faktorar for å halde fram i arbeid med personar med demens (Chenoweth, Jeon, Merlyn, & Brodaty, 2010). Graden av opplevd arbeidsglede heng mellom anna saman med om ein får bruke ny kunnskap i arbeidskvardagen (Coogle, Parham, & Young, 2007).

2.2 Rapportar og føringar for demensomsorga

I Demensplan 2015 ”Den gode dagen” er det ei målsetjing at kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tenestetilbod til menneske med demens vert vesentleg styrka gjennom forskning og utviklingstiltak (Demensplan 2015, 2007). Vidare vert det peika på at rekruttering av helsepersonell til geriatrien vert ein av dei største utfordringane i framtida. Ein viktig strategi er å halde på personell som allereie arbeider innoom omsorgstenesta. Eit tiltak er å auke kompetansen til dei tilsette, og gode fagmiljø vert sett på som eit vesentleg tiltak for å trekkje til seg fagfolk (Demensplan 2015, 2007).

For å betre omsorgstilbodet framhevar Stortingsmelding nr.25. mellom anna trong for samarbeid med familie og auka kunnskap om bebuaren sin bakgrunn og levekår for å betre omsorgstilbodet. Undersøkingar peikar på at det er daglegliv, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som er dei svakaste punkta i omsorgstilboda vi har i dag. Difor må psykososiale behov få sterkare fokus (H.O.D., 2005-2006).

I rapporten ”Glemsk, men ikke glemte” beskriv ein gode tenester for personar med demens mellom anna som noko som er individuelt tilpassa med god brukarmedverknad sånn at det gjev størst mogeleg grad av eigen meistring (S.O.HD., 2007). I demensplan 2015 ”Den gode dagen”, står det at kommunane pliktar å gje menneske som er avhengig av hjelp frå andre eit tilbod som gjev dei eit aktivt og meiningsfullt tilvære (Demensplan 2015, 2007).

2.3 Personsentrert omsorg

Eit viktig trekk ved personsenteret omsorg er at ein evnar å sjå personen i sjukdomen og sjå kvar enkelt si unike oppleving av å ha sjukdomen. Deira rettar, behov, tankar og kjensler dannar utgangspunktet for omsorga (Audun Myskja, 2006a). Fokuset vert sett på velvære, empowerment og uavhengigheit. Dette skal hjelpe å gje personen eit godt sjølvbilet, at ein kjenne seg støtta og verdsett (Audun Myskja, 2006a). I personsentrert omsorg arbeider ein for å halde på personen med demens si oppleving av å vere ein person, og hovudfokuset vert satt på kommunikasjon og relasjon (Brooker, 2007; Dewing, 1999). Tilnærminga inneber ei bio-psykososial forståing av sjukdomen demens (Brooker, 2007). Oppleving av tilknytning er viktig for alle menneske. For personen med demens vert dette spesielt viktig i situasjonar som skapar angst og uro. Tillit er ein viktig faktor for å skape ei kjensle av tilknytning er (Brooker, 2007).

2.4 Brukarmedverknad

Her vert ein definisjon av både brukarmedverknad og brukarperspektivet presentert. Sjølv om dei heng tett saman er det to skilde omgrep. Omgrepet brukarperspektiv kan sjåast på som er eit overordna omgrep, der brukarmedverknad er eit reiskap til å få fram brukaren sitt perspektiv (Humerfelt, 2005; Vatne, 1998).

Brukarperspektiv

”Å leggje hensynet til pasienten til grunn for tenesteytinga er å ta utgangspunktet i respekten for det enkelte menneske. Perspektivet inneber at det er den enkelte tenestemottakar sitt behov for hjelp som vert sett i sentrum (H.O.D., 2008-2009).

Brukarmedverknad

”Det dreiar seg om at pasientane sjølve aktivt skal medverke og ta avgjerder i spørsmål som angår dei”(Ekeland & Heggen, 2007).

Det finst ulik grad av brukarmedverknad: Informasjon er den lågaste graden og brukarstyring er den høgaste graden (Humerfelt, 2005). Ei informasjonsformidling som gjev mottakar høve til å forstå og såleis vere ein brukar som kan medverke er ei viktig oppgåve for helsepersonell (Humerfelt, 2005), og dette er nedfelt i pasientrettighetslova (Henriksen & Lahnstein, 2005). Evna ein har til kommunikasjon og samhandling vert særskilt viktig når ein arbeider med personar med demens og deira behov og rett til medverknad (Clarke & Davey, 2004).

Ein skil mellom innhaldsorienterte og prosessorienterte brukarperspektiv. Det fyrste viser til ei utforming av tilbod der fagfolk legg til grunn det dei trur brukarane vil ynskje, medan det andre trekk brukarane med i avgjerdsprosessen (Skivenes & Willumsen, 2005). Dette er interessant for i

eldreomsorga er det faktisk ikkje sjeldan at det innhaldsorienterte brukarperspektivet vert nytta. Ein kan sjå på det som ei konflikt mellom autonomi og paternalisme (Østenstad, 2006). Dette viser at i møtet med personar med demens er der trong for å styrkje kunnskapen til personalet, og å finne metodar som kan vere med å styrkje retten til brukarmedverknad for denne gruppa (Norheim 2009). Sjukdomen demens svekkjer gradvis evna til å ta val og vurdere sitt eige beste (Norheim, 2010). Helsepersonell skal freiste å ta vare på behovet og retten til brukarmedverknad, samtidig som ein sikrar pasienten ei god og forsvarleg pleie (Norheim, 2010).

Menneskerettane er universelle, det vil seie dei gjeld for alle, overalt til ei kvar tid. Personar med demens er og ein del av desse alle og har såleis krav på at rettane deira vert ivaretekne på ein tilfredstillande måte. Retten til å bestemme sjølve finn ein i mellom anna EMK§5: Retten til frihet og sikkerhet (Høstmølingen, 2003). Vi har lovfesta rett til medverknad gjennom pasient-rettighetslova §3-1 Pasientens rett til medverknad (Henriksen & Lahnstein, 2005). Innsats for å beskytte sjølvbestemming og verdigheit er ikkje alltid tilstades og pleia er ikkje alltid prega av å verne om rettane ein har som menneske (Clarke & Davey, 2004). På grunn av den gradvise svekkinga av evne til å gjere val som er trygge for ein sjølve vert sjølvbestemming ofte til medbestemming i demensomsorga (Norheim, 2010).

Sjølv om det er mange områder personar med demens ikkje lenger kan klare å medverke i, er det framleis rom for medverknad på nokre områder (Kirkevold, 2008). Å gje medverknad der det framleis er mogeleg, er å gje ei personsentrert omsorg, der ein møter pasienten der vedkomande er no og freistar å halde fast ved eigenverdet og behovet for autonomi pasienten har (Brooker, 2007; Kirkevold, 2008). Ei tilnærming som set fokus på individuelle behov, som fremjar brukaren sitt perspektiv, har vist seg å oppretthalde autonomi og verdigheit hjå personar med demens (Clarke & Davey, 2004; Dewing, 1999).

I demensomsorga er innsatsen frå tilsette for å finne ut kva som gjev meaning for den enkelte bebuar viktig. Ein må hjelpe bebuarane med å kome i gang med aktivitet fordi evna til initiativ er svekka (Engedal, et al., 2009). I samarbeid med bebuaren og pårørande må ein få kjennskap til den enkelte si historie og vidare legget til rette for aktivitet som gjev livsinnhald for den enkelte bebuar (Demensplan 2015, 2007).

2.5 Ergoterapeutisk tilnærming til behovet for meningsfull aktivitet

Grunnsynet i ergoterapi er at aktivitet har ei sentral betydning for menneske og kan beskrivast i tre grunnantakingar:

- At menneske er av naturen aktivt
- At der er samanheng mellom helse og aktivitet
- At aktivitet er eit middel og ein måte å styrkje helsa

(NETF, 1997).

”Aktivitet uttrykkjer forbindelsen mellom individet og omgivelsene. Aktivitet i ergoterapisamanheng inneberer en meningsfull målrettet handling eller virke...”(NETF, 1997).

Opplevinga den enkelte har av ein aktivitet er vesentleg og aktivitetar inneber både arbeid, leik og omsorgsaktivitetar. Passivitet forringar funksjonane til kroppen og påverkar helsa negativt. Menneske med ulike funksjonshemmingar og sjukdommar har også eit ynskje og behov for å vere i aktivitet, alle har ibuande ressursar som ein må ta i bruk for å gje opplevingar av meningsfull virke og meistring (NETF, 1997).

2.6 Miljøtiltaket musikk/individualisert musikk

”Miljøbehandling dreier seg om hvordan fysiske , psykiske og sosiale forhold kan leggest til rette for å oppnå optimal trivsel, mestring og personleg vekst”(Rokstad & Smebye, 2008)s.19.

Der er mange ulike former for miljøbehandling (til døme reminisens, taktil stimulering, song og musikk). Formålet med denne behandlinga kan delast i tre:

- Påverke emosjonelle og adferdsmessige endringar i demensforløpet
- Betre kognitiv funksjon
- Auke trivsel og livskvalitet

(Rokstad & Smebye, 2008).

God omsorg er i stor grad avhengig av at relasjonen mellom pleiar og bebuar fungerer godt. Dette er og ein vesentleg suksessfaktor i utøvinga av ulike miljøtiltak (Rokstad & Smebye, 2008).

I St.meld.nr 25 "Mestring, mulighet og mening" skriv ein at undersøkingar tydar på at det området dei kommunale helse og omsorgstenestene fyrst og fremst kjem til kort på er det sosiale og det kulturelle (H.O.D., 2005-2006).

2.6.1 Musikk

For dei aller fleste av oss er musikken ein del av historia og identitet vår. Musikken skapar sterke og emosjonelle minner. Den vert forankra i verdiar som gjev mening i tilværet for mange. Såleis gjev musikken høve til opplevingar som lyttaren knyt til personleg tru og verdssystem (Ruud, 2006). Folk er sine egne ekspertar på korleis ulike musikkstykke påverkar dei. Det vil seie at ein må overlate styringa av musikkbruken til brukaren sjølv (ibid). Musikken kan få oss til å gløyme negative ting, gjev oss positive opplevingar emosjonelt og skapar positive tankar om oss sjølv (Ruud, 2006).

For personar med demens kan musikk gje gode opplevingar i form av kjærkomne gjenkjenningar (Kvamme, 2006). Musikk ser ut til å ha ein spesielt god effekt når det gjeld tilgang til minner hjå demensråka (ibid). Musikk har vist seg som ein alternativ måte å kommunisere med personar med ulike former for kognitiv svikt (Audun Myskja, 2005).

Gjennom musikken kan ein få betre kjennskap til identitet til pasienten og det er vesentleg for å bevare verdigheita til den enkelte (A. Myskja & Haapnes, 2010).

2.6.2 Individualisert musikk

I Noreg er metoden individualisert musikk vidareutvikla av Audun Myskja i samarbeid med Geria ressursenter for alderdemens (Myskja 2006). Det er ein systematisk metode for å kartlegge musikkhistorie og musikksmak hjå den enkelte bebuar. Metoden inneber også at ei personalet må bli medvitne om sitt eige forhold til musikk og korleis musikk vert brukt på ulike avdelingar. Dette vert gjort gjennom internundervisning og oppfølging på avdelingsmøter. Dei bebuarane som ynskjer det kan få kartlagt musikksmaken med at det vert spelt 65 musikksnuttar og desse scorar frå 0-3. Dersom det trengst kan kartlegginga delast opp. Ut i frå dei snuttane ein opplever bebuaren synest er best, set ein saman ein cd på omlag 30 min. Cd'en spelast to gangar i veka eller meir der det er ynskje om det. Tiltaket vert ein del av pleieplanen og aktivitetsplan for den enkelte bebuar (Myskja 2006). Kartlegginga og utforminga av individualisert musikk, kor tid den skal spelast og behov for endringar på cd'en, gjev bebuarane reell påverknad på eit miljøtiltak som ein har mykje god erfaring med (Audun Myskja & Lyngroth, 2002).

Vidare i oppgåva vert forkortinga IM nytta for individualisert musikk.

3. Metode

Eg vil fyrst beskrive mitt val av forskingsdesign. Vidare vil eg seie litt om vitenskapsteoretisk ståstad. Så vert utval av informantar og gjennomføring av forskingsmetode beskrive. Korleis analysen av det innkomne materialet er gjennomført vert forklart og refleksjonar kring truverdet vert belyst. Til slutt i dette kapittelet vert tankar kring overføringsverdi og forskningsetikk lagt fram.

3.1 Design

Eg har valt eit kvalitativt design for dette studiet. Årsaka til det er at forskingsspørsmåla mine handlar om å få ei djupare forståing av personalet sine opplevingar av fenomenet individualisert musikk og vidare korleis dette kan vere knytt til brukarmedverknad og individuelle behov. Når ein skal beskrive og analysere eigenskapar eller kvalitetar ved dei fenomen som skal studerast eignar kvalitative forskingsdesign seg (Malterud, 2003).

I tillegg har eg ikkje funne studiar som har sett på desse spørsmåla før, og kvalitative metodar er særst godt eigna til å studere fenomen som ikkje er forska på i nokon særleg grad (Polit & Beck, 2008; Thagaard, 2009). Studiet er såleis både utforskande og beskrivande (Polit & Beck, 2008).

Intervju er innhenting av informasjon om eit fenomen, og formålet med eit kvalitativt forskingsintervju er beskriving og tolking av eit tema i intervjupersonen si livsverd (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Systematisk gjennomgang av aktuell teori og kvalitative, semistrukturerte forskingsintervju av personalet har blitt nytta for å svare på problemstilling og forskingsspørsmåla mine. Søk/funn-tabell er vedlegg nr.2.

3.2 Vitenskapsteoretisk ståstad

I mitt studie er det beskrivingar frå menneske si livsverd eg er ute etter. Det er pleiepersonalet sine opplevingar knytt til bruken av individualisert musikk og ynskjer å få meir kunnskap om.

Fenomenologi er læra om det som kjem til syne og tek utgangspunkt i den subjektive opplevinga. Den freistar å finne den djupare meininga og essensen i erfaringa den enkelte har med eit fenomen (Polit & Beck, 2008; Thagaard, 2009; Thornquist, 2003). Som Thagaard beskriv er det mine egne erfaringar og refleksjonar kring fenomenet individualisert musikk som dannar utgangspunktet for dette studiet (Thagaard, 2009). Såleis vil eg seie at studiet er inspirert av fenomenologi.

Korleis kan vi forstå det vi forstår? Det kan hermeneutikken hjelpe oss med (Thornquist 2008). Hermeneutikken vektlegg at der ikkje finst ei sanning, men at fenomen kan tolkast på ulike nivå (Thagaard, 2009). Kvalitativ forskning vil forstå eller tolke fenomen utifrå den meininga som menneske

gjev den (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Gjennom analysen vil eg forsøke å forstå og tolke det materialet intervjuar har gjeve meg, og såleis vil studiet også vere inspirert av hermeneutikk. I følge hermeneutisk tenking kan ei meining berre forståast om vi ser det i lys av den samanhengen fenomenet vi studerer er ein del av. Delane forstår vi ved å forstå heilskapen. (Thagaard, 2009). For studie betyr det at det vert vesentleg å vise gjennom teoretisk ståstad og forforståing at tolkingane er truverdige.

3.3 Utval og innsamling av data

3.3.1 Utval

Utvalet av informantar er gjort strategisk. Eg har freista å skaffe informantar som eg meiner kan svare på forskingsspørsmåla og setje lys på problemstillinga (Malterud, 2003).

Inklusjonskriteriar har vore :

- personale med erfaring med bruk av individualisert musikk
- og at dei har arbeidd på verksemda før, under og etter innføringa av dette miljøtiltaket.

Eg har ikkje satt som krav at dei skal arbeide i ein viss stillings storleik eller vere av ei bestemt faggruppe. Dette kan utelukke mange aktuelle informantar.

Eksklusjonskriteriar har vore:

- Personalet som har erfaring med bruk av individualisert musikk, men som ikkje har vore på sjukeheimen så lenge at dei har kunne danna seg eit inntrykk av situasjonen før, under og etter innføringa av dette miljøtiltaket

Der har vore fleire prosjekt der sjukeheimar har fått implementert metoden individualisert musikk. Det har vore hensiktsmessig å intervjuje personalet på nokre av desse sjukeheimane. Eg sende førespurnad til Geria, ressurscenter for alderspsykiatri og demens i Oslo. Kontaktpersonen på dette senteret har god oversikt over kva som er aktuelle sjukeheimar og har vore til god hjelp med å sette meg i kontakt med dei rette personane der. Ressurspersonar i Bergen har hjelpt meg på tilsvarande vis der. Informantar har blitt kontakta pr. e-post (Vedlegg 3) og telefon. Dersom dei har takka ja til å delta har dei fått tilsendt informert samtykke (Vedlegg 4). I tillegg til formelt skriv frå UiS (Vedlegg 5). Sju informantar frå fire sjukeheimar har vore med i dette studiet, av desse var to menn og fem kvinner. Fire sjukepleiarar, hjelpepleiarar og ein musikkterapeut.

3.3.2 Gjennomføring av intervju og lagring av data

Talet på intervju bør bli avgjort etterkvart som arbeidet går framover. Steg for steg- rekruttering er det optimale (Malterud, 2003). Talet på intervju er avgjort av kva som vert tilrådd i litteraturen, tidsbruk og vurdering av innkomne materialet etter kvart som eg gjennomførde intervju. Det er viktig å få inn nok informasjon til å kunne seie meir om fenomenet, og til å kome med nye og sjølvstendige beskrivingar. Dette vert kalla *theoretical saturation* (Malterud, 2003). Eg opplever at eg har oppnådd dette i dette studiet.

Ein god treningssituasjon er å intervju medarbeidarar og få tilbakemelding frå dei (Thagaard, 2009). Eg gjennomførde eit pilotintervju. Dette gjorde at eg fekk litt trening i sjølve intervjusituasjonen og eg fekk spissa ein del spørsmål, noko som eg opplevde som nyttig. Eg fekk også høve testa ut det tekniske opplegget med diktafonen. Informanten gav tilbakemelding på kva som vart utydeleg for henne. Såleis vart dette eit ledd i å styrke truverdet til informasjonen produsert i dei komande intervju. Sidan pilotintervjuet var ein kollega og intervjuet var meint som ein trening vart ikkje dette materialet teke med i studiet.

Intervju vart gjennomført ved hjelp av ein semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 6). Ein semistrukturert intervjuguide er ein reiskap i intervjusituasjonen, førebudd i forkant av intervjuet. (Kvale, et al., 2009). Intervjuguiden skal ikkje følgjast slavisk, men skal vere ei hjelp til at ein held seg innanfor dei tema ein ynskjer å undersøkje, samtidig som ein freistar å vere open for det informantane kjem inn på i sine beskrivingar (Holme & Solvang, 1996; Polit & Beck, 2008).

Eg utarbeidde ein intervjuguide inspirert av Kvale, med mine forskingsspørsmål som tema og fleire aktuelle intervju spørsmål knytt til kvart forskingsspørsmål.

Dei to fyrste informantane fekk tilsendt intervjuguiden. Via telefonsamtale fekk eg oppfatning av at dei ikkje forstod så godt dialekt. Eg sende såleis intervjuguiden for at dei skulle ha betre føresetnad for å svare på spørsmåla mine. Erfaringa med å sende intervjuguiden freista ikkje til gjentaking. Eg opplevde at informantane vart låst til spørsmåla i intervjuguiden og at det vart litt vanskeleg å kome med oppfølgingsspørsmål.

Lengda på intervju var mellom 38 og 65 minutt. Eg byrja intervju med å forklare formålet med intervjuet, fortalde om korleis data frå intervjuet vert lagra og korleis eg ville avpersonifisere informanten (Kvale, et al., 2009). Eg forsikra meg og om at det informerte samtykke var signert. I tillegg fekk informanten høve til å stille spørsmål før vi byrja sjølve intervjuet.

I etterkant vil eg seie at eg opplevde intervjusituasjonen som krevjande. Eg innehar ein del kunnskap om emne og opplevde det som ein styrke. Men den avgrensa erfaringa med å intervju opplevdes som

ein svakheit. Med meir erfaring hadde eg kanskje kunne stilt betre oppfølgingsspørsmål og fått fram ein endå djupare kunnskap. Dette vurderer eg som noko som kan vere med å svekke truverdet av materialet. Eg vil likevel seie at ved å halde fokus på forskingsspørsmål ved hjelp av intervjuguiden, og heile tida prøve å få svar på spørsmåla studie er ute etter, styrker truverdet til empirien (Kvale et al, 2009).

Det var stor skilnad på intervjusituasjonane. Relasjonen til dei ulike informantane varierer , men opplevinga av å bli tryggare i situasjonen for kvart intervju var god. Personkjemi spelar ei rolle. Ein får god kontakt med nokre informantar, og det motsette tilfelle med andre (Thagaard, 2009). I møtet med menneske er eg sjølv verktøyet, relasjonane vil variere og korleis eg er vil i stor grad påverke kva informasjon som vert produsert (Kvale, et al., 2009; Thagaard, 2009).

Data vart lagra på lydband og vil bli sletta etter bruk, og dette vart opplyst til informantane. I samsvar med godkjenning frå NSD skal dette gjerast innan utgangen av 2011. Alle fekk tilbod om å lese gjennom det transkriberte materialet, men ingen hadde ynskje om dette. Dette hadde vore ein styrke for truverdet av materialet dersom informantane ville kommentere om dei kjende seg att i den transkriberte framstillinga av intervjuet. På den andre sida kan det å lese transkribert materiale i somme tilfelle verte overraskande for informantane, då setningar kan framstå som litt usamanhengande tale. Om dei skulle fått tilsendt materialet ville det vore betre å sende eit meir samanfatta skriv om det som kom fram i intervjuet (Kvale, et al., 2009).

3.3.3 Bearbeiding av materialet

Alt som er teke opp på lydband i intervjuet har blitt transkribert. Dette arbeidet har eg gjort sjølv. For å styrkje truverdet av studiet hadde det vore ein fordel at også ein annan forskar transkriberte det same materiale for å betre sikre at ein hadde fått med alt informanten sa (Kvale, et al., 2009). Men det har eg ikkje hatt høve til i dette studiet. Eg har høyrte og skrive ned alt og gått gjennom materialet fleire gonger for å rette opp eventuelle feil. Dei to fyrste intervju vart transkribert før eg gjennomførte dei fem siste. Det opplevde eg som ein fordel i forhold til refleksjonar rundt spørsmål og måten å stille spørsmåla på.

3.4 Analyse

Eg vil i denne delen gje ei kort gjennomgang av analysereiskapa eg har valt og kva denne forma for analyse inneber. Vidare vil eg forklare korleis eg har arbeidd i dei ulike fasane.

Analyse og tolking kan ein ikkje skilje frå kvarandre (Thagaard, 2009). Det føregår ei tolking av materialet heile vegen. I intervjuet har eg freista å forstå kva informanten meinte og stilt oppfølgingsspørsmål med bakgrunn i mi tolking. Fyrste del av transkriberinga freista eg å gjere med så

lite tolking som mogeleg, sett bort frå at det kan vere stadar eg rett og slett har høyrte feil. I andre fasa av bearbeidinga av materialet vart tolkinga meir nærverande. Eg skreiv om materiale til nynorsk. Utsegna vart tilpassa mitt språk.

3.4.1 Val av analytisk reiskap

Det er gjennomført ei kvalitativ analyse av innhenta informasjon. Analysen har så godt som råd er følgd vitskaplege kriterier: Den skal vere gjennomarbeidd og veldokumentert (Malterud, 2003). I og med at dette er ei problemstilling som, etter det eg kjenner til, ikkje er blitt studert før og der ikkje er førehandsbestemte kategoriar har dette vore ei datastyrt analyse (Malterud, 2003). Dette er i tråd med fenomenologiske prinsipp om at ein skal vere open for dei kategoriar som kjem fram i intervju (Thornquist 2008). Analysen er inspirert av Giorgi si fenomenologiske analyse, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Det vil seie at eg har freista å følgje desse fire fasane i analysen;

1. Å få eit inntrykk av heilskapen
2. Å identifisere meiningsberande einingar-dekontekstualisering
3. Å abstrahere innhaldet i dei enkelte meiningsberande einingane
4. Å samanfatte betydninga av dette-rekontekstualisering.

3.4.2 Gjennomføring av analysen

1. Fyrste del av analysen var å freiste å få eit inntrykk av heile materiale. Alle dei transkriberte intervju vart lesne etter kvarandre. Opplevingar av individualisert musikk som eit reiskap til å bli betre kjent med pasientane, gjennom å bli betre kjent har relasjonen mellom pasient og pleiar vorte styrka sto fram som vesentlege.

2. Andre del var å finne dei meiningsberande einingane i materialet. Ein måte å kome i gang med kategoriseringa er å ta utgangspunkt i tema i intervjuguiden (Jacobsen, 2005). Eg byrja såleis med å sortere materialet etter tema i intervjuguiden, med utgangspunkt i forskingsspørsmåla mine.

Etter kvart som eg gjekk gjennom materialet fleire gangar vart andre områder sortert ut. Årsaka til dette var at etterkvart som eg fekk meir grep om materialet opplevde eg at det informantane faktisk sa noko om kom tydelegare fram. Eg vurderte at det var rett veg å gå med tanke på den fenomenologiske referanseråma, å vere open for det informantane seier om eit fenomen. Relasjon, arbeidsglede, miljøtiltak ved uro, sjølve bruken av tiltaket fekk eigne fargekodar og personsenteret omsorg og brukarmedverknad vart overhengande tema for materialet.

Eg utarbeidde matriser, (døme på matrise er vedlegg nr.7) for å få ei oversikt på kor i intervjuet eg fann utsegn som hadde med kvart område å gjere (Malterud, 2003).

3. Tredje del i analysen var kondensering, der ein gjev kodane mening. Giorgi anbefalar at ein på dette stadiet gjennomgår kvar enkelt av dei meningsberande einingane innan kvar kodegruppe, skriv om det konkrete innhaldet i teksten og gjev det abstrakt mening og finne subgrupper (Malterud, 2003). Det vart fleire runder med materialet og vurderingar av kva subgrupper eg skulle ha på kvar hovudkategori. Utsegna vart samla og abstrakte utsegn vart utarbeidd for kvar subgruppe og kvar kategori. Sitat som eg vurderte som særleg eigna til kvar subgruppe og kategori vart plukka ut. Hovudtema for resultatane vart brukarmedverknad og personsenteret omsorg og tre hovudkategoriar med følgjande subkategoriar vart identifisert: 1. IM i personal-bebuar relasjonen (subkategoriar: å bli kjent med bebuar og tillitsskapande forhold) 2. IM som miljøtiltak ved uro/agitasjon 3. IM og arbeids glede (subkategoriar: opplevingar av glede, anerkjenning og fagleg/personleg utvikling).

Som døme på korleis eg kom fram til subkategoriane: I hovudkategorien "IM og arbeids glede" slo eg saman subkategoriane "personleg/fagleg utvikling" og "meistringsoppleving/reiskap i ulike situasjonar", og danna subkategorien: "Fagleg/personleg utvikling" Årsaka til at eg slo desse saman var at mange utsegn var plassert i begge gruppene. Vidare tolka eg det som at IM som reiskap gav fagleg/personleg utvikling og opplevingar av meistring

4. Fjerde del var rekontekstualisering. Eg gjekk gjennom materialet på ny. Eg skreiv korte resyme frå kvart intervju vart skrivne, søkte etter funn som eg kunne ha gått glipp av i dei andre rundene. Eg freista å få eit inntrykk av om det eg hadde kome fram til i fase 3 kunne representere heilskapen i materialet etter ein ny grundig gjennomgang av intervjuet, og opplevde at det i stor grad gjorde det. Der var likevel nokre ting som kom tydelegare fram.

3.5 Truverdet av studiet

For at kvalitativ forskning skal vurderast som vitenskapleg stillast det krav om reliabilitet og validitet, studiet skal vere påliteleg og kunnskapen skal vere gyldig (Thagaard, 2009). Reliabilitet omhandlar spørsmål om kunnskapen som kjem fram er til å stole på. Det vil seie at ein kan gjenta studiet og rekne med å få tilsvarande svar. Sidan informasjon frå kvalitative intervju er relasjonell (Kvale, et al., 2009). vil spørsmålet om kor påliteleg eit studie er i større grad avhenge av forskaren si evne til å vise kva ho har gjort og at ho evnar å argumentere logisk for sine val (Thagaard, 2009). Validitet omhandlar spørsmål om framkomne kunnskap er gyldig. Det forskaren kjem fram til må framstillast på eit truverdig og logisk vis (Kvale, et al., 2009).

Spørsmålet om validitet handlar blant anna om studie studerer det det er meint å studere? (Kvale et al., 2009). Vart dei rette spørsmåla stilt og vart dei rette konklusjonane trekte? Validitet kan delast inn i

intern validitet og ekstern validitet. Den interne validiteten er ei vurdering av om resultatene ein kjem fram til er gyldige for materialet (Thagaard, 2009). Eg har freista å sikre den indre validiteten ved å sjå til at det er ein god samanheng mellom mi problemstilling, mine forskingsspørsmål og mine funn.

Den eksterne validiteten vurderast med tanke på om forståinga i eitt studie kan ver gyldig i andre samanhengar (Thagaard, 2009). Mine vurderingar i kapittel 6 med tanke på overføringsverdi belyser dette studiet sin eksterne validitet. Validiteten kan styrkjast gjennom at ein freistar å oppnå størst mogleg grad av "transparancy"-arbeidet skal vere så gjennomsiktleg som mogleg (Thagaard, 2009). Det vil seie at eg så grundig som råd er forklarar forskingsprosessen. Dette skal sette lesaren i stand til å vurdere kvaliteten på studiet og vidare verdien av resultatene (Thagaard, 2009). Det har eg freista å gjere i dei delane av metoden som beskriv mine val og av forskingsdesign, utval, gjennomføring av intervju, og analysearbeid. Eg har og freiste å gjere mine val i resultatdel og konklusjon så tydelege som mogeleg og argumentert for kvifor eg er komen fram til det eg har.

Mi forforståing som er presentert i kap. 1.1 Bakgrunn, har vore vesentleg å ta med seg gjennom heile studiet. Korleis eg har evna å både vere nær tema og distansere meg frå tema med tanke på intervju, analyse, funn, diskusjon og konklusjon vil ha stor betydning for truverdet av dette studiet (Thagaard, 2009). I intervjusituasjonen har mi forforståing vore ei styrke ved at dette har gjeve meg gode forutsetningar for å forstå kva informantane seier og å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale, et al., 2009). Men mi forståing av det som har blitt sagt vert farga av mi forforståing og det kan vere at eg har oversett interessante vinklingar på grunn av dette. Såleis vert mi forforståing både ei kjelde til styrke og svakheit for truverdet.

Sjølv om andre forskarar stiller dei same spørsmåla ved hjelp av same intervjuguide til dei same personane, vil dei sannsynlegvis ikkje få fram nøyaktig same kunnskap. Årsaka til dette er at kunnskap frå intervju er relasjonell (Kvale, et al., 2009). Sjølv om ein får liknande svar ville det ikkje vore eg som tok i mot og tolka innhaldet i svar og kom med mine oppfølgingsspørsmål. For å styrke truverdet har eg prøvd å forsikre meg om at eg har oppfatta informasjon rett i intervjuet (Kvale, et al., 2009).

Når ein er ute etter djupare kunnskap om eit heilt spesifikt område må ein nødvendigvis vere selektiv i forhold til kven ein vel å intervjuet. Eg har gjort eit strategisk utval og dette er ei styrkje for den indre validiteten. Eit tankekors er at dei som har implementert individualisert musikk som metode kan vere dei som er positive til tiltaket. Med det utgangspunktet og vil dei sjå ein sterkare samanheng mellom tiltaket og styrking av fokus på brukarmedverknad enn andre som ikkje har implementert metoden. Samtidig så må ein faktisk implementere metoden for å kunne få ei forståing av om den kan styrke fokuset på brukarmedverknaden for personar med demens eller ikkje. Eg meiner dei eg har snakka med har oppfylt inklusjonskriteria mine, men der er heilt sikkert fleire eg kunne ha intervjuet. Samtidig som eg veit at det er ein høg turnover på mange sjukeheimar og såleis er det ikkje så mange som

passar mine inklusjonskriterar. Det er fleire informantar på same sjukeheim. Vil dette styrkje eller svekke truverdet til resultatane? Eg har kome fram til at det valet har vore greitt, og at det faktisk kan vere interessant å bli kjent med ulike oppfatningar på same sjukeheim. Det er framleis relativt få som har implementert metoden og difor er det få informantar å velje mellom. At eg har intervju personar frå ulike delar av landet meiner eg styrkjer truverdet til studiet. Med fenomenologien som bakteppe er den enkelte si oppleving det eg skal få fram, og kvar enkelt har bidrege til å utvide kunnskapen om fenomenet studiet har fokus på.

3.5.1 Overføringsverdi

I kvalitativ forskning er det tolkinga som dannar grunnlag for overføringsverdi (Thagaard, 2009). Mine tolkingar er gjort ut ifrå min kunnskap og erfaring om fenomenet individualisert musikk og min kunnskap og erfaring om blant anna omgrepa brukarmedverknad og personsentrert omsorg. Ut i frå mitt utval og mine egne erfaringar med individualisert musikk tenkjer eg at kunnskapen frå dette studiet har overføringsverdi til liknande verksemdar.

3.6 Forskingsetiske vurderingar

Studiet inneber ikkje intervju eller observasjon av pasientar. Det inneber heller ikkje bruk av pasientjournalar. Såleis vil ikkje studie vere nokon direkte inngrep i livet til pasientane. Dette er med å minimalisere skadelege konsekvensar av studiet, noko som er å tråd med eit gyldig forskingsdesign (Kvale, et al., 2009).

Informantane har kome med dømer knytt til samhandlingar med pasientar. Eg har ikkje gjort intervju på min eigen arbeidsplass, og difor har eg ikkje kjennskap til dei pasientane informantane har brukt som dømer. Det er med på å sikre anonymitet til den pasientinformasjonen som kjem fram. Det har ikkje blitt søkt om godkjenning frå Regional etisk komite (REK), men der vil bli sendt inn skjema for å få ei framleggingsvurdering frå REK med sikte på publisering i ulike tidsskrift. Studiet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapeleg Datateneste (NSD).(Vedlegg nr.8)

4. Funn

Der er mange interessante funn i materialet, men eg må her gjere eit utval. I det følgjande vil eg presentere ein utdjuving av funn knytt til kommunikasjon. Dette vel eg å gjere då eg vurderer kommunikasjon som særskilt viktig i møte med personar med demens. Med bakgrunn som ergoterapeut vel eg og å utdjupe funn knytt til ressursar og meistring for bebuarane. Til slutt vil eg presentere funn knytt til samarbeid med pårørande. Det er på bakgrunn av behovet for å styrkje samarbeidet med familien til personar med demens.

4.1 Kommunikasjon

Det er ei felles oppleving at denne måten å bruke musikk på kan forbetre kommunikasjonen med bebuarane som får tiltaket. Informantane opplevde at gjennom musikken har dei fått ei spesiell kontakt og at dette har ført til betre kommunikasjon.

”...Den kontakta gjer noko med stemninga. Kontakt er noko som er spesielt med personar med demens, ein får ikkje kontakt med dei . At personen mister evna til å sei ”hei, hallo, her er eg, dette likar eg, sånn er eg”.

” Eg opplever musikk som ein fantastisk måte og nå fram til pasientar utan språk. Når pasienten ikkje skjønner kva vi seier kan toneleie og stemmeleie vere ein god måte å kommunisere på. Det er noko vi må vere veldig bevisst på. Basert på at ein signaliserar noko på den måten kan ein skape tryggleik for pasienten eller få kontakt”.

Informantane opplevde at ved hjelp av musikken har kjem minner fram og ein kan ha samtaler med bebuaren, og bebuaren kan formidle historier frå livet sitt. Dei opplever desse samtalanene som god kommunikasjon mellom pleiar og bebuar.

”Eg hadde ei veldig sterk oppleving med IM med ei dame som var veldig uroleg. Ho var veldig kristen og vi satt og prata og byrja og synge bedehussongar. Då kom ho tilbake i tid og byrja å prate om mannen sin og uttalte at det verste av alt var at ho var blitt så gløymensk. Om det var musikken eller det at vi satt der og prata som gjorde det er vanskeleg å seie. Men vi fekk ein god kommunikasjon”.

Informantane opplevde betringa i kommunikasjonen som ein viktig faktor for å få til eit betre samarbeid og legge til rette for brukarmedverknad. Betre kommunikasjon har gjeve bebuarane høve til å formidle kva dei likar. Informantane opplever at dette gjer at dei har blitt betre kjende med bebuarane som har fått IM og at dette styrkjer tilliten mellom pleiar og bebuar.

4.2 Auka fokus på ressursar og høver til meistringsopplevingar

Gjennom kartlegging av musikkpreferanse, vurdering av kor tid ein skal nytte det og evaluering av tiltaket i samarbeid med pasienten, seier fleire av informantane at dei opplever at IM er eit godt reiskap for å gje brukarmedverknad. Sjølv om pasienten ikkje har språk, vil ein kunne observere om dette er noko vedkomande ynskjer eller ikkje. Informantane framheva at kartlegginga i størst mogeleg grad må gjerast i samarbeid med bebuar og at tiltaket er noko bebuaren kan få høve til å bestemme over sjølve. Informantane i dette studiet opplever at IM er ein aktivitet som gjev bebuarane som fekk tiltaket positive opplevingar og eit innhald i dagen.

”Sjølv om eg alltid har vore glad i å synge og brukt det mykje, etter at eg kom hit og fekk vite om dette. Dette er ein metode og jobbe etter. Eg tenkjer på dei som har fått denne oppfølginga. Eg trur faktisk eg vil seie, både for meg og brukarane at der var ei tid før og etter musikken”.

Fleire av informantane trekte fram betydinga av å gje bebuarane opplevingar av meistring gjennom IM. Ved å gje bebuarane høve til å synge fekk dei vist at dei framleis meistrar dette. Fleire av informantane opplevde at IM førte til at bebuarane også fekk vise sine ressursar gjennom dans etter at dei hadde innført IM. Det vart erfart at dette gav informantane høve til å gje anerkjenning og setje fokus på ressursane til bebuarane.

”Når pasienten syng under stellet har vedkomande det bra. Dette skapar ein meistringssituasjon då vedkomande huskar ein del tekstar. Og ikkje minst dette med dansing, det gjev og meistring og vi er flinke å gje anerkjenning på dette og det gjev gode opplevingar for pasientane”.

Fleire beskriv denne dimensjonen av tiltaket som ei viktig motvekt til det dei opplever som eit for stort fokus på sjukdom og funksjonstap, og at innføringa av IM har vore ein fin måte å lære seg verdien av å vere tilstades for pasientane, å engasjere seg i større grad.

” Det er flott med alle metodikkar som set merksemda på det psykososiale og kan pushe i den retninga der. Der har IM mykje føre seg. Om ein ikkje klarer å bevise effekten av IM, men bruk av IM fører til at pleiarane vert meir engasjert i personen er det eigentleg nok til å halde fram med det”.

Eit anna viktig funn er opplevinga av at IM kan påverke deltaking i andre miljøtiltak på ein positiv måte. Dette opplevdes og som ein måte å gje høve for meistring og gode opplevingar for bebuarane.

” Når ein får roa ned litt og prata litt kjem ein gjerne inn på andre ting. Det synest eg er veldig fint med musikken, at den opnar for andre former for miljøbehandling som til dømes erindring”.

4.3 Individualisert musikk og samarbeid med pårørende

Fleire av informantane beskrev at tiltaket førde til større deltaking frå pårørende og opplevde at dette gav dei glede i arbeidet. Auka samarbeid med pårørende er eit funn og vert beskrive som nyttig på fleire plan.

1. Pårørende vert meir delaktige.

Gjennom informasjon om prosjektet opplever fleire at pårørende vert engasjerte, dei kjøper inn cd-spelarar og hentar musikk heimanfrå. Dei opplever at pårørende vert glade for å få lov til å delta og dette gjev arbeids glede for personalet.

” Mange pårørende synest det er hyggeleg fordi dei har ikkje følt at dei kunne gjere noko før, no kjøper pårørende faktisk inn cd-plater vi ber dei om og fleire barnebarn ringer for å høyre kva musikk bebuaren liker(...)Vi har ei liste over songar som bebuaren vil ha , ”den eller den songen vil bestemora di ha, ”så fantastisk”, så brenn dei gjerne ein cd til jul eller bursdagsgåve. Det betyr så mykje og eg trur dei blir veldig glade(...) Dei pårørende som er her har vi fått delaktige, dei synest det er veldig stort for dei delar opplevinga vår”.

Dei pårørende er og viktige med tanke på å finne den rette musikken, men fleire presiserer at det pårørende meiner om kva ein bebuar likar ofte ikkje stemmer. Det vert framheva at kartlegginga må gjerast i tett samarbeid med bebuar.

” Det viser seg at der er sprikande svar, mange born veit ikkje kva foreldra likar”.

2. Pårørende og bebuar kan gjere noko kjekt saman

Fleire seier at gjennom IM opplever dei at pårørende og bebuar kan gjere noko saman, noko som bebuaren framleis meistrar. Dette opplevast som ei glede i arbeidet, når dei ser at både pårørende og bebuar har det fint.

” Eg prøver å seie at vi kan byrje litt sånn, vi nynnar på ein song og dei får respons og då vert dei veldig glade (...) Det skapast ein ny relasjon og IM kan vere ein hjelp til det, pårørende kan ta eit steg vidare og finne ein ny måte å vere saman på”.

3. Pårørande anerkjenner arbeidet som vert gjort med musikken.

Gode tilbakemeldingar frå pårørande opplevast som positive og gjev anerkjenning av arbeidet.

”Pårørande forstår ikkje kva vi gjer, ”kva er det dykk gjer ? kan dei seie (...) Når pårørande ser at vi tek vekk medisin frå mor, og plutselig når dei kjem på besøk så lyser bebuaren opp, i staden for å ligge i ein stol heilt apatisk. Dei er kvikna meir til som menneske”.

5. Diskusjon

5.1 Individualisert musikk som relasjonsbyggjar

Evna til kommunikasjon er det som gjer oss til menneske og når vi ikkje kan dette fell vi ut av fellesskapet (Rokstad & Smebye, 2008). Som ein av informantane sa: *”Vi mister tilgangen til historia vår(...)”*.

I eit tilværet der funksjonar stadig vert svekka vil tiltak som kan setje fokus på ressursar og gje opplevingar av meistring vere svært verdifulle, og å delta i aktivitetar ein kan meistre opprettheld identiteten (Brooker, 2007). Inaktivitet er ei vesentleg utfordring for bebuarar med demens og er noko som ser ut til å skape både uro og agitasjon (Engedal, et al., 2009; Gerdner, 2010; Van der Geer, Vink, Schols, & Slaets, 2009). Det vert vurdert som eit viktig funn at IM kan vere ein port opnar for deltaking i andre miljøtiltak.. Dette finn ein teoretisk støtte for i andre studiar der spesielt erindring vert beskrive som noko som IM kan opne opp for (Gerdner, 2010; Hicks-Moore & Robinson, 2008; Audun Myskja, 2003).

Ein annan aktivitetar som IM kan sjå ut til å fasilitere er dans. Dette finn ein støtte for i teorien (Audun Myskja, 2006a). Det å oppleve at bebuaren meistrar dans når dei har svært nedsett gangfunksjon beskrivast som einestående og som stjerneaugneblinkar. Ein gjev bebuaren høve til å bevege seg og bebuaren får anerkjenning for noko som vedkomande framleis meistrar og dette er heilt i tråd med ei personsentrert omsorg (Brooker, 2007). Sett i lys av ergoterapi vil det å delta i aktivitet som ein meistrar og har glede av vere meiningsfullt og ha stor betyding for bebuaren sin livskvalitet (NETF, 1997). I demensplan 2015 står det presisert at ein ynskjer å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggande element i eit heilhetleg omsorgstilbod(H.O.D., 2005-2006). Miljøtiltak skal blant anna legge forholda til rette for at bebuaren for bruke sine ressursar, vere aktiv og meistring (Rokstad & Smebye, 2008).

Såleis tolkar eg at IM kan vere eit reiskap til å legge opp for auka aktivitetsdeltaking. Då kan det vere at for somme bebuarar kan IM gjennom å opne for deltaking i anna aktivitet førebygge agitasjon og gje auka trivsel og meistring. Samtidig er det viktig å peike på den relasjonelle faktoren. Alle miljøtiltak, inkludert IM og erindring, er avhengig av relasjonen mellom pleiar og bebuar for å lukkast (Rokstad & Smebye, 2008). Men kva er det som gjev dette resultatet? Musikken får fram minner, men eg tolkar funna som at den styrka relasjonen kan gje tryggleik til deltaking. Eg tenkjer at tida ein brukar på å få til kommunikasjon med den enkelte pasient kan føre til at bebuaren vert tryggare. Ein kan setje på musikken, så kjem minna fram og deretter ein inne i aktiviteten. Det vesentlege ser ut til å vere måten ein gjer seg tilgjengeleg for bebuar, i teorien finn ein støtte for at det kan fasilitere forbetring i kommunikasjon (Rokstad, 2005).

Tre av informantane arbeidde på sjukeheimar som deltok prosjektet SMET (sansehage, musikk, erindring og taktil stimulering), i regi av Geria. Dette prosjektet hadde gjeve dei ei generell innføring i nytten av miljøtiltak og dei hadde valt ut to tiltak å arbeide med. I forhold til validitet er det viktig å reflektere rundt om det er musikken som eventuelt aukar medvitte kring individuelle behov og brukarmedverknad eller om det er det andre tiltaket eller rett og slett deltaking i SMET som gjer heile skilnaden. Eg har freista å styrke validiteten i forhold til dette ved å spisse spørsmåla og gje informantane høve til å reflektere rundt dette (Kvale et al., 2009).

Opplevingar av at mykje fokus framleis ligg på praktiske oppgåver finn ein støtte for i fleire studiar (Clarke & Davey, 2004; Norheim & Stavanger, 2009). I mine funn vert IM si evne til å auke fokus på bebuaren sine ressursar trekt fram, noko som ein og finn beskrive i andre studiar (A. Myskja & Haapnes, 2010; Rose, Martino, Yentis, Virji, & Garrett, 2008). Fokuset på tapt funksjon og sjølvdiagnosen er stort. Det å vise i praksis at bebuaren har ressursar og at vedkomande får bruke desse opplevast som vesentleg for å oppleve at ein meistrar arbeidet sitt ved å gje bebuaren gode meistringsopplevingar. Og det å setje fokus på ressursar og psykososiale behov vert beskrive som ei motvekt til eit framleis stort fokus på praktiske oppgåver.

Gjennom kartlegging av den enkelte bebuar si musikkhistorie og musikksmak set ein fokus på kor forskjellige bebuarane er og dette kan vere ein måte å fremme brukarperspektivet i arbeidet med personar med demens på sjukeheim. Såleis er sjølv tiltaket IM ein måte å gje reell brukarmedverknad på (Gerdner, 2010). Dette representerer eit prosessorientert brukarperspektiv, der brukaren er med i prosessen, avgjerder om kva bebuaren ynskjer er gjort i samarbeid med bebuaren (Østenstad, 2006). I lys av studiar som viser at arbeidet med personar med demens framleis er eit oppgåvefokuser (Clarke & Davey, 2004; Norheim & Stavanger, 2009). er dette noko som talar til fordel for IM som miljøtiltak.

Medan eit mindretal av informantane opplever ein klar auke i fokuset på brukarmedverknad generelt, opplever dei andre ikkje dette. Men dei opplever alle ein forbetring av kommunikasjonen med

bebuarane. For å få til brukarmedverknad er kommunikasjon eit vesentleg fundament (Humerfelt, 2005). Ein må kunne gje informasjon som er tilrettelagt den enkelte sitt nivå (Norheim, 2010). Ein må freiste å få kontakt med og nå inn til pasienten for å kunne gje vedkomande høve til brukarmedverknad. Studiar viser at dette er ei utfordring (Norheim & Stavanger, 2009). Funna i materialet er interessante med tanke på dette. Samtidig kan det tenkjast at det er det å vere saman med pasienten som kan gje den positive påverknaden på kommunikasjonen. Til støtte for funna viser studiar at musikken har ei særskild evne til å nå inn til personar med demens, når kontakt og kommunikasjon er vanskeleg på andre vis (Gerdner, 2010; Rose, et al., 2008).

Ein av informantane var musikkterapeut og det kunne ha bidrege til å svekke studie med tanke på vedkomande si interesse og tru på musikk som reiskap. Eg opplevde likevel ikkje at denne informanten uttrykte seg i særleg grad meir positivt til tiltaket enn dei andre informantane gjorde. Samtidig har vedkomande ei anna rolle enn dei andre, men det betyr ikkje at vedkomande ikkje kan ha opplevingar knytt til å bruke musikken på denne måten og erfaringar med tiltaket i samanheng med fokus på brukarmedverknad og individuelle behov.

5.2 Opplevingar av arbeidsglede

Alle informantane opplever at individualisert musikk skapar arbeidsglede. Dette vert vurdert som viktig i lys av behovet for å halde på og rekruttere personale til demensomsorga (Chenoweth, et al., 2010; Demensplan 2015, 2007). Samtidig som ein uttrykkjer arbeidsglede ved å nytte IM uttrykkjer fleire frustrasjon over å ikkje få brukt det så mykje som dei ynskjer. Dette er interessant både med tanke på rekruttering til faget og med tanke på betydinga av å få brukt ny kunnskap i arbeidskvardagen. Funna er samanfallande med studiar som beskriv høve til å nytte ny kunnskap som ein viktig faktor for opplevde arbeidsglede mellom pleiarar innan demensomsorga (Chenoweth, et al., 2010; Coogle, et al., 2007). Dette styrkjer for truverd det ved funna. Meir kunnskap er positivt, men om ein ikkje får nytta den nye kunnskapen skapar dette frustrasjon og nedsett arbeidsglede (Coogle, et al., 2007). Med dei demografiske endringane som vi har føre oss (<http://www.un.org/en/globalissues/ageing/index.shtml>) vil behovet for helsepersonell som ynskjer å arbeide med personar med demens vere ein av dei største utfordringane (Demensplan 2015, 2007). Det at ein då både aukar kunnskapen om reiskap som kan gje meistring og arbeidsglede og gjev rom for å bruke reiskapen, kan vere eit viktig grep for både å behalde og rekruttere nye fagfolk (Demensplan 2015, 2007).

Som nemnt i artikkelen beskriv Zimmerman at ei personsentrert holdning ser ut til å verke positivt på arbeidsglede (Zimmerman et al., 2005). Korleis kan den opplevde arbeidsglede tolkast? Ein får bruke sin ressursar og oppleve meistring både for seg sjølve og bebuar, noko som opplevast som meningsfullt. Om ein ser på funnet i lys av ergoterapi kan ein tolke det i retning av at den auka

kunnskapen og høve til å nytte seg av den kan opplevast som ein målretta meiningsfull aktivitet for pleiaren (NETF, 1997).

Opplevingar av betra samarbeid med pårørande gjennom innføringa av IM er positivt sett i lys av føringar som peikar på auka samarbeid med familie som eit tiltak for eit betre omsorgstilbod (H.O.D., 2005-2006). I tillegg trekk funna i dette studiet i retning av at pårørande kan vere til hjelp ved å finne historia til den enkelte, noko som vert framheva som eit viktig tiltak for å ivareta den enkelte bebuar sine behov for aktivitet og livsinnhald (Demensplan 2015, 2007). Samtidig opplevde informantane i dette studie at det pårørande sa ikkje alltid stemde med deira opplevingar av musikkpreferansar til bebuarane. Såleis ser det ut som samarbeid med pårørande er positivt, men funna belyser kor viktig det er å fremje ein prosessorientert brukarmedverknad (Østenstad, 2006). Det er bebuaren sjølv som sit med svaret på kva vedkomande likar eller ikkje.

5.3 Individualisert musikk som miljøtiltak i møte med agitasjon og uro

Paragraf 4A har fokus på mellom anna bruk av tillitsskapande tiltak som kan redusere bruken av tvang. Mine funn peikar i retning av at IM kan vere eit tillitsskapande tiltak og dempe agitasjon. Dette er samanfattande med tidlegare undersøkingar på området (Gerdner, 2010; Audun Myskja, 2006b). Men spørsmålet er kva som verkar, er det musikken eller er det auka samvær/endra samvær med personalet? I følgje mine informantar opplevast det som om at det er ein kombinasjon av musikk og samvær som gjev eit positivt utkome i form av auka tillit. Ein kan diskutere om kor truverdige resultat er så lenge ein ikkje kan seie at det er det eine eller det andre som verkar. På den andre sida vil alle miljøtiltak avhenge av relasjonen mellom pleiar og bebuar (Krüger, et al., 2007). I dette studiet, der opplevingar av tiltaket er fokus, meiner eg at ein måte å tolke materialet på er at IM kan bidra til å skape tillit mellom personalet og bebuar, og vidare at det kan føre til ein demping av utfordrande adferd og såleis vere eit reiskap ein kan nytte for å førebygge tvang. Det kan såleis vere ein måte å styrkje brukarmedverknad .

Kan forbetringa ha samband med auka oppleving av mening? Kan IM fungere som ein salutogen faktor? Gjennom musikken kjem ein i kontakt med minner og identitet sin (Kvamme, 2006; Ruud, 2006). Ein får såleis hjelp til å halde på identitet sin (A. Myskja & Haapnes, 2010). Dette kan bevare verdigheit og gje mening sidan musikken er forankra i verdiar som gjev tilværet mening (Ruud, 2006). I eit tilvære som på mange måtar kan virke meiningslaus (Engedal, et al., 2009), der ein gradvis mister fotfeste tolkast det som viktig. Den opplevde positive verknaden IM har kan sjåast i lys av Antonovsky si salutogenese og såleis tolkast i retning av at IM kan vere til hjelp for å oppleve at der er ein samband og mening i tilværet og gje positive helseopplevingar (Antonovsky, 2005). Dette er i tråd med ei personsentrert omsorg der fokus er nettopp å ta vare på identiteten og skape tryggleik for kvar enkelt bebuar (Brooker, 2007). Men samtidig må ein ta høgde for at for personar med demens vil

der vere behov for ei rekkje opplevingar og bekreftingar då deira nedsette funksjon vil hindre ei vedvarande forståing (Engedal, et al., 2009).

6. Konklusjon

Dette studie har undersøkt personalet sine opplevingar av miljøtiltaket individualisert musikk, og vidare samanhengen mellom tiltaket og medvit på brukarmedverknad og fremjing av ei personsentrert demensomsorg.

Individualisert musikk kan vere ein måte å bli betre kjend med bebuaren på. Tiltaket ser ut til kunne betre kommunikasjon og vere ein viktig faktor for å styrkje relasjonen mellom pleiar og bebuar. Dette ser ut til å kunne vere ein måte å betre samarbeid med bebuaren på. Individualisert musikk kan gje arbeidsglede for dei tilsette gjennom at dei ser at bebuaren har det betre, at dei får bruke tillært kunnskap og får anerkjenning ved å bruke kunnskapen frå medarbeidarar og pårørande.

6.1 Svar på forskingsspørsmål og problemstilling

6.1.1 Opplevingar av individualisert musikk som miljøtiltak

Opplevingar av IM som miljøtiltak er beskrive i funn og diskusjonen. Dei viktigaste opplevingane er knytt til IM i pleiar-bebuar relasjonen, IM og arbeidsglede og IM som miljøtiltak i møte med agitasjon og uro.

6.1.2 Opplevingar av individualisert musikk med tanke på å fremje brukarmedverknad for personar med demens

Funna viser at der ikkje er noko eins oppfatning av at tiltaket påverkar medvit på brukarmedverknad generelt, men at ein opplever at for dei bebuarane som får individualisert musikk kan grunnlaget for å få til brukarmedverknad bli styrka gjennom betra kommunikasjon, styrka relasjon, auka samarbeid og ved at ein har eit reiskap som kan fungere for å førebygge og roe agitasjon og uro for nokre bebuarar.

6.1.3 Opplevingar av auka medvit på individuelle behov

Bruk av IM ser ikkje ut til å kunne auke fokuset på individuelle behov generelt. Men funna peikar i retning av at gjennom IM kan ein bli betre kjent med bebuaren og for dei bebuarane som får individualisert musikk kan det vere ein måte å bli klar over individuelle behov også på andre område enn musikken.

6.1.4 Fremjing av personsentrert omsorg

Det kan sjå ut som IM kan vere eit nyttig tiltak for å styrkje relasjonen mellom personalet og bebuar. Tida ein må bruke for å lukkast med IM ser ut til å vere ein like viktig faktor som musikken. Musikken si evne til hente fram minner kan virke som ein vesentleg faktor til å finne fram til bebuaren si historie. Dette kan vere ein måte å halde fast ved bebuaren sin identitet, skape tryggleik og legge til rette for deltaking i aktivitet og gje høve til oppleving av meistring. Funna peikar i retning av at kommunikasjon vert positivt påverka av tiltaket. Såleis kan det sjå ut som individualisert musikk kan vere ein måte å fremje ei personsentrert omsorg.

6.2 Overføringsverdi

Kunnskap om korleis ein opplever individualisert musikk som fasilitator for ei meir personsentrert omsorg og brukarmedverknad sett i samanheng med teori og anna forskning på området, meiner eg talar for at studiet har bidrege med ny kunnskap som vil vere interessant for sjukeheimar som vil innføre tiltaket. I tillegg har studiet generert nye spørsmål for vidare forskning. Den nye forskinga kan vere med å bekrefte eller avkrefte den opplevde overføringsverdien (Thagaard, 2009).

6.3 Implikasjonar for vidare forskning

6.3.1 Pårørande sine opplevingar

Sjølv om mange av informantane opplever at pårørande på ulike måtar ha delteke meir og opplevd tiltaket som positivt, så har eg ikkje diskutert dette funnet. Eg tenkjer at funnet er interessant, og belyser behovet for å studere korleis pårørande opplever individualisert musikk i vidare forskning.

6.3.2 Ei oppleving av nedgang i bruk av medikament

Fleire av informantane framheva at dei opplevde ein nedgang i bruk av medikament etter innføringa av IM. Dette er interessant med tanke på behovet for å finne gode alternativ til medikamentell behandling (Demensplan 2015, 2007; A. Myskja & Haapnes, 2010). Sjølv om ein del studiar har undersøkt samanhengen mellom IM og agitasjon er der framleis behov på meir forskning. Det ville då vore interessant å studere effekten av individualisert musikk på bruk av legemidlar, om det let seg gjere.

6.3.3 Betydinga av å få bruke ny kunnskap

I dette studie har fleire av informantane uttrykt frustrasjon over å ikkje få bruke kunnskapen dei har tileigna seg om individualisert musikk i tilstrekkeleg grad. Med tanke på det aukande behovet for å rekruttere og behalde personale i demensomsorga ville det vere interessant og studere dette tema nærmare.

Referanseliste

- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: making services better*. London: Jessica Kingsley.
- Chenoweth, L., Jeon, Y., Merlyn, T., & Brodaty, H. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 156-167. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02955.x
- Clarke, A. M., & Davey, M. F. (2004). Communication and decision making among residents with dementia. *Geriaction*, 22(3), 17-24.
- Coogle, C. L., Parham, I. A., & Young, K. A. (2007). Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(4), 251-260.
- Demensplan 2015. (2007). *Demensplan 2015: "den gode dagen"*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Dewing, J. (1999). Professional Nurse Study. Dementia part 1: Person-centered care. *Professional Nurse*, 14(8), 583-588.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A. (2009). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Gerdner, L. A. (2010). Individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7-15. doi: 10.3928/00989134-20100504-01
- H.O.D. (1999). "Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).".
- H.O.D. (2005-2006). *St.meld.nr.25 Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- H.O.D. (2008-2009). *St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Henriksen, K.-H., & Lahnstein, G. (2005). *Aktuelle lover for helsetjenesten*. Bekkestua: NKI forl.
- Hicks-Moore, S. L., & Robinson, B. A. (2008). Favorite music and hand massage: two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia (14713012)*, 7(1), 95-108.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. [Oslo]: TANO.
<http://www.un.org/en/globalissues/ageing/index.shtml>.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv: honnørord med lavt presisjonsnivå *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (pp. s. 15-33). Oslo: Universitetsforl.
- Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden? Kortversjon*. Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning.
- Høstmælingen, N. (2003). *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jootun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25), 40-47.
- Kirkevold, Ø. (2008). Når pasienten ikke vet sitt eget beste *Å leve med demens: erfaringsbasert utvikling av tilbud : til Arnfinn Eek på 60-årsdagen* (pp. S. 73-84). Tønsberg: Forl. Aldring og helse.
- Krüger, R. E., Lillesveen, B., & Nygård, A.-M. (2007). *Det går an!: muligheter i miljøterapi : et festskrift til Aase-Marit Nygård på 70-års dagen*. Tønsberg: Forl. Aldring og helse.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre: musikk med pasienter med aldersdemens *Musikk og helse* (pp. S. 153-172). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Myskja, A. (2003). *Den musiske medisinen: lyd og musikk som terapi*. Oslo: Cappelen.
- Myskja, A. (2005). *Metodebok: systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens Bymisjon.
- Myskja, A. (2006a). *Den siste sang: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Myskja, A. (2006b). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase: to prosjekter i eldreomsorgen *Musikk og helse* (pp. S. 173-200). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Myskja, A., & Haapnes, O. (2010). Music and health in a local community. A coordinated teaching program in five nursing homes in Mid-Norway [Norwegian]. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 12(1), 3-15.
- Myskja, A., & Lyngroth, S. R. (2002). *Individualisert musikk i eldreomsorgen: et prosjekt ved tre sykehjem i Oslo*. Oslo: GERIA.
- NETF. (1997). Teorier om aktivitet. *Ergoterapeuten*, 40(13).
- NETF. (2010), from <http://www.netf.no/layout/set/print/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse>
- Norheim, A. (2010). Selvbestemmelse og medbestemmelse i demensomsorgen: utfordringer for det faglige skjønnet *Faglig skjønn og brukermedvirkning* (pp. S. 105-129). Bergen: Fagbokforlaget.
- Norheim, A., & Stavanger, U. i. (2009). Betydningen av pasientmedvirkning og verdighet overfor personer med demens i sykehjem
- Demens&Alderspsykiatri. 13(3), 12-15.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forl. aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M., & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Rose, L., Martino, H., Yentis, G., Virji, P., & Garrett, P. (2008). Music for life: a model for reflective practice. *Journal of Dementia Care*, 16(3), 20-23.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse *Musikk og helse* (pp. S. 17-30). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- S.O.HD. (2007). *Glemsk, men ikke glemt!* Oslo: sosial og helsedirektoratet.
- Skivenes, M., & Willumsen, E. (2005). Brukermedvirkning i barnevernets ansvarsgrupper *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (pp. s. 94-112). Oslo: Universitetsforl.
- Testad, I. (2010). *Agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: prevalence, correlates and the effects of care staff training*. University of Bergen, [Bergen].
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Van der Geer, E. R., Vink, A. C., Schols, J. M., & Slaets, J. P. (2009). Music in the nursing home: hitting the right note! The provision of music to dementia patients with verbal and vocal agitation in Dutch nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 86-93. doi: 10.1017/s104161020800793x
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først?: om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforl.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(1), 96-105.

Østenstad, B. H. (2006). Grunnverdiar og grunnomgrep i debatten om bruk av tvang mot utviklingshemma og demente. *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter*(Nr.4), 344-361.

Del 2

Artikkel

Cover page

Journal: American Journal of Recreation Therapy

Title:

”Care staff experiences of facilitating person-centered care and resident involvement through the use of individualized music in dementia care”.

Author:

Eva Skrivervik

Brattåsveien 10B

4016 Stavanger

Cell phone : +34 48050740

tabita31@hotmail.com

Abstract

Introduction: To meet the needs of persons with dementia adequate psychosocial interventions such as individualized music (IM) therapy is needed through resident involvement and person-centered care.

Aim: The aim of this study was to explore the experience of care staff working with IM in nursing home residents with dementia.

Method: A qualitative explorative and descriptive design was used. Semi-structured interviews of seven care staff from four nursing homes were carried out.

Result: The main findings included improved person-centered care and resident involvement, categorized in the three main themes: 1) IM in care staff-resident relation, 2) IM as a psychosocial intervention for agitation and restlessness and 3) IM and job-satisfaction in care staff.

Conclusion: These findings suggest that IM can improve facilitation of person-centered care, thus providing an increased focus on resident involvement.

Care staff experiences of facilitating person-centered care and resident involvement through the use of individualized music in dementia care

Eva Skrivervik

Key words: dementia, individualized music, care staff experiences, resident involvement, individual needs and person centered care

Introduction

The older population is growing faster than the total population in practically all regions of the world. Demographers from the United Nations ^[1] expect that there will be nearly two billion people in the world aged 60 years and older, by the year 2050. The oldest old (80 years and older) is the fastest growing segment of the older adult population. As a result of this worldwide phenomenon, the number and proportion of residents with dementia is rapidly increasing [2].

There are approximately 66 000 people in Norway with dementia [3]. If a cure is not found for dementia the prevalence of persons with dementia will rise to 132 000 by 2040 [3]. Approximately 80 % of residents in Norwegian nursing homes have a diagnosis of dementia, the majority with severe functional impairments and complex needs. Due to the increasing number of people in need of care there is a great need for retaining and recruiting care staff in dementia care [4].

Working in dementia care is considered to be the most challenging and the most rewarding work in the field of profession care giving [5]. Agitation and restlessness have been identified by some studies as factors the care staff experience to be severely stressful and challenging in dementia care [6-9] and the use of pharmacological interventions like antipsychotic drugs has been a common approach for nurses to meet these challenges [9,10].

Experts agree that medical or pharmacological interventions alone, will not meet the need of these individuals any time in the near future. In order to adequately meet these challenges, efficient and effective psychosocial and cultural strategies are necessary to address these many quality of life issues [11].

Person-centered care, featuring equality, recognizing uniqueness, understanding the world from the perspective of the resident and providing a social environment that supports psychological needs [5] is valued [12-14] by both care staff and residents. This concept was introduced by Tom Kitwood in 1997. Person-centered care uses a system of care which implies moving away from the task oriented care that still seems to be common in many nursing homes [13, 15]. The person-centered care approach has also shown to be linked to experienced job satisfaction [16].

Furthermore, residents with dementia have the right to self determination just like every other resident in a nursing home [17]. It is a tremendous international challenge to ensure that appropriate levels of involvement in decision making is included for these residents with significant memory loss [18]. Studies show that care staff are mainly focused on solving practical tasks and find it difficult to pay enough attention to the individual needs and facilitating resident involvement where it is possible [15, 18]. Resident involvement implies that the resident which is affected by a decision is able to engage in the process of the decision making leading to an individualized approach in the service offered [19]. For residents with dementia the level of involvement will depend on the current functioning level of the individual [15]. However studies show that the ability to participate in decision making seems to be underestimated and that a lot more should be done to meet residents with dementia need for, and the right to input into care [9, 20]. In decision making and resident involvement communication is a key factor [18]. An appropriate adapted form of communication will facilitate decision making [18] and the way the residents communicate and reflect who they are. Therefore it's important that the care staff are sensitive to the adapted communication skills needed in dementia and understand how essential their communicative skills are in enabling them to connect with the residents [21].

One efficacious psychosocial intervention for individuals with dementia is music. Music can be a meaningful way of communicating with residents with dementia even at late stages of the disease [22]. Several studies suggest that individualized music can reduce agitation experienced by residents with dementia [22]. Individualized music in dementia care is a well known psychosocial intervention, which includes the assessment of individuals music preferences [22]. The assessment serves as the foundation for a tailor made musical intervention delivered to the resident via vocal or listening and singing with a Compact Disc (CD). Resident involvement is a key factor in finding the right music for these interventions [22,24]. Several studies [8, 11, 22, 25] indicate that individualized music can reduce agitation and improve well-being in residents with dementia, but the studies are small, of poor methodological standard and there is need for further research [26]. Education of care staff is essential to success in individualized music [11,27].

The aim of this study was to explore the experiences of care staff working with individualized music with nursing home residents with dementia. Furthermore to investigate care staff experiences with individualized music as a tool to increase consciousness of individual needs and to facilitate resident involvement and a person-centered care.

Initially a search was carried out in the databases Cinahl, AMED and PubMed using the terms individualized music, dementia, care staff experience and patient involvement and no relevant hits were found.

Method

Design

A qualitative descriptive and explorative approach [28] was used to describe how care staff experienced using individualized music. In addition to a systematic literature search, the investigation was carried out as semi structured interviews.

Ethics

This study was approved by the Norwegian social science data service (NSD). All informants signed an informed consent and received a formal letter about the study from the University of Stavanger.

Participants

Seven care staff from four nursing homes participated in this study, two men and five women, four were nurses, one was a musical therapist and two were licensed practical nurses. They were recruited from the eastern and western part of Norway. The recruitment was done selectively with assistance of GERIA (resource center for age psychiatry and dementia in Oslo). The inclusion criteria were 1) care staff must be working at nursing homes with persons with dementia, and 2) care staff must have worked there before, during and after the implementation of individualized music.

Data collection and analyses

The interviews were carried out in suitable meeting rooms in each nursing home and each session lasted from 38 to 65 minutes. A semi-structured interview guide was used when conducting the interviews, which were taped and transcribed in full by the author (ES) of this article.

Data were analyzed inspired by Giorgis phenomenological analysis through the use of systematic text condensation [29]. The analysis comprised four steps.

Step one: After transcribing the data in full, a read through of all information was conducted. This provided a first impression of the transcribed material and of the themes that were vaguely emerging.

Step two: A systematic analysis of all the interviews one by one, was conducted. In organizing which part of the material to work with, codes and units of meaning that fit in to these codes were identified. Intrinsic to this procedure was a consideration of the initial aim of the study. A matrix was used to establish a system with the units of meaning for each code.

Step three: Codes established in step two, were condensed from codes to meaning. Subcategories emerged under each code that was identified at this step. Furthermore the subcategories` units of meaning were rewritten into artificial quotations.

Step four: The parts were recontextualized and an evaluation of results emerging from the first three steps was done. A summary of the findings through retelling was conducted to detail descriptions and concepts. The knowledge from each code group and subcategory was then summarized. On that basis, a description of context was created for each code group, based on the condensed text and quotations, a description of content was made for each code group.

Results

The way the care staff informants provided individualized music varied. In the following the abbreviation IM will be used for individualized music.

Overall the informants reported that their connection with the residents was strengthened through the use of IM and several informants described experiences of better communication with residents with dementia trough the use of IM. The main findings included person-centered care and resident involvement, categorized in the three main themes that emerged from the interviews: 1) IM in care staff-resident relation, 2) IM as a psychosocial intervention for agitation and restlessness and 3) IM and Job-satisfaction in care staff

1) IM in care staff – resident relations including the subcategories: getting to know the residents, becoming increasingly aware of individual needs and trusting relationship.

Many of them felt that IM led to better communication and cooperation, which were seen as important factors in both resident involvement and facilitation of resident centered care.

A change in the relation to residents that previously were hard to cooperate with was reported.

“We had a man from mid-Norway, and he was quite restless. He could shout and the others perceived him as stressful. We found him to be angry but also wanting to socialize. We didn’t know so much about him, but we knew he was from Trondheim. And when we sang a well known song from Trondheim, it made him very happy. It was like pressing a button for behavior change. When you sang this song with him he became another person, and the relationship with him changed ”.

Getting to know the residents, becoming increasingly aware of individual needs:

Experiences of getting to know the resident better was common, but to what degree this took place varied. Through the use of music, stories from different parts of the resident’s life emerged. The rigid manner of screening and assessment forced care staff to become increasingly conscious about the individual musical preference.

“The thing I find great with IM is the systematic way of working. The way it forces you to think twice when it comes to what kind of music each resident prefers. I’ve had some eye-opening experiences. A person almost without language had an enormous response to jazz music. No one had said anything about this. No one knew. It was the formal way of screening that made me aware of this”.

Stories that were previously unknown to the care staff came to the surface during the musical interventions. The care staff described this new knowledge as being a way to strengthen the relationship with the residents.

”Through the use of IM we’ve managed to meet her needs in a better way. She has changed and become a mild and sociable lady. We’ve gotten to know one another through the music we shared. A gate has opened and we are more one the same wave length. This is confidence-building work. I now know her life story and we’ve become good friends”.

The use of IM had increased the focus on individual musical preferences. A few of them experienced that the IM intervention had a synergetic effect on understanding other individual needs and preferences such as physical activity, eating or getting dressed. Several experienced spending more time with the residents who received IM and this also served as a factor in strengthening the relationship to the resident.

Trusting relationship:

Through the use of IM there were multiple experiences of building a trusting relationship between care staff and resident. This confidence made the relationship better and it became easier to achieve resident involvement in personal care situations such as morning bath and shower.

“IM can be a way to achieve resident involvement. For example during care situations the music engaged the resident. Through the use of music the situation becomes more comfortable, the connection is strengthened, cooperation is better and there is less coercion. There is no doubt that IM is useful in this manner”.

The connection created had an impact on the atmosphere which was perceived as positive for the care staff, but they also observed that it was having a positive impact on the residents. Several of the informants expressed improved experiences of enabling residents in a better way than in previous difficult situations. This strengthened confidence and cooperation which were considered to be essential to achieving this enabling skill. *“If I didn’t persuade him to listen to the music he wouldn’t have had that experience of music appreciation and dancing that he got”.*

2. IM as a psychosocial intervention for restlessness and agitation.

All the care staff informants experienced IM as an adequate tool to both prevent and treat restlessness and agitation. IM is used frequently to prevent unrest and to calm restlessness by creating a diversion. *“We have residents that we used the method specifically on, and it soothed many problems (...) it’s kind of alright to crack the code”.*

It was reportedly used when dressing a wound, during the morning bath, shower and during toilet situations. Some had residents that were given IM regularly to prevent restlessness and agitation when given a shower and others reported using it as a tool if anxiety occurred during morning bath.

“I experienced that the relationship between the care staff and the residents has changed after using IM. Due to multiple episodes of acting out, care staff worked reluctantly with one of the residents. They feared him. When we found out that he especially enjoyed a song, and used this song in situations that had previously been very difficult, the staff had a different experience of him. The situation went well and both resident and care staff had a better day.”

Experiences of resident involvement being strengthened in care situations through using IM were common. *“She became preoccupied with singing during the care situation and we could provide the care for her without her noticing it (...) singing a song during care was a good experience for her (...).”*

Experiences of reduced use of restraint and coercion through better cooperation in potentially difficult situations have also emerged. *“But residents with restlessness who was given the intervention became more cooperative and there was less use of coercion so the situation has improved with the music”.*

Several of them reported that there was a reduction in the use of medication after they started using individualized music. One care staff described: *“A resident could be agitated, she was known to hit and kick during care, but when we started using the music she let us provide care for her. I can hum a song I know she cares for and we have become friends. When I’m told that a care situation has been bad and they tell me that they haven’t used the music, I get upset. Then I know she’s had a bad morning (...) it’s incredible what a powerful impact the music has on the residents”.*

3. IM and Job-satisfaction in care staff including the subcategories: Experiences of joy, recognition and personal/ professional development.

Perceptions of improved job-satisfaction in using IM, was an overall finding in this study.

The informants expressed that they experienced joy, and that the joy was connected to both the music itself and the positive feedback from residents that received the intervention. It was perceived as rewarding to be able to make this connection.

Several of the care staff felt more important and appreciated after the implementation of this intervention. Co-workers turned to them for advice and help when facing difficult situations. The perceived recognition from co-workers when succeeding in finding a good solution to a difficult situation was also an important finding in this study.

“I remember very well one specific incident. The other nurses came and wanted my help because a resident had gotten very upset. I think he was about to pee on the floor and they wanted him to go into the bathroom. I simply clapped my hands, got his attention and started singing a march. We sang together and marched into the bathroom. That was what he needed in that situation. It was easy and effective. He sang and marched and then the stressful situation was over”.

The informants experienced that IM gave them a feeling of mastery in situations that were previously difficult and unpleasant. The care staff informants expressed that it’s useful and positive to have a tool

that can make a potentially difficult situation easier. Care staff experienced feelings of mastery and also perceived that residents were able to master challenging situations more adequately.

“For me as a nurse, using music in this manner has made me conscious of how I can use music and that I have a wonderful tool. It simply is a very good tool. The more you learn the more secure you become. You learn what works and what doesn't, and that strengthens your sense of security and you dare use it more often”.

Discussion

This study explored care staff experiences of using individualized music connected to facilitating resident involvement and increased focus on individual needs. Three main categories were identified; IM in care staff-resident relation, IM as a psychosocial intervention to meet restlessness and agitation and IM in Job satisfaction in care staff.

IM in care staff-resident relation

As a result of increased communication and cooperation the relationship between care staff and residents were perceived strengthened. A person-centered care approach is valued and recommended in dementia care and is based on getting to know the resident, to be able to see the person behind the disease, to meet individual needs and to support decision making where it is still possible [6, 13]. Can individualized music be a tool in getting to know the residents and therefore facilitating a person-centered care? The findings in this study suggests that through the music, stories from the residents' life that were previously unknown to the care staff emerged, and this knowledge was found to be valuable in meeting the individual needs of the residents. This finding is consistent with other studies and literature that highlight the ability music has to bring memories to the surface and to make the special connection between resident and care staff through music [11, 23, 31]. The care staff expressed that this intervention seemed to make communication easier, they connected better and the confidence between staff and the residents was strengthened. What brings on this change? The care staff informants reported that their relationship with the residents was strengthened through the use of IM. But can one be certain that it's the music that brings on the change? Or could it be the fact that they spend more time with the resident through IM, that is the real factor of change? Or is it a combination of both? While we cannot say this for sure, we know that the use of individualized music implies that the care staff spend more dedicated time with the residents and that there seems to be made a connection between resident and care staff through the music. These findings suggest that individualized music strengthens the relationship between care staff and residents and could be an important tool in facilitating a person-centered care.

IM as a psychosocial intervention for agitation and restlessness

Restlessness and agitation are described as one of the most straining parts of the job for care staff working in dementia care settings [6,32,33]. Agitation often occurs in personal care situations [33]. The findings in this study are consistent with other studies which suggest that IM can be a suitable intervention to both prevent and calm these negative behaviors [8,11,22,25]. Even though the previous studies are considered to be small and of poor methodological quality [26] they do point in the direction of IM being a helpful tool, giving both care staff and residents experiences of mastery in previous difficult care situations. The correlation of agitation and use of restraint and coercion are strongly associated with each other [10]. If individualized music can prevent and calm agitation for some residents, then this could be interpreted as being one way to reduce the use of restraint and coercion and increase wellbeing in the residents. A person-centered care approach focuses on the uniqueness of each resident [5]. For residents who have enjoyed music in their lives. A tailor made individualized musical intervention seems to be one way to capture this uniqueness and preserve the person behind the disease. However a careful assessment of preferred music and knowledge of how to use the music is critically needed. This was an important part of the care staff experience. Thus the use of individualized music implies that the care staff gets to know more about the resident as an individual, thus facilitating a person-centered care. Agitation can occur from music that hasn't been tailored for the resident, showing how essential the assessment component is in this process [22]. Studies indicate that providing care staff education on this intervention is vital to be able to achieve positive outcomes [11, 27].

IM and Job-satisfaction in care staff

Working in dementia care settings is described as being very challenging and demands strong commitment from care staff [32-34]. When considering the great need for care staff in dementia care settings in the near future [1], findings concerning job satisfaction are considered to be timely and important. The finding of improved job satisfaction when being able to deliver individualized music and the dissatisfaction of not being able to deliver this intervention is consistent with studies that explored different aspects of job satisfaction in dementia care [4].

Job satisfaction has been found to be linked to a person-centered attitude in dementia care [16] and the findings in this study are interpreted to be consistent with these earlier studies. Individualized music is reported to have given staff feelings of job satisfaction, strengthened their relationship with the residents, thus leading to a more person-centered approach.

Strengths and limitations

This is a very small study of selected care staff experiences with individualized music. There are still a limited number of nursing homes that have implemented individualized music, therefore the number of care staff who fulfilled the inclusion criteria, were limited. Another possible bias is that care staff who have the vocation to learn and to deliver individualized music may have a positive attitude toward the intervention prior to the implementation of the intervention.

This study aimed to find out how individualized music was perceived by care staff and how they experienced the connection between IM and the facilitation of a person-centered care and resident involvement in care. As mentioned in the discussion, it is hard to pinpoint what exactly brings about a change and facilitation of positive outcomes.

The transcription of the interview material was carried out by one person, (ES), and this may weaken the validity of the results.

There are staffing differences between Norway and the US, and this represents a possible bias of these results being transmittable.

The interviews were carried out at four different nursing homes and in different parts of Norway which is considered to be a strength for this study. The analysis and the identification of categories have partly been carried out in cooperation with a mentor, and this can also be considered as a means to strengthen the validity of the results in this study.

Implications for Recreation Therapy

- Music is a modality used in many nursing homes. It is a simple and low cost intervention, where care staff doesn't have to be able to neither sing nor play an instrument.
- Musical preferences should be assessed upon admission for those residents who care for music, so individualized music can be used in recreation and personal care
- Facilitating psychosocial intervention and decreasing restraint is very important. Music may be one good tool to achieve this.
- Teaching the care staff to use individualized music with residents with dementia may be one way to increase job satisfaction and experiences of mastery in some challenging situations.

Conclusion

This study included a small number of informants but there was still a theoretical saturation concerning the primary aim of this research, which was to investigate care staff experiences with individualized music. The individualized music was linked to facilitating resident involvement. The care staff experienced improved relationships with the resident through the use of individualized. These findings suggest that this intervention can improve facilitation of person-centered care, thus providing an increased focus on resident involvement. *“I find it rewarding and enjoy using music this way. It’s amazing to see that a human being is so complicated and complex. I feel that I can give something that’s valuable”.*

There is a need for further studies and perhaps a comparison of Norwegian and US dementia care facilities. Since there still are a very limited number of nursing homes who have implemented this method of individualized music, an action-research design might be an appropriate approach for such further joint comparison studies. Interviews with caregivers as well as care staff, may provide further insights and other perspectives. A clinical trial of individualized music would be the gold standard and should include the effect individualized music has on the use of medication for persons with dementia in nursing homes.

1. <http://www.un.org/en/globalissues/ageing/index.shtml>.
2. Testad, I., *Agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: prevalence, correlates and the effects of care staff training*. 2010, University of Bergen: [Bergen]. p. 1 b. (flere pag.).
3. Demensplan 2015, *Demensplan 2015: "den gode dagen"*, ed. H.o. omsorgsdepartementet. 2007, [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet. 24 s.
4. Chenoweth, L., et al., *A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care*. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. **19**(1-2): p. 156-167.
5. Kitwood, T., *En revurdering af demens: personen kommer i første række*. 1999, Frederikshavn: Dafolo. 176 s.
6. Kirkevold, Ø., *Når pasienten ikke vet sitt eget beste*, in *Å leve med demens: erfaringsbasert utvikling av tilbud : til Arnfinn Eek på 60-årsdagen*. 2008, Forl. Aldring og helse: Tønsberg. p. S. 73-84.
7. Zoffmann, V., I. Harder, and M. Kirkevold, *A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care*. *Qualitative Health Research*, 2008. **18**(5): p. 670-685.
8. Ragneskog, H., et al., *Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions*. *International Journal of Nursing Practice*, 2001. **7**(3): p. 146-155.
9. Dewing, J., *Responding to agitation in people with dementia*. *Nursing Older People*, 2010. **22**(6): p. 18-25.
10. Kirkevold, O., L. Sandvik, and K. Engedal, *Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004. **19**(10): p. 980-988.
11. Myskja, A. and O. Haapnes, *Music and health in a local community. A coordinated teaching program in five nursing homes in Mid-Norway [Norwegian]*. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 2010. **12**(1): p. 3-15.
12. Dewing, J., *Professional Nurse Study. Dementia part 1: Person-centered care*. *Professional Nurse*, 1999. **14**(8): p. 583-588.
13. Brooker, D., *Person-centred dementia care: making services better*. 2007, London: Jessica Kingsley. 160 s.
14. Edvardsson, D. and A. Innes, *Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools*. *Gerontologist*, 2010. **50**(6): p. 834-846.

15. Norheim, A. and U.i. Stavanger, *Betydningen av pasientmedvirkning og verdighet overfor personer med demens i sykehjem*
Demens&Alderspsykiatri. 2009. **13**(3): p. 12-15.
16. Zimmerman, S., et al., *Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia*. *Gerontologist*, 2005. **45**(1): p. 96-105.
17. Henriksen, K.-H. and G. Lahnstein, *Aktuelle lover for helsetjenesten*. 2005, Bekkestua: NKI forl. 299 s.
18. Clarke, A.M. and M.F. Davey, *Communication and decision making among residents with dementia*. *Geriacton*, 2004. **22**(3): p. 17-24.
19. Rønning, R. and L.J. Solheim, *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdssektoren*. 1998, Oslo: Universitetsforl. 181 s.
20. Whitlatch, C.J. and H.L. Menne, *Don't forget about me! Decision making by people with dementia*. *Generations*, 2009. **33**(1): p. 66-73.
21. Jootun, D. and G. McGhee, *Effective communication with people who have dementia*. *Nursing Standard*, 2011. **25**(25): p. 40-47.
22. Gerdner, L.A., *Individualized music for elders with dementia*. *Journal of Gerontological Nursing*, 2010. **36**(6): p. 7-15.
23. Rose, L., et al., *Music for life: a model for reflective practice*. *Journal of Dementia Care*, 2008. **16**(3): p. 20-23.
24. Myskja, A., *Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase: to prosjekter i eldreomsorgen, in Musikk og helse*. 2006, Cappelen akademisk forl.: Oslo. p. S. 173-200.
25. Hicks-Moore, S.L. and B.A. Robinson, *Favorite music and hand massage: two interventions to decrease agitation in residents with dementia*. *Dementia (14713012)*, 2008. **7**(1): p. 95-108.
26. Vink, A.C., et al., *Music therapy for people with dementia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(4).
27. Sung, H., A.M. Chang, and J. Abbey, *An implementation programme to improve nursing home staff's knowledge of and adherence to an individualized music protocol*. *Journal of Clinical Nursing*, 2008. **17**(19): p. 2573-2579.
28. Polit, D.F. and C.T. Beck, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 2008, Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. XVIII, 796 s.
29. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2003, Oslo: Universitetsforl. 240 s.

30. Norheim, A., *Selvbestemmelse og medbestemmelse i demensomsorgen: utfordringer for det faglige skjønnet*, in *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. 2010, Fagbokforlaget: Bergen. p. S. 105-129.
31. Andreassen, T.A., *Brukermedvirkning i helsetjenesten Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. 2005, Oslo: Gyldendal Akademisk.
32. Edvardsson, D., et al., *Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff*. *Journal of Nursing Management*, 2009. **17**(1): p. 59-65.
33. Engedal, K., P.K. Haugen, and A. Brækhus, *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. 2009, Tønsberg: Aldring og helse. 424 s.
34. Rokstad, A.M.M., *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre*. 2005, Tønsberg: Forl. aldring og helse. 190 s.

American Journal of Recreation Therapy™

Publications

[American Journal of Disaster Medicine](#)

[Journal of Opioid Management](#)

[Opioid Management Society Opioid Certification Program](#)

[Journal of Neurodegeneration & Regeneration](#)

[Activities Directors' Quarterly for Alzheimer's & Other Dementia Patients](#)

[American Journal of Recreation Therapy](#)

[Abstracts](#)
[Subscription information](#)
[ejournal](#)
[Advertising information](#)
[Editorial review board](#)

[Current table of contents](#)
[Order reprints](#)
[Manuscript submission](#)

[Journal of Emergency](#)

Manuscript Submission

To submit a manuscript, please go to <http://ajrt.allentrack2.net/>. Click on "New users should register for a new account". After you register you will be able to click on a link to submit a manuscript, this will forward you to a page with instructions.

Editorial Policy

American Journal of Recreation Therapy will consider papers for publication related to research, theory, and current issues in the field. Specifically, AJRT is positioned as a sounding board for academics and practitioners using recreational interventions to improve functioning of individuals with illness or disabling conditions, including dementia, brain injury, substance abuse, physical and mental challenges, and psychiatric disorders. We also consider letters to the editor, guest editorials, and book reviews. American Journal of Recreation Therapy seeks to promote the accurate, efficient handling of publishable material. Individuals desiring to contribute should not hesitate to make inquiries, even if they are unfamiliar with procedures for writing and submitting manuscripts. The editorial staff is pleased to process and reply to any inquiries received. Our goal is to provide original, relevant, and timely information from diverse sources; to write and publish with absolute integrity; and to serve as effectively as possible the needs of those involved in recreation therapy.

Manuscript submission

To submit a manuscript, please go to <http://ajrt.allentrack2.net/>. Click on "New users should register for a new account". After you register you will be able to click on a link to submit a manuscript, this will forward you to a page with instructions.

Text guidelines

Generally speaking, the length of the article should be 1,500 to 2,500 words (seven to 12 manuscript pages.) Each article requires an Abstract and 3 to 5 keywords. The cover page must include the following:

- the article title

[Management](#)

[Healing Ministry](#)

[Advertising information](#)

[Subscription information](#)

[Reprint information](#)

[Manuscript submission](#)

[Current table of contents](#)

[Home](#)

[Contact information](#)

- the full name, highest pertinent academic degrees, institutional affiliations, and current address of each author
- the name, address, phone number, and fax number of the corresponding author
- acknowledgment if the paper was presented at a meeting, including the name of the sponsoring organization, the place and date it was read
- acknowledgment of commercial or financial associations that might pose a conflict of interest in connection with the submitted article. All funding sources should be acknowledged.

Organization

Articles should be organized as follows: Abstract, Introduction, Methods, Results, and Discussion. Subheads should be inserted at suitable intervals to provide greater clarity and aid in text flow, particularly in lengthy sections. (Note: As the *American Journal of Recreation Therapy* is being considered for indexing in several national and international databases, it is particularly important that authors provide the abstract (approximately 125 words) summarizing the main points of the article.

The Journal welcomes illustrations, charts, and photographs to enhance articles. They should be titled and numbered consecutively (eg, Figure 1, Table 1) according to citation in the text. Short, descriptive legends should be provided on a separate page at the end of the paper. Information presented in charts and tables should be referred to but not reiterated in the text. If a figure or table was published previously, an appropriate reference should be included. Permission to reuse previously published material is required and must be obtained by the author prior to submitting the manuscript. Copies of the signed permission forms must be included with the submission.

The first use of an uncommon abbreviation should be preceded by the full name. Generic names of drugs are preferable; if a brand name is used, it should be in parentheses following the generic name, footnoted with the name and address of the manufacturer or supplier.

Manuscript review

Articles containing original material are accepted for consideration with the understanding that they are contributed **solely** to *American Journal of Recreation Therapy*. Authors should secure all necessary clearances and approvals prior to submission. Further, AJRT is a refereed journal. All manuscripts are subject to review by at least two members of the editorial advisory board who are noted experts in the appropriate subject area, with the exception of book reviews, editorials, press releases, and letters to the editor.

Articles are copyedited in-house, and the *Journal* reserves the right to make editorial revisions prior to publication. Authors will have the opportunity to review any editorial changes prior to publication when proofs are sent for approval. All manuscripts will be acknowledged immediately, and every effort will be made to advise contributors of the status of their submissions in a reasonable time frame. If you submit an article to the *Journal* electronically and do not receive an acknowledgment within three days, please contact us to ensure it was received.

References

References are organized in AMA rather than APA format; that is, they are to be cited numerically in the text and in consecutive order, and listed at the back in the following format:

Journal articles- 1. Mudd P, Smith JG, Allen AZ, et al.: High ideals and hard cases: The evolution of recreation therapy. *Hastings Cent Rep.* 1982; 12(2): 11-14.

Books- 1. Bayles SP (ed.): *Medical Treatment of the Visually Impaired.* Boston: GK Hall & Co., 1978.

Book chapters- 1. Martin RJ, Post SG: Human dignity, and loss: Building confidence and self-esteem after spinal cord injury. In Smith J, Howard RP, and Donaldson P (eds.): *The Recreation Therapy Handbook.* Madison, WI: Clearwater Press, 1998, pp. 310-334.

Web sites- Health Care Financing Administration: HCFA Statistics at a glance. Available at: www.hcfa.gov/stats/stahili.htm. Last accessed December 27, 2002.

Miscellaneous

It is necessary for the Journal to receive manuscripts as far ahead of deadline dates as possible. Time is needed for the manuscripts to be reviewed, returned to the editor, edited, typeset, proofed, and printed. All manuscripts should be submitted as soon as they are available.

<u>Subscription information</u>	<u>Advertising information</u>	<u>Editorial review board</u>	<u>Current table of contents</u>	<u>Reprint information</u>	<u>Manuscript submission</u>
<u>Abstracts</u>					

Vedlegg nr.2

Søk/funn tabell .

Dato	Forfatter/år	Tittel	Aktualitet 1-4	Abstract eller full tekst
06.11.2009	Østenstad, BH. 2006	Grunnverdiar og grunnomgrep i debatten om bruk av tvang mot utviklingshemma og demente	2	Full tekst
Okt.2009	Norheim, Anne 2009	Betydningen av pasientmedvirkning og verdighet	4	Full tekst
03.06.10	Norheim, Anne 2008	Pasientmedvirkning i demensomsorgemuligheter og utfordringer	4	Full tekst
03.06.10	Gerdner, Linda. 1997	An individualized Music Intervention for Agitation	3	Full tekst
03.06.10	Vink, A.C 2007	Music therapy for people with dementia	3	Full tekst
03.06.10	Bragstad,L.2010	Individualisert musikk for personer med demens	4	Full tekst
11.07.10	Hammar LM. m.fl. 2010	Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care.	2	Abstract
11.07.10	Cooke M. mfl. 2010	A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality	2	Abstract

		of life and depression in older people with dementia		
11.07.10	Kellett U.m.fl. 2010	Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia	2	Abstract
16.07.10	Myskja A. 2010	Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem	3	Full tekst
04.08.10	Rose,de Martino, Yentis, Garett	Music for life; a model for reflective practice	3	Full tekst
04.08.10	Foster, B.	Music for Life`s Journey	3	Full tekst
07.08.10	Gerdner L. 2010	Individualized music for elders with dementia	4	Full tekst
07.08.10	Myskja, A.2010	Musikk og helse i eit lokalsamfunn	4	Full tekst
07.08.10	Knocker,S.2010	Music in the air	3	Full tekst
22.08.10	Van der Geer, E.R 2008	Music in the nursing home: hitting the right note	2	Full tekst
12.09.10	Wall, M. & Duffy A. 2009	The effects of music therapy for older people with dementia	2	Full tekst
12.09.10	Tyrell, J. 2006	Freedom of choice an decision making in health and social care	2	Full tekst
12.09.10	Fey, H. 2004	Cognitive and behavioral effects of music –based exercise in patients with dementia	2	Abstract

12.09.10	Guetin,S. 2009	Effects of music therapy on Anxiety and depression in patients with Alzheimer`s Type Dementia	2	Abstract
12.09.10	Sung, H. 2006	The effects of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan	2	Abstract
12.09.10	Testad, I. m.fl.2005	The effect of stafftraining on the use of restraint in dementia	2	Full tekst
12.09.10	Hicks-Moore m.fl. 2008	Favorite music and handmassage :two interventions to decrease agitation in residents with dementia	3	Full tekst
21.04.11	Dewing,J. 1999	Professional Nurse study Dementia part 1: Person-centered care	3	Full tekst
05.05.11	Edvardsson & Innes 2010	Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools	2	Full tekst
05.05.11	Whitlatch and Menne 2009	Don`t forget me! Decision making by people with dementia	3	Full tekst
28.05.11	Chenoweth et al. 2009	A systematic review of what factors attratct and retain nurses in aged an dementia care	3	Full tekst

28.05.11	Coogle et al. 2007	Job satisfaction and care commitment among nursing assistants providing Alzheimer care	2	Full tekst
28.05.11	Jootun & MC.Ghee 2011	Effective communication with people who have dementia	3	Full tekst
28.05.11	Brooker ,D. 2007	Person-centered care in dementia	3	
28.05.11	Clarke & Davey 2004	Communication and decision making among residents with dementia	3	Full tekst
28.05.2011	Zoffmannet al. 2008	A person-centered communication and reflection model:sharing and decision-making in chronic care	2	Fulltekst
10.06.11	Vink et al 2011	Music therapy for people with dementia	3	Full tekst, review
11.06.11	Ragneskog et al. 2001	Individualized music played for agitated patients with dementia	3	Full tekst
11.06.11	Jan Dewing 2010	Responding to agitation in people with dementia	3	Full tekst
26.06.11	Kirkevold og Engedal 2004	Use of restraints and their correlates in Norwegian nursing homes	2	Full tekst

Vedlegg nr.3

Vedlagt 1 e-post

Informasjon om prosjektet:

"Bruk av individualisert musikk som miljøtiltak for personar med demens"

Samandrag:

Dette prosjektet vil studere bruk av individualisert musikk som miljøtiltak for personar med demens og undersøke om dette miljøtiltaket kan styrke brukarmedverknaden for denne gruppa. Prosjektet vil innebere ein gjennomgang av eksisterande teori på området og kvalitative forskings intervju av personalet på sjukeheimar som har implementert denne måten å bruke musikk på. Målsetjinga er å få ei djupare forståing av tema, og få fram kunnskap om korleis informantane opplever bruken av individualisert musikk med tanke på brukarmedverknad for personar med demens. Målsetjinga er og å bidra til ei bevisstgjeriing i forhold til bruk av dette miljøtiltaket. I tillegg er det eit mål å bidra til å finne reiskap som kan styrke brukarmedverknaden for personar med demens.

Forskingsspørsmål:

Studiet vil prøve å finne svar på korleis personalet på institusjonar, som har innført individualisert musikk, opplever dette miljøtiltaket. Korleis opplever pleiepersonalet si eiga yrkesutøving med tanke på bevisstgjeriing i forhold til brukarmedverknad for personar med demens før og etter innføring av individualisert musikk? Vert personalet meir bevisst problemstillingar knytt til brukarmedverknad? Om ein vert meir bevisst, fører dette til ei endring i yrkesutøving i form av reell brukarmedverknad for personar med demens? Eventuelt på kva område?

Informert samtykke

Førespurnad om å delta i prosjektet:

”Individualisert musikk som miljøtiltak for personar med demens på sjukeheim”

Med dette skrivet vil eg informere og samtidig spørje om du kan delta i ein studie i forhold til bruk av miljøtiltaket individualisert musikk

Samandrag:

Dette prosjektet vil studere bruk av individualisert musikk som miljøtiltak for personar med demens og undersøke om dette miljøtiltaket kan styrke brukarmedverknaden for denne gruppa. Prosjektet vil innebere ein gjennomgang av eksisterande teori på området og kvalitative forskings intervju av personalet på sjukeheimar som har implementert denne måten å bruke musikk på. Målsetjinga er å få ei djupare forståing av tema, og få fram kunnskap om korleis informantane opplever bruken av individualisert musikk med tanke på brukarmedverknad for personar med demens. Målsetjinga er og å bidra til ei bevisttgjering i forhold til bruk av dette miljøtiltaket. I tillegg er det eit mål å bidra til å finne reiskap som kan styrke brukarmedverknaden for personar med demens.

I intervjuet vert det brukt diktafon og data vert lagra på pc. Data vert sikra etter føreskriftene.

Etter at prosjektet er avslutta vil data bli sletta. Prosjektslutt er satt til 31.12.11. Som deltakar vert ein anonymisert. Resultata blir gjort kjent som masteroppgåve og blir publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift.

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste for forskning AS, Personvernombodet. (NSD).

Det er frivillig å delta og du kan trekke deg frå studiet når som helst utan å oppgje grunn, og du kan krevje at opplysningane som er komne fram slettast eller anonymiserast. Ved å returnere vedlagte skrivet signert i svarkonvolutt gjev du samtykke til delta i undersøkinga.

Om du har spørsmål eller ynskjer å trekke deg frå studiet kan du kontakte

Eva Skrivervik på tel.nr. 48050740 eller e-post eva.skrivervik@stavanger.kommune.no eller tabita31@hotmail.com

Vonar du har høve til å delta i intervju og bidra med dine erfaringar.

Med venleg helsing

Eva Skrivervik

Stad/dato.....Underskrift.....



Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Eva Skrivervik er student ved Masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Eva Skrivervik har valgt å arbeide med følgende tema:

Korleis kan individualisert musikk styrke brukermedverknad hjå personar med demens på sjukeheim?

Arbeid med masteroppgaven må følge forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Det forutsettes at nødvendige godkjenninger foreligger før det tas kontakt med aktuelle informanter.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: PhD. Ingelin Testad, Stavanger
Universitetssykehus / Stavanger kommune

Arbeidet forventes slutført: våren 2011.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 10. november 2010

Bodil Furnes
I. amanuensis
Faglig ansvarlig

Helene Hanssen
1.lektor
Studiekoordinator

(Sign.)
Ingelin Testad
Veileder

Forskingsspørsmål:

Korleis opplever personalet på institusjonar, som har innført individualisert musikk, dette miljøtiltaket?

Korleis opplever pleiepersonalet si eiga yrkesutøving med tanke på bevisstgjerjing i forhold til brukarmedverknad for personar med demens før og etter innføringa av individualisert musikk?

Korleis opplever pleiepersonalet fokuset på individuelle behov før og etter innføringa av individualisert musikk?

Intervjuspørsmål:

Kor lenge har de nytta im her? Korleis har du arbeidd med im?
 Kan du beskrive kartleggingsprosessen?
 Kva er dine erfaringar ifht. bruk av im.? Kan du beskrive eit forløp?
 Korleis blir musikken nytta? Kva har det betydd for deg å lære metoden?

Kva legg du i begrepet brukarmedverknad?
 Kva er di oppfatning av brukarmedverknad for personar med demens? Gje dømer
 Korleis har du opplevd fokuset på brukarmedverknad før og etter innføringa av im.? Ditt eige fokus.
 Korleis opplever du samanhengen mellom bruk av IM og brukarmedverknad? Diskusjonar/refleksjon mellom personalet.
 Vert ting gjort annleis.forklar/dømer

Korleis opplever du fokuset på individuelle behov for personar med demens?
 Korleis har du opplevd fokuset på individuelle behov før og etter innføringa av im.?
 Kva er dine opplevingar i forhold til om bruk av im.fører til eit større fokus på individuelle behov eller ikkje?
 Kva er dine opplevingar i forhold til om bruk av im. kan vere eit reiskap for å auke fokus på individuelle behov?
 Korleis opplever du innføring av im.ifht å styrke brukarmedverknad for personar med demens? Konkret: har noko endra seg etter innføring av IM? tenkjer ein meir på individuelle behov eller mindre? Beskriv Kva tenkjer du om IM som reiskap til å belyse individuelle behov? Korleis vil du beskrive tiltaket for sjukeheimar som ikkje har brukt dette? Korleis opplever du ditt eige fokus? Andre sitt fokus? Målsetjinga for sjukeheimen, stemninga, har noko endra seg, forklar. Korleis opplever du diskusjon kring brukarmedverknad ? Kan du forklare eventuelle endringar?

Vedlegg nr.7

Arbeidsglede	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Eg blir glad/positiv kjensle	295	258	265	45,363, 546	103,409, 565	258,400 353	66,214
Annerkjenning av arbeidet	214	328	46 og 265	537	463,492, 670 679,325	202	
Personleg utvikling	161	178	332	202,221	70,83,144, 242 260,278, 292 440,459, 466 475, 565,587 631,666, 670	353 424,436	40,47, 168,177 194,208
Meistringsoppleving/reiskap	12, 80, 231,245 og 248	16,52,189,275	67,207,269 og 392	45,94, 285,343 368,605 225,356, 464,553	49, 106, 114, 134, 144, 152, 316,322, 409,670	202,248, 253,379, 406,436, 214,407, 412,424, 427,438 353,420 408 242	26,66, 110 118,214, 226,238 248,249

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 25
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ingelin Testad
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.01.2011

Vår ref: 25746 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25746	<i>Individualisert musikk som miljøtiltak for personer med demens på sjukebeim</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ingelin Testad</i>
Student	<i>Eva Skrivervik</i>

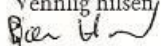
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Eva Skrivervik, Brattåsveien 10 B # 203, 4016 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, kyrre.swana@svt.ntnu.no

