



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelenen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Musik och demens: hur musiken påverkar kognitiva funktioner och symtom

En litteraturstudie

Ellen Hålen & Caroline Ström

2016

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap

Handledare: Maria Hedman  
Examinator: Magnus Lindberg

---

## **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Demens är en utbredd sjukdom som påverkar kognitiva funktioner och kan ge beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD). Omvårdnadsbehovet ökar i takt med att sjukdomen utvecklas. Tidigare forskning har visat att musik kan vara användbar vid sjukdom för att minska stress, oro och skapa lugn.

**Syfte:** Syftet var att beskriva effekten av musik på kognitiva funktioner hos personer med demens samt BPSD. Vidare var syftet att beskriva de ingående studiernas genomförande av interventionen.

**Metod:** Litteraturstudie med beskrivande design, baserad på 15 kvantitativa vetenskapliga artiklar vilka söktes i databaserna Cinahl och PubMed.

**Huvudresultat:** En positiv effekt av musikinterventioner på kognitiva funktioner som kommunikation, relation och minnesförmåga hos personer med demens påvisades. Musikens effekt på BPSD varierade, men positiv effekt visades på depressions symtom, aggressivitet, oro samt andra beteendemässiga och psykiska symtom. Dock var inte resultaten entydiga. De positiva effekterna var mestadels omedelbara och som högst direkt efter genomförd intervention. På lång sikt påverkades kognitiva funktioner och BPSD vagt av musik. Hälften av de inkluderade studierna genomfördes med musikterapi i grupp och hälften individuellt. Majoriteten hade kontrollgrupper som mottog standard vård, men även andra aktiviteter förekom. I hälften av studierna användes deltagarnas favoritmusik och i flera fall var deltagarna aktiva genom rörelse och med hjälp av instrument.

**Slutsats:** Resultatet av föreliggande studie beskriver att musik kan främja kognitiva funktioner samt förbättrar BPSD hos personer med demens. Musik som aktivitet kan därför anses lämpligt att använda som en alternativ behandlingsmetod och som en del i omvårdnaden.

**Nyckelord:** *Demens, Musik, Särskilt boende, Kognitiva funktioner, Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens*

## **Abstract**

**Background:** Dementia is a widely spread disease that affects cognitive functions and can cause behavioral and psychological symptoms (BPSD). The need of nursing increases as the disease progresses. Previous research has shown that music can be useful during illness to reduce stress, anxiety and create calm.

**Aim:** The purpose was to describe what effect music has on cognitive functions in people with dementia and BPSD. Furthermore, the aim was to describe the included studies implementation of the intervention.

**Method:** Literature review with descriptive design based on 15 quantitative scientific articles, available in the databases Cinahl and PubMed.

**Main result:** Music interventions was found to have positive effect on cognitive functions for people with dementia, particularly in ability to communicate, create relationships and in the ability to remember. Music's effect on BPSD varied, but positive effect was shown on depressive symptoms, aggression, anxiety and other behavioral and psychological symptoms. However, the results were not conclusive. The positive effects were mostly immediate and highest the time immediately after the intervention. In the long term the impact of music intervention was vaguely on cognitive function and BPSD. Half of the included studies were conducted with music therapy in group and half were performed individually. The majority of the control group received standard care, but also other activities were held. In half of the studies the participants' favorite music were used and in several cases the participants were active through movement and with the help of instruments.

**Conclusion:** The results of the present study describe that music interventions can promote cognitive functions and improves BPSD in people with dementia. Music as an activity can therefore be considered appropriate to use as an alternative therapy and as part of the care.

**Keywords:** *Dementia, Music, Nursing home, cognitive functions, Behavioral and psychological symptoms of dementia*

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b> .....	1
1.1 Demenssjukdom .....	1
1.2 Kognitiv funktion .....	2
1.3 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.....	3
1.4 Musik.....	3
1.5 Teoretisk referensram .....	4
1.6 Problemformulering .....	6
1.7 Syfte och frågeställningar .....	6
<b>2. Metod</b> .....	6
2.1 Design.....	6
2.2 Databaser .....	6
2.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier .....	7
2.4 Dataanalys .....	9
2.5 Forskningsetiska överväganden.....	10
<b>3. Resultat</b> .....	10
3.1 Musikens effekt på kognitiva funktioner.....	11
3.2 Musikens effekt på beteendemässiga och psykiska symtom.....	11
3.2.1 Depression .....	11
3.2.2 Aggressivitet.....	12
3.2.3 Oro.....	12
3.2.4 Övriga beteendemässiga och psykiska symtom .....	13
3.3 Interventionsmetod i de inkluderade artiklarna .....	14
<b>4. Diskussion</b> .....	17
4.1 Huvudresultat .....	17
4.2 Resultatdiskussion .....	17
4.2.1 Musikens effekt på kognitiva funktioner.....	17
4.2.2 Musikens effekt på beteendemässiga och psykiska symtom.....	18
4.2.3 Musik i omvårdnaden kring personer med demens.....	20
4.2.4 Interventionsmetod i de ingående artiklarna .....	21
4.3 Metoddiskussion.....	22
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad .....	24
4.5 Förslag till fortsatt forskning .....	25
4.6 Slutsats.....	25
<b>Referenser</b>	
<b>Bilagor</b>	

# 1. Introduktion

## 1.1 Demenssjukdom

I Sverige är cirka 160 000 personer diagnostiserade med en demenssjukdom (Socialstyrelsen 2014) och 25 000 människor insjuknar varje år (Svenskt demenscentrum, 2014b). Ålder bedöms vara den största riskfaktorn för att drabbas av sjukdomen och när befolkningen runt om i världen lever generellt längre ökar risken för att fler människor insjuknar i demenssjukdom (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU 2006). Trots att sjukdomen förknippas med en hög ålder, är den inte en del av ett naturligt åldrande (Svenskt demenscentrum 2014b). Demens är ett permanent tillstånd med en progressiv utveckling där symtomen förvärras med tiden (SBU 2006). Demens definieras som en störning av intellektuella funktioner med försämring i den kognitiva, funktionella och sociala förmågan (Eriksdotter Jönhagen 2011; Larsson & Rundgren 2010).

Demens är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar som delas in i primärdegenerativa, vaskulära samt sekundära demenssjukdomar (Edberg 2009). Hjärnan består av fem lober, dessa lober består av centra som styr olika funktioner till exempel minne, inlärning, omdöme och språk (Svenskt demenscentrum 2008). Demenssjukdomarna drabbar och skadar nervcellerna i olika delar av hjärnan och ger därmed olika symtombild och förlopp (Edberg 2009). Primärdegenerativ demens beror på oförklarliga sjukdomsprocesser i hjärnvävnaden, där nervceller i hjärnan förtvinar och dör i en onormal omfattning. Ett exempel på denna sjukdomsgrupp är Alzheimers sjukdom (Svenskt demenscentrum 2014a). Vaskulär demens orsakas av olika kärlskador i hjärnan som åderförkalkning, hjärninfarkt eller blödningar, som förhindrar en god syretillförsel och till följd av detta dör hjärncellerna. Av denna typ är multi infarkt demens (MID) den vanligaste. Sekundära demenssjukdomar är hjärnskador orsakade till följd av en annan somatisk sjukdom, som exempel brist på vitamin B12 eller alkoholskador. De tre ovan nämnda demenstyperna kan även förekomma samtidigt (Larsson & Rundgren 2010). Den vanligaste diagnosen bland demenssjukdomar är Alzheimers sjukdom, cirka två tredjedelar av alla personer med demens drabbas av denna (SBU 2006).

I takt med att sjukdomen utvecklas ökar omvårdnadsbehovet när förmågan att sköta och klara sig självständigt försämras. Personerna utvecklar beteenden som gör det svårt för dem att bo kvar hemma, både för dem själva samt för deras anhöriga (Edberg 2009). Personer med demenssjukdom kan erbjudas särskilt boende, vilket enligt Socialstyrelsen (2014) definieras som ett individuellt anpassat boende där vård och omsorg kan

ges dygnet runt. Ett särskilt boende för personer med demens kan bidra till en bättre livskvalité för individen. Vidare finns många benämningar på särskilt boende, till exempel äldreboende, omsorgsboende och demensboende, vilket kan variera från kommun till kommun (Socialstyrelsen 2014). I föreliggande studie kommer benämningen särskilt boende användas.

## 1.2 Kognitiv funktion

Vid demens försämras en eller flera av de kognitiva förmågorna i takt med sjukdomsförloppet (Larsson & Rundgren 2010). Den kognitiva funktionen definieras som förmågan att tala, tänka, planera, minnas samt bearbeta information i hjärnan (Eriksdotter Jönhagen 2011; Edberg 2009). Vidare ingår funktioner som inläring, rumsuppfattning, förmågan till målinriktat beteende samt snabbhet och uppmärksamhet (Edberg 2009). Påverkan på minnet är ett vanligt och primärt tecken vid demenssjukdom (Eriksdotter Jönhagen 2011), där långtidsminnet samt det prospektiva minnet är de delar som vanligtvis försämras mest (Giebel, Challis & Montaldi 2015). Normalt åldrande i sig kan innebära en försämring av kognitiva funktioner, till exempel upplevelse av minnessvårigheter. Denna förändring är dock liten och tar sig främst genom att det mentala tempot försämras och att det tar längre tid att memorera och plocka fram ny information (Larsson & Rundgren 2010). De olika demenssjukdomarna är den sjukdom som främst förknippas med nedsatt kognitiv förmåga. En försämrad kognition kan medföra svårigheter att till exempel planera sin vardag, slutföra arbeten, interagera socialt med andra, sköta matlagning och ekonomi eller hålla ordning. Detta kan ge sig uttryck i att personen tappar ord, får en nedsatt koncentration och en upplevd tröghet i tankarna, det vill säga den tankemässiga snabbheten påverkas (Edberg 2009).

Kognitiv svikt vid demens kan behandlas farmakologiskt med kolinesterashämmare eller memantin (Larsson & Rundgren 2010). Sjukdomen går inte att bota men läkemedel kan bidra till att den kognitiva förmågan upprätthålls under en period (Socialstyrelsen 2010). Behandlingen är endast avsedd för kortvarigt bruk eftersom risk för biverkningar finns (Larsson & Rundgren 2010). Studier har visat att icke-farmakologisk behandling som till exempel husdjur i vården kan vara effektivt för att förbättra kognitiva förmågor som tal, kommunikation och socialt samspel (Greer, Pustay, Zaun & Coppens 2002; Katsinas 2001).

### 1.3 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Beteenden och symtom som förekommer i samband med demensutveckling kallas Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) (Edberg 2009; Skovdahl & Kihlgren 2011). Nio av tio personer med demens drabbas av BPSD någon gång under sjukdomsperioden (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska 2012; Socialstyrelsen 2010). BPSD är ett samlingsnamn för en rad olika symtom (Socialstyrelsen 2010), där de vanligast förekommande symtomen enligt Haiboa et al. (2013) är sömnsvårigheter, upprördhet/hetsighet, apati, depression samt motoriska störningar. Ytterligare symtom är oro, ångest, vandrande och rastlöshet (Edberg 2009). Vidare är agitation vanligt förekommande vid demens och kan innebära både verbal och fysisk aggressivitet, (Cummings et al. 2015). Enligt Cohen-Mansfield (1991) kan agitation ta sig uttryck i olika former; genom en kränkande eller aggressiv handling mot sig själv eller andra, genom ett lämpligt beteende som utförs med opassande frekvens, till exempel upprepande frågor eller genom ett beteende som inte passar den sociala normen för en specifik situation, till exempel plockbeteende.

Förekomst av BPSD leder till ett ökat omvårdnadsbehov och innebär svårigheter och lidande för både individen, närstående och omvårdnadspersonal (Cerejeira, Lagarto och Mukaetova-Ladinska 2012; Socialstyrelsen 2010). Enligt Läkemedelsverket (2008) är farmakologisk behandling inte förstahandsvalet vid BPSD, utan vikten bör istället ligga på icke-farmakologisk behandling. Tidigare forskning tyder på att anpassning av miljön samt anpassade och meningsfulla aktiviteter kan ha en positiv effekt på beteendemässiga symtom (Laver, Clemson, Bennett, Lannin & Brodaty 2014). Exempel på aktivitet och miljöanpassning är promenader samt exponering av dagsljus (McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello & Teri 2005).

### 1.4 Musik

Musik är en betydelsefull del i vardagen för många individer, unga som gamla. Musiken och dess rytm påverkar människors känslor. Den kan lindra oro, göra en person gladare, piggare eller lugnare, men även bidra till sorgsenhet (Skovdahl & Edberg 2011). Musiken kan användas som en strategi vid sjukdom, eftersom den kan bidra med en kraft vid svåra situationer och göra dessa hanterbara. Människans medvetande kan påverkas av musiken, den kan ha en distraherande effekt, associeras med minnen och ge lindring, vilket kan vara avslappnande (Asp & Ekstedt 2009). Genom att lyssna på musik sänks blodtryck

och puls samt upplevelser och känslor av stress minskar. Musik aktiverar det parasympatiska systemet, vilket bidrar till lugn (Kunikullaya et al 2015; Peng, Koo & Yu 2009).

Musik kan förekomma som en individuell upplevelse men även användas inom sociala kontexter och bidra till kontakt med andra människor (Sixsmith & Gibson 2007). Musik kan användas som aktivitet, vilket är särskilt bra för äldre människor eftersom musikaktiviteten kan anpassas och bidra till att alla kan närvara och delta efter sin egen förmåga. Människor föredrar olika typer av musik, en viss sorts musik kan skapa välbehag för några respektive obehag för andra. Musik anpassas och väljs även efter olika typer av situationer, lugn musik kan vara behagligt vid avslappning och fartfylld musik med tempo och rytmer kan vara att föredra vid dans. Det är betydelsefullt att omvårdnadspersonal som använder musik som en alternativ behandlingsmetod är medvetna om och tar hänsyn till detta (Skovdahl & Edberg 2011).

### 1.5 Teoretisk referensram

Teoretisk referensram för studien utgörs av omvårdnadens fyra bärande begrepp, *människa, hälsa, miljö* samt *vårdande* eftersom dessa begrepp kan kopplas till vården av personer med demens. Människan finns med i form av relationer mellan personen med demens samt omvårdnadspersonal. Hälsan är individuell och subjektiv och vårdandet strävar efter att bibehålla en god hälsa för individen, där miljön kan spela en betydelsefull roll. Vidare kan tillgång till eller avsaknad av musik vara en del av miljön för personerna med demens.

*Människa* - Förenta Nationernas (FN) (2015) deklARATION om mänskliga rättigheter slår fast att alla människor föds fria, med lika värde och rättigheter och att varje människa bör bemöta andra i en känsla av gemenskap. Ternstedt och Norberg (2009) anser att en människa under hela livet är mer eller mindre beroende av andra människor och att människan ingår i en kulturell och social kontext. Enligt Socialstyrelsen (2010) bör demenssjukvård vara personcentrerad och ske utifrån individen. Personcentrerad omvårdnad syftar till en helhetssyn där människan står i centrum och fokus inte enbart ligger på sjukdomen. I omvårdnaden av personer med demens har både anhöriga och omvårdnadspersonal en betydelsefull roll (Larsson och Rundgren 2010).

*Hälsa* - Hälsa definieras av World Health Organization (WHO) (1948) som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast som frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa begrepp beskrivs av Eriksson (2014) som en



helhet för en individs upplevelse av att känna sig ha hälsa. Hälsa är därmed något individuellt eftersom enbart den enskilde individen kan ha den rätta uppfattningen kring sin egen hälsa. Hälsa kan inte ges från en person till en annan, dock kan en person hjälpa en annan att finna och uppleva hälsa (Eriksson 2014). Sjuksköterskans uppgift är att stödja människor som befinner sig i ett tillstånd där hälsan behöver hjälp att upprätthållas (Svensk sjuksköterskeförening 2013).

*Miljö* - Miljö har en central roll för omvårdnad eftersom omgivningen har betydelse för hälsan (Dahlberg & Segesten 2010). Begreppet kan definieras som en fysisk aspekt, till exempel det rum där omvårdnaden bedrivs, men kan även innefatta till exempel klimatet mellan personal på en vårdavdelning. Sjuksköterskans uppgift är att utforma miljön för att främja en känsla av samvaro, tillit och trygghet för patienten (Edvardsson & Wijk 2009). Miljön kan behöva anpassas efter den enskilde individen eftersom människor har olika unika behov. En individanpassad miljö är vårdande och främjar hälsa (Dahlberg & Segesten 2010).

En väl planerad miljö är särskilt hälsofrämjande för personer med en demenssjukdom. Ett demensboende bör vara småskaligt och hemlikt med en lugn och harmonisk ljudmiljö, vilket minskar agitation och oro samt ökar välbefinnandet. För en god psykosocial miljö för personer med demens krävs en individanpassad struktur över miljön och bemötandet på boendet. Detta kan ske genom flexibilitet kring rutiner samt genom att vårdpersonalen ger tid och utrymme för att möta individen. Detta tillsammans kan främja trygghet, lugn och meningsfullaktighet samt minska BPSD (Socialstyrelsen 2010).

*Vårdande* - Vårdande är att lindra en annan persons lidande och att öka möjligheterna till hälsa och välbefinnande. Vårdande innebär även att stärka en annan individ och ge förutsättningar till välmående samt att se och bekräfta en annan persons behov (Dahlberg & Segesten 2010). En demenssjukdom innebär ett utökat omvårdnadsbehov (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska 2012), där sjuksköterskan är ansvarig för att vårdandet kring personen som drabbats av demens sker på ett tillfredsställande sätt utifrån individens behov samt för att bevara personens självbestämmande och integritet (Larsson & Rundgren 2010).

## 1.6 Problemformulering

Demens är en sjukdom som påverkar hjärnan och medför försämring av kognitiv, funktionell och social förmåga. I samband med att sjukdomen utvecklas kan beteendemässiga och psykiska symtom förekomma. Dessa symtom bör i första hand lindras med icke-farmakologisk behandling. Studier tyder på att anpassning av miljön och meningsfulla aktiviteter är gynnsamma för att bibehålla kognitiva funktioner samt dämpa BPSD. Musik har visat sig vara en strategi vid sjukdom, för att lindra oro, minska stress och skapa lugn. För att vårda personer med demens krävs kunskap om hur de fungerar och hur deras hälsa kan främjas på bästa sätt. Kunskap om hur musik kan påverka de kognitiva, beteendemässiga och psykiska symtomen vid demens kan vara en hjälp för att utforma omvårdnaden kring dessa personer och därför behövs en sammanställning över aktuell forskning inom området.

## 1.7 Syfte och frågeställningar

Syftet var att beskriva musikens effekt på kognitiva funktioner hos personer med demens samt på BPSD. Vidare var syftet att beskriva de ingående studiernas genomförande av interventionen.

### *Frågeställningar*

1. Vilken effekt har musik på kognitiva funktioner hos personer med demens?
2. Vilken effekt har musik på BPSD?
3. Hur genomfördes interventionen i de ingående artiklarna?

## **2. Metod**

### 2.1 Design

Föreliggande studie är en beskrivande litteraturstudie. En litteraturstudie är en betydande sammanfattning av tidigare studier rörande en specifik forskningsfråga och kan ligga som grund för ny vetenskap (Polit & Beck 2012).

### 2.2 Databaser

Artiklarna till studien söktes i databaserna Cinahl samt PubMed. Polit och Beck (2012) hävdar att dessa två databaser är användbara för omvårdnadsforskning. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) har Cinahl mer fokus på omvårdnadsvetenskap medan

PubMed, enligt Polit och Beck (2012) innefattar både omvårdnadsvetenskap samt en medicinsk inriktning.

### 2.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier

De sökord som använts i databassökningen var; *dementia, music, behavioral and psychological symptoms of dementia, cognitive, cognitive function* och *nursing home*. Sökordet *cognitive function* gav i Cinahl få träffar, därför användes sökordet *cognitive* i den databasen. Sökorden *Nursing home* och *Cognitive function* placerades inom citattecken för att förhindra omkastning av ordens ordningsföljd (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011).

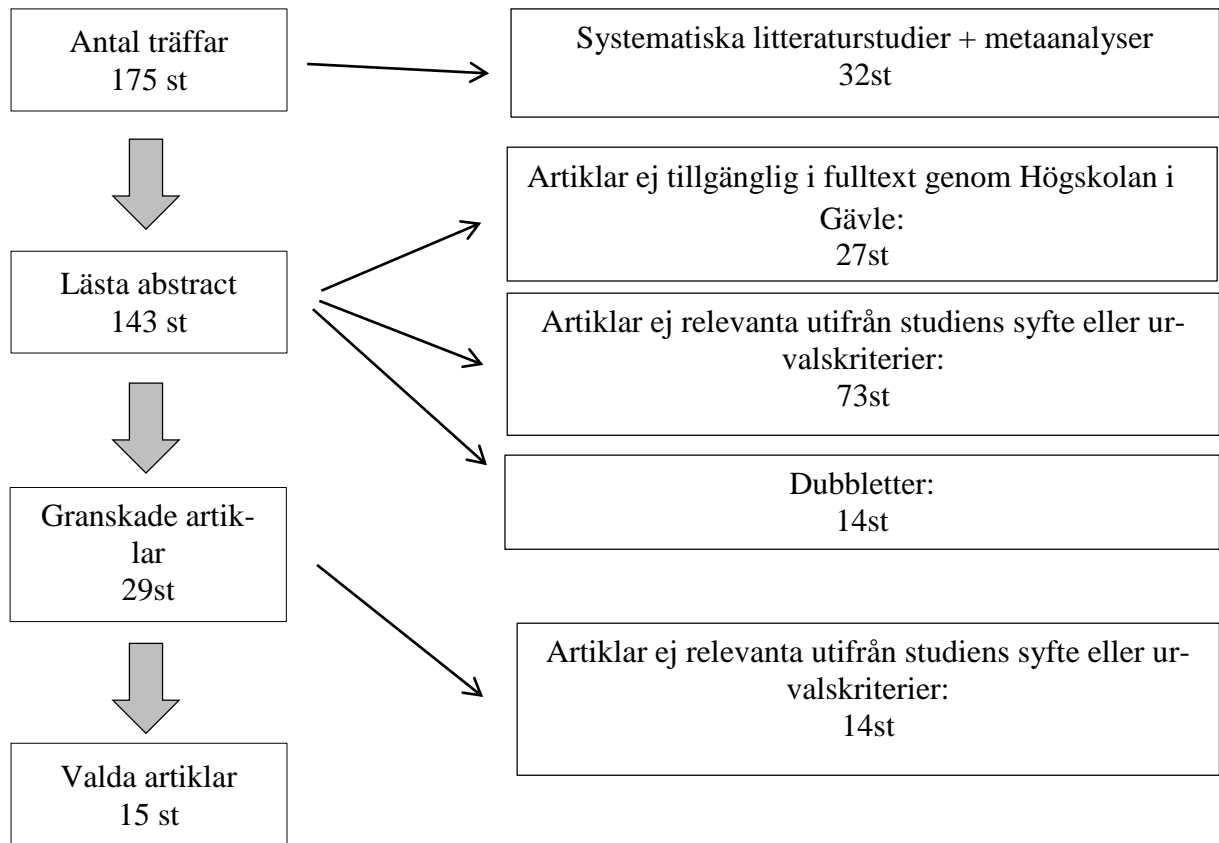
Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver att sökning efter vetenskapliga artiklar bör ske i olika steg, där första steget är att enbart använda ett sökord för att därefter bygga vidare med kombinationer av flera ord. Artikelsökningen genomfördes utifrån denna princip. För att sökningen skulle resultera i relevanta träffar kombinerades sökorden av den booleska sökoperatören "AND", vilket effektiviserar och avgränsar sökningen. Samtliga sökord söktes med fritext (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011). Sökningarna skedde 26 och 27 januari 2016. För kombination av sökord och utfall se tabell 1.

**Tabell 1.** Utfall av artikelsökning i databaser.

Databas	Sökord	Antal	Tänkbara (Exklusive dubletter)	Valda
<b>PubMed</b>	Dementia AND Music AND "Nursing home"	34	10	6
	Dementia AND Music AND "Cognitive function"	15	6	2
	Dementia AND Music AND Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	24	5	3
	Totalt PubMed:	73	21	11
<b>Cinahl</b>	Dementia AND Music AND Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	14	1	1
	Dementia AND Music AND Cognitive	32	4	2
	Dementia AND Music AND "Nursing home"	56	3	1
	Totalt Cinahl	102	8	4
Totalt PubMed + Cinahl		175	29	15

Urvalskriterier kan bestå av både inklusions- samt exklusionskriterier. Inklusionskriterier specificerar vad materialet som ingår i studien ska uppfylla för krav medan exklusionskriterier är vad som inte ska ingå i studien (Polit & Beck 2012). Utifrån syftet för den föreliggande studien var inklusionskriterierna: kvantitativa studier, genomförda på särskilt boende, som undersöker musikens effekt på kognitiva funktioner hos personer med demens eller BPSD. Artiklarna skulle vidare vara fritt tillgängliga i fulltext via Högskolan i Gävle. Detta urval genomfördes manuellt. Exklusionskriterierna var: artiklar som inte svarade på studiens syfte, studier som undersökte musikens effekt på specifika situationer, som till exempel vid måltider samt studier som var systematiska litteraturstudier eller metaanalyser. Begränsningar i sökningarna var: artiklar på engelska samt publicerade de tio senaste åren. Därtill användes även Peer review som begränsning i databasen Cinahl.

Artiklarnas titlar samt abstract lästes gemensamt, de artiklar som inte svarade på valt syfte eller uppfyllde urvalskriterierna exkluderades. Därefter återstod 29 artiklar som lästes separat i fulltext. Efter diskussion exkluderades sedan 14 artiklar som inte uppfyllde valt syfte eller urvalskriterier samt där det inte gick att urskilja om resultatet härrörde från musik eller från andra stimuli. Två artiklar valdes trots att de inte uppfyllde urvalskriteriet att enbart vara genomförda på särskilt boende. Detta med motiveringen att båda studierna inkluderade personer bosatta på särskilt boende samt att alla deltagarna var diagnostiserade med en demenssjukdom. Se figur 1 för urval av artiklar.



Figur 1. Urval av artiklar

#### 2.4 Dataanalys

Analysen av data till studien påbörjades genom att artiklarna skrevs ut i pappersformat, två kopior per artikel, vilka sedan numrerades i alfabetisk ordning för att underlätta bearbetningen av artiklarna. Därefter lästes artiklarna separat samt kodades genom att de olika frågeställningarna markerades med överstrykningspennor i olika färger. Resultat från artiklarna som svarade på frågeställning ett kodades i rosa färg, frågeställning två kodades i gul färg samt svaret på frågeställning tre kodades med blå färg. Polit och Beck (2012) hävdar att kodning kan vara en hjälp vid dataanalys i en litteraturstudie. Kodning kan utformas på olika vis och forskaren bör utveckla en metod som tillfredsställer studiens behov, vilket gjordes i föreliggande studie.

Innehållet i artiklarna rörande frågeställningarna diskuterades därefter, vilket Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) anser minimerar risken för subjektiva tolkningar samt bidrar till ett mer tillförlitligt resultat. Diskussionen bidrog till en försäkring om att berörda delar som svarade på frågeställningarna hade blivit markerade. Effekten av interventionerna utlästes i artiklarnas resultattabeller samt kontrollerades i den löpande texten i resultat samt diskussionsdel. Effekterna diskuterades sedan för att säkerhetsställa

konsensus. En sammanställning i form av en tabell av artiklarnas författare, publiceringsår, studieland, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod samt dataanalysmetod gjordes för att ge en överblick av valda artiklar. Sammanställningen redovisas i tabell 2 (bilaga 1). Ytterligare en tabell gjordes över artiklarnas författare, syfte, intervention och resultat, för att ge en överblick över dessa områden. Sammanställningen redovisas i tabell 3 (bilaga 2). Rosén (2012) menar att tabeller liknande dessa är en hjälp för författaren att skriva löpande text och formulera en slutsats likväl som det stärker läsarens möjlighet att bedöma trovärdigheten av slutsatserna. Utifrån innehållet i tabellerna arbetades resultatdelen i studien fram. Tabellerna användes som grund för resultatet som sedan vidareutvecklades i löpande text. I tabellerna redovisas enbart huvudresultatet kortfattat och i den löpande texten utvecklades resultatet ytterligare. Artiklarnas resultat sorterades utifrån gemensamma nämnare vilka redovisas som underrubriker i resultatdelen. Frågeställning ett sorterades under en underrubrik medan resultatet som svarade på frågeställning två sorterades under fyra underrubriker. Detta med anledning att materialet i de ingående artiklarna var mer omfattande kring frågeställning två än kring frågeställning ett. Frågeställning tre sorterades under en underrubrik samt sammanfattades i tabellform, se tabell 4.

### 2.5 Forskningsetiska överväganden

I föreliggande studie har resultatet granskats och presenterats objektivt utan personliga värderingar. Plagiering har undvikts samt vetenskapliga artiklar har inte exkluderats utifrån eget tyckande, i enlighet med Polit och Becks (2012) anvisningar om etiskt förhållningssätt vid forskning. Eftersom författarnas modersmål inte är engelska har lexikon använts vid ord som ansågs svåra att förstå, detta för att minimera risken för feltolkningar och missförstånd. Eftersom föreliggande studie är en litteraturstudie behövdes inget etiskt godkännande för genomförandet. En studie granskad av en etisk kommitté säkerställer studiernas etiska försvarsbarhet (Polit & Beck 2012). I 11 av de inkluderade artiklarna framgår det att dessa är granskade av en etisk kommitté.

## 3. Resultat

I föreliggande studie har 15 vetenskapliga artiklars resultat analyserats. Frågeställning ett redovisas under rubriken musikens effekt på kognitiva funktioner. Frågeställning två redovisas under rubriken musikens effekt på beteendemässiga och psykiska symtom med tillhörande underrubriker. Frågeställning tre redovisas under rubriken interventionsmetod

i de inkluderade artiklarna samt i tabell 4. För översiktliga resultattabeller se tabell 2 (bilaga 1) och tabell 3 (bilaga 2).

### 3.1 Musikens effekt på kognitiva funktioner

Musikterapi i grupp påvisades kunna senarelägga försämringen av kognitiva funktioner hos personer med demens. Bland personer med mild eller måttlig demens förbättrades kognitiva funktioner en aning, där störst effekt syntes på minnesförmågan. Däremot syntes ingen förändring av kognitiva funktioner för de personer som hade diagnosen svår demens (Chu et al. 2014), vilket kan jämföras med resultat som påvisade att musikterapi inte hade signifikant effekt på kognitiva funktioner hos personer med demens (Wang, Yu & Chang 2015).

Musikterapi individuellt gav en positiv utveckling på kommunikation och relationsförmåga (Raglio et al. 2015; Ridder, Stige, Qvale & Gold 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013), vilka förbättrades mellan personerna med demens och musikterapeuten även om förändringen inte var signifikant (Raglio et al 2015). Vidare visades den förbättrade förmågan till interaktion genom att deltagarna klappade takten och sjöng med till musiken, både vid individuellt lyssnade till musik och vid aktivt deltagande i musikterapi (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). I en studie med musikterapi i grupp visade resultatet ingen förbättring i deltagarnas kommunikation och relationsförmåga (Raglio et al. 2010).

På lång sikt förbättrade passivt lyssnande till musik förmågan till skratt samt förmågan att väcka positiva minnen hos personer med svår demens, vilket tyder på en förbättrad kognitiv funktion (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Chu et al. (2014) uppgav att musikterapi hade positiv effekt på kognitiva funktioner över tid, i detta fall en månad efter interventionens slut. Denna förbättring sågs endast hos personer med mild demens, medan effekten hos deltagarna med måttlig demens hade avtagit.

### 3.2 Musikens effekt på beteendemässiga och psykiska symtom

Under denna rubrik presenteras svaret på frågeställning två uppdelat i fyra underrubriker; *depression, aggressivitet, oro* samt *övriga beteendemässiga och psykiska symtom*.

#### 3.2.1 Depression

Musikterapi som genomförts i grupp visade en signifikant minskning av depression hos personer med demens (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2010; Ray & Mittelman 2015), dock minskade även depressions symtom signifikant i kontrollgruppen som mottog standard

vård (Chu et al. 2014). Ett par studier påvisade ingen signifikant skillnad i grad av depression, varken i skattningsskalan (Wang, Yu & Chang 2015) eller fysiologiska mätningar (Chu et al. 2014; Wang, Yu & Chang 2015). De positiva effekterna som musikterapi tillgodogjorde visade effekt direkt efter avslutad intervention (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2010; Ray & Mittelman 2015) och bibehölls i två veckor (Ray & Mittelman 2015). Efter en månad kvarstod inte förbättringen (Chu et al. 2014).

### 3.2.2 Aggressivitet

Musik gav en signifikant positiv effekt på aggressivitet (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Cooke, Moyle, Shum, Harrison & Murfield 2010; Hicks-Moore & Robinson 2008; Raglio et al. 2010; Ray & Mittelman 2015). Musikterapi minskade aggressivt beteende, skillnaden mellan grupperna var dock inte signifikant (Ledger & Baker 2007; Ridder et al. 2013; Sung, Lee, Li & Watson 2011b; Vink et al. 2012) och en studie visade ingen förbättring på aggressivitet (Svansdottir & Snaedal 2006). Aktivt lyssnade till musik tillsammans med musikterapeut gav en större förbättring avseende aggressivt beteende än passivt lyssnande till musik (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Jämfört med andra stimuli som deltagarna presenterades för gav musikstimuli sämre effekt på aggressivt beteende än vad levande stimuli gjorde, som till exempel ett levande djur eller en bebis. Däremot gav musik bättre effekt än till exempel aktiverande stimuli som att krama en stressboll eller lägga pussel (Cohen-Mansfield et al. 2010a).

Musik hade signifikant positiv effekt på verbal agitation (Cooke et al. 2010; Hicks-Moore & Robinson 2008), dock kunde samma effekt påvisas i kontrollgruppen som ägnade sig åt olika typer av läsaktivitet (Cooke et al. 2010) samt mottog handmassage (Hicks-Moore & Robinson 2008). Ingen förändring kunde ses gällande fysiskt aggressivt utåtagerande (Cooke et al. 2010; Hicks-Moore & Robinson 2008). Den positiva effekten på aggressivt beteende var omedelbar och som högst direkt efter avslutad intervention (Hicks-Moore & Robinson 2008; Ledger & Baker 2007; Ray & Mittelman 2015; Vink et al. 2012). Efter två veckor var förekomsten av beteendet fortfarande lägre än före interventionen (Ray & Mittelman 2015), medan effekten avtagit efter tre veckor (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013).

### 3.2.3 Oro

Musik gav en signifikant lägre nivå av oro hos personer med demens (Cooke et al. 2010; Raglio et al. 2010; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b). Graden av oro minskade



i både interventions- och kontrollgruppen, som dels utförde en läsaktivitet i grupp (Cooke et al. 2010) och dels mottog standard vård (Raglio et al. 2010). Musikterapi i grupp (Sung et al. 2011b) samt lyssnande till favoritmusik (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung, Chang & Lee 2010) reducerade mängden oro signifikant hos deltagarna. Effekten hade avtagit efter tre veckor (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Svansdottir och Snaedal (2006) påvisade ingen förbättring av oro till följd av musikterapi i grupp.

### 3.2.4 Övriga beteendemässiga och psykiska symtom

En positiv effekt på beteendestörningar samt en signifikant förbättring av vanföreställningar och apatisk beteende kunde uppmätas efter musikterapi (Raglio et al. 2010). Motoriska störningar minskade signifikant bland deltagarna. Effekten avtog efter fyra veckor, men symtomen var fortfarande bättre än före interventionen (Svansdottir & Snaedal 2006). Irritabilitetssymtom förbättrades signifikant i både interventions- samt kontrollgruppen (Raglio et al. 2010). Raglio et al. (2015) påvisade förbättringar, men inga signifikanta skillnader mellan grupperna gällande musikens effekt på BPSD, medan Ridder et al. (2013) visade att BPSD förbättrades signifikant.

En musikterapeut observerade förändringar i deltagarnas beteende under studiens gång och beteenden som rastlöshet, förolämpningar mot andra, skäll, klagomål samt upprepande frågor minskade konstant under tiden (Ledger & Baker 2007). Sakamoto, Ando och Tsutou (2013) uppgav att både passivt lyssnande till musik respektive aktivt deltagande i musikterapi gav en kortsiktig parasympatiskt dominans, vilket tyder på minskad stress. Båda grupperna visade en signifikant förbättring av nöjda deltagare, där den största förbättringen syntes i gruppen som deltog i musikterapi. På lång sikt minskade känslomässig störning och fobier i båda grupperna medan även paranoidea föreställningar samt motoriska störningar minskade i den interaktiva gruppen. Tre veckor efter interventionens slut hade effekterna försvunnit.

Musikterapi i grupp gav ingen signifikant förbättring på vandringsbeteende (Ray & Mittelman 2015), hallucinationer, känslomässiga störningar eller fobier (Svansdottir & Snaedal 2006). Personerna med demens kunde heller inte uppmätas klara sin ADL bättre efter interventionen eller förbättra apatiskt beteende samt sociala störningar (Wang, Yu & Chang 2015).

### 3.3 Interventionsmetod i de inkluderade artiklarna

De inkluderade studierna genomfördes på olika sätt och under olika tidsramar. Den vanligaste längden på interventionen var sex veckor (Chu et al. 2014; Ray & Mittelman 2015; Ridder et al. 2013; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b; Svansdottir & Snaedal 2006). Medellängden var 11,6 veckor per intervention med ett tidsintervall från tre veckor (Cohen-Mansfield et al. 2010a) till ett år (Ledger & Baker 2007). I ett fall uppgavs inte under hur lång tid interventionen pågick (Hicks-Moore & Robinson 2008). För mer utförlig sammanställning se tabell 4.

Den mest förekommande tidsrymd som varje musiktillfälle varade i var 30 minuter (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2015; Raglio et al. 2010; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b; Svansdottir & Snaedal 2006; Wang, Yu & Chang 2015), vilket även var medellängden per tillfälle (tabell 4). Tidsintervallet sträckte sig från tre minuter för den kortaste sessionen (Cohen-Mansfield et al. 2010a) till en timme för den längsta (Ray & Mittelman 2015). Vidare varierade hur ofta musiktillfällena genomfördes under den tid som studierna pågick (tabell 4). Majoriteten av interventionerna genomfördes två gånger per vecka (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2015; Ridder et al. 2013; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b; Vink et al. 2012; Wang, Yu & Chang 2015). Deltagarna kunde även presenteras för musikstimuli vid ett tillfälle (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Hicks-Moore & Robinson 2008).

Hälften av studierna redovisade för när på dagen som interventionen skedde: samma dag och tid varje vecka för interventionstillfällena (Chu et al. 2014), samma veckodag (Cooke et al. 2010; Ledger & Baker 2007), samt vid samma tidpunkt under dagen (Ledger & Baker 2007; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b), tid och dag varierade åt mellan studierna. De studier som redovisade för var på det särskilda boendet interventionen genomfördes uppgav att det var i ett lugnt avskilt rum (Raglio et al. 2015; Ray & Mittelman 2015; Vink et al. 2012; Wang, Yu & Chang 2015), i ett för deltagaren välkänt rum (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013) samt i ett dagrum (Chu et al. 2014).

I två studier bytte deltagarna i interventionsgruppen och kontrollgruppen uppgift med varandra efter halva tiden, det vill säga gruppen som deltog i musikinterventionen första halvan av studietiden fick under den andra halvan utföra kontrollgruppens uppgifter (Cooke et al. 2010; Ridder et al. 2013).

Interventionen genomfördes dels i grupp och dels individuellt (tabell 4). I majoriteten av de studier där interventionen genomfördes i grupp fick deltagarna aktivt

delta i musikterapi, till exempel genom användning av instrument, sång, dans och rörelse (Chu et al. 2014; Ledger & Baker 2007; Raglio et al 2010; Ray & Mittelman 2015; Sung et al. 2011b; Svansdottir & Snaedal 2006; Vink et al. 2012; Wang, Yu & Chang 2015). Deltagarna i en studie fick lyssna till livemusik (Cooke et al. 2010). Gruppstorleken under interventionstillfället varierade från två till 20 deltagare, där medelantalet var under tio personer per grupp (Ledger & Baker 2007; Raglio et al 2010; Ray & Mittelman 2015; Svansdottir & Snaedal 2006; Vink et al. 2012). En studie uppgav det exakta antalet deltagare (Raglio et al 2010) medan två inte redovisade för antalet gruppdeltagare (Chu et al. 2014; Sung et al. 2011b). De studier där interventionen utfördes individuellt genomfördes dels genom aktivt deltagande i musikterapi (Raglio et al. 2015; Ray & Mittelman 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013) och dels genom lyssnande till musik via CD-spelare (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Hicks-Moore & Robinson 2008; Raglio et al. 2015; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung, Chang & Lee 2010).

Majoriteten av kontrollgrupperna fick under studietiden standard vård (Chu et al. 2014; Hicks-Moore & Robinson 2008; Ledger & Baker 2007; Raglio et al. 2015; Raglio et al. 2010; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al 2011b; Svansdottir & Snaedal 2006; Wang, Yu & Chang 2015), som i ett fall innebar deltagande i musikaktivitet (Ridder et al. 2013). Kontrollgruppen kunde även utföra andra aktiviteter som inte vanligtvis utfördes på det särskilda boendet och som därtill genomfördes under samma tidsrymd och frekvens som musikinterventionen. Dessa var dels läsaktivitet i form av bland annat högläsning och frågesport (Cooke et al. 2010) samt dagliga rekreations aktiviteter som till exempel handarbete, matlagning och pussel, under ledning av en terapeut (Vink et al. 2012).

Majoriteten av musikaktiviteterna leddes av en utbildad musikterapeut (Chu et al. 2014; Ledger & Baker 2007; Raglio et al. 2015; Raglio et al 2010; Ray & Mittelman 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Svansdottir & Snaedal 2006; Vink et al. 2012), vilket kunde variera inom studien i form av att inte alla interventionsgrupper fick tillgång till musikterapeut (Raglio et al. 2015). I övrigt leddes aktiviteterna av en forskarassistent (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Hicks-Moore & Robinson 2008; Sung et al. 2011b; Wang, Yu & Chang 2015), av omvårdnadspersonal tränad inom området (Sung, Chang & Lee 2010) eller i ett fall av två musiker (Cooke et al. 2010).

Favoritmusik som baserades på deltagarnas önskningar eller genom intervjuer med anhöriga och personal var vanligt förekommande (Hicks-Moore & Robinson 2008; Raglio et. al. 2015; Ray & Mittelman 2015; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Sung,

Chang & Lee 2010), i ytterligare två studier uppgavs musiken vara delvis önskad av deltagarna (Cooke et al. 2010; Ledger & Baker 2007). Musikstilar som användes användas var populärmusik (Chu et al. 2014), klassisk musik samt folkmusik (Vink et al. 2012). Vidare användes låtar som uppgavs vara välkända för deltagarna (Ridder et al. 2013; Sung et al. 2011b; Svansdottir & Snaedal 2006; Vink et al. 2012; Wang, Yu & Chang 2015).

Effekten av olika stimuli testades, dels genom att deltagarna fick lyssna till favoritmusik, fick handmassage eller en kombination av båda stimuli, där resultatet jämfördes med varandra samt med en kontrollgrupp som fick standard vård (Hicks-Moore & Robinson 2008). Dels testades effekten av ett flertal stimuli genom att samtliga deltagare presenterades för totalt 25 stimuli under en tre veckors period. För varje stimuli utvärderades effekten på aggressivt beteende före och efter interventionen, vilket även jämfördes i förhållande till övriga stimuli. De olika stimuli som användes var uppdelade i åtta olika kategorier; levande stimuli, simulerande sociala stimuli, aktiverande stimuli, varierande uppgifter, arbetsrelaterade uppgifter, musikstimuli, läsning samt individuellt valda stimuli (Cohen-Mansfield et al. 2010a).

**Tabell 4** Presentation av interventionsmetod. X = Ingår i studien.

Författare, År	Utförd i grupp	Utförd individuellt	Kontrollgrupp standardvård	Tidsintervall	Tid för varje session	Antal sessioner
Chu, Yang, Lin, Ou, Lee, O'Brien & Chou, 2014	X		X	6 Veckor	30 min	2ggr/vecka
Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein & Freedman, 2010		X	Ej kontrollgrupp	3 Veckor	3 min	1 tillfälle
Cooke, Moyle, Shum, Harrison & Murfield, 2010	X			8 Veckor	40 min	3ggr/vecka
Hicks-Moore & Robinson, 2008		X	X		10 min	1 tillfälle
Ledger & Baker, 2007	X		X	1 År	30-45 min	1ggr/vecka
Raglio, Bellandi, Baiardi, Gianotti, Ubezio, Zanicchi, Granieri, Imbriani & Stramba-Badiale, 2015		X	X	10 Veckor	30 min	2ggr/vecka
Raglio, Bellelli, Traficante, Gianotti, Ubezio, Gentile, Villani & Trabucchi, 2010	X		X	6 Månader	30 min	3ggr/vecka
Ray & Mittelman, 2015	X	X	Ej kontrollgrupp	6 Veckor	15-60 min	3ggr/vecka

Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013		X	X	6 Veckor	30 min	2ggr/vecka
Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013		X	X	10 Veckor	30 min	1ggr/vecka
Sung, Chang & Lee, 2010		X	X	6 Veckor	30 min	2ggr/vecka
Sung, Lee, Li & Watson, 2011	X		X	6 Veckor	30 min	2ggr/vecka
Svansdottir & Snaedal, 2006	X		X	6 Veckor	30 min	3ggr/vecka
Vink, Zuidersma, Boersma, Jonge, Zuidema & Slaets. 2012	X			4 Månader	40 min	2ggr/vecka
Wang, Yu & Chang, 2015	X		X	6 Månader	30 min	2ggr/vecka

## 4. Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

En positiv effekt av musikinterventioner på kognitiva funktioner som kommunikation, relation och minnesförmåga hos personer med demens påvisades. Musikens effekt på BPSD varierade, men positiv effekt visades på depressions symtom, aggressivitet, oro samt andra beteendemässiga och psykiska symtom. Dock var inte resultaten entydiga. De positiva effekterna var mestadels omedelbara och som högst direkt efter genomförd intervention. På långsikt påverkades kognitiva funktioner och BPSD vagt av musik. Hälften av de inkluderade studierna genomfördes med musikterapi i grupp och hälften individuellt. Majoriteten hade kontrollgrupper som mottog standard vård, men även andra aktiviteter förekom. I hälften av studierna användes deltagarnas favoritmusik och i flera fall var deltagarna aktiva genom rörelse och med hjälp av instrument.

### 4.2 Resultatdiskussion

#### 4.2.1 Musikens effekt på kognitiva funktioner

Musik har uppvisat en positiv effekt på kognitiva funktioner vid demenssjukdom (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Kognitiva funktioner kan under en kortare tid upprätthållas med läkemedel men eftersom detta inte är att föredra på lång sikt (Socialstyrelsen 2010) kan alternativa behandlingsmetoder krävas för att upprätthålla kognitiva funktioner och hälsan hos personer med demens. Föreliggande studies resultat kan jämföras med tidigare forskning där husdjur inom omvårdnaden har visat en positiv effekt på kognitiva funktioner hos äldre (Greer et al. 2002; Katsinas 2001). Musik i omvårdnaden kan således vara en alternativ metod för att bevara och bibehålla den kognitiva funktionen hos personer som drabbats av en demenssjukdom.

Musik visade effekt på förmågan att kommunicera och interagera (Raglio et al. 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013) och bidrog till en förbättrad relation mellan deltagarna och musikterapeuten (Raglio et al. 2015). Människan lever i en social kontext och är beroende av andra (Ternestedt & Norberg 2009), vilket förutsätter att kommunikationen och relationen människor emellan fungerar. Personer med demens berövas sina förmågor att klara sig själv och får ett ökat omvårdnadsbehov (Edberg 2009), vilket leder till att de tvingas interagera med andra människor för att klara sin vardag. Det är därför betydelsefullt att finna metoder för att främja kommunikation och förbättra relationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Musikens påverkan på interaktion (Raglio et al. 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013) kan därmed anses betydelsefullt för vårdandet av personer med demens vilket i sin tur kan bidra till personens upplevelse av hälsa. Enligt WHO (1948) är hälsa inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning utan en helhet av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Utifrån denna definition kan personer med demens uppleva hälsa trots att de har en sjukdom som innebär en nedsättning av de kognitiva funktionerna.

Minnesförmågan var den kognitiva funktion där musiken hade störst positiv effekt (Chu et al. 2014). Eftersom tidigare forskning tyder på att påverkan på minnet är primär och stark vid demensutveckling (Giebel, Challis & Montaldi 2015) har resultatet betydelse eftersom det pekar på att musik kan användas som en metod i omvårdnaden för att bibehålla minnesförmågan hos personer med demens. Asp och Ekstedt (2009) beskriver att musik kan påverka medvetandet genom att väcka känslor och associera till minnen, vilket överensstämmer med resultatet. Musiken väckte positiva minnen och bidrog till glädje och skratt (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013) vilket kan antas ha en positiv effekt på hälsan för deltagarna.

#### 4.2.2 Musikens effekt på beteendemässiga och psykiska symtom

Musik har påvisat en varierad effekt på BPSD. Flertalet studier visade en positiv effekt på beteendestörningar som depression (Chu et al. 2014; Raglio et al. 2010; Ray & Mittelman 2015), aggression (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Cooke et al. 2010; Hicks-Moore & Robinson 2008; Ledger & Baker 2007; Raglio et al. 2010; Ray & Mittelman 2015; Ridder et al. 2013; Sung et al. 2011b; Vink et al. 2012) samt oro (Cooke et al. 2010; Raglio et al. 2010; Sung, Chang & Lee 2010; Sung et al. 2011b). Dessa är symtom som de allra flesta personer med demenssjukdom drabbas av och som innebär lidande för individen, anhöriga och omvårdnadspersonal (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska

2012; Socialstyrelsen 2010). Tidigare forskning tyder på att omvårdnadsåtgärder som anpassning av miljön och meningsfulla aktiviteter kan minska BPSD (Laver et al. 2014; McCurry et al. 2005). Fotmassage har visat sig ge positiva effekter på psykisk stress och bidra till parasympatisk dominans hos personer med demens (Moyle et al. 2014), vilket kan jämföras med musik som påvisades ge en parasympatisk dominans (Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Musikens effekt på parasympatikus har även påvisats i tidigare forskning av Kunnikullaya et al (2015) och Peng, Koo och Yu (2009), vilka menar att detta bidrar till lugn. Eftersom icke-farmakologisk behandling bör vara förstahandsval vid BPSD (Läkemedelsverket 2008), behövs andra strategier för att dämpa dessa symtom. Resultatet i föreliggande studie samt tidigare forskning styrker det faktum att icke-farmakologisk behandling kan användas som ett komplement till läkemedel vid BPSD samt att musik kan vara en effektiv metod att använda.

Musikens effekt kan jämföras med andra aktiviteter som gav effekt på BPSD. Forskning visar att aktiviteter och stimuli som läsaktiviteter i grupp (Cooke et al. 2010), handmassage (Hicks-Moore & Robinson 2008), rekreations aktiviteter (Vink et al. 2012) samt levande stimuli som till exempel djur eller barn (Cohen-Mansfield et al. 2010a) kan påverka BPSD positivt. Utifrån detta kan det diskuteras om det är musiken i sig som bidrar till de positiva effekterna på BPSD eller om det är en bidragande del. Till exempel menar Larsson och Rundgren (2010) att aktivering kan förebygga beteenden som skrik och vandring. Musiktillfällena omfattade flera moment och till exempel kan det spekuleras i ifall deltagarna fick mer uppmärksamhet av omvårdnadspersonal och musikerapeuter än i vanliga fall, vilket tillsammans med mer aktivering bidrog till de positiva effekterna. Denna diskussion kan kopplas samman med de bärande begreppen. Vårdande handlar om att öka en annan persons hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010), genom meningsfulla aktiviteter som musikterapi eller att lyssna till musik sätts människan i fokus inte sjukdomen, vilket kan bidra till en förbättrad upplevelse av hälsa eftersom denna enligt Eriksson (2014) är en helhet av både fysisk, psykisk och social upplevelse. Det är möjligt att dessa områden stimulerades hos deltagarna under musikinterventionerna och att välbefinnandet därmed ökade och BPSD symtomen påverkades.

En åtgärd för att stödja hälsan hos personer med demens är individanpassad miljö (Socialstyrelsen 2010). Eftersom miljön inte enbart är en fysisk aspekt (Edvardsson & Wijk 2009) kan musik ses som en del av miljön som skänker meningsfullhet och trygghet till individen. Ylikangas (2012) anser att miljön är föränderlig och kan stärka hälsan

likväl som den kan vara sjukdomsbevarande. De musikaktiviteter som gav en positiv effekt kan därmed anses vara hälsofrämjande genom att de tillförde något positivt till miljön, det vill säga musik. Resultatet är dock inte entydigt utan ett par studier visade liten eller ingen effekt på BPSD (Svansdottir & Snaedal 2006; Wang, Yu & Chang 2015), vilket utifrån Ylikangas (2012) definition kan förklaras med att miljön inte var stimulerande för hälsan. Anledningen till de varierande effekterna kan dels vara genomförandet av interventionen och dels beroende på deltagarna i studien. Det kan antas att alla deltagare inte hade samma intresse i musik vilket bidrog till att de inte fick samma positiva effekt av musiken. Därtill kan den musik som spelades vara förknippad med negativa känslor för personen vilket kan påverka effekten. Detta antagande styrks av Cohen-Mansfield, Marx, Thein och Dakheel-Ali (2010b) som påvisade att deltagarna med ett tidigare intresse för musik fick en mer positiv effekt av att delta i en musikintervention.

#### 4.2.3 Musik i omvårdnaden kring personer med demens

Föreliggande studie visar att musik i omvårdanden av personer med demens kan vara en lämplig alternativ behandlingsmetod för att förbättra kognitiva funktioner samt motverka BPSD. Trots detta finns hinder i praktiken som försvårar användandet av musiken. Sung, Lee, Chang och Smith (2011a) samt Tucket, Hodgkinson, Rouillon, Balill-Lozoya och Parker (2015) uppger att musik sällan används inom demensvården trots att det finns en medvetenhet hos personal om musikens hälsofrämjande effekter samt en vilja att använda den.

Aktivt deltagande i musikterapi har visat sig ge större effekt på kognitiva funktioner och BPSD än passivt lyssnande till musik, men även det senare har visat effekt (Raglio et al. 2015; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013). Detta tyder på att musik i någon form är bättre än ingen musik, vilket kan vara en värdefull insikt eftersom omvårdnadspersonal uppger att hinder för implementeringen av musik i omvårdnaden är bristande kunskaper (Sung et al. 2011a) samt avsaknad av tid (Sung et al. 2011a; Tucket et al. 2015). Ytterligare ett hinder ansågs vara bristande resurser (Sung et al. 2011a), men forskning tyder på att musik är en kostnadseffektiv vårdåtgärd eftersom det är relativt enkelt att tillhandhålla (Ryu, Park & Park 2012). Om omvårdnadspersonalen har svårt att finna tid eller resurser för att utföra musikaktiviteter tillsammans med de boende kan följaktligen även musik från en CD-spelare ge effekt, vilket därtill inte kräver en särskild kunskap hos personalen.



Musikaktiviteter kan ske på varierande sätt (tabell 4) vilket tyder på att utförandet av musikaktiviteter kan se olika ut men ändå ge effekt. Särskilda boenden kan således utforma sitt egen metod för att använda musik i omvårdnaden, vilket kan underlätta genomförandet samt bidra till att musik används mer kontinuerligt. Detta antagande styrks av Tucket et al. (2015) som belyser att omvårdnadspersonal ansåg att tiden för att utföra långa musiksessioner inte fanns men att kortare sessioner, men oftare, skulle fungera bättre för deras verksamhet.

Musikens effekt på kognitiva funktioner och BPSD var inte alltid signifikanta men de positiva effekterna musiken bidrog till bör ändå beaktas. Om musiken påverkar en person i en grupp på ett positivt sätt är musiken hälsoframkallande för den individen. Eftersom musik därtill inte har påvisats ha negativa effekter eller biverkningar och därmed kan anses vara en riskfri åtgärd bör musikimplementering i omvårdnaden således vara motiverad att genomföra. Sammantaget innebär detta att ingen förlorar på att använda musik som en del i omvårdnaden av personer med demens och att fördelarna med användandet bör uppväga nackdelarna.

#### 4.2.4 Interventionsmetod i de ingående artiklarna

Övervägande antal studier använde sig av en kontrollgrupp där majoriteten mottog standard vård (tabell 4). Enligt Polit och Beck (2012) är användandet av en kontrollgrupp en styrka, där det mest förekommande är att kontrollgruppen får vanlig behandling. Vidare är det betydelsefullt att forskarna noggrant redovisar vad kontrollgruppen får för behandling, att endast redovisa att de får standard vård utan en definition om vad det innebär anses inte trovärdigt för studien (Polit & Beck 2012). Flertalet av de inkluderade studierna där kontrollgruppen uppgavs få standard vård definierade inte vad denna vård innebar, vilket kan anses som en svaghet eftersom det innebär att det blir svårare att avgöra skillnaderna mellan respektive behandling, samt att jämföra likheter och olikheter studierna emellan. Bland dem som definierade standard vård, skiljde sig definitionen åt mellan de olika studierna. Musik kunde vara en del i standard vården, eftersom det uppgavs var en daglig aktivitet på det särskilda boendet (Ridder et al. 2013). Vidare kunde kontrollgruppen delta i aktiviteter som till exempel högläsning (Cooke et al. 2010). Enligt Polit och Beck (2012) bör interventionsgruppen och kontrollgruppen erhålla vård och behandling som skiljer sig markant från varandra eftersom detta ger de bästa förutsättningar för ett tydligt resultat. I de fall där kontrollgruppen mottog aktiviteter som tillägg till standard

vård eller i de studier där standard vården inkluderade deltagande i musikgrupper, kan detta vara en orsak till att resultatet inte visade tydliga signifikanta förbättringar.

Enligt Polit och Beck (2012) kan det i vissa studier vara lämpligt att ha en kontrollgrupp som utöver standard vård ges extra uppmärksamhet. Detta kan vara värdefullt när forskaren misstänker att uppmärksamhet kan vara en del i resultatet. Som tidigare nämnts kan det spekuleras i huruvida det faktum att deltagarna fick extra uppmärksamhet påverkade effekten av olika aktiviteter (Cohen-Mansfield et al. 2010a; Cook et al. 2010). Således hade en studie med en kontrollgrupp som den som Polit och Beck (2012) nämner varit en intressant jämförelse.

Musikinterventioner genomfördes på olika sätt gällande antal tillfällen med musik, längden per tillfälle samt hur lång tid hela studien pågick (tabell 4). Variationen kan antas påverka den uppmätta effekten på kognitiva funktioner respektive BPSD. Exempelvis bör en effekten av musikaktivitet 40 minuter tre gånger i veckan i åtta veckor (Cooke et al. 2010) skilja sig mot effekten av en tio minuters aktivitet vid ett tillfälle (Hicks-Moore & Robinson 2008), framförallt med hänsyn till långtidseffekter. Vidare kan diskuteras om det faktum att hälften av interventionerna genomfördes med musik i grupp medan andra hälften genomfördes individuellt (tabell 4) påverkar resultatet. En gruppaktivitet kan leda till gemenskap och stärkta relationer vilket kan vara positivt för vissa deltagare medan andra personer har svårare att delta i gruppaktiviteter vilket kan bidra negativt. Musik individuellt kan däremot enklare individanpassas, vilket i sin tur kan stärka musikens positiva påverkan.

Ytterligare faktorer som kan anses påverka resultatet kan vara vilken typ av musik som används vid interventionen samt storlek på gruppen, faktorer som dessa varierade i de inkluderade studierna. Polit och Beck (2012) menar att det finns miljöfaktorer som inte går att kontrollera av forskaren, men som ändå bör uppmärksammas eftersom de kan påverka resultatet. Exempel på detta utifrån ovanstående resultat kan vara vilken personal som arbetade, vilken grad av demenssjukdom deltagarna hade samt deltagarnas aktuella humör och beteenden när mätningarna genomfördes och effekten utvärderades.

#### 4.3 Metoddiskussion

Den valda designen var relevant utifrån valt syfte eftersom studien sammanfattar resultatet av tidigare studier, vilket enligt Polit och Beck (2012) är avsikten med en litteraturstudie. Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Litteraturstudier bör

omfatta sökning i två databaser (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011) och de valda databaserna anses användbara för forskning inom ämnet omvårdnad (Polit och Beck 2012). Användandet av två databaser kan således ses som en styrka för studien, eftersom detta stärker validiteten genom att möjligheterna att finna relevanta träffar förbättras jämfört med om en databas används (Henricson 2013).

Sökningarna genomfördes gemensamt och systematiskt i båda databaserna och genererade lämpligt antal träffar utifrån föreliggande studies riktlinjer. Samtliga inkluderade artiklar söktes med hjälp av fritextsökning vilket kan anses vara en svaghet (Polit & Beck 2012). Denna sökstrategi motiveras med att antal träffar ansågs vara hanterbara samt relevanta för studiens syfte. Utifrån den anledningen blev inga sökningar genomförda med hjälp av indexord eftersom sökningarna redan ansågs vara mättade. I efterhand diskuterades om indexord ändå hade kunnat vara behjälpliga i specificerandet av sökningarna eftersom avsikten med dessa är att avgränsa träffarna (Polit och Beck 2012). Trots att fritextsökningarna resulterade i 15 vetenskapliga artiklar påfanns även flertalet irrelevanta träffar som eventuellt hade kunnat undvikas genom sökning med index ord.

Samtliga titlar samt abstract på funna träffar lästes gemensamt i urvalet av artiklar, för att försäkra att inga relevanta artiklar skulle bli bortvalda på grund av en missvisande titel. När artiklarna valts ut skrevs två kopior ut av varje exemplar och därefter lästes dessa individuellt och innehållet kunde sedan diskuteras och jämföras. Detta tillvägagångssätt stärker reliabiliteten av studien enligt Henricson (2013) och kan därför anses vara en styrka. Ytterligare en styrka för studien är att 15 artiklar granskades eftersom det gav ett större underlag än om färre antal artiklar granskats, vilket ökar möjligheten att generalisera resultatet (Polit & Beck 2012).

Ett inklusionskriterium för föreliggande studie var att ingående studier skulle vara genomförda på särskilda boenden. Denna avgränsning kan ses som en svaghet eftersom inte alla personer med demens inkluderades, vilket kan minska generaliserbarheten för hela populationen av personer med demenssjukdom (Polit och Beck 2012). Avgränsningen genomfördes för att få ett hanterbart material och med åtanke att särskilt boende är en vanligt förekommande boendeform för personer med demens. Urvalskriteriet att studier som undersökte musikens effekt på specifika situationer som till exempel måltider skulle exkluderas, valdes med anledning att resultatet av musikinterventionen skulle bli mer generaliserbart samt kunna tillämpas i de flesta situationer. Tanken var att

säkerhetsställa att den effekt som uppkom inte berodde på andra faktorer än musiken, som till exempel mat.

En svaghet kan vara att de inkluderade artiklarna är på annat språk än författarnas modersmål, vilket kan medföra en ökad risk för feltolkningar och missförstånd (Henricson 2013), detta har dock tagits i beaktning och lexikon har använts vid minsta osäkerhet eller tvetydighet av ord eller meningar. Vidare kan det även vara en begränsning att enbart inkludera artiklar skrivna på engelska eftersom även artiklar skrivna på andra språk eventuellt kunde ha besvarat syftet och tillfört data.

När artiklarna analyserades framkom det att materialet rörande musikens effekt på BPSD var mer omfattande än materialet kring kognitiva funktioner. Detta medförde att resultatet som svarade på frågeställning två delades upp i fyra underrubriker medan resultatet som svarade på frågeställning ett redovisades under en rubrik. Det kan anses som en svaghet att inte materialet rörande kognitiva funktioner var mer omfattande samt att resultatdelen i föreliggande studie är uppbyggd olika rörande de tre frågeställningarna. Däremot kan det anses som en styrka för studiens tydlighet att frågeställning två delades in i flera underrubriker för att ge ett mer överskådligt resultat.

I de inkluderade studierna genomfördes majoriteten av interventionerna av en utbildad musikterapeut (Chu et al. 2014; Ledger & Baker 2007; Raglio et al. 2015; Raglio et al 2010; Ray & Mittelman 2015; Ridder et al. 2013; Sakamoto, Ando & Tsutou 2013; Svansdottir & Snaedal 2006; Vink et al. 2012). Detta kan anses som en styrka som ökar reliabiliteten eftersom möjligheterna att musikaktiviteterna höll en god kvalitet stärktes tack vare att de genomfördes och kontrollerades av en person utbildad inom ämnet. Dock kan det även vara en svaghet eftersom musiken är avsedd att tillämpas av vård och omsorgspersonal och musikens effekt kan skilja sig beroende på hur och av vem den utförs, vilket kan innebära att resultatet från föreliggande studie inte blir lika generaliserbart (Polit & Beck 2012). Majoriteten av studierna använder lika mätinstrument för att mäta effekterna på kognition samt BPSD vilket kan ses som en styrka eftersom validiteten stärks (Polit & Beck 2012), vilket även kan anses öka generaliserbarheten för föreliggande studies resultat.

#### 4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Genom att använda musik som en del av omvårdnaden kring personer med demens kan kognitiva funktioner bibehållas och BPSD minskas. Musiken är tänkt att användas av omvårdnadspersonalen som ett verktyg i vårdandet för att främja miljön kring personerna

med demens samt förbättra och bibehålla deras hälsa. Musiken kan med fördel implementeras i vardagen och bli en daglig rutin för att kontinuerligt stimulera kognitiva funktioner och motverka BPSD.

#### 4.5 Förslag till fortsatt forskning

I databassökningarna som utförts framkom att ett begränsat antal studier undersökte musikens effekt på kognitiva funktioner hos personer med demens. Av den anledningen behövs vidare forskning kring ämnet genom kvantitativa interventionsstudier där resultatet för en interventionsgrupp kan jämföras med en kontrollgrupp. Eftersom tiden för interventionen varierade mellan de olika studierna både gällande totalt antal sessioner samt tiden för sessionerna har förslag diskuterats om hur vidare forskning kan utformas för att uppnå bästa effekt av musiken både på kort och lång sikt. Ett förslag är en interventionsstudie som bör genomföras under minst en månad, med musiksessioner dagligen. Personerna med demens bör få tillgång till musik minst en gång per dag, men under en kortare tid för att bibehålla deltagarna aktiva i sessionerna och för att bevara koncentrationen.

#### 4.6 Slutsats

Resultatet av föreliggande studie beskriver att musik främjar kognitiva funktioner hos personer med demens samt förbättrar BPSD. Musik som aktivitet kan därför anses lämpligt att använda som en alternativ behandlingsmetod och som en del av omvårdnaden kring personer med demenssjukdom.

## Referenser

Artiklar markerade med \* utgör studiens resultat

- Asp M. & Ekstedt M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 481-487.
- Cerejeira, L., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, ss. 1-21. DOI: 10.3389/fneur.2012.00073
- \* Chu H., Yang C-Y., Lin Y., Ou K-L., Lee T-Y., O'Brien A. P. & Chou K-R. (2014). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing*, 16(2), ss. 209-217. DOI: 10.1177/1099800413485410
- Cohen-Mansfield J. (1991). *Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Rockville, Maryland: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. [http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/cmai\\_manual.pdf](http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/cmai_manual.pdf)
- \* Cohen-Mansfield J., Marx M. S., Dakheel-Ali M., Regier N. G., Thein K. & Freedman L. (2010a). Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, ss: 1459-1464. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x
- Cohen-Mansfield J., Marx M. S., Thein K. & Dakheel-Ali M. (2010b). The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging Mental Health*, 14(1), ss. 67-73. DOI: 10.1080/13607860902845574
- \* Cooke M. L., Moyle W., Shum D. H. K., Harrison S. D. & Murfield J. E. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*, 14(8), ss. 905-916. DOI: 10.1080/13607861003713190
- Cummings J., Mintzer J., Brodaty H., Sano M., Banerjee S., Devanand D. P., Gauthier S., Howard R., Lanctôt K., Lyketsos C. G., Peskind E. Porsteinsson A. P., Reich E., Sampaio C., Steffens D., Wortmann M. & Zhong K. (2015). Agitat-

- ion in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 27(1), ss. 7–17. DOI: 10.1017/S1041610214001963
- Dahlberg K. & Segesten K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Edberg A-K. (2009). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 749-791.
- Edvardsson, D. & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdandens grunder: Hälsa och Ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 173-201.
- Eriksdotter Jönhagen M. (2011). Demenssjukdomar – en översikt. I A-K. Edberg (Red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 345-356.
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Förenta Nationerna (2015). *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*. <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/> [2016-02-14]
- Giebel C. M., Challis D. & Montaldi D. (2015). Understanding the cognitive underpinnings of functional impairments in early dementia: a review. *Aging & Mental Health*, 19(10), ss. 859-875. DOI: 10.1080/13607863.2014.1003282
- Greer K. L., Pustay K. A., Zaun T. C. & Coppens P. (2002). A Comparison of the Effects of Toys versus Live Animals on the Communication of Patients with Dementia of the Alzheimer's Type. *Clinical Gerontologist*, 24(3-4), ss. 157-182. DOI: 10.1300/J018v24n03\_13
- Haiboa X., Shifub X., Pind N. G., Chaob C., Guorong M., Xuejue L., Shimingf B., Wenlig F., Junh L., Mingyuana Z. & McCabei M. P. (2013). Prevalence and severity of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Chinese: findings from the Shanghai three districts study. *Aging & Mental Health*, 17(6), ss: 748–752. DOI: 10.1080/13607863.2013.781116
- Henricson M. (2013). Diskussion. I Henricson M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 471-479.

- \* Hicks-Moore S. L., & Robinson B. A. (2008). Favorite music and hand Massage Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*, 7(1), ss. 95-108. DOI: 10.1177/1471301207085369
- Katsinas R. P. (2001). The Use and Implications of a Canine Companion in a Therapeutic Day Program for Nursing Home Residents with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 25(1), ss. 13-30. DOI: 10.1300/J016v25n01\_02
- Kunikullayaa K. U., Goturua J., Muradia V., Hukkeria P. A., Kunnavilc R., Doreswamy V., Prakashb V. S. & Murthyda N. S. (2015). Music versus lifestyle on the autonomic nervous system of prehypertensives and hypertensives—a randomized control trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 23, ss: 733-740. DOI: 10.1016/j.ctim.2015.08.003
- Larsson M. & Rundgren Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Laver K., Clemson L., Bennett S., Lannin N. A. & Brodaty H. (2014). Unpacking the Evidence: Interventions for Reducing Behavioral and Psychological Symptoms in People with Dementia. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 32(4), ss: 294-309. DOI: 10.3109/02703181.2014.934944
- \* Ledger A. J. & Baker F. A (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11(3), ss. 330-338. DOI: 10.1080/13607860600963406
- Läkemedelsverket (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD*. <https://lakemedelsverket.se/Alla-ny-heter/NYHETER-2008/Lakemedelsbehandling-och-bemotande-vid-beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demenssjukdom--BPSD-/> [2016-02-19]
- McCurry S. M., Gibbons L. E., Logsdon R. G., Vitiello M. V. & Teri L. (2005). Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), ss: 793-802. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53252.x
- Moyle W., Cooke M. L., Beattie E., Shum D. H. K., O'Dwyer S. T., Barrett S. & Sung B. (2014). Foot Massage and Physiological Stress in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(4), ss. 305–311. DOI: 10.1089/acm.2013.0177



- Peng S-M., Koo M., & Yu Z-R. (2009). Effects of Music and Essential Oil Inhalation on Cardiac Autonomic Balance in Healthy Individuals. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(1), ss: 53-57. DOI: 10.1089/acm.2008.0243
- Polit D. F. & Beck T. C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkens.
- \* Raglio A., Bellandi D., Baiardi P., Gianotti M., Ubezio M. C., Zancchi E., Granieri E., Imbriani M. & Stramba-Badiale M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, ss. 1534–1539.
- \* Raglio A., Bellelli G., Traficante D., Gianotti M., Ubezio M. C., Gentile S., Villani D. & Trabucchi M. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(8), ss. 900–904. DOI: 10.1080/13607861003713158
- \* Ray K. & Mittelman M. S. (2015). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*, ss. 1–22. DOI: 10.1177/1471301215613779
- \* Ridder M. O., Stige M., Qvale L. G. & Gold C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), ss. 667-678. DOI: 10.1080/13607863.2013.790926
- Rosén M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I Henricson M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss.429-445.
- Ryu, M., Park, J. S. & Park, H. (2012). Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(5/6), ss. 728-735. DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.03876.x
- \* Sakamoto M., Ando H. & Tsutou A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), ss. 775–784. DOI: 10.1017/S1041610212002256
- Skovdah K. & Edberg A.-K. (2011). Stöd för relationen – metoder för kommunikation och sinnesstimulering. I A-K. Edberg (Red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 323-344.

- Skovdahl K. & Kihlgren M. (2011). Beteende som kan vara svåra att tolka och förstå. I A-K. Edberg (Red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB, 287-301.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2006). *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. [http://old.sbu.episerverhosting.com/upload/Publikationer/Content0/1/Demens\\_sammanfattning.pdf](http://old.sbu.episerverhosting.com/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf) [2016-03-01]
- Sixsmith A. & Gibson G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*, 27(1), pp 127-145. DOI: 10.1017/S0144686X06005228
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkata-log/attachments/18012/2010-5-1.pdf> [2016-02-16]
- Socialstyrelsen (2014). *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-1> [2016-02-16]
- \* Sung H-C., Chang A. M. & Lee W-L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, ss. 1056–1064. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x
- Sung H-C., Lee W-L., Chang S-M. & Smith G. D. (2011a). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20, ss. 1776–1783. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03633.x
- \* Sung H-C., Lee W-L., Li T-L. & Watson R. (2011b). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, ss. 621–627. DOI: 10.1002/gps.2761
- \* Svansdottir H. B. & Snaedal J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), ss. 613–621. DOI: 10.1017/S1041610206003206
- Svensk sjuksköterskeförening (2013). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/> [2016-02-17]
- Svenskt demenscentrum (2008). *Så fungerar hjärnan*. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/Sa-fungerar-hjarnan/> [2016-02-17]

- Svenskt demenscentrum (2014a). *Alzheimers sjukdom*. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Alzheimers-sjukdom/> [2016-02-17]
- Svenskt demenscentrum (2014b). *Vad är demens?* <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/> [2016-02-17]
- Ternstedt, B.-M. & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelerspektiv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållnings-sätt*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 29-65.
- Tuckett A. G., Hodgkinson B., Rouillon L., Balil-Lozoya T. & Parker D. (2015) What carers and family said about music therapy on behaviours of older people with dementia in residential aged care. *International Journal of Older People Nursing*, 10, ss. 146–157. DOI: 10.1111/opn.12071
- \* Vink A. C., Zuidersma M., Boersma F., de Jonge P., Zuidema S. U. & Slaets J. P. J. (2012). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, ss. 1031–1038. DOI: 10.1002/gps.3924
- \* Wang S-C., Yu C-L. & Chang S-H. (2015). Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study. *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607863.2015.1093602
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation, WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Ylikangas, C. (2012). Miljö- och ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

**Tabell 2:** Sammanställning av inkluderade artiklar

	<b>Författare, år, studieland</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Undersökningsgrupp</b>	<b>Datainsamlingsmetod *</b>	<b>Dataanalysmetod *</b>
1	Chu, Yang, Lin, Ou, Lee, O'Brien & Chou, 2014, Taiwan	The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons with Dementia: A Randomized Controlled Study	Prospektiv, randomiserad kontrollerad studie (RCT)	100 deltagare, 53% kvinnor, mellan 65-97 år, medelålder 82 år	C-SSDD, Kortisol i saliv, MMSE	Mann-Whitney U test, t-test
2	Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein & Freedman, 2010, USA	Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli?	Upprepande mätning	111 deltagare, medelålder 85,4 år, 80,2% kvinnor	ABMI	Friedman test
3	Cooke, Moyle, Shum, Harrison & Murfield, 2010, Australien	A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia	Randomiserad kontrollerad tvärsnittsstudie	67 deltagare, 70,2% kvinnor, 75-94 år	CMAI-SF, RAID	t-test, ANOVA
4	Hicks-Moore & Robinson, 2008, Canada	Favorite music and hand massage Two interventions to decrease agitation in residents with dementia	Experimentell upprepande mätning	41 deltagare, 78% kvinnor, medelålder 84,5år	CMAI	ANOVA
5	Ledger & Baker, 2007, Australien	An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease	Longitudinell, upprepande mätning	45 deltagare, 71-96 år, övervägande antal kvinnor	CMAI	ANOVA

6	Raglio, Bellandi, Baiardi, Gianotti, Ubezio, Zanacchi, Grani-eri, Imbriani & Stramba-Badiale, 2015, Italien	Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial	Randomiserad kontrollerad studie	120 deltagare, övervägande antal kvinnor, 65 år och äldre	CDR, MMSE, NPI, BI, CSDD	ANOVA, Kruskal-Wallis, chi-square test
7	Raglio, Bellelli, Traficante, Gianotti, Ubezio, Gentile, Villani & Trabucchi, 2010, Italien	Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomized controlled trial	Randomiserad kontrollerad studie	53 deltagare, majoriteten kvinnor, medelålder 85 år	MMSE, BI, NPI	ANOVA, MANOVA
8	Ray & Mittelman, 2015, USA	Music Therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia	Explorativ med individuell kontroll	132 deltagare, 84,8% kvinnor, medelålder 86,9år	CSD, AWS, CMAI	ANOVA
9	Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013, Danmark & Norge	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial	Explorativ, randomiserad kontrollerad studie	42 deltagare, 69% kvinnor, medelåldern 81 år	CMAI	t-test, McNemar's x2 test
10	Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013, Japan	Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia	En randomiserad kontrollerad studie	39 deltagare, 82% kvinnor, medelålder 80,5 år	BEHAVE-AD, Face scale, autonomic nerve index, HR, HF, HRV	ANOVA, Wilcoxon signed-rank test, Tukey's Honestly Significant Difference test, Mann-Whitney U test
11	Sung, Chang & Lee, 2010, Taiwan	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes	Quasi-experimentell	59 deltagare, 55,8% män, medelålder 80,1 år	RAID	ANCOVA

12	Sung, Lee, Li & Watson, 2011, Taiwan	A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia	Experimentell	55 deltagare, 65,8% kvinnor, medelålder 81,37år	CMAI, RAID	ANCOVA
13	Svansdottir & Snaedal, 2006, Island	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer´s type: a case - control study	”Case-control” studie	38 deltagare, 71-87 år	BEHAVE-AD	Wilcoxon signed rank test, t-test
14	Vink, Zuidersma, Boersma, de Jonge, Zuidema & Slaets, 2012, Holland	The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial	Randomiserad kontrollerad studie	77 deltagare, majoriteten kvinnor, medelålder 82 år	CMAI	Chi-square, t-test, Whitney U test
15	Wang, Yu & Chang, 2015, Taiwan	Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study	Quasi-experimentell, longitudinell	149 deltagare, majoriteten kvinnor, medelålder 84,5 år	MMSE, CAPE-BRS, CSDD, kortisol i saliv	t-test, chi-squared, Pearson´s correlation

*\*Förklaring av förkortningar se ordlista 1.*

**Ordlista 1.** Förklaring till förkortningar i tabell 2.

ABMI – Agitation Behavior Mapping Instrument

ANCOVA – Analysis Of Covariance

ANOVA – Analysis Of Variance

AWS – Algase Wandering Scale

BEHAVE-AD – The Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease  
Rating Scale

BI – Barthel Index

CAPE-BRS – The Clifton Assessment Procedures for the Elderly  
Behavior Rating Scale

C-CSDD – Chinese Version of the Cornell Scale of Depression in  
Dementia

CDR – Clinical Dementia Rating

CSDD - Cornell Scale of Depression in Dementia

CSD – Cornell Scale for Depression

CMAI – Cohen-Mansfield Agitation Inventory

CMAI-SF – Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Short Form

HF – High-frequency

HR – Heart Rate

HRV – Heart Rate variability

MANOVA – Multivariate Analysis Of Variance

MMSE – Mini-Mental State Examination

NPI – Neuropsychiatric Inventory

RAID – Rating Anxiety in Dementia Scale

## Bilaga 2

**Tabell 3.** Sammanställning av författare, syfte, intervention och resultat

	<b>Författare, år</b>	<b>Syfte *</b>	<b>Intervention *</b>	<b>Resultat *</b>
1	Chu, Yang, Lin, Ou, Lee, O'Brien & Chou 2014	Att fastställa effektiviteten av musik terapi (MT) i grupp för att förbättra depression och fördröja försämring av kognitiva funktioner hos äldre personer med demens	MT i grupp, ledd av musikerapeut. 30 min, 2 ggr/v. i 6 veckor. I MT ingick: sång, lyssnande på musik, instrument spelande, rörelse. MT genomfördes samma dag och tid varje vecka. Kontrollgruppen: standard vård.	Resultatet visar att depressionen minskade direkt efter genomförd intervention, dock visades ingen förändring en månad efter interventionen inte heller i de fysiologiska mätningarna. Kognitiva funktioner förbättrades något, störst förbättring visade sig på minnesfunktionen.
2	Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein & Freedman 2010	Att undersöka effekten av olika stimuli på aggressivt beteende hos personer med demens på särskilt boende.	Deltagarna presenterades för 25 olika stimuli av en forskarassistent. ca 4 stimuli/dag, under 3 veckor, 3 min/stimuli, bl.a. att individuellt lyssna på musik. Ingen kontrollgrupp	Resultatet tyder på att musik signifikant minskar aggressivitet jämfört med utgångsläget.
3	Cooke, Moyle, Shum, Harrison & Murfield 2010	Att undersöka effekten av musik på aggressivitet, känslor och livskvalité hos äldre personer med demens.	Gruppintervention med två musiker som uppträdde: 30min livemusik + 10min inspelad musik, 3ggr/v i 8 veckor. Alltid måndag, onsdag och fredag förmiddag. Kontrollgruppen fick delta i läsaktivitet. Efter 8 v. skedde 5 v. uppehåll, därefter bytte grupperna aktivitet med varandra för ytterligare 8 v. intervention.	Resultatet visar ingen effekt på aggressivitet och oro, förutom på verbal aggression som minskade signifikant.
4	Hicks-Moore & Robinson 2008	Att undersöka effekten av favorit musik (FM) och hand massage (HM) på aggressivt beteende bland personer med medelsvår demens på särskilt boende.	Interventionen skedde individuellt, varje deltagare mottog FM, HM, och FMHM, under 10 min vardera. Interventionen pågick i 10min, en aktivitet/dag. FM spelades på en bärbar CD, musiken valdes utifrån individuella önskemål. Interventionen leddes av en forskarassistent. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet uppger ingen signifikant minskning av fysisk aggressivitet, men däremot en signifikant reduktion av verbal aggressivitet direkt efter interventionen, men inte en timme efter. Icke-aggressivt beteende minskade under behandlingen för att sedan bibehålla effekten en timme efter avslutad behandling.



5	Ledger & Baker 2007	Att undersöka långtidseffekter av musikterapi i grupp på aggressivt beteende, utförd på personer med Alzheimers på särskilt boende	MT i grupp, 2-10pers/grupp, 30-45 min, 1ggr/v i minst 42 veckor under 1 år. MT skedde under samma veckodag och tidpunkt varje vecka. I MT ingick: att lyssna på musik, önska låtar, gissa sångtitlar, sjunga, spela instrument, rörelse samt diskutera känslor och minnen. MT leddes av musikterapeut. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet tyder på att MT enbart har omedelbar effekt på verbal aggressivitet.
6	Raglio, Bellandi, Baiardi, Gianotti, Ubezio, Zancchi, Granieri, Imbriani & Strambadiale 2015	Att bedöma effekten av aktiv MT och individuellt lyssnande på musik på BPSD hos personer med demens	Två interventionsgrupper: En aktiv grupp som fick MT individuellt. En musikterapeut presenterade och uppmuntrade deltagarna att använda olika instrument. En passiv grupp med individuellt lyssnande på önskemusik utan inverkan av musikterapeut. För båda grupperna gällde: 30 minuter, 2ggr/v. i 10 veckor. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet påvisar att alla tre grupper genomgick en signifikant förbättring av BPSD symtom, men skillnaden mellan interventionsgrupperna och kontrollgruppen var inte signifikant. I MT gruppen förbättrades kommunikationen och relationen mellan deltagarna och musikterapeuten, denna förbättring var dock inte signifikant.
7	Raglio, Bellelli, Traficante, Gianotti, Ubezio, Gentile, Villani & Trabucchi 2010	Att bedöma effekten av MT behandling uppdelad på tre cykler, beteende störningar hos personer med svår demens	MT i grupp, en månad med MT följt av en månad utan MT, vilket upprepades tre gånger, totalt 6 månader. Varje månad med MT bestod av 3 tillfällen/vecka, totalt 12ggr, 30min/ggr, 3 pers/grupp. MT leddes av musikterapeut, instrument användes. Kontrollgruppen fick standard vård under hela perioden.	Beteendestörningar förbättrades mer i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Vanföreställningar, aggressioner och apati förbättrades signifikant i enbart interventionsgruppen, medan depression, oro och irritation förbättrades signifikant i båda grupperna. Kommunikations och relationsförmågan förbättrades inte under interventionen, därför uppges det att data för detta inte redovisas i studien.

8	Ray & Mittelman 2015	Att undersöka effekten av MT på depressiva symtom, aggression och vandringsbeteende.	MT i grupp, 15min-1h, 3ggr/v. i 2 veckor, totalt 6 ggr. 4-6 pers./grupp, förutom för 3 deltagare där MT skedde individuellt. MT skedde med musikterapeut, i en avskild del av boendet, med önskemusik, sång, rörelse, lyssnande till musik, olika instrument samt samtal om känslor. Ingen kontrollgrupp.	Resultatet påvisar att MT minskade depressionssymtom signifikant, och bibehöll effekten i två veckor efter avslutad intervention. En signifikant förbättring på aggressivt beteende påvisades, effekten var efter två veckor från interventionens slut fortsatt lägre än före interventionen. Symtomen för vandringsbeteende förbättrades inte under studieperioden.
9	Ridder, Stige, Qvale & Gold 2013	Att undersöka effekten av individuell MT på aggressivitet hos personer med måttlig till svår demens boende på vårdhem och att utforska effekten på psykofarmaka och livskvalité	MT individuellt, 2ggr/v. i 6 veckor, totalt 12 ggr, ca 30min/ggr. MT med musikterapeut, bestod av improvisation med instrument eller röst, sång, dans/rörelse, lyssnande samt andra aktiviteter, t.ex. att prata och promenera. Kontrollgruppen fick standard vård. Efter 6 veckor skedde en vecka utan intervention därefter bytte grupperna aktivitet med varandra.	Frekvensen av aggressivitet ökade något för kontrollgruppen men minskade i interventionsgruppen, dock var förändringen inte signifikant. BPSD förbättrades signifikant. MT hade en positiv effekt på relation och kommunikationsförmåga.
10	Sakamoto, Ando & Tsutou 2013	Att undersöka skillnader på kort och lång sikt med passiv och interaktiv individuell musikintervention.	2 interventionsgrupper: En passiv grupp: individuellt lyssnande till önskad musik från en CD spelare. En aktiv grupp: Aktivt individuellt lyssnande till musik på CD, musikterapeut uppmuntrade deltagaren till sång, dans och rörelse. För båda grupperna varade interventionerna i 30min, 1ggr/v i 10 veckor, totalt 10 ggr, alla tillfällen mellan kl. 10-11. Kontrollgruppen fick vanlig vård.	Resultatet visade på en kortsiktig parasympatisk dominans hos både interventionsgrupperna. Den interaktiva gruppen gjorde den största förbättringen emotionellt. Störst förbättring på lång sikt av BPSD uppvisades i den interaktiva gruppen. I den passiva gruppen reducerades stress samt växtes positiva minnen och skratt, vilket tyder på en förbättrad kognition.

11	Sung, Chang & Lee 2010	Att undersöka effekten av favoritmusik intervention för att minska oro bland äldre personer med demens på särskilda boenden.	Individuellt lyssnande till favoritmusik via CD spelare, 30min/ggr, 2ggr/v i 6 veckor, totalt 12 ggr. Alltid eftermiddagar. Genomfördes med hjälp av omvårdnadspersonal. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet tyder på att mängden oro minskade signifikant efter sex veckors musik intervention, jämfört med kontrollgruppen.
12	Sung, Lee, Li & Watson 2011	Att undersöka effekten av gruppmusik intervention på oro och aggressivitet hos äldre personer med demens på särskilt boende.	Aktivt deltagande i grupp ledd av forskningsassistent. 30min/ggr, 2ggr/v. i 6 veckor, på eftermiddagen. 5 min uppvärmning, 20 min aktivt deltagande med slaginstrument, därefter 5 min nertrappning med lugn musik. Musiken valdes efter majoriteten av deltagarnas önskan. Kontrollgruppen fick standardvård.	Resultatet av interventionen pekar på signifikant lägre oro hos de som deltagit i musikinterventionen. Aggression minskade i både interventions och kontrollgruppen, men skillnaden var inte signifikant.
13	Svansdottir & Snaedal 2006	Att undersöka effekten av MT på BPSD hos personer med måttlig till svår demens.	MT i grupp med musikerapeut, 30min/ggr, 3ggr/v i 6 veckor, totalt 18ggr. Vid tillfällena sjöngs, spelades instrument och dansades till välkända låtar. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet påvisar en signifikant minskning av motoriska störningar, denna effekt hade dock avtagit fyra veckor efter interventionen. Ingen positiv effekt på aggressivitet, hallucinationer, känslomässiga störningar och fobier.
14	Vink, Zuidersma, Boersma, de Jonge, Zuidema & Slaets 2012	Att jämföra effekterna av musikerapi med vanliga dagliga aktiviteter för att minska aggressivitet hos personer med demens på särskilda boenden.	MT i grupp med musikerapeut, 40min/ggr, 2ggr/v. i 4 månader, totalt max 34 tillfällen, max 5 pers./grupp. MT bestod av sång, lyssnande, dansande och spelande. Kontrollgruppen genomförde dagliga rekreations aktiviteter som t.ex. handarbete, matlagning och puzzel, under 40min, tillsammans med en terapeut.	Båda grupperna visade en minskning i aggressivt beteende från 1h före intervention till 4h efter. Förbättringen var något större i MT gruppen jämfört med kontrollgruppen, skillnaden var dock inte statistiskt signifikant.

15	Wang, Yu & Chang 2015	Att undersöka effekten av musik på kognitiv funktion, depression och BPSD hos äldre personer med demens på särskilt boende i Taiwan	Musikvårdningsmodellen KMC i grupp med forskarassistent. 30min/ggr, 2ggr/v i 6 månader, 13-20 pers./grupp. 5mins lugn musik, följt av fysisk aktivitet till livlig musik, samt 5 min nertrappning med lugn musik. Deltagarna gavs positiv feedback efter varje tillfälle. Kontrollgruppen fick standard vård.	Resultatet påvisade ingen signifikant förändring på kognitiva funktioner eller BPSD.
----	-----------------------	---	---	--

\* Förklaring av förkortningar se ordlista 2.

**Ordlista 2.** Förklaring av förkortningar i tabell 3.

MT = Musik terapi

BPSD = Beteendemässiga och psykiska symtom vid  
demenssjukdom

FM = favorit musik

HM = hand massage

FMHM = favoritmusik och hand massage

KMC = Kagayashiki music care, en musikterapimodell utvecklad i Japan