

## OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningtakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



Folkehelseinstituttet



Kunnskapskommunen

Helse Omsorg Vest

### FORSKNINGSOMTALE

# Personer med demens får det bedre med musikkterapi. Cochrane: Kort oppsummert

**Musikkterapi fører trolig til noe mindre atferdsproblemer og symptomer på depresjon hos personer med demens. Det ser også ut til at musikkterapi kan føre til litt bedre livskvalitet og kognisjon og redusere symptomer på angst. Musikkterapi har trolig liten eller ingen effekt på aggresjon. Det viser en Cochrane-oversikt fra 2018.**

### Hovedbudskap

Hva sier forskningen? I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om effekt av musikkterapi hos personer med demens sammenlignet med vanlig behandling/oppfølging eller annen aktivitet som lesegruppe, kognitiv trening, puslespill eller matlaging. Resultatene viser at sammenlignet med vanlig behandling vil musikkterapi:

- trolig føre til noe mindre atferdsproblemer
- trolig ha liten eller ingen effekt på aggresjon
- muligens føre til noe bedre livskvalitet og velvære
- trolig føre til noe mindre depresjonssymptomer
- muligens føre til mindre angstsymptomer
- muligens føre til noe bedre kognisjon

### Se tabell bakside

### Bakgrunn

Forekomsten av demens øker i takt med den økende andelen eldre i befolkningen. Det er omlag 80 000 til 100 000 personer som lever med demens i Norge i dag. Demens er en progredierende sykdom, og personer med demens utgjør en stor brukergruppe i omsorgstjenesten. Undersøkelser viser at i overkant av 80 % av beboerne på sykehjem har en demenslidelse og at over 40 % av dem over 70 år som mottar hjemmetjenester har demens. Behovet for pleie og omsorg vil variere over tid og avhenger blant annet av graden av kognitiv svikt, fysisk funksjonsnedsettelse og støtte fra familie og venner. Hvilken behandling som gis avhenger blant annet av personens evne til å kommunisere.

Dersom en person med demens har mistet evnen til å snakke og til å forstå, kan musikk være et alternativ til verbal kommunikasjon. Musikkterapi ledes av en musikkterapeut og kan gis i gruppe eller individuelt tilpasset den enkelte, ofte integrert med vanlig pleie og omsorg. Terapien kan bestå av aktive elementer som sangimprovisasjon, bevegelse, dans og bruk av instrumenter eller passive teknikker som musikklytting, fantasireiser og avspenning. Utdannelse til musikkterapeut er i Norge fem år med fagområder som psykologi, psykiatri,



musikkpedagogikk, spesialpedagogikk og neurologi. Det er usikkert i hvor stor grad sykehus og sykehjem i Norge tilbyr musikkterapi.

### Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i juni 2017 og fant 22 studier med til sammen 1097 personer som de inkluderte i oversikten. Studiene undersøkte ulike former for musikkterapi til personer med demens. Personene hadde ulike alvorlighetsgrader av demens, men alle var på sykehjem eller på sykehus. Musikkterapi ble gitt i gruppe i fjorten av studiene og i åtte ble musikkterapi gitt individuelt. Ti av studiene sammenlignet musikkterapi med en aktiv intervensjon. Musikkterapien bestod både av musikk, sang og bevegelse som klapping og dans. Varighet av musikkterapien var gjennomsnittlig 12 ganger, to ganger per uke. Varigheten av hver enkelt sesjon varierte fra 30 minutter til to timer. De fleste studiene var gjennomført i Europa og én av studiene var gjennomført i Norge. Studien inkluderte 42 sykehjemsbeboere med demens fra ulike sykehjem i Norge og Danmark. Pasientene fikk individuell musikkterapi to ganger i uken i 12 uker. Hver sesjon varte gjennomsnittlig 30 minutter. Kontrollgruppen fikk standard behandling. Ti studier med til sammen 442 personer med demens ble inkludert. Studiene under-

søkte effekten av musikkterapi sammenlignet med standard behandling eller annen aktiv behandling på atferdsproblemer. Studiene målte generelle atferdsproblemer og brukte Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) og Behavioral Pathology in Alzheimers Disease (BEHAVE-AD). Fjorten studier med til sammen 626 personer med demens undersøkte effekten på agitasjon og aggresjon. Studiene brukte ulike måleverktøy, slik som Cohen-Mansfield Agitation inventory (CMAI) og underskalaer av NPI og BEHAVE-AD for agitasjon og aggresjon. Alle målingene ble gjort rett etter at musikkterapien var avsluttet. Noen studier hadde også oppfølging fire uker eller mer etter at musikkterapien var avsluttet, langtidseffekten er usikker. Tilliten til resultatene for atferdsproblemer, aggresjon og depresjonssymptomer ble vurdert til å være middels på grunn av at studiene ikke var utført godt nok. For resultatene om livskvalitet, angst og kognisjon ble tilliten ytterligere svekket fordi studiene ikke var store eller like nok.

### Systematisk oversikt

I systematiske oversikter søker man etter og oppsummerer studier som svarer på et konkret forskningsspørsmål. Studiene blir funnet, vurdert og oppsummert ved å bruke

en systematisk og forhåndsbeskrevet fremgangsmåte (les mer Cochrane Consumer Network systematic review).

### Tillit til resultatet (GRADE)

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, så er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.

GRADE er et system vi bruker for å kunne bedømme tilliten til resultatet. I GRADE vurderer vi blant annet: hvor godt studiene er gjennomført, om studiene er store nok, om studiene er like nok, hvor relevante studiene er og om alle relevante studier er fanget opp.

### Om denne forskningsomtalen

Forfattere Dahm KT, Larun L. Publisert 2019.

### Kilde

van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJPM, Vink AC. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, (7), CD003477.

Tabell 1

Resultater: hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet <sup>1</sup>	Tallene bak
<b>Atferdsproblemer</b> Musikkterapi fører trolig til noe mindre atferdsproblemer.	Liten ▲△△	Middels ⊕⊕⊕○	0,23 SMD <sup>2</sup> mindre atferdsproblemer
<b>Agitasjon/aggresjon</b> Musikkterapi fører trolig til liten eller ingen endring i agitasjon eller aggresjon.	Liten eller ingen △△△	Middels ⊕⊕⊕○	0,07 SMD <sup>2</sup> mindre agitasjon/aggresjon (-0,24 til +0,10) *
<b>Velvære/livskvalitet</b> Musikkterapi fører muligens til noe bedre livskvalitet og velvære	Liten ▲△△	Liten ⊕⊕○○	0,32 SMD <sup>2</sup> mer velvære/livskvalitet (-0,02 til +0,62) *
<b>Grad av depresjonssymptomer</b> Musikkterapi fører trolig til noe mindre depresjonssymptomer	Liten ▲△△	Middels ⊕⊕⊕○	0,27 SMD <sup>2</sup> mindre depresjonssymptomer (-0,45 til -0,09) *
<b>Grad av angstsymptomer</b> Musikkterapi fører muligens til mindre angstsymptomer	Moderat ▲▲△	Liten ⊕⊕○○	0,43 SMD <sup>2</sup> mindre angstsymptomer (-0,72 til -0,14) *
<b>Kognisjon</b> Musikkterapi fører muligens til noe bedre kognisjon	Liten ▲△△	Liten ⊕⊕○○	0,15 SMD <sup>2</sup> bedre kognisjon (-0,06 til +0,36) *

\* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. 1 Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt. 2 Forfatterne laget metaanalyser av effekt og brukte Standardized Mean Difference (SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er 0,2 er en «liten effekt», 0,5 er en «moderat effekt» og 0,8 er en «stor effekt».