

# Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens

Tone Sæther Kvamme

*Førsteamanuensis i musikkterapi  
Norges musikkhøgskole*

## SAMMENDRAG

*I denne teksten blir Ruuds musikkterapidefinisjon knyttet til målgruppen personer med demens. Omsorgsfilosofien Personsentrert omsorg presenteres, og musikkterapi samt Ruuds forskning/teori om musikk og identitet knyttes til denne. Musikkterapi presenteres som en måte å gi personsentrert omsorg på der musikken både kan tilby rammer, regulering og relasjon. Musikkens potensial som oppmerksomhetsfanger, strukturskaper og følelsesregulerer vektlegges. Musikkterapeutens muligheter og ansvar for å begrense hindringer for handlemuligheter på samfunnsnivå og i nærmiljø blir deretter drøftet. Her blir forhold som respekt for enkeltindividet, arbeid for klientenes rettigheter og deres mulighet for størst mulig grad av selvbestemmelse samt varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten som er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer, spesielt trukket fram. Oppsummert sies det at musikkterapi er en personorientert tilnærming som kan muliggjøre tilgang til minner, følelser og personlig identitet. Musikkterapi kan også tilby rammer for aktivitet og mestring, emosjonell regulering og meningsfull relasjon. Individuelt tilpasset musikkterapi kan på denne måten gi personer med demens nye handlemuligheter. Musikkterapeuten kan også bidra til nye handlemuligheter for personer med demens på en mer indirekte måte, ved å arbeide for endring av verdier i samfunn og pleiekultur slik at respekt, ivaretagelse av rettigheter og selvbestemmelse for den enkelte øker.*

**Nøkkelord:** Demens, musikkterapi, handlemuligheter, personsentrert omsorg, kommunikasjon

## Innledning

Demens er en samlebetegnelse for forskjellig hjernesykdommer som gir redusert hukommelse, kognitiv svikt, endret atferd og tap av evne til å fungere i det daglige. Alzheimers sykdom er den mest utbredte av disse sykdommene (Strand et al., 2014). Andre former for demenssykdom er blant andre vaskulær demens, frontotemporal demens og demens med lewylegemer. Det forventes en kraftig økning av demenssykdom de nærmeste årene, fordi forekomsten øker med økende levealder. Helsedirektoratet anslår at antallet personer med demens i Norge er i overkant av 70000. De regner med en fordobling fram mot år 2040 (Kjelvik, Herbern, Kaurin, Grønnestad & Johansen, 2015). Ekstra sårbare grupper som er viet mer oppmerksomhet de senere år, er yngre personer med demens (under 65 år) (Haugen, 2012) og eldre innvandrere med demens (Ingebretsen, Spilker & Sagbakken, 2015).

Even Ruuds velkjente og mye brukte definisjon av musikkterapi, gjenspeiles i dette festskriftets tittel. Definisjonen lyder slik: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1990: 24). Kan denne definisjonen være meningsfull å bruke i arbeid med mennesker med demenssykdom? Nye handlemuligheter er ikke akkurat det en første en tenker på når en demensdiagnose blir stilt. Framtidsutsiktene er temmelig dystre med progredierende svekkelse av hukommelsesfunksjoner, språkfunksjoner og evne til å klare seg i dagliglivet. Ingen medisin kan foreløpig kurere demenssykdom. Begrensninger av rettigheter og autonomi er også tema som følger med. Til tross for dette, vil jeg i denne teksten argumentere for at bruk av musikkterapi kan gi mennesker med demens nye handlemuligheter.

## **Personsentrert omsorg, musikkterapi og identitet**

### Personsentrert omsorg, og miljøbehandling

Fra den engelske psykologen Tom Kitwood (1999/1997) kommer begrepet «Theory of personhood», som på norsk vanligvis kalles «personsentrert omsorg» (Brooker, 2013). Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å se på personen med demens som en person med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som fortsatt preger henne (Aldring og helse, 2016). Dette innebærer en omsorgskultur der fokus dreies fra *sykdommen* til *personen* (Ridder, 2016). Denne filosofien vinner økende innpass både i praksis og i forskning. I en omfattende gjennomgang

av forskningslitteratur viser Livingston med kolleger (2014) at personsentrert omsorg kan redusere urolig atferd.

I Norge nevnes ofte miljøbehandling i tilknytning til personsentrert omsorg. Miljøbehandling dreier seg om hvordan fysiske, psykiske og sosiale forhold kan tilrettelegges for å oppnå optimal trivsel, mestring og personlig vekst (Wogn-Henriksen, 2007). I faglitteraturen blir begrepet brukt på ulike nivåer. Miljøbehandling kan gjelde fysiske og psykososiale rammebetingelser, det kan gjelde individuelt, symptomfokustert forandringsarbeid eller det kan gjelde spesifikke metoder for individer eller grupper (ibid.).

## Musikkterapi og personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg og miljøbehandling passer godt til det humanistiske perspektivet som norsk musikkterapi bygger på (Ruud, 2008). Det humanistiske perspektivet legger blant annet vekt på omsorgen for det individuelle, betydning av relasjonen og innlevelsen i den andre samt autonomi, intensjonalitet, handling og selvbestemmelse (ibid.). Ruud argumenterer for et flerdimensjonalt menneskesyn hvor mennesket forstås som en organisme, en person og et samfunnsvesen. Enkeltmennesket er subjekt, ikke objekt. Relasjon står sentralt ved at mennesker ikke behandles med musikk, men de møtes av en musikkterapeut i en felles opplevelse, som danner grunnlag for en relasjon. Musikken, personen og situasjonen virker sammen i et gjensidig forhold.

En slik forståelse åpner opp for en musikkterapeutisk praksis som er mestrings- og ressursorientert, med en musikkforståelse som er kontekstuell, og med en anerkjennelse av at kunst, estetikk og musikalsk håndverk er sentrale komponenter i helseprofesjonen musikkterapi (Kvamme & Stige, 2016). Musikkterapi-professor Hanne Mette Ridder knytter musikkterapi direkte til personsentrert omsorg og psykososiale behov. Hun skisserer tre hovedproblemer knyttet til demenssykdom. Det er problemer med å gjenkjenne og fokusere, problemer med å holde fokus og å selvregulere samt problemer med å kommunisere og å inngå i relasjoner (Ridder, 2016). Det unike ved musikk er at den kan brukes ved alle de tre hovedproblemområdene. Ridder kaller tilnærmingen for musikkterapeutens 3 R'er: *Ramme, Regulering og Relasjon*. Kjent musikk gir gjenkjenning og kan fungere som ledetråd eller cue for hukommelsen. Ved bevisst bruk av musikkens struktur og ledetråd-egenskaper kan man lage *rammer* for musikkterapien som gir forutsigbarhet,

gjenkjennelse og struktur, som igjen kan skape trygghet for personen med demens. Musikk kan også brukes for å *regulere* arousal-nivå (spennings- eller aktive-ringsnivå), å enten berolige eller stimulere, etter hva personen har behov for i øyeblikket, for å kunne være oppmerksom og deltakende. Musikken er også velegnet til å regulere følelser og brukes av mange til å finne hvile, få utløp for triste følelser eller til å peppe opp en stemning (ibid.). Musikk kan bidra til å skape møter, gi et felles oppmerksomhetsfokus og plass til opplevelse av samvær og fellesskap. På denne måten kan musikk være et nyttig redskap i *relasjonsbygging*.

### Personsentrert omsorg og musikk

Kitwood (1999/1997) legger i sin teori om «Personsentrert omsorg» stor vekt på å møte de psykososiale, grunnleggende behov. For personer med demens fremholder han fem sentrale behov: trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet. Disse fem behovene overlapper hverandre og møtes i et sentralt behov for kjærlighet.

De fem behovene kan blant annet møtes ved ulike former for musikkaktivitet. *Trøst* kan for eksempel gis i form av oppmerksomt nærvær fra en musikkterapeut, en slektning eller pleier som synger eller spiller av noe kjent og kjær musikk. *Tilknytning* kan opprettes både til den musiserende personen og til minner som musikken kan vekke om situasjoner og gode menneskelige relasjoner. *Inklusjon* i en gruppe oppnås ved at musikalsk samvær og opplevelse av fellesskap og deltakelse er mulig, til tross for sviktende talespråk og hukommelse. *Beskjeftigelse* skjer i form av musikalsk aktivitet som den demensrammede mestrer og opplever som meningsfull, og at deltakelse blir møtt med anerkjennelse.

Kitwood sier videre at den viktigste oppgaven i demensomsorgen er å opprettholde *identitet*. Han definerer identitet slik:

... å have en identitet er at vide hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Det betyr at have fornemmelse for kontinuitet med fortiden, og dermed en «narrativ», en beretning at presentere for andre. Det innebærer også at skape en eller anden form for konsistens på tvers af de forskellige roller og kontekster i det nuværende liv (Kitwood, 1999/1997: 92).

Demenssykdom angriper identitetsfølelsen. Hukommelsessvikt som også omfatter selvbiografisk hukommelse, vanskeliggjør opprettholdelse av tanker og følelser om hvem en er. Institusjonsliv med nye mennesker og omgivelser, gir redusert mulighet for gjenkjenning, noe som får konsekvenser for opplevelse av tilhørighet og tilknytning. Før en kommer så langt som til en institusjonstilværelse, har en i tillegg gjerne opplevd rolleforandringer og/eller tap av livsledsager, vennskap, yrkesliv, fritidsaktivitet og fysisk og psykisk helse. Kitwood peker på to essensielle forhold som kan hjelpe personen med demens til å opprettholde identitet. Det ene er at omsorgspersoner har detaljert kunnskap om den demensrammedes livshistorie, slik at de stadig kan minne om viktige aspekter fra fortiden. Det andre er empati, det vil si at man med respekt møter den demensrammede som person.

## Musikk og identitet

Opprettholdelse av identitet er altså en svært viktig oppgave i personsentrert demensomsorg. Even Ruud har i sin forskning, der han har studert musikalske selvbiografier, bekreftet at det er en nær sammenheng mellom musikk og identitet. «Når musikk får en viktig betydning for dannelse av minner og dermed kan gis en viktig plass i identitetsbyggingen, dreier det seg ikke minst om sammenhengen mellom musikk og følelser» (Ruud, 2013: 65).

Opplevelser av musikk er ofte er bundet til følelser, og jeg tror at særlig følelsen formidler situasjoner og prosesser hvor vi tilegner oss de sosiale og personlige erfaringer som inngår i vårt konstruerte selvilde. Jeg kan slik skrive fortellingen om mitt liv gjennom å gjenfortelle episodene hvor musikkopplevelsene satte seg fast i kroppen. Og fordi slike fortellinger alltid handler om en større kontekst – om forholdet til andre mennesker, tid, sted og eksistensielle spørsmål – blir fortellingene om musikkopplevelsene og om «min musikk», alltid en fortelling om «hvem jeg er», eller hva jeg ønsker å framstå som for meg selv og andre (Ruud, 2003: 6).

Ruud kaller musikk for identitetens lydspor og mener med det at våre minner knyttet til musikk gir et bilde av hvem vi er: «Musikk kan på denne måten forstås som et sentralt oppbevaringsrom, et depot for våre minner [...] Innenfor min opplevde livsverden blir musikken til et kart over mitt liv, min virkelighet» (Ruud, 2013: 267).

For å illustrere hvordan sammenhengen mellom musikk og identitet kan forstås for personer med demens, bruker jeg eksempelet med Klara (Kvamme, 2008: 494):

Klara har langt fremskreden demens og sitter i rullestol. Ifølge personalet på avdelingen har hun ikke snakket på nesten ett år. Et par sanger er sunget i en liten gruppe der Klara er med, da musikkterapeuten spør om noen ønsker seg en sang.

«Ja», svarer Klara plutselig, «Fola, fola Blakken». Klara synger med på første og andre vers. De andre kan ikke flere, men Klara fortsetter å synge fire vers til alene. Etter hvert strømmer tårene nedover kinnene. Så forteller hun om hesten Svartfot som hun fikk av sin far da hun var barn. Hun savner hesten og far.

Klaras reaksjon var nok et tegn på at sangen betydde mye for henne og dermed var knyttet til hennes identitet. Sangen *Fola, fola Blakken* ga henne både tilgang til viktige minner og til talespråk.

I sin forskning plasserer Ruud (1997) betydningsfull musikk i fire ulike kategorier, med utgangspunkt i forskjellige komponenter av identitetsbegrepet. Kategoriene er «det personlige rom», «det sosiale rom», «tidens og stedets rom» og «det transpersonlige rom». Senere føyer han til et femte rom, et slags indre rom, som representerer en «musikalsk identitet» (Ruud 2003: 15).

*Det personlige rom* knyttes til personlig identitet. Her plasseres den første tilknytning til nære omsorgspersoner, voggesangen, for noen av oss den spesielle «mormorsangen», men også følelsesbevissthet, kroppsupplevelse, kompetanse og mestring. Klaras assosiasjon til faren, hesten *Svartfot* og sangen *Fola, fola Blakken* kan plasseres her.

*Det sosiale rom* knyttes til sosial identitet, tilhørighet og identifikasjon med en gruppe. For noen vil kanskje folkemusikk gi minner om da de var med på leikarring eller spellemannslag. Sangen *Da klokka klang* vil kanskje gi minner om klassekamerater og skoletid, en annen melodi minner om idrettslaget og en tredje om foreningsarbeid osv. Klaras minner knyttet til *Fola, Fola Blakken* gjaldt kanskje også hele barndomstiden og hennes tilknytning til familie og venner. I så tilfelle kan sangen også plasseres i det sosiale rommet.

*Tidens og stedets rom* gjelder tilhørighet til steds- og tidsbestemte hendelser, høytider, nasjonal og lokal tilhørighet. 17. mai-sanger, julesanger og sanger om eller fra hjembygda kan høre inn her. Det kan også kjenningsmelodien fra speiderleiren i

1994. Dersom Klara fikk hesten i mai 1945, idet freden kom, ville hun trolig også assosiere sangen med denne grensesprengende historiske hendelsen. Hvis dette var tilfellet, kunne *Fola, fola Blakken* også plasseres i tidens og stedets rom.

*Det transpersonlige rom* gjelder høydepunkts-opplevelser knyttet til musikk. Mange mennesker forteller om enkelte sanger eller musikkstykker, som uventet har gitt dem sterke følelsesmessige opplevelser. Enkelte beskriver nærmest en opplevelse av å være i transe, at de føler seg hensatt til en tilstand bortenfor tid og rom. Andre beskriver en sterk musikkopplevelse som at den gir kontakt med noe utenfor en selv, som kontakt med noe guddommelig eller noe som gir opplevelse av helhet eller sammenheng i tilværelsen. Det blir kanskje å trekke eksempelet vel langt å antyde at *Fola, fola Blakken* ga Klara en *ute-av-kroppen-opplevelse*, men det var i hvert fall tydelig at for henne fremkalte nettopp denne sangen sterke emosjoner knyttet til minner. Følelsene ble kanskje forsterket av at hun nå faktisk klarte å uttrykke seg med ord, noe hun ikke hadde gjort på lang tid.

*Det indre rom* gjelder musikk som på en spesiell måte sammenfatter hele ens personlighet, hvor du kan si at 'denne melodien eller sangen er meg eller representerer meg'. Kanskje var nettopp *Fola, fola Blakken* Klara sin sang, som hun opplevde representerte mye av det som var viktig i livet hennes?

Ruuds teorier om fem forskjellige rom for musikkminner forteller oss altså noe om hvorfor spesielle sanger og melodier kan ha så stor betydning for oss. For mennesker med redusert hukommelse blir det derfor ekstra viktig å finne fram til deres musikk, den som gir dem gode minner og følelser og som samtidig gir dem holdepunkter om hvem de er og hvor de hører til.

Kunnskap om hjernen kan bidra til forklaring på hvorfor musikk kan gi tilgang til identitet hos personer med demens. Ved musikkaktivitet brukes store deler av hjernen (Skeie & Brean, 2016). Musikk når fram til områder i hjernen som vanligvis ikke er skadet av demenssykdom. Ved hjernesykdommer som demens, kan musikken likevel nå fram fordi den omgår ødelagte deler av hjernen. Musikken kan også innimellom gi ekstra stimuli til et skadet område, slik at området får tilstrekkelig med impulser til at det kan fungere. Samarbeid mellom ulike deler kan gi ekstra impulser som kan føre over terskelnivå for eksempelvis igangsetting av tale (Borchgrevink, 2008). Dette er trolig forklaringen på hvorfor Klara kunne få tilgang til talespråket sitt.

## Hvordan kan musikkterapi gi nye handlemuligheter?

Funksjonshemninger og sykdom hindrer eller begrenser individets handlefrihet (Ruud, 2015/1997). Arbeid for nye handlemuligheter betyr at man prøver å fjerne eller begrense hindringene. Det kan innebære individrettede terapeutiske tiltak, men også arbeid på systemnivå for å legge forhold i omgivelsene bedre til rette for den eller dem det gjelder. Begrepet handlemuligheter kan også være av politisk art, hvor en bidrar til endring av samfunnsforhold (ibid.).

### Begrensning av hindringer på samfunnsnivå

Hindringer som de ulike demenssykdommene gir, vil variere etter type sykdom og utviklingsstadium samt ressursene i relasjoner, nærmiljø og kommune. Hvilke muligheter og hvilket ansvar har musikkterapeuten for å begrense hindringer på system- og samfunnsnivå?

Musikkterapeuten har yrkesetiske forpliktelser som omfatter alle målgrupper, inkludert personer med demens. Forpliktelsene innebærer blant annet respekt for enkeltindividet, arbeid for klientenes rettigheter og deres mulighet for størst mulig grad av selvbestemmelse samt varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten (Jf. Yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter MFO, 2008). I musikkterapeutisk praksis med målgruppen personer med demens, vil respekt for enkeltindividet blant annet innebære kjennskap til og anerkjennelse av den enkeltes kulturbakgrunn. En viktig del av slik bakgrunn er personens erfaring med musikk og hennes musikksmak. Musikkterapeutisk praksis vil også inkludere arbeid for bedring av holdninger til personer med demenssykdom blant kolleger, helsepersonell og befolkning for øvrig.

I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), paragraf 3, er det nedfelt en rekke grunnleggende behov hos brukere av tjenestene. Musikkterapeuten bør i tillegg til å bidra til å ivareta alle disse, spesielt være våken for å følge opp

- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.



Dette kan blant annet innebære å arbeide for at ivaretagelse av psykososiale behov prioriteres i helse- og omsorgstjenestene. På et praktisk plan kan det innebære å sørge for tilgang til preferansemusikk og annen meningsfull aktivitet med musikk for den enkelte.

### Begrensning av hindringer på individuelt nivå

I avsnittet om personsentrert omsorg, musikkterapi og identitet så vi hvordan musikkterapi kan brukes for å møte psykososiale behov. Musikkterapeuten kan tilrettelegge musikken slik at den gir rammer for samvær og regulering av arousal-nivå slik at personer med demens kan oppfatte situasjonen og blir i stand til å delta i en relasjon. Musikken kan vekke til live minner og følelser og styrke identitetsfølelse. På denne måten kan musikkterapi begrense hindringer for kommunikasjon som hukommelses- og språkproblemer gir, og heller tilby meningsfull samhandling. En slik utvidelse av handlinger skaper nye handlingsrom, som gjerne fører til opplevelse av økt livskvalitet (Kvamme, 2014).

Musikkterapi er også aktuelt for yngre personer med demens og eldre innvandrere med demens. Yngre personer som får demens (under 65 år) er gjerne i en annen livssituasjon enn eldre. Mange er for eksempel i jobb når problemene melder seg. Enkelte har hjemmeboende barn i skolealder. Det tar gjennomsnittlig tre år før demensdiagnosen blir stilt (Haugen, 2012). Det er ikke vanskelig å tenke seg at mange nære relasjoner blir vanskelige når en person endrer atferd og en ikke forstår hvorfor. En individuell og personorientert omsorg, som tar utgangspunkt individets livssituasjon og miljø, blir spesielt viktig. Musikkterapi kan blant annet tilby aktivitet, mestringsopplevelser og meningsfulle relasjoner (Stedje, 2013; Sandvik, 2016).

Spesielle utfordringer for innvandrere med demens kan blant annet gjelde språk, religion og tradisjoner (Ingebretsen, Spilker & Sagbakken, 2015). Noen mister sitt andrespråk eller får problemer med å skille mellom morsmål og norsk. Enkelte har fra før mangelfulle norskkunnskaper. Brukere og pårørende med minoritetsetnisk bakgrunn kan oppleve norsk eldreomsorg, med store eldreinstitusjoner, som fremmed. Noen har mistillit til myndigheter generelt og til det norske omsorgssystemet. Andre ser på demens og psykiske lidelser som tabu- og skambelagt, eller som en straff. En innvending fra pårørende kan være at tiltak i helsevesenet er rettet inn mot den enkelte personen med demens og ikke mot familien som helhet. De kan savne en mer familieorientert tilnærming, særlig i familier med barn og ungdommer.

For denne gruppen blir kultursensitivitet og -forståelse samt en individuell tilnærming særlig viktig (ibid.). Musikkterapiens mulighet til ikke-verbal kommunikasjon kan her være spesielt betydningsfullt.

## Oppsummering

Oppsummert kan vi altså si at musikkterapi er en personorientert tilnærming, som kan muliggjøre tilgang til minner, følelser og personlig identitet. Musikkterapi kan også tilby rammer for aktivitet, mestring, emosjonell regulering og meningsfull relasjon. Musikkterapi kan på denne måten gi personer med demens nye handlemuligheter.

Musikkterapeuten kan også bidra til endring av verdier i samfunn og pleiekultur slik at respekt, ivaretagelse av rettigheter og selvbestemmelse for den enkelte øker. Dette vil også kunne på et mer indirekte plan, gi nye handlemuligheter for personer med demens.

## Referanser

- Aldring og helse. (2016). Fagnett demens, miljøbehandling. Hentet 19. desember 2016 fra <http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/14596>
- Borchgrevink, H. M. (2008). Nevrobiologisk grunnlag for musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 189–202. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester* (T. Deschington, Trans.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Haugen, P. K. (2012). *Demens under 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2003). *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. LOVDATA: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.

- Ingebretsen, R., Spilker, R. S. & Sagbakken, M. (2015). *Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten*. Oslo: NAKMI-rapport.
- Kitwood, T. (1999/1997). *En revurdering av demens – personen kommer i første rekke*. Danmark: Dafolo Forlag.
- Kjelvik, J., Herbern, S. M., Kaurin, M. C., Grønnestad, B. K. & Johansen, T. H. (2015). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Data fra IPLOS-registeret. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvamme, T. S. (2008). Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet. I G. Trondalen & E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 489–499. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 3. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Kvamme, T. S. (2014). Glimt av glede. Et doktorgradsprosjekt om musikkterapi med personer med demens som har symptomer på depresjon og angst. *Demens & alderspsykiatri*, 18(2).
- Kvamme, T. S. & Stige, B. (2016). Musikkterapi i praksis. En innføring. I H. M. Ridder & B. Stige (red.) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., . . . Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment*, 18(39).
- MFO. (2008). MFOs yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter. Hentet 4. august 2016 fra [http://www.musikerorg.no/text.cfm/0\\_731/mfos-yrkesetiske-retningslinjer-for-musikkterapeuter](http://www.musikerorg.no/text.cfm/0_731/mfos-yrkesetiske-retningslinjer-for-musikkterapeuter)
- Ridder, H. M. (2016). Musik i et personcentrert perspektiv. I B. Stige & H. M. Ridder (red.) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunisjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (2003). Musikalsk identitet. Tidsskriftet *GRUS*, 24(69), 6–23
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 5–28. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2015/1997). Nye handlemuligheter. I E. Ruud (red.) *Fra musikkterapi til musikk og helse*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Sandvik, S.-M. (2016). *Demens i ung kropp*. (Mastergradsavhandling). Norges musikkhøgskole, Oslo.

- Skeie, G. O. & Brean, A. (2016). Musikk og hjerne i et nevrobiologisk perspektiv. I B. Stige & H. M. Ridder (red.) *Musikkterapi og eldre helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stedje, K. (2013). Musikk i omsorg. Hentet 13. september 2013 fra <http://www.utviklingssenter.no/musikk-i-omsorg.5020925-179637.html>
- Strand, B. H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G. & Rosness, T. A. (2014). Hvor mange har demens i Norge? *Tidsskriftet. Den norske legeforening*, 3. <http://tidsskriftet.no/2014/02/kommentar-og-debatt/hvor-mange-har-demens-i-norge>
- Wogn-Henriksen, K. (2007). «Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk» Miljøbehandling i demensomsorgen. I R. Krüger (red.) *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.