

Hvordan knækker jeg koden?

- Et kvalitativt studie af omsorgsmetoder til demensramte der reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje

Afhandlingens samlede antal tegn
(med mellemrum og fodnoter): 223.476
Svarende til antal normalsider: 93,1

Ninna J. Anderson-Ingstrup 20104202
Jens Anderson-Ingstrup 20104117

Vejleder: Hanne Mette Ridder

10. semester psykologi
10. semester musikterapi

Kandidatspeciale

Aalborg Universitet
29. maj 2015

Abstract

More than 47.5 million people worldwide are suffering from dementia. This number is estimated to increase during the following years. Amongst other challenges persons with dementia (PWD) often experience behavioral and psychological symptoms of dementia. One of the most problematic symptoms is aggressive behavior that often occurs during assistance with personal care. This causes strain on both the PWD and on the formal caregiver.

In this master's thesis we seek to provide knowledge about these problematic situations as well as investigate, how these problematic situations might be solved using nonpharmacological methods of care by answering the following problem statement:

How are situations with personal care, where PWD react with aggressive behavior, experienced by the formal caregiver and the PWD, and how can such problematic situations be solved by the use of music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care?

In order to answer this two-parted problem statement we have employed a qualitative, flexible design and used an autoethnographic approach as well as a semistructured interview to capture the experience of Ninna. Besides being the co-author of this thesis Ninna has been working as a formal caregiver of PWD for six years, where she has experienced problematic situations where PWD have reacted with aggressive behavior during assistance with personal care. Beside this she has experience with the use of music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care to decrease and prevent aggressive behavior during personal care.

We have analyzed the collected data using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). In line with IPA we have included theory and research guided by the results of the analysis to discuss the results of this analysis. This theory includes cognitive and neuropsychological perspectives on stress. The research included in the discussion consists of research concerning neuropsychology as well as research concerning nonpharmacological methods of care, which is concurrent with the methods of care revealed in the analysis.

Situations with personal care where PWD react with aggressive behavior causes stress to both the formal caregiver and the PWD. The formal caregiver's experience of the problematic situation involves appraisals of the situation as demanding and

threatening and as a situation where the demands of the situation have exceeded the formal caregiver's available resources. This involves negative thoughts, emotions, bodily sensations and actions, such as rushing through the personal care. The aggressive reactions by the PWD can be seen as a fight/flight reaction caused by the demands of the situation with personal care, which is appraised by the PWD as a threat. In situations with personal care, where the use of music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care has prevented the aggressive behavior, Ninna does not experience the situation as stressing. Instead she appraises the situation as challenging or positive which leads to positive thoughts, emotions and bodily sensations. Neither do the PWD appraise the personal care as a threat in these situations. Instead they exhibit calmness, joy and greater abilities to cooperate during the personal care.

In order to prevent aggressive behavior during personal care it is important, that the formal caregiver attempts to "solve the puzzle" of the PWD. This involves deferring the disease from the person, as well as figuring out which methods of care fit the individual PWD. The amount of research concerning the use of music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care during personal care is sparse. More research is needed before any final conclusions can be drawn. However, this research, along with the results of the analysis of this thesis as well as neuropsychological research and theory, points towards music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care as being possible effective methods to decrease aggressive behavior. The results of the discussion highlights, that in order to use these methods to decrease aggressive behavior it is necessary to adjust and integrate the methods to meet the preferences and needs of each unique PWD. Based on an attempt to understand the PWD as well as on the preferences and shifting needs of the PWD, the formal caregiver must choose and use music therapeutic, verbal and nonverbal methods of care to create a situation that is not experienced as stressful. Also the formal caregiver must monitor the PWD during the personal care and adjust the use of the methods of care to continuously maintain a safe experience for the PWD.

Indholdsfortegnelse

1 INDLEDNING	2
1.1 PROBLEMFOMULERING	9
1.2 DISPOSITION OG LÆSEGUIDE.....	9
2 FORFORSTÅELSE OG VÆRDIGRUNDLAG.....	12
3 DEMENS.....	15
3.1 ICD-10 DIAGNOSEKRITERIER	15
3.2 ALZHEIMERS SYGDOM	16
3.3 FRONTOTEMPORAL DEMENS.....	17
4 METODOLOGI	19
4.1 DET KVALITATIVE PARADIGME	19
4.2 ETNOGRAFI	20
4.3 AUTOETNOGRAFI.....	21
4.4 INTERVIEW SOM METODE	23
4.5 FÆNOMENOLOGISK TILGANG	24
4.6 IPA.....	25
4.7 TROVÆRDIGHED I KVALITATIVE DESIGNS	26
4.8 ETIK	28
5 ANALYSE	30
5.1 DATAINDSAMLING	30
5.2 INFORMANTENS BAGGRUND SOM KONTEKST FOR ANALYSENS RESULTATER	31
5.3 UDARBEJDELSE AF ANALYSE	32
5.3.1 <i>Oversigt over analysens resultater</i>	32
5.4 FØRSTE TEMA: PROBLEMSITUATIONER	33
5.4.1 <i>Ninnas egne oplevelser i problemsituationer</i>	34
5.4.2 <i>Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer</i>	35
5.4.3 <i>Opsamling på første tema</i>	36
5.5 ANDET TEMA: PROCES MOD LØSNINGER.....	37
5.5.1 <i>Ninnas egne oplevelser i proces mod løsninger</i>	37
5.5.2 <i>Ninnas oplevelser af demensramte i proces mod løsninger</i>	40
5.5.3 <i>Opsamling på andet tema</i>	41
5.6 TREDJE TEMA: LØSNINGSSITUATIONER	41

5.6.1	<i>Ninnas egne oplevelser i løsningsituationer</i>	42
5.6.2	<i>Ninnas oplevelser af demensramte i løsningsituationer</i>	43
5.6.3	<i>Opsamling på tredje tema</i>	46
5.7	FJERDE TEMA: OMSORGSMETODER	46
5.7.1	<i>Personcentreret tilgang til omsorg</i>	47
5.7.2	<i>Musikterapeutiske omsorgsmetoder</i>	48
5.7.3	<i>Verbale omsorgsmetoder</i>	50
5.7.4	<i>Nonverbale omsorgsmetoder</i>	53
5.7.5	<i>Opsamling på fjerde tema</i>	55
5.6	OPSAMLING PÅ ANALYSEN	56
6	TEORI	59
6.1	KOGNITIVT PERSPEKTIV PÅ STRESS OG STRESSHÅNDBTERING	59
6.1.1	<i>Stress, kognitive vurderinger og coping</i>	59
6.1.2	<i>Kognitioners betydning for emotioner og adfærd</i>	61
6.1.3	<i>Demensramtes stresstærskel</i>	62
6.2	STRESS UD FRA ET NEUROPSYKOLOGISK PERSPEKTIV	63
6.2.1	<i>Den korte og lange thalamiske vej</i>	64
7	DISKUSSION	66
7.1	STRESS OG STRESSREDUKTION HOS NINNA	66
7.1.1	<i>Opsamling på stress og stressreduktion hos Ninna</i>	68
7.2	STRESS OG STRESSREDUKTION HOS DEMENSRAMTE PERSONER	69
7.2.1	<i>Opsamling på stress og stressreduktion hos demensramte personer</i>	72
7.3	AT FORSTÅ DEN DEMENSRAMTE SOM LED I EN PERSONCENTRERET TILGANG TIL OMSORG	73
7.3.1	<i>Opsamling på at forstå den demensramte som led i en personcentreret tilgang til omsorg</i>	77
7.4	MUSIKTERAPEUTISKE OMSORGSMETODER	78
7.4.1	<i>Opsamling på musikterapeutiske omsorgsmetoder</i>	84
7.5	VERBALE OG NONVERBALE OMSORGSMETODER	85
7.5.1	<i>Opsamling på verbale og nonverbale omsorgsmetoder</i>	91
8	KONKLUSION	93
9	PERSPEKTIVERING	97
10	LITTERATURLISTE	98
11	BILAG	109

”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor *han* er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. [...] For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. [...] al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste” (Kierkegaard, 1991, p. 96f, ll. 33-36, 1-4, 7-11).

1 Indledning

Det estimeres, at der i Danmark er omkring 90.000 mennesker, der er ramt af en demenssygdom, og prævalensen antages at være stigende. Dette tilskrives bl.a. den stigende gennemsnitslevealder, idet alder er den største risikofaktor for at udvikle demens. Det forventes, at prævalensen af demensramte i Danmark vil stige til omkring 130.000 i år 2030 (Sundhedsstyrelsen, 2013; Jørgensen & Waldemar, 2014). Iht. World Health Organization (WHO, 2015) er der 47,5 millioner demensramte på verdensplan, og hvert år ses omkring 7,7 millioner nye tilfælde. Det estimeres, at der i 2030 vil være omkring 75,6 millioner mennesker, der lider af en demenssygdom på verdensplan, og at dette tal vil fortsætte med at stige, så det i 2050 vil være oppe på 135,5 millioner. Langa (2015) antager imidlertid, at højere uddannelsesniveauer og bedre behandling af kardiovaskulære sygdomme vil bevirke, at der fremadrettet vil være færre mennesker, der rammes af en demenssygdom, end det anslås af WHO (2015). Uanset udviklingen vil en øget prævalens ifølge Sørensen, Gudex og Andersen (2006) medføre et øget behov for demenspleje og behandling, hvilket vil lægge et øget pres på social- og sundhedsvæsenets ressourcer og betyde flere økonomiske omkostninger til plejeydelser og behandling.

Demens er et syndrom med forskellige sværhedsgrader og symptomatologi, hvor hjernens kognitive funktioner, emotionelle tilstande og/eller personligheden er påvirket som følge af sygdom eller skade. Den demensramtes intellektuelle funktionsniveau er forringet sammenlignet med, hvordan vedkommende har fungeret tidligere i livet (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010). Den problematik, der forårsager størst belastning hos den demensramte såvel som plejepersonalet, er *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) (Livingston et al., 2014; Brown et al., 2012; Sundhedsstyrelsen, 2008). BPSD¹ dækker over adfærds- og psykologiske symptomer i relation til demens (International Psychogeriatrics Association [IPA], 2012, p. 14f). De psykologiske symptomer dækker over emotionelle forstyrrelser så som apati, depression, irritabilitet, angst, agnostisk misidentifikation, konfabulation og psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger. Adfærdsforstyrrelser udgøres af aktivitetsforstyrrelser som rastløshed, planløs omkringvandren, bortgang og handletrang, natteuro, seksuelle forstyrrelser, urenlighed, råbeadfærd samt fysisk såvel som verbal aggressivitet (IPA, 2012, p. 15; Kragh-Sørensen & Lolk, 2010, pp. 132-134). BPSD ses

¹ I den litteratur, der er inkluderet i dette speciale, betegnes BPSD også som udfordrende-, problematisk adfærd og neuropsykiatriske symptomer. For at skabe klarhed, vil vi betegne symptomerne som *BPSD* Anderson-Ingstrup & Anderson-Ingstrup, 2015

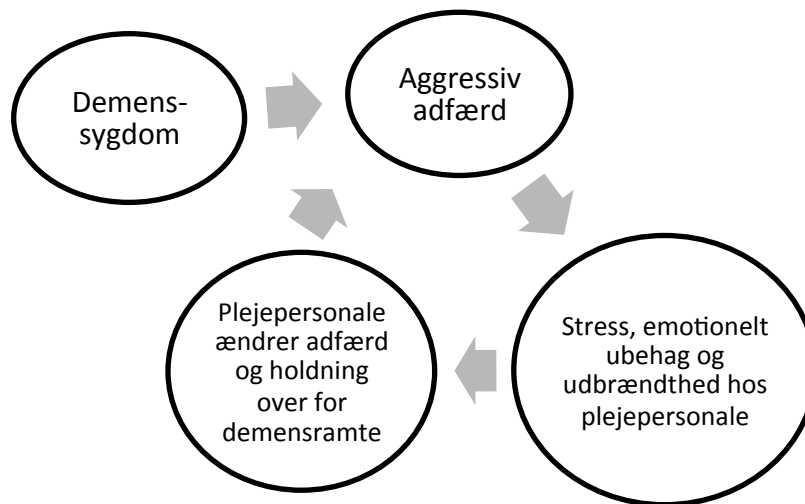
ved alle demenssygdomme, men det antages, at demenstypen er med til at definere typen af BPSD. Eksempelvis ses aggressivitet i særlig grad hos demensramte med skader i frontallapperne. Omkring 75-90% af alle demensramte personer har symptomerne periodisk, og i nogle tilfælde bliver symptomerne kroniske. Hyppigheden af BPSD stiger i takt med, at demenssygdommen forværres (Gulmann, 2004; Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet [SIS], 2010; Schmidt et al., 2012). Ifølge Gulmann (2004) er BPSD så udbredt og hyppigt forekomne, at de ses som en integreret del af symptomatologien ved demenssygdomme. Iht. Sundhedsstyrelsen (2013) bliver BPSD ofte underrapporteret, hvilket er i tråd med Gulmann (2004), der påpeger, at problemerne i relation til BPSD bliver fortrængt og fortiet i Danmark. Ud fra dette kan der dels argumenteres for, at problemet er mere udbredt end det fremgår af de eksisterende undersøgelser, og dels at der bør sættes endnu mere fokus på problematikken.

BPSD er en af de primære årsager til indflytning på plejehjem og forekommer hyppigt blandt plejehjemsbeboere, da 60-80% af plejehjemsbeboere lider af en demenssygdom. Ifølge Alzheimer's Society (2011) har op mod to tredjedele af demensramte på plejehjem BPSD. En stor del af de demensramte, der har disse symptomer, er ikke i stand til at tage informerede beslutninger om deres handlinger (Sundhedsstyrelsen, 2013; Alzheimerforeningen, 2013; Kunik et al., 2010; Gotfredsen, 2009). En undersøgelse fortaget af Bergh et al. (2011) fandt, at 91,7% af plejehjemsbeboere har mindst ét af følgende symptomer: irriterabilitet, agitation, depression og/eller uhæmmet adfærd. Årsagerne til BPSD kan være mange. Både neurobiologiske, somatiske, psykologiske og miljømæssige faktorer kan være årsag til BPSD. De neurobiologiske faktorer dækker over de neurologiske skader og forandringer, der sker gennem hele sygdomsforløbet, og som kan have indflydelse på BPSD. Smerter, delir, medicinske bivirkninger, urinvejsinfektioner, fejlernæring, dehydrering og obstipation er eksempler på somatiske faktorer. Psykologiske faktorer udgøres bl.a. af stress, utilpashed, kedsomhed og depression. Miljømæssige faktorer dækker over dysfunktionelle samspil mellem den demensramte og eksempelvis plejepersonalet, plejestrukturen, arkitekturen på plejehjemmet, flytning samt ændringer i miljøet (Gotfredsen, 2009; Gulmann, 2004; Alzheimer's society, 2011; Talerico, Evans & Strumpf, 2002).

En af de mest belastende problematikker, der er knyttet til demens, er aggressiv adfærd (Gulmann, 2004). Aggressiv adfærd inddeles i verbale og fysiske aggressioner. Verbal aggressivitet omfatter vredladdenhed, bebrejdelser, sarkasme, beskyldninger, udskældning

og trusler. Kropssproget indgår som et vigtigt element i den verbale aggressive adfærd. Fysisk aggressivitet dækker bl.a. over griben-fat, skub, slag, spark, krads, ryk og spyt. Gulmann (2004) fremhæver, at aggressiv adfærd ikke opstår i et socialt tomt rum, og at de aggressive reaktioner oftest er rettet mod plejepersonalet. Demensramte, der reagerer med aggressiv adfærd, har som oftest demens i svær grad, hukommelses- og koncentrationsproblemer, er gangbesværede eller kørestolsbrugere, trætte, fysisk syge og har forringede praktiske færdigheder (Gotfredsen, 2009; Gulmann, 2004). De aggressive reaktioner opstår i langt de fleste tilfælde ifm. personlig pleje, hvilket bl.a. omfatter intimvask, vask af ansigt og hår, hjælp til toiletbesøg og forflytning. Personlig pleje involverer ofte mange informationer, som den demensramte kan have svært ved at forstå og tolke grundet sproglige vanskeligheder. Talerico et al. (2002) påviser en signifikant sammenhæng ($p < 0,05$) mellem forringede kommunikative evner og fysisk og verbal aggression. Aggressiv adfærd er et pinefuldt problem for den demensramte. Dette skyldes dels personens negative emotionelle oplevelse af fx stress, forvirring, angst, vrede eller krænkelser, og dels at den aggressive adfærd ofte søges behandlet vha. medicinske præparater, der kan have alvorlige bivirkninger. Den aggressive adfærd er endvidere problematisk for plejepersonalet, som kan opleve negative fysiske og psykiske konsekvenser som følge heraf (Gotfredsen, 2009; Talerico et al., 2002). Dette kommer bl.a. til udtryk gennem stressreaktioner, udbrændthed og negative emotionelle tilstande, der eksempelvis bærer præg af vrede, aggression, frygt og afmagt. Ydermere ses en ændret adfærd over for de demensramte personer i form af tilbagetrækning, konfrontation, modvillighed over for den demensramte, negativ respons på den demensramtes adfærd og mindre villighed til at hjælpe ham/hende. Denne ændrede adfærd kan have en meget negativ påvirkning på kvaliteten af plejen og omsorgen over for de demensramte, hvilket kan bidrage til yderligere tilfælde af aggressiv adfærd (Høgh et al., 2007; Schmidt et al., 2012; Duffy, Oyebode & Allen, 2009; VonDras et al., 2009; Åström et al., 2004). Ifølge Rodney (2000) er der en signifikant sammenhæng ($p = 0,000$) mellem mængden af demensramtes aggressive reaktioner og plejepersonalets stressniveau. Jo mere aggressiv adfærd, jo mere stress og udbrændthed hos personalet og vice versa (Mills & Rose, 2011; Schmidt et al., 2012). Der kan således opstå en ond cirkel, hvor den aggressive adfærd resulterer i stress og ubehag hos plejepersonalet, der som konsekvens heraf ændrer adfærd over for de demensramte. Dette kan resultere i en stigning af de demensramtes aggressive reaktioner, som så igen smitter af på personalet og deres omsorg over for de demensramte.

Dette dysfunktionelle mønster illustreres i figur 1 ”Dysfunktionelt mønster ved aggressiv adfærd” (p. 5).



Figur 1 Dysfunktionelt mønster ved aggressiv adfærd

Grundet de neurologiske skader og svækkelser af kognitive funktioner der følger med demenssygdomme, vil vi understrege, at det ikke er de demensramte, der har mulighed for at ændre det dysfunktionelle mønster, der er illustreret i figur 1 (p. 5). Derimod deler vi Ottensens (2014) grundantagelse om, at det er plejepersonalet, der har mulighed for bryde det dysfunktionelle mønster ved aggressiv adfærd (jf. figur 1, p. 5) og skabe en god relation og nogle gode rammer, som den enkelte demensramte kan være i. Dette er imidlertid lettere sagt end gjort, og vi anerkender, at det er en meget kompleks opgave at stå overfor, som kræver en stor indsats og en høj faglighed hos plejepersonalet, hvilket vi yderligere vil belyse i kapitel 2 ”Forforståelse og værdigrundlag” (pp. 12-14).

Måden, hvorpå personalet tolker den aggressive adfærd, kan være afgørende for, hvorvidt det er muligt at bryde det dysfunktionelle mønster. Gulmann (2004, p. 135) og Åström et al. (2004, p. 413f) fremhæver, at det desværre er almindeligt, at plejepersonalet kommer til at tolke den aggressive adfærd som bevidst ondskabsfuldhed og som en bevidst, intentionel handling. Sådanne tolkninger skal anses som fejltolkninger, da de demensramte tillægges motiver, som rækker langt ud over det mulige. Disse fejltolkninger kan få alvorlige konsekvenser, dels fordi helt centrale funktionstab overses, og dels fordi det besværliggør en hensigtsmæssig håndtering af situationen med den demensramte. Personalet bliver

yderligere frustreret og får sværere ved at tage initiativer til at hjælpe den demensramte med udgangspunkt i det, som han/hun har svært ved (Åström et al., 2004; Gulmann, 2004). Personalet kan ydermere tolke den aggressive adfærd som reaktioner på blufærdighed eller ydmygelser over at modtage hjælp, hvilket Gulmann (2004) også anser som fejltolkninger i mange tilfælde.

Frem for disse førnævnte motiver argumenteres der for, at de aggressive reaktioner i stedet drejer sig om en reaktion på ubehag, angst, insufficiensfølelse, manglende impuls kontrol, stigende irritabilitet og/eller en oplevelse af hjælpen som noget overvældende, påtrængende, truende, meningsløst og uforståeligt. Den demensramte forsøger således at beskytte sig selv mod overstimulation eller forsvare sig mod oplevelsen af overgreb vha. aggressiv adfærd. Derudover kan agnostisk misidentifikation og paranoide fortolkninger danne baggrund for den aggressive adfærd. De aggressive reaktioner skal forstås som et kompromis mellem demenshandicap og omgivelserne og er ud fra den demensramtes synspunkt nødvendige og fornuftige og anses som den bedst mulige løsning på en given problematik (Gulmann, 2004; Høgh et al., 2006; Kragh-Sørensen & Lolk, 2010; Gotfredsen, 2009; Zeller et al., 2009; Talarico et al., 2002).

Det estimeres, at 25-40% demensramte plejehjemsbeboere medicineres med antipsykotisk medicin for at dæmpe BPSD til trods for en beskeden og ofte manglende effekt (Seitz et al., 2013). Den beskedne effekt, der ses i nogle tilfælde, tilskrives Sundhedsstyrelsen (2013) en placeboeffekt, hvor personalet ændrer adfærd over for den demensramte, efter at han/hun er sat i medicinsk behandling. I disse tilfælde er det ifølge Sundhedsstyrelsen (2013) personalets ændrede adfærd, der forårsager en bedring og ikke medicinen. Brugen af antipsykotika kan derimod medføre en lang række alvorlige bivirkninger så som kognitive svækkelser, øget risiko for hjerneblødninger og faldtendens og kan i værste tilfælde medføre døden. Brugen af nonfarmakologiske interventioner anbefales derfor som førstevalg til behandling af BPSD, herunder aggressiv adfærd (Seitz et al., 2013; Sundhedsstyrelsen, 2013).

Nonfarmakologisk intervention er et paraplybegreb, der dækker over en lang række tiltag lige fra indretning af lokaler til diverse psykosociale interventioner (Livingston et al., 2014; Marquadt, Bueter & Motzek, 2014; Zimmerman et al, 2013; Seitz et al, 2012; Enmarker, Olsen & Hellzen, 2011). Evidensgrundlaget for de enkelte typer af nonfarmakologiske interventioner til at reducere BPSD er svingede. Dette tilskrives bl.a. metodologiske udfordringer ved at udføre forskning om nonfarmakologisk intervention,

som kan leve op til de metodologiske krav, der stilles til medicinsk forskning såsom krav om *dobbelt blinding*. I en medicinsk teknologivurdering foretaget af Livingston et al., (2014) fremhæves det, at personcentreret pleje², kommunikative virkemidler*, *Dementia Care Mapping*³, sensorisk terapi og struktureret musikterapi effektivt kan mindske graden af BPSD. På baggrund af et systematisk review påpeger Spector, Orrell og Goyder (2013), at efteruddannelse af personalet kan reducere BPSD. De inkluderede studier blev inddelt efter teoretisk tilgang, hvilket omfattede en adfældsorienteret tilgang, en kommunikativ tilgang, en personcentreret tilgang med fokus på opfyldelse af psykosociale behov og en emotionsorienteret tilgang med fokus på validering. Spector et al. (2013) fremhæver, at det på baggrund af dette review ikke er muligt at anbefale én tilgang over en anden til at mindske BPSD.

I dette speciale er vi interesserede i at undersøge, hvordan den aggressive adfærd, der opstår ved personlig pleje, kan mindskes. I kraft heraf vil vi have særligt fokus på nonfarmakologiske interventioner, der er rettet mod denne specifikke problematik. I kraft af at det er plejepersonalet, der varetager den personlige pleje, er vi interesseret i at undersøge nonfarmakologiske interventioner, der kan anvendes af plejepersonalet i plejesituationerne.

Forskning, der specifikt omhandler effekten af nonfarmakologiske interventioner til at reducere aggressiv adfærd hos demensramte i situationer med personlig pleje, er imidlertid sparsom (Gozalo et al., 2014; Zimmerman et al., 2013; Konno, 2011). Der er evidens, der peger på, at aggressiv adfærd i situationer med personlig pleje kan mindskes, når der tages udgangspunkt i den enkelte demensramte persons behov, når der anvendes særlige badeforhold og gennem brug af musik (Gozalo et al., 2014; Särkämö et al, 2012; Konno, 2011). Alzheimerforeningen (2013, p. 1) efterspørger en større faglighed hos plejepersonalet og finder det nødvendigt, at personalet ikklædes nogle kompetencer og ressourcer til at kunne drage omsorg i problemfyldte plejesituationer. Iht. Konno (2011) er der ydermere behov for flere studier, som fokuserer på plejepersonalets erfaringer med at udføre personlig pleje. Derudover argumenterer Kuske et al. (2009) for, at udviklingen af interventioner bør inkludere plejepersonalets erfaring.

² * = under supervision

³ Dementia Care Mapping er en observations-feedback metode, der har fokus på omsorgsrelationen mellem den demensramte og personalet, og har til hensigt at bedre denne (Kitwood, 2010).

For at se nærmere på plejepersonales erfaring med at udføre personlig pleje og undersøge tværfaglige, nonfarmakologiske omsorgsmetoder, der er anvendt i situationer, hvor demensramte har reageret med aggressiv adfærd ved personlig pleje, vil vi i dette speciale have fokus på Ninnas⁴ erfaringer. Ninna har siden 2009 arbejdet med demensramte på et plejehjem. Igennem de sidste fem år, har hun befundet sig i en unik position, fordi hun har studeret psykologi samtidigt med, at hun har arbejdet i demensplejen. I kraft af sin position som SOSU-afløser, har Ninna varetaget personlig pleje hos demensramte. Her har hun kunnet anvende sin teoretiske og terapeutiske psykologfaglige viden i situationer, når demensramte har reageret med aggressioner ved personlig pleje. Ninna er en erfaren musiker, og musikken er en integreret del af Ninnas arbejde med demensramte. Gennem årene har Ninna sat sig ind i flere teorier fra musikterapifaget og har trukket på denne viden i praksis. Ninna har således haft flere vidensfelter i spil, når hun har draget omsorg for demensramte, der reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Ninnas nysgerrighed og pragmatiske, individorienterede tilgang har gjort, at hun som en naturlig del af arbejdet har haft mulighed for at udvikle og afprøve omsorgsmetoder i praksis med udgangspunkt i sin psykologfaglige viden, kendskabet til musik som et terapeutisk redskab og sin erfaring inden for social- og sundhedsfeltet.

Foruden et større fokus på plejepersonalets erfaringer og oplevelser efterspørger Enmarker et al. (2011) mere viden om de demensramtes oplevelser. Gotfredsen (2009) fremhæver imidlertid, at langt de færreste demensramte kan forklare, hvordan de opfatter situationerne, hvori den aggressive adfærd opstår. Ligeledes er det for de flestes vedkommende ikke muligt at give en nuanceret beskrivelse af, hvordan de har det i disse situationer. Dette kan hænge sammen med, at aggressiv adfærd som tidligere nævnt typisk optræder sent i demensforløbet (Gotfredsen, 2009). Når vi i dette speciale ønsker at se nærmere på de demensramtes oplevelser af at få hjælp til personlig pleje, vil vi derfor tage udgangspunkt i Ninnas observationer og vurderinger af de demensramte mennesker, som hun i kraft af sin stilling som SOSU-afløser, har hjulpet med personlig pleje.

Formålet med dette speciale er at bidrage til forskningsfeltet gennem Ninnas oplevelser og erhvervede erfaring ved at give et indblik i, 1) hvordan Ninna i rollen som plejepersonale oplever situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved

⁴ Eftersom Ninna både er informant og medforfatter på dette speciale, har vi valgt at betegne hende ved navn frem for at anvende titlen ”informant”. Når der i specialet refereres til Jens, er der tale om specialets anden forfatter.

personlig pleje, 2) hvordan de demensramte, ud fra Ninnas observationer og vurderinger, oplever disse situationer, og 3) hvordan Ninna har forsøgt at løse denne problemstilling vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder. For at kunne give et indblik i, hvordan problematiske plejesituationer løses, vil vi ydermere beskrive, hvordan det opleves for plejepersonale og demensramte at være i løsningssituationer. Med udgangspunkt i Ninnas kliniske erfaring vil vi besvare nedenstående problemformulering, hvor to spørgsmål ønskes besvaret.

1.1 Problemformulering

Hvordan oplever plejepersonale og demensramte situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, og hvordan kan sådanne problematiske plejesituationer løses af plejepersonalet vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder?

1.2 Disposition og læseguide

I nærværende afsnit præsenteres specialets opbygning i en punktopstilling, der samtidig vil fungere som en læseguide.

- 1 Indledning
 - I indledningen blev specialets problemstillingen og formål klargjort, og problemformuleringen blev fremsat.
- 2 Forforståelse og værdigrundlag
 - I dette kapitel klarlægges de værdier, menneske- og sygdomssyn, som ligger til grund for specialet.
- 3 Demens
 - I kapitlet omkring demens indgår en redegørelse for symptomatologien bag demens samt en beskrivelse af Alzheimers sygdom og frontotemporal demens med fokus på kliniske symptomer og neurologiske forandringer.
- 4 Metodologi
 - Vi arbejder i dette studie inden for det kvalitative paradigme og anvender autoetnografi, der er en undergren til etnografien, og interview som dataindsamlingsmetoder. Analysen udarbejdes ud fra den fænomenologiske metode IPA. Det metodologiske kapitel omhandler således det kvalitative paradigme, etnografi, autoetnografi, interview, fænomenologi og IPA.

Slutteligt præsenteres vores etiske refleksioner og valg i relation til dette speciale.

- 5 Analyse
 - I dette kapitel redegør vi først for, hvordan vi har indsamlet data. Derefter præsenteres de resultater, som er udledt af interviewet. Ydermere inddrages enkelte autoetnografiske vignetter. I kraft af at dette studie er induktivt og datadrevet, er det teoretiske grundlag valgt på baggrund af analysen, hvilket er årsagen til, at analysen præsenteres før teori.
- 6 Teori
 - På baggrund af analysen forekom det relevant at inddrage stressteorier til at belyse data om Ninnas egne oplevelser og hendes observationer og vurderinger af de demensramtes oplevelser i situationer med personlig pleje. Teoriafsnittet udgøres derfor af et kognitivt og et neuropsykologisk perspektiv på stress.
- 7 Diskussion
 - I diskussionen sammenholdes analysens resultater med stressteori for at give en dybere forståelse for, hvordan plejepersonale og demensramte oplever situationer, hvor demensramte reagerer med aggressioner. For at se nærmere på, hvordan problematiske plejesituationer kan løses af plejepersonalet, vil vi inddrage relevante empiriske studier og teoretiske argumenter. Dette gøres for at undersøge evidensgrundlaget for de musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder, som Ninna anvender til at forebygge og afværge aggressiv adfærd, der opstår ifm. personlig pleje. Derudover vil vi med afsæt i analyseresultatet diskutere, hvordan det er muligt at løse problematiske plejesituationer vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder.
- 8 Konklusion
- 9 Perspektivering
- 10 Litteraturliste
 - Litteraturlisten og løbende referencer er udarbejdet ud fra APA-style.

- 11 Bilag
 - Alle bilag er vedlagt på CD. Der er otte bilag i alt, som listes nedenfor.
 - 1 Samtykkeerklæring fra Ninna
 - 2a Samtykkeerklæring fra Ninnas leder 1/2
 - 2b Samtykkeerklæring fra Ninnas leder 2/2
 - 3 Interviewguide
 - 4 Transskription
 - 5 Kodeproces
 - 6 (Auto)etnografi
 - 7 Omsorgsmetoder
 - 8 Endelige analysetemaer

2 Forforståelse og værdigrundlag

”Hvad ser du søster her i min stue? En gammel, sur og besværlig frue, usikker på hånden og fjern i blikket, lidt griset og rodet, hvor hun har ligget [...] Hun takker dig ikke, for hvad du gør, er så tit, som hun slet ikke bør. Er det, hvad du tænker? Er det, hvad du ser? Så luk øjnene op og se, der er mer’! [...] Hvad ser du søster? – En gammel, besværlig og træt lille kone? – Nej, vær nu ærlig! Se nærmere til – måske du kan finde et barn, en brud, en mor – ja, en kvinde. Se mig, som sidder der inderst inde, det er mig, du skal prøve at se og finde” (Lissner, 1991, p. 195f, ll. 3-6, 9-12, 21-26).

Ovenstående citat er et uddrag af Ellen Lissners (1991, p. 195f) oversættelse af et engelsk digt, der blev fundet i skuffen hos en gammel dame på et plejehjem efter hendes død. I digtet tydeliggøres en problematik, hvor demenssygdommens symptomer skjuler mennesket, som har levet et helt liv forud for sygdommen. Samtidig understreges vigtigheden i, at omsorgspersonerne prøver at se bort fra sygdommen og finde det menneske, som stadig er der inde bag sygdommen. Netop dette fokus betegner vores menneskesyn og værdigrundlag og således både vores ontologiske og aksiologiske udgangspunkt.

Vores skelnen mellem sygdom og menneske kan ses i måden, hvorpå vi omtaler mennesker med demens som *demensramte* fremfor *demente*. Endvidere vælger vi at anvende termen *omsorgsmetoder* fremfor eksempelvis *håndtering af demente* for at tydeliggøre, at vores fokus er rettet mod at drage omsorg for mennesker, der har en invaliderende demenssygdom, og at det derved ikke er demente, der blot skal håndteres. Ud fra vores opfattelse reducerer begreberne *demente* og *håndtering* det unikke menneske bag demenssygdommen fra at være et subjekt til at blive et objekt. Denne skelnen mellem sygdom og menneske er vigtig for at undgå, at mennesket fusioneres med sygdommen, hvilket er kongruent med det, der inden for den narrative psykologi betegnes som *eksternalisering*. Eksternalisering er en måde at tale om og forstå menneskers relation til deres lidelser på. Mennesket *er* ikke sin lidelse, men har et forhold til sin lidelse. Problemet er problemet, personen er personen (White, 2006; 2008). I relation til demens kan det derved siges, at mennesket *har* demens, men *er* ikke sin demens. Dette værdigrundlag deles af den engelske psykolog Tom Kitwood. Kitwood (2010) fremhæver, at begrebet

demente nedvurderer personen og tildeler det unikke menneske en simpel kategori. For at tydeliggøre dette anvender Kitwood (2010) en analogi om en vægtskål, hvor personlighed placeres på det ene lod og sygdomssymptomer placeres på det andet. Ifølge Kitwood (2010) har det længe været en tendens, at sygdomslodden har vejet tungest i opfattelsen af mennesker med demens og at denne opfattelse har præget demensomsorgen – eller rettere demenshåndteringen. Denne opfattelse er en del af det paradigme, som Kitwood (2010) kalder den ondartede socialpsykiatri. For at bryde med den ondartede socialpsykiatri argumenterer Kitwood (2010, p. 17) for, at fokus skal lægges på MENNESKER-med-demens frem for mennesker-med-DEMENS. En holdning som vi til fulde deler, og som udgør en del af det værdigrundlag, som dette speciale bygger på.

Specialet blev indledt med et citat af Søren Kierkegaard (1991, p. 96f, ll. 35f, 2f), hvor det fremhæves, at man for at kunne hjælpe et andet menneske skal *”finde ham der, hvor han er, og begynde der... [og] først og fremmest forstaae det, han forstaar”*. For at kunne hjælpe og drage omsorg for en demensramt person skal der ud fra Kierkegaard (1991) og Kitwood (2010) tages udgangspunkt i den enkelte, unikke person, hans/hendes aktuelle tilstand og virkelighed. Dette stiller krav til plejepersonalet om at betragte den demensramte ud fra et personorienteret perspektiv. Kierkegaards udsagn om at hjælpe andre stiller desuden krav til os som forskere om at sætte os ind i, anerkende og forstå den livsverden, som plejepersonalet befinder sig i, hvis vi ønsker at hjælpe dem til at hjælpe de demensramte. Netop dette forsøger vi ved at undersøge Ninnas livsverden som plejepersonale, der skal forholde sig til og drage omsorg for demensramte, der reagerer med aggressioner ved personlig pleje. Derudover finder vi det vigtigt at reflektere over, hvad der kan kræves af plejepersonalet, og hvorvidt det er deres ansvar alene, at løse situationer med aggressiv adfærd. Alzheimerforeningen (2013) efterspurgte som nævnt i indledningen (p. 7) en højere faglighed hos plejepersonale, som drager omsorg for demensramte. Vi mener ikke, at plejepersonalet kan tildeles ansvaret for dette. For at muliggøre en højere faglighed vil vi argumentere for, at beslutningstagere som politikere og leder skal være med til at facilitere uddannelse, supervision og tværfagligt samarbejde. Dette er i tråd med Livingston et al. (2014), der påpeger nødvendigheden i, at der gøres indsatser for at ændre kulturen på plejehjem gennem uddannelse og implementering af evidensbaserede nonfarmakologiske interventioner.

Vores formål med dette speciale bærer præg af vores aksiologi. Med dette speciale vil vi således forsøge at give stemme til plejepersonalet såvel som personer med demens. Vi vil

endvidere forsøge at afdække og undersøge omsorgsmetoder, som kan anvendes af plejepersonalet til at mindske aggressiv adfærd og bryde det dysfunktionelle mønster ved aggressiv adfærd (jf. figur 1 ”Dysfunktionelt mønster ved aggressiv adfærd”, p. 5).

I næste kapitel følger en redegørelse for demens, hvor vi med afsæt i ICD-10 diagnosekriterierne beskriver hhv. Alzheimers sygdom og frontotemporal demens.

3 Demens

Der findes mange typer demenssygdomme, og demens dækker derved over mange forskellige diagnoser, der skyldes sygdom i hjernen. Demens er sædvanligvis kronisk eller progressiv og medfører skader i højere cortikale hjerneområder (WHO, 2002). For at få en dybere forståelse af syndromet *demens* vil vi i det kommende afsnit behandle ICD-10s diagnosekriterier for demens. Nationalt Videnscenter for Demens anser imidlertid ICD-10 som et forældet diagnosesystem inden for demensområdet, da ICD-10 ikke er blevet revideret siden 1992. I 2013 udkom DSM 5, der anvendes i USA, og som kategoriserer demens under neurokognitive lidelser. Det forventes, at demensdiagnosekriterierne i DSM 5 fremadrettet kommer til at præge det kliniske område og demensforskningen. På trods af at DSM 5 fremkommer med en nyere og mere opdateret forståelse af demensdiagnoser, vælger vi at tage udgangspunkt i ICD-10 frem for DSM 5, da ICD-10 er det officielle diagnosesystem i Danmark (Jørgensen, 2013; Fagerlund & Glenthøj, 2009).

3.1 ICD-10 diagnosekriterier

ICD-10 opstiller nogle generelle kriterier, der skal opfyldes for at blive diagnosticeret med demens. Der skal forekomme svækkelser af kognitive funktioner, som omfatter hukommelse, særligt arbejdshukommelsen, abstraktionsevne, dømmekraft, planlægning og tænkning. Endvidere svækkes emotionel kontrol, motivation eller social adfærd. Mindst ét af følgende symptomer skal yderligere være til stede: emotionel labilitet, apati, irritabilitet eller forgrovet social adfærd. Symptomerne skal have været tilstede i mindst seks måneder før, at der kan stilles en demensdiagnose. Diagnosen stilles ud fra anamnetiske informationer fra patientens nærtstående og suppleres nogle gange med en neuropsykologisk undersøgelse (WHO, 2002).

Som nævnt indledningsvis ses BPSD, herunder aggressiv adfærd, ved alle demenssygdomme. I kraft af at Alzheimers sygdom er den mest udbredte demenssygdom, med en prævalens på omkring 70% af tilfældene, vil personer med Alzheimers sygdom udgøre en stor del af de beboere, som demensplejepersonale skal drage omsorg for. I de tilfælde, hvor demenssygdommen primært rammer frontallapperne, som det eksempelvis ses ved frontotemporal demens, vil der i særlig grad forekomme aggressiv adfærd (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010). Af denne årsag vil vi i de følgende afsnit redegøre for hhv. Alzheimers sygdom og frontotemporal demens.

3.2 Alzheimers sygdom

Alzheimers sygdom er karakteriseret af et progressivt sygdomsforløb, hvor personen gradvist oplever gennemgribende hukommelsestab og tab af andre kognitive funktioner. Hukommelsesproblemer er meget presserende for personer med Alzheimers sygdom gennem hele sygdomsforløbet (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010). Både eksplicit og implicit hukommelse svækkes, men der ses størst problemer i relation til den eksplicitte hukommelse (Kalat, 2007). Alder er den største risikofaktor for at udvikle Alzheimers sygdom, og størstedelen af personer, der rammes af sygdommen, er over 65 år. Sygdomsforløbet er individuelt både, hvad angår sygdomsudvikling og de kliniske symptomer. De kognitive og adfærdsmæssige forstyrrelser, der forårsages af sygdommen, kan derfor være meget forskellige fra person til person. Ofte er sygdomsforløbet langvarigt på omkring otte til ti år inden sygdommen medfører døden, og personer med Alzheimers sygdom vil typisk have behov for pleje en stor del af tiden (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010).

Alzheimers sygdom inddeles traditionelt i tre faser. I den første, der oftest varer et til tre år, er personen som regel socialt velfungerende. Hukommelsesbesvær og svækkelse af andre kognitive funktioner ses i let grad. Endvidere kan der forekomme personlighedsforstyrrelser og adfærdforstyrrelser, der som nævnt hører under termen BPSD. Ny forskning peger på, at intensiv fysisk træning i et socialt fællesskab kan forebygge udviklingen af BPSD i denne fase (Nationalt Videnscenter for Demens, 2015). I anden fase, der varer omkring to til seks år ses afasi, visuospatiale, agnostiske og apraktiske symptomer. Hukommelsesforstyrrelserne er udtalte i denne fase. Depression og andre emotionelle forstyrrelser er også hyppigt forekomne. I den tredje fase, der typisk varer mellem et til tre år, er personen alvorligt invalideret af sygdommen og meget plejekrævende. Det er ikke muligt for personen at varetage gøremål i hverdagen, og personen har derfor et omfattende behov for hjælp. Emotionelt set er personen apatisk og desorienteret, og der kan ydermere optræde psykotiske symptomer så som hallucinationer og vrangforestillinger (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010).

Ovenstående kliniske symptomer skyldes progressive cellulære forandringer i det limbiske system, cerebral cortex og i neurotransmittersystemer. De neurologiske forandringer skyldes aflagringer af proteinerne beta-amyloid og tau. Beta-amyloidfragmenter filtreres sammen og danner plak, der lægger sig mellem nervecellerne.

Tau sammenfiltres i tangles inden i nervecellerne. Resultaterne af disse to processer er celledød, betydningsfulde tab af synapser, tab af dendritforgrening og reduktion i syntesen af forskellige neurotransmittere heriblandt signalstoffet acetylkolin. Som konsekvens heraf forekommer der atrofi, hvor hjernen kan miste op til en tredjedel af dens volumen. Atrofi ses særligt i temporale, frontale og parietale områder. Alzheimers rammer først de limbiske strukturer entorhinal cortex og hippocampus. Entorhinal cortex, der er involveret i overførelsen af information mellem cortex og hippocampus, bliver først og hårdest ramt. Når der sker neurontab i hippocampus og entorhinal cortex, er det kliniske billede præget af hukommelsestab. Sygdommen rammer begge hemisfærer og breder sig til andre limbiske strukturer så som amygdala og gyrus cinguli, temporallapperne, parietallapperne og senere i sygdomsforløbet også til den præfrontale region (Breedlove & Watson, 2013; Kolb & Wishaw, 2009; Kragh-Sørensen & Lolk, 2010).

3.3 Frontotemporal demens

Frontotemporal demens dækker over flere degenerative hjernesygdomme. Syndromet er karakteriseret ved tidlig og tiltagende personlighedsændringer, der kommer til udtryk gennem adfærdsmæssige eller kognitive deficits, hvilket medfører betydelige tab af personens sociale funktioner. Frontotemporale demenssygdomme opstår som følge af degenerative neurologiske forandringer i frontal- og/eller temporallapperne, hvor der ses abnormaliteter i tauproteiner og atrofi i de frontale og temporale regioner. Der optræder desuden atrofi i limbiske regioner såsom amygdala og gyrus cinguli samt i basalganglierne (Eriksson, 2009; Kragh-Sørensen & Lolk, 2010).

I begyndelsen af sygdomsforløbet påvirkes personens eksekutive funktioner, og evner til planlægning, problemløsning og fastholdelse af opmærksomhed er reducerede. Adfærdsforstyrrelser som eksempelvis aggressivitet, manglende hæmning, irritabilitet og hyperseksualitet dominerer ligeledes det kliniske billede. Personens sprogfunktion er i begyndelsen ikke påvirket i særlig grad, men i takt med at sygdommen skrider frem, udvikler personen ofte ekspressiv afasi. Modsat Alzheimers sygdom ses der først alvorlige hukommelsestab forholdsvis sent i sygdomsforløbet. Eftersom frontotemporal demens inddeles i specifikke demenstyper, er det ikke alle symptomer, som optræder i samme grad ved den enkelte demenstype. Alt efter demenstype vil det kliniske billede i begyndelsen som regel være præget enten af adfærdsmæssige, sproglige eller motoriske forstyrrelser. I

takt med at sygdommen skrider frem, indtræffer alle symptomer dog uanset demenstype (Kragh-Sørensen & Lolk, 2010).

4 Metodologi

I dette kapitel vil vi præsentere specialets videnskabsteoretiske ramme, dataindsamlings- og analysemetoder samt etiske refleksioner og valg.

4.1 Det kvalitative paradigme

Ifølge Denzin & Lincoln (2005) fokuserer kvalitativ forskning på, hvordan menneskelige erfaringer skabes og opleves. Kvalitativ forskning er naturalistisk og finder sted i ”den virkelige verden” fremfor i et laboratorium, og er ofte induktiv med et idiografisk fokus. I kvalitativ forskning er der ikke fokus på at påvise kausale sammenhænge eller at teste hypoteser, og gyldig viden er ikke afhængig af statistiske resultater, som det er i kvantitativ forskning. Derimod er kvalitativ forskning procesorienteret. En anden betydelig forskel på kvalitativ og kvantitativ forskning er den rolle, som forskeren selv spiller. Denzin & Lincoln (2005) argumenterer for, at al forskning kræver, at der foretages valg ift. fokus og fortolkning, hvilket er styret af den pågældende forskers egen tro og følelser om verdenen. I kvantitativ forskning tages der afstand til forskerens subjektive indflydelse, hvorimod kvalitativ forskning fremhæver denne subjektivitet som en ressource i forskningen. Forskeren selv anses som et vigtigt forskningsredskab (Robson, 2011). Et vigtigt princip i kvalitativ forskning er derfor *refleksivitet*. Dette indebærer, at forskeren tilkendegiver og inddrager sin relation til det givne forskningsområde. Ligeledes indebærer det, at forskeren inddrager læseren i sine valg og fravalg i forskningsprocessen og argumenterer herfor (Abrams, 2005; Stige, Malterud & Midtgarden, 2009). Vi inddrager dette princip på flere måder. For det første tilkendegiver vi vores værdier og forforståelse (jf. kapitel 2, pp. 12-14). Vi vil ligeledes løbende informere om og argumentere for de valg og fravalg, vi foretager, både i relation til metode og analyse.

Kvalitativ- og kvantitativ forskning tilvejebringer forskellig viden og har forskellige styrker og svagheder. Ud fra et kvantitativt synspunkt kan kvalitativ forskning kritiseres for at være for subjektivt, forudforstået og bære præg af manglende systematik. Ud fra et kvalitativt synspunkt anfægtes kvantitativ forskning derimod som objektificerende og ude af stand til at videreformidle individets erfaringer.

I dette speciale vælger vi at tage udgangspunkt i Robsons (2011) pragmatiske standpunkt, hvor valg af forskningsparadigme, indsamlings- og analysemetoder styres af forskningsspørgsmålet. Eftersom formålet med dette studie er at opnå indsigt i de processer

og oplevelser, der er forbundet med førstehåndsindsigt i demensomsorgen, vælger vi et kvalitativt forskningsdesign. Vi arbejder eksplorativt og induktivt fremfor teoridrevet, da et af formålene med studiet er at give et dybdegående og nuanceret indblik i Ninnas personlige processer og oplevelser ifm. at yde omsorg for demensramte, der reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Ved at vælge en teoridrevet fremgang er der risiko for, at der kun afdækkes viden, som er relevant for den pågældende teori, hvorfor vi fravælger en deduktiv tilgang.

Robson (2011, p. 131) påpeger, at et forskningsdesign kan være hhv. *fixed* eller *flexible*. Hvor *fixed* designs oftest udføres på baggrund af manualer, tilpasses fremgangen i *flexible* designs undervejs i forskningsprocessen ud fra det givne forskningsområde. Denne fleksibilitet fremhæves desuden af Denzin & Lincoln (2005), som en ressource og et vigtigt element i kvalitativ forskning, hvor forskeren løbende udvælger og tilpasser sine metoder med henblik på at udtrække relevant viden. Flexibilitet er dog ikke det samme som mangel på systematik. Systematik og grundighed ifm. dokumentation, indsamling og analyse af data samt rapportering heraf er stadig vigtig (Robson, 2011).

Fordi vi i dette kvalitative studie er eksplorative og induktive, har vi valgt et *flexible* design. Ved ikke at benytte en stringent manualbaseret fremgang, har vi hele tiden haft mulighed for at inddrage og tilpasse metoder, som er mest relevante for at kunne besvare vores problemformulering.

I det kvalitative paradigme kan der anvendes flere forskellige empiriske tilgange, heriblandt etnografi og autoetnografi. Det anbefales at vælge den tilgang, der er mest relevant for et givent studies fokus (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Denzin & Lincoln, 2005). Eftersom dette speciale har til hensigt at undersøge oplevelserne forbundet med en specifik kultur, som Ninna er en del af, har vi valgt at tage udgangspunkt i en autoetnografisk tilgang. Da autoetnografien udspringer af etnografien, vil vi i nedenstående afsnit redegøre for den etnografiske tilgang.

4.2 Etnografi

Etnografi var oprindeligt en antropologisk disciplin med fokus på at undersøge kulturer og folkeslag, som var fremmede for det vestlige samfund. Disciplinen har sidenhen udviklet sig til at fokusere på subkulturer og andre sociale grupperinger. Begrebet *kultur* omhandler således ikke kun fremmede folkeslag, men betegner ydermere enhver social kontekst, hvor minimum to personer interagerer (Stige, 2005). I etnografi er målet at se og forstå en kultur

indefra (emic perspektivet) fremfor at betragte den *udefra* (etic perspektivet) (Stige, 2005, p. 395). Et emic perspektiv er dog som oftest ikke muligt at opnå, da etnografen som udgangspunkt er fremmed for kulturen og derfor ude af stand til at "blive indfødt". For at komme så tæt på emic perspektivet som muligt indebærer en etnografisk tilgang, at forskeren forsøger at indgå i den kultur, der ønskes belyst, og både observerer og deltager i kulturens normale gøremål. Dette kræver, at forskeren bliver optaget eller godkendt af kulturen, og derefter opholder sig i den over længere tid (Robson, 2011). I de tilfælde, hvor forskeren forud for studiet allerede indgår i den kultur, som ønskes belyst, er der mulighed for at tage udgangspunkt i en autoetnografisk tilgang.

4.3 Autoetnografi

Autoetnografi er en forskningsmetode, der søger at beskrive og systematisk analysere (grafi) personlig erfaring (auto) for at forstå en bestemt kultur (etno) (Ellis, Adams & Bochner, 2011, p. 273). Autoetnografi skal forstås som et paraplybegreb, der dækker over et spektrum af forskellige metoder og skrivestile, der har det til fælles, at forskeren bruger sig selv til at undersøge forskningsfeltet. Den autoetnografiske forsker er selvrefleksiv og har fokus på sin egen erfaring gennem både tanker og følelser i relation til det undersøgte forskningsfelt. Ved at anvende en autoetnografisk tilgang legitimeres det i denne undersøgelse, at Ninnas identitet er tæt forbundet med demensomsorgen, og at hun derved aldrig til fulde vil kunne distancere sig fra dette felt (Ellis & Bochner 2000; Ellis et al., 2011; Baarts, 2010). Baarts (2010) fremhæver, at nærhed til forskningsfeltet er en styrke, så længe forskeren forholder sig reflekterende til sine erfaringer. Som et centralt element gør denne nærhed det muligt at opnå et emic perspektiv. Eksempler på autoetnografi er personlige narrativer, førstepersonsberetninger, studier baseret på fuldkommet medlemskab, etnografiske memoirer og biografier (Baarts, 2010; Chang, 2008).

Autoetnografiske studier kan udarbejdes forskelligt afhængigt af, hvordan forskeren balancerer mellem *auto*, *etno* og *grafi*. Nogle studier er særligt auto-orienterede og har primært fokus på selvudforskning. Andre studier er grafi-orienterede, og autoetnografer med denne tilgang er optagede af den videnskabelige proces, hvori viden dannes i autoetnografiske studier. De studier, der er etno-orienterede, har til hensigt at undersøge kulturen gennem autoetnografens erfaringer i kulturen (Baarts, 2010).

Et oplagt kritikpunkt for autoetnografien er, at tilgangen kan betegnes som overdrevet subjektiv. For at imødekomme dette kritikpunkt vil vi begge indgå i indsamling og analyse

af data og diskussionen heraf. For at opnå en høj grad af troværdighed vil vi anvende forskellige strategier, som uddybes senere i afsnit 4.7 ”Troværdighed i kvalitative designs” (pp. 26-28).

Gennem Ninnas oplevelser og erfaringer søger vi at opnå indsigt i situationer, hvor demensramte får hjælp til personlig pleje. Ninna har fuldkommet medlemskab i kulturen *plejepersonale* i kraft af sin stilling som SOSU-afløser, som hun har besiddet gennem de sidste seks år. Hun er på forhånd medlem af det studerede fællesskab, der udgøres af et plejehjem med to demenshuse og tre somatiske huse. Det er således Ninnas allerede erhvervede oplevelser og erfaringer, der udgør forskningsobjektet. Eftersom Ninna på forhånd er medlem af den studerede kultur, har vi mulighed for at belyse kulturen ud fra et emic perspektiv. I kraft af at medforfatter, Jens, er fremmed for kulturen, er det desuden muligt også at bidrage med et etic perspektiv. Fordelen ved dette er, at Jens kan spørge ind til Ninnas oplevelser, hvilket kan frembringe eventuel tavs viden og mindske risikoen for indforståethed.

I det følgende vil vi kort redegøre for, hvordan *auto*, *etno* og *grafi* integreres i specialet. Vi vil fokusere på Ninnas personlige oplevelser i plejesituationer med demensramte. Der er både tale om at afdække de konkrete situationer og de tanker, følelser og kropslige oplevelser, som er forbundet hertil (*auto*). Ninnas oplevelser anvendes for det første til at undersøge kulturen *plejepersonale*, som hun er del af. For det andet vil vi gennem Ninnas observationer og oplevelser med demensramte personer forsøge at nærme os deres oplevelse af plejesituationerne (*etno*). I relation hertil skal det påpeges, at informationen om de demensramtes oplevelser ikke er primærberetninger, eftersom det ikke er de demensramtes egne udsagn, der indsamles. Dette må antages at have betydning for, hvorvidt den inkluderede data til fulde afspejler de demensramtes faktiske oplevelser. Gotfredsen (2009) fremhæver imidlertid, at de demensramte oftest ikke er i stand til at redegøre for deres oplevelser ifm. personlig pleje (jf. kapitel 1 ”Indledning”, p. 8). Af denne årsag vil vi tage udgangspunkt i Ninnas observationer og vurderinger af de demensramtes oplevelser velvidende, at dette medfører begrænsninger. Data indsamles systematisk gennem en samtale i form af et semistruktureret interview samt vha. nogle få korte autoetnografiske tekstpassager, som opstår i løbet af processen (*grafi*).

4.4 Interview som metode

Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2010) kan interviews være en af de vigtigste og mest effektive måder til at få indsigt i og forstå andre mennesker på. Den viden der genereres i et interview skabes i samspil mellem informanten og interviewereren. Holstein og Gubrium (2003) fremhæver, at interviews ikke frembringer neutrale og upåvirkede svar fra informanten. I kraft af at interview foregår som en interaktion mellem mennesker, vil informantens svar bære præg af konteksten og det sociale samspil.

Da vi på forhånd har et klart fokus, men samtidig ønsker at være åbne over for, hvilken form for viden, som interviewets udvikling kan frembringe, vælger vi at udføre et semistruktureret interview. Et semistruktureret interview har fokus på informantens livsverden og har til hensigt at give indsigt i den daglige livsverden ud fra informantens perspektiv. Termen *livsverden* betegner spændingsfeltet mellem en persons bevidsthed og den ydre verden. Det semistrukturerede interview tager udgangspunkt i en interviewguide med fokus på bestemte temaer og med spørgsmål til disse fastlagte emner, men er samtidigt fleksibelt forstået på den måde, at interviewereren kan afvige fra guiden og følge informantens fortællinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Via interviewet får vi adgang til Ninnas livsverden, som kan danne baggrund for modelkonstruktion og teoriudvikling (Tanggaard & Brinkmann, 2010).

Tanggaard og Brinkmann (2010) understreger, at det i den analytiske proces, hvor interviewpersonen og hans/hendes oplevelser skal forstås, ikke er muligt at favne den fortalte oplevelse helt præcist. I nærværende studie er det imidlertid interessant, at Ninna både fungerer som informant og som forsker. I dette tilfælde er informanten derfor både med til at forme interviewguiden og senere hen transskribere, analysere, fortolke og diskutere interviewets data. Dette bevirker, at Ninna hele tiden er med til at korrigere fortolkningerne af hendes oplevelser, så de stemmer overens med hendes livsverden, oplevelser og erfaringer. Ved at deltage aktivt i udformningen af interviewguiden har Ninna mulighed for at reflektere over mulige svar på de spørgsmål, vi udarbejder til guiden. Dette kan derved give hende mulighed for at komme på flere relevante spørgsmål, der kan afdække den viden, vi er interesseret i at frembringe. Ydermere giver det Ninna mulighed for at reflektere over spørgsmålene i tiden mellem udformningen af guiden og selve interviewet. Der kan derfor argumenteres for, at svarene på spørgsmålene bliver mere velreflekterede.

For at undgå indforståethed i interviewguiden gennemlæses den af tre personer med forskellig grad af relation til feltet, inden interviewet foretages. Disse tre personer udgøres af en uvildig person, der ikke kender til demens og demensomsorg, en psykolog og specialets vejleder. Interviewguiden rettes til, så sammenhængen mellem formål og spørgsmål er tydelig uanset grad af ekspertise. I kraft af Ninnas forskerrolle, er hun fuldt ud bekendt med interviewets formål. Dette kan medføre en risiko for at hendes erindringer formes af forskningens formål og derved bliver korrigeret, så de passer til det, der ønskes belyst og behandlet. For at imødekomme denne risiko og for at være tro mod den induktive tilgang, har Ninna ikke læst eller arbejdet med empiri og teori til specialet forud for interviewet. Dog anerkender vi, at Ninnas virkelighed selvsagt er præget af hendes faglige viden. Dette anser vi imidlertid som en styrke, da det netop er Ninnas erfaringer i spændingsfeltet mellem hendes psykologfaglige, musikterapeutiske og praktiske SOSU-viden, som vi er interesseret i at afdække.

Da vi antager en induktiv tilgang og er interesseret i en righoldig forståelse af Ninnas livsverden, vælger vi en fænomenologisk tilgang til at analysere data.

4.5 Fænomenologisk tilgang

Fænomenologi er en tilgang, der søger at undersøge, beskrive og forstå fænomener, som de umiddelbart fremstår for den enkelte person. Formålet med den fænomenologiske tilgang er at undersøge og skabe en ny forståelse af menneskelige erfaringer, så denne viden kan gøre en forskel for andres livsverdener (Langdridge, 2007). I fænomenologisk psykologi og forskning er der særligt fokus på personers livsverden. Det antages, at det enkelte menneskes livsverden bestemmes af, hvad hans/hendes bevidsthed er rettet imod. Dette betegnes som *intentionalitet*. Livsverdenen er således en subjektiv konstruktion, hvilket betyder, at to personer kan befinde sig i den samme situation eller betragte det samme fænomen og samtidigt have vidt forskellige oplevelser heraf (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010; Forinash & Grocke, 2005). For at undersøge og forstå en persons livsverden er det ifølge Langdridge (2007) vigtig, at forskeren forsøger at afstå fra at lade sin forforståelse præge informantens livsverden og hans/hendes beretning. Dette koncept betegnes *fænomenologisk epoché* (Langdridge, 2007, p. 13f). Fænomenologisk epoché er en proces, hvor forskeren forsøger at afstå fra sine forforståelser og betragte fænomener, som de er. Inden for den *trancendentale* fænomenologi argumenterer Husserl for, at en fuldstændig epoché er mulig. Forskeren antages her at kunne fralægge sig alle

forforståelser og tidligere erfaringer. I modsætning hertil argumenterer Heidegger, Satre og Merleau-Ponty for den *eksistentielle* fænomenologi, der anerkender, at det ikke er muligt at opnå en fuldstændig epoché, men at forskeren så vidt muligt skal tilstræbe dette. Forskeren skal forsøge at sætte sin forforståelse i parentes for at forstå informantens livsverden (Langdridge, 2007). For at opnå denne rene forståelse af informantens livsverden baseres en fænomenologisk analyse på *fænomenologisk reduktion*, der består af hhv. *deskription*, *horisontalisering* og *verifikation*. Deskription er en gennemført beskrivelse af en given erfaring, som den er – dvs. uden fortolkninger. Horisontalisering henviser til, at information om erfaringen ikke må inddeles hierarkisk, da det kræver en fortolkning heraf. Denne horisontalisering opretholdes så langt ind i forskningsprocessen, som det er muligt. Verifikation henviser til, at forskeren gentagne gange i analysen holder sine fund op imod rådata (Langdridge, 2007). Der findes flere forskellige fænomenologiske fremgange, der alle har fænomenologisk reduktion til fælles (Langdridge, 2007; Forinash & Grocke, 2005). Da vi i nærværende speciale anvender en induktiv og idiografisk tilgang, vælger vi fremgangen *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*, da denne ifølge Langdridge (2007) er særlig anvendelig hertil.

4.6 IPA

IPA-studier er induktive, datadrevne og idiografiske. Forskeren går ikke ind i projektet med forudbestemte hypoteser, men dog med generelle spørgsmål, som der søges svar på. Forskerens indflydelse på data anerkendes i denne tilgang, hvilket knytter IPA til den eksistentielle fænomenologi. IPA-studier forsøger ikke at fremstille generelle påstande om større populationer, men er interesseret i at frembringe detaljeret viden om et specifikt emne inden for en specifik gruppe. Semistrukturede interviews er den mest hyppigt anvendte metode til indsamling af data og er nogle gange suppleret med dagbøger. Interviewet indeholder åbne spørgsmål, optages og transskriberes med fokus på semantik snarere end diskurs (ibid., pp. 107-110). Eftersom dette studies formål og tilgang resonerer med ovenstående, vælger vi at anvende IPA som analysemetode.

I IPA analyseres data gennem en tematisk analyse, der består af fire trin: 1) transskriptionen gennemlæses flere gange. Undervejs foretages en åben kodning, hvor der skrives kommentarer i marginen, som kort beskriver, hvad der foregår i det pågældende tekststykke. Kodningen tager udgangspunkt i informantens udsagn. 2) Kommentarerne inddeles i temaer, som giver en bredere beskrivelse af tekstens indhold. Disse temaer er

ikke fastlåste og kan derfor ændres i løbet af analysen. 3) Temaerne stilles kronologisk op og sammenhænge imellem temaerne klarlægges. Nogle temaer kan således vise sig at hænge sammen, hvorimod andre deles op. I dette trin er det særligt vigtigt, at der tjekkes af med den oprindelige tekst for at verificere temaerne. 4) De endelige temaer stilles op i en passende rækkefølge med referencer til de tekstpassager, hvorfra de kommer. På dette stadie kan nogle temaer udelades, hvis de ikke passer ind i det overordnede mål med analysen.

De frembragte temaer og eventuelle undertemaer præsenteres sammen med passende citater, så sammenhænge mellem data og temaer er tydelige. Herefter inddrages relevant teori, og analysens resultater tolkes og diskuteres i relation hertil.

4.7 Troværdighed i kvalitative designs

Det er vigtigt at have for øje, at der i et videnskabeligt studie tages højde for validitet og reliabilitet. Inden for kvantitativ forskning kan dette eksempelvis opnås vha. kvantitative målinger, kontrolgrupper og replikering (Robson, 2011). Robson (ibid.) fremhæver, at disse metoder ikke er velegnede til at sikre et højt videnskabeligt niveau i kvalitativ forskning og påpeger endvidere, at validitet og reliabilitet ikke er meningsfyldte termer inden for det kvalitative paradigme. I stedet anvendes termen *troværdighed* (Denzin & Lincoln, 2005, p. 24). For at opretholde en videnskabelig grad af troværdighed bør følgende kriterier overholdes: 1) data skal gengive den undersøgte virkelighed så præcist som muligt. 2) Der skal redegøres for al indsamlet data. 3) Der skal foreligge en tydelig evidenskæde. 4) Data skal beskrives på en måde, der muliggør sammenligning til andre lignende studier. For at imødekomme ovenstående kriterier kan der anvendes strategier som *triangulering*, *peer debriefing*, *memberchecking*, *gentagen analyse* og *transparent fremstilling af evidenskæde*. Ved triangulering anvendes forskellige tilgange til at undersøge forskningsobjektet. Formålet med peer debriefing er at undgå indforståethed ved at involvere andre i forskningsprocessen. Memberchecking opnås ved, at informanten godkender data og har til hensigt at sikre, at data afspejler informantens udsagn og oplevelser korrekt. Ved gentagen analyse udføres analysen cirkulært, hvor rådata analyseres gentagne gange (Robson, 2011; Smeijsters & Aasgaard, 2005).

I det følgende vil vi redegøre for, hvordan vi i dette speciale har forholdt os til de nævnte strategier. Trianguleringen i dette speciale ses dels i kraft af, at både interview og autoetnografiske vignetter er anvendt som dataindsamlingsmetoder og dels i vores

metateoretiske ramme, der inkluderer flere teoretiske perspektiver på stress. Strategien peer debriefing blev anvendt under udarbejdelsen af interviewguiden, hvor mere eller mindre udenforstående personer gennemlæste og gav feedback på interviewguiden (jf. afsnit 4.4 "Interview som metode", p. 23f). I kraft af Ninnas dobbeltrolle som informant og forsker har vi i dette studie forsøgt at anvende memberchecking ved, at Ninna løbende har godkendt data og har været med til at sikre, at hendes udsagn blev forstået og gengivet, som hun har ment dem. Gentagen analyse indgår i IPA og er derfor anvendt i dette studie. For at opretholde en tydelig og transparent evidenskæde, har vi løbende i analysen ført logbog over hvert eneste trin i analysen (se bilag 5).

Stige et al. (2009) fremhæver imidlertid, at førnævnte strategier ikke skal betragtes og behandles som en tjekliste. Derimod påpeger de vigtigheden i, at forskeren forholder sig reflektivt til kriterierne for troværdig. Derudover foreslår de akronymet EPI-CURE, som en strategi til at sikre en høj troværdighed i kvalitativ forskning. Dette indbefatter, at forskeren forholder sig reflektivt til elementerne *Engagement* (involvering), *Processing* (behandling), *Interpretation* (fortolkning), *Critique* (kritik), *Usefulness* (brugbarhed), *Relevance* (relevans) og *Ethics* (etik). EPI omhandler særligt empirisk materiale og CURE fokuserer særligt på sociokulturelle og/eller akademiske konsekvenser. Involvering refererer til, at den kvalitative forsker i forskellig grad er involveret i det undersøgte fænomen, hvilket kan have indflydelse på studiets resultater. Behandling omhandler fremskaffelsen og bearbejdningen af empirisk materiale. Fortolkning henviser til processen, hvor forskeren analyserer og tolker den indsamlede empiri. Punktet kritik refererer til vigtigheden i, at forskeren forholder sig kritisk til det pågældende studies styrker og svagheder. Det refererer også til behovet for at forholde sig kritisk til studiets sociokulturelle konsekvenser. Kritik fungerer på den måde som bindeled med EPI og CURE. Brugbarhed omhandler, hvilken betydning studiets resultater har for såvel praktiske "real-world" problemer som for videre forskning. Relevans refererer til, hvordan studiets resultater bidrager med ny viden. Etik henviser til vigtigheden i at reflektere over, hvilke konsekvenser forskningen kan have. Det er yderst vigtigt, at forskningens resultater på ingen måde kan føre til negative konsekvenser for de involverede. Samtidigt er det vigtigt også at fokusere på, hvilke positive konsekvenser forskningen kan føre til (Stige, 2009, pp. 1508-1512). For at sikre høj troværdighed i specialet, vil vi foruden anvendelsen af triangulering, peer debriefing, memberchecking, gentagen analyse og transparent

fremstilling af evidenskæde lade elementerne i EPI-CURE danne udgangspunkt for vores refleksivitet.

I næste afsnit vil vi præsentere de etiske refleksioner og valg, vi har foretaget ifm. udarbejdelsen af dette speciale.

4.8 Etik

Som Brinkmann (2010) fremhæver, er det vigtigt, at der undervejs i forskningsprocessen finder en etisk refleksion sted. Denne etiske refleksion indebærer at være bevidst om både *mikro-* og *makroetik* (Ibid., p. 445). Mikroetik henviser til beskyttelsen af forskningsdeltagerne, der i dette speciale udgøres af Ninna og de kollegaer og demensramte personer, der indgår i de situationer, som Ninna omtaler i interviewet. I relation hertil er det vigtigt at påpege, at fokus i dette speciale ikke er rettet mod at beskrive disse situationer, men i stedet er rettet mod at beskrive de processer, der er knyttet hertil. Makroetikken har til hensigt at sørge for, at forskningen ikke får negative konsekvenser for det omgivende samfund. I nærværende speciale udgøres dette eksempelvis af de resterende demensramte beboere, pårørende og de ansatte på Ninnas arbejdsplads såvel som på andre ældrecentre. Derudover fremhæver Brinkmann (ibid., p. 445) *informeret samtykke* og *anonymisering af personfølsomme data* som vigtige etiske faktorer.

Iht. Ministeriet for sundhed og forebyggelse skal der ansøges om etisk godkendelse ved sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter. Eftersom vi i forbindelse med dette speciale ikke udfører kliniske forsøg, er dette speciale undtaget kravet herom (jf. Ministeriet for sundhed og forebyggelse: *lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*, §2, stk 1). Vi her derfor ikke ansøgt om en etisk godkendelse fra den regionale videnskabsetiske komité.

Vi har i vores forskningsproces kontinuerligt været bevidste om vores etiske ansvar for, at vores forskning og speciale på ingen måde må få negative konsekvenser hverken på et mikro- eller makroplan. For at tage etiske hensyn på mikroplan, der skal sikre Ninnas beskyttelse, har vi udarbejdet et informeret samtykke (se bilag 1). Endvidere har Ninna transskriberet interviewet og har i samarbejde med Jens udformet interviewguiden og analyseret data. I denne proces har Ninna løbende kunne sikre, at etikken blev overholdt på mikroplan. For at tage etisk ansvar for den del af mikroplan, der udgør de kollegaer og demensramte beboere, som Ninna nævner i interviewet, har Ninna i løbet af interviewet

været meget bevidst om at anonymisere personfølsomme data. Da interviewet blev transskriberet blev det nøje undersøgt for sårbare og personfølsomme data med henblik på at sløre eventuelle forekomster. Lydoptagelsen af interviewet samt transskriptionen heraf er fortroligt opbevaret i en elektronisk mappe, som kun vi har adgang til. Optagelsen og transskriptionen vil ikke blive publiceret, men slettes efter endt eksamination. Undervejs i processen har vi inddraget, samarbejdet og været i dialog med Ninnas leder. Inden interviewet blev foretaget, indhentede vi en samtykkeerklæring fra Ninnas leder (se bilag 2a og 2b), der derved gav tilladelse til, at Ninnas oplevelser og erfaringer kunne indhentes og på mikro- og makroetisk vis anvendes i specialet. De udtalelser, som vi med afsæt i mikro- og makroetiske refleksioner har valgt at inddrage i specialet, har desuden været til godkendelse hos Ninnas leder som led i at sikre etikken på mikro- og makroplan.

På samme måde som vi finder det vigtigt, at vores speciale ikke fører til negative konsekvenser, er det vigtigt for os, at specialet kan være til gavn. Af denne årsag og i tråd med Stige et al. (2009) vil vi i nedenstående reflektere over, hvordan specialet kan tænkes at være til gavn på både et mikro- og makroplan. Vores intention med dette speciale er, at bidrage med viden, der kan hjælpe plejepersonalet til at navigere i den komplekse opgave, det er at drage omsorg for svært demensramte personer i situationer med personlig pleje. Denne viden indbefatter for det første en øget forståelse for, hvad der sker, når situationer med personlig pleje involverer aggressiv adfærd og en indsigt i de processer, der er knyttet hertil. For det andet vil vi bidrage med viden om, hvordan sådanne problemsituationer kan løses af plejepersonalet vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder (jf. afsnit 1.1 ”Problemformulering”, p. 9). På denne måde håber vi, at dette speciale kan bidrage positivt til demensomsorgen.

I næste kapitel redegøres der for indsamlingen af data, og derefter følger analysen af den indsamlede data.

5 Analyse

5.1 Dataindsamling

Det semistrukturerede interview blev foretaget d. 14. februar 2015 ud fra vores udarbejdede interviewguide (se bilag 3). Interviewet fandt sted på vores kontor, da dette rum er roligt og uforstyrret. Vi havde sørget for at have god tid og at eliminere ydre forstyrrelser ved bl.a. at slukke telefoner og forstyrrende programmer på computeren. For at skabe en professionel kontekst satte vi os over for hinanden på hver sin side af vores skrivebord. Inden interviewets begyndelse gav Jens en briefing, der indebar en kort opsummering af formålet med interviewet, information om rammerne og Ninnas og Jens' roller i forhold til hinanden. Her blev det klart, at vi i denne kontekst var kollegaer og hhv. interviewer og informant. Dette blev for det første præciseret for at sikre os en konsensus om, at vores ægteskabelige roller i forhold til hinanden var sat i baggrunden. For det andet blev det klargjort, at Jens i kraft af sin interviewerrolle påtog sig styrefunktionen. Jens havde således til opgave at holde øje med tiden, holde fokus, afgrænse om nødvendigt og sørge for at samle op på og spørge ind til Ninnas svar og udtalelser.

Interviewet varede 1 time 10 minutter og 13 sekunder og blev lydoptaget. Efterfølgende blev interviewet transskriberet af Ninna. Transskriptionen blev foretaget med fokus på semantik frem for diskurs, da vores fokus omhandler det, der bliver sagt og ikke måden, hvorpå det siges, hvilket fx ville gøre sig gældende i en diskursanalyse (Langdridge, 2007). Vi valgte, at Ninna skulle transskribere dels for selv at lytte til sine udtalelser for at kunne foretage et membercheck af indholdet, og dels for at kunne genindtage en forskerrolle og ikke en informantrolle. Det var særligt relevant, fordi Ninna oplevede at træde ud af sin forskerrolle i interviewsituationen. Dette fremgår af nedenstående vignet, som Ninna nedskrev lige efter interviewets afslutning:

"Jeg kunne ikke finde ud af at regne ud, hvilken viden, vi havde brug for. Jeg kunne ikke være strategisk – finde ud af, hvad der ville være smart eller ekstra givtigt, at jeg fortalte. Min forskerrolle kom i baggrunden. Jeg kan ikke gennemskue om det, jeg fortalte, er brugbart. Jeg kunne ikke tænke som forsker, men var i interviewsituationen praktiker".

Autoetnografisk vignet 1

Vi fandt det derfor relevant, at Ninna kunne lytte til interviewoptagelsen for at få mulighed for at anskue interviewet ud fra sin forskerrolle.

5.2 Informantens baggrund som kontekst for analysens resultater

Inden vi præsenterer analysens resultater, vil vi i dette afsnit kort redegøre for Ninnas baggrund. Introduktion til Ninnas baggrund er skrevet ud fra informationer, der kom frem i interviewet.

Ninna har arbejdet med demensramte siden 2009. Hun er ansat som afløser i plejen på et ældrecenter bestående af fem huse, hvoraf to er skærmede demenshuse. Ninna begyndte at arbejde her, fordi hun på daværende tidspunkt havde intentioner om at uddanne sig til musikterapeut og derfor gerne ville kende til en af sine målgrupper, nemlig demensramte. Musik har altid fyldt meget i Ninnas liv. Hun har været musisk aktiv som kor- og solosanger siden barnsben. Ninna ville gerne kombinere sin interesse for musik med sin interesse for terapeutisk arbejde. I 2010 valgte Ninna dog ikke at begynde på musikterapiuddannelsen. I stedet fulgte hun en anden drøm: at studere psykologi. Interessen for demens, demensramte og demensomsorg har fulgt Ninna gennem hele hendes studietid. Ninna har foruden at arbejde med demens praktisk og teoretisk også undervist i demens og demensomsorg via Neuropædagogisk Kompetencecenter University College Nordjylland. Demens ud fra et neuropsykologisk perspektiv er derfor også en stor del af Ninnas bevidsthed i det praktiske arbejde med demensramte.

Ninna har altid brugt musikken aktivt i sit arbejde med demensramte. Til at begynde med foregik det ud fra en pragmatisk tilgang. Efter hun begyndte at studere psykologi blev det teoretiske aspekt også centralt i Ninnas forståelse af og arbejdet med demensramte. I kraft af at Ninna til at begynde med havde planer om at studere musikterapi, har hun sat sig meget ind i dette fag. Da Jens i stedet valgte denne uddannelse, har hun været meget engageret i Jens' studieforløb og har fulgt med på sidelinjen.

Ninna arbejder primært som aftenvagt, men har tidligere primært været dagvag. Ninnas arbejdsopgaver svarer til de opgaver, som SOSU-hjælperen varetager. Dette indebærer bl.a. hverdagsaktiviteter med beboere, hjælp til personlig pleje, hjælp i spisesituationer og hjælp til at komme op og i seng.

5.3 Udarbejdelse af analyse

Analysen blev foretaget med udgangspunkt i IPA (jf. afsnit 4.6 ”IPA”, p. 25f). Efter at have transskriberet interviewet foretog vi en åben kodning, hvor vi via kommentarer i marginen kort beskrev det konkrete indhold i Ninnas udsagn. Der tegnede sig hurtigt et billede af, at udsagnene i interviewet enten omhandlede omsorgsmetoder eller autoetnografisk og etnografisk data. De kommenterede udsagn blev derfor inddelt i to analysedele, der hhv. omfattede data om (auto)etnografi og data om omsorgsmetoder (se bilag 6 og bilag 7). Centrale temaer blev udledt inden for hver analysedel i kronologisk rækkefølge. Der blev ikke taget stilling til, hvorvidt et tema var mere gennemgående eller betydningsfuldt end andre. Temaerne inden for hver analysedel blev derefter syntetiseret og derved reduceret til overtemaer med dertilhørende undertemaer. De to analysedele blev efter denne proces sat sammen i én samlet analyse. Denne samlede analyse resulterede i fire hovedtemaer med tilhørende undertemaer, der består af elementer og delementer. Disse elementer og delementer blev gennemgået med henblik på yderligere opdeling eller samling. Dette resulterede i det endelige analyseresultat, som fremgår af bilag 8. En mere detaljeret beskrivelse af analyseprocessen fremgår af vores kodeproces over analysen, der kan ses i bilag 5. De fire hovedtemaer og undertemaer fremgår af nedenstående punktopstilling .

5.3.1 Oversigt over analysens resultater

- Første tema: Problemsituationer
 - Ninnas egne oplevelser i problemsituationer
 - Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer
- Andet tema: Proces mod løsning
 - Ninnas egne oplevelser i proces mod løsninger
 - Ninnas oplevelser af demensramte i proces mod løsning
- Tredje tema: Løsningssituationer
 - Ninnas egne oplevelser i løsningssituationer
 - Ninnas oplevelser af demensramte i løsningssituationer
- Fjerde tema: Omsorgsmetoder
 - Personcentreret tilgang til omsorg
 - Musikterapeutiske omsorgsmetoder

- Verbale omsorgsmetoder
- Nonverbale omsorgsmetoder

Inden selve analysen redegøres her for, hvad vi refererer til, når vi taler om problemsituationer, proces mod løsninger, løsningsituationer og omsorgsmetoder.

Problemsituationer refererer til situationer, hvor Ninna har oplevet, at demensramte personer har reageret med aggressiv adfærd ifm. hjælp til personlig pleje. Der er tale om tilbagevendende situationer, hvor den pågældende demensramte person gentagne gange reagerer med aggressiv adfærd ved personlige pleje.

Proces mod løsninger dækker over de processer, der sker fra, at Ninna oplever problemsituationer til, at hun aktivt intervenserer i de situationer, der tidligere udløste aggressiv adfærd på en måde, hvor de demensramte personer ikke længere reagerer med aggressioner. Disse situationer, hvor Ninna via forskellige omsorgsmetoder, oplever at situationer, der tidligere resulterede i aggressiv adfærd, forløber så godt som problemfrit, betegnes som *løsningsituationer*.

Omsorgsmetoder dækker over de forskellige musikterapeutiske, verbale og nonverbale metoder, som Ninna har anvendt til at skabe løsningsituationer. Termen omsorgsmetoder er valgt frem for håndtering eller intervention, da vi har fokus på, at der drages omsorg for de demensramte frem for, at de håndteres (jf. kapitel 2 ”Forforståelse og værdigrundlag”, pp. 12-14).

I nedenstående præsenteres og behandles temaerne. Først følger en introduktion til hovedtemaet, hvorefter undertemaerne med dertilhørende elementer gennemgås og suppleres med passende citater for at tydeliggøre sammenhængen mellem temaet og data fra interviewet. Efter hvert citat angives den linje, hvor citatet kan ses i transskriptionen (jf. bilag 4). Nogle elementer i undertemaerne behandles samtidigt, da den fortsatte opdeling, som blev anvendt til at skabe overblik tidligere i analyseprocessen, vil være kunstig, eftersom nogle elementer indgår i et reciprok forhold eller er nært beslægtede i praksis. For at skabe ensartethed i nedenstående analyse vil informanten betegnes som ”Ninna” uafhængigt af, om det er Jens eller Ninna selv, der har skrevet tekstpassagen.

5.4 Første tema: Problemsituationer

Første tema omhandler problemsituationer ifm. hjælp til personlig pleje ud fra to forskellige perspektiver, der således udgør undertemaerne: ”Ninnas egne oplevelser i

problemsituationer” og ”Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer”. Temaet tager udgangspunkt i Ninnas erfaringer med situationer, hvor demensramte har reageret med aggressiv adfærd ifm. hjælp til den personlige pleje. I interviewet beretter Ninna om flere forskellige episoder med forskellige beboere. Det er forskellige typer af personlig pleje, der har været varetaget i de problemsituationer, der skildres i dette tema. Da vi ikke er interesseret i sammenhængen mellem en specifik hjælp og den aggressive reaktion, vil vi i gennemgangen af dette tema ikke have fokus på, hvilken konkret opgave inden for personlig pleje, der blev varetaget eller hvilken type aggressiv adfærd, som demensramte har reageret med. I stedet vil det her nævnes, at der i de nedenstående citater fra problemsituationer, er tale om personlig pleje i form af eksempelvis afklædning, påklædning, intimvask, forflytning og hjælp til toiletbesøg, og hvor den aggressive adfærd bl.a. har udgjort slag, skældsord, fastgriben, spark og trusler om vold.

5.4.1 Ninnas egne oplevelser i problemsituationer

I dette undertema er der fokus på Ninnas subjektive oplevelse af at stå i problemsituationer med aggressiv adfærd og på de elementer, der kom tydeligst frem i interviewet.

5.4.1.1 Nederlag og manglende kontrol

Ninna tydeliggør, at problemsituationer, hvor den personlige pleje har udviklet sig til episoder med aggressiv adfærd, opleves som nederlag, som det fremgår af citaterne: ”Det er frygteligt. Det er det. Altså det er et fagligt nederlag, synes jeg. Fordi man bliver så magtesløs” (l. 627) og ”Jeg synes på en eller anden måde, at man har fejlet – at man ikke har afværget det” (l. 211). Den aggressive adfærd resulterer endvidere i, at Ninna oplever at miste kontrollen over situationen: ”Det er jo fuldstændig ukontrollerbart, hvis han er oppe at køre, og jeg er oppe at køre, og der er vold og trusler om vold, og det er jo ikke kontrollerbart” (l. 176). Der er således mange facetter i Ninnas egne oplevelser i problemsituationer. Dette påvirker Ninnas tanker, emotioner og hendes kropslige fornemmelser. Ydermere har det følgevirkninger i Ninnas arbejde. Dette fremgår af nedenstående.

5.4.1.2 Tanker, emotioner, krop og følgevirkning

Analysen peger på, at både tanker, emotioner og krop påvirkes i problemsituationerne. Der optræder tanker, der bærer præg af bekymring for situationens forløb og udvikling: ”Åh nej, hvad ender det her med?” (l. 214), ”Hvad bliver konsekvensen?” (l. 608), ”Hvornår

holder det op?" (l. 215), og *"Åh nej, nu begynder han at blive vred, og nu skal jeg bare skynde mig"* (l. 588). Ydermere har Ninna tanker rettet mod sin egen indsats, da hun synes, at *"Man har fejlet – at man ikke har afværget det"* (l. 1.211), og at det er et nederlag. Emotionelt ubehag kommer bl.a. til udtryk gennem frygt og ked-af-det-hed, som det fremgår af følgende citater: *"Jeg bliver ked af det og frustreret og mærker ubehag"* (l. 212) og *"Så bliver man jo også bange. Jeg bliver også bange, hvis der er en der har fat i mig eksempelvis"* (l. 630). De kropslige reaktioner kommer til udtryk gennem høj arousal, hjertebanken, klump i halsen, knude i maven og øget svedproduktion. Udsagn, der påpeger dette, ses eksempelvis i følgende: *"Når jeg kommer ud derfra, mærker jeg, at hjertet banker der ud af. Ja, altså virkelig er i høj arousal-tilstand"* (l. 219). Ninna betegner dette som en stressrespons: *"Det er virkelig sådan en stressrespons. Et adrenalinkick på en meget negativ måde"* (l. 585). Ydermere italesætter Ninna den fysiske smerte iht. kropslige fornemmelser, hvilket fremgår af følgende: *"Hvis det så også gør ondt, så er det ikke kun den psykiske del, der bliver influeret, så er det også den fysiske smerte"* (l. 213). Den negative tilstand, der opstår i problemsituationer, kan dels have negativ indvirkning på arbejdet med og plejen af den pågældende demensramte beboer og dels på Ninnas videre arbejde, hvilket fremgår af de følgende udsagn: *"Jeg synes altid... jeg bliver også påvirket efterfølgende"* (l. 218), *"Jeg kan ikke bare slippe det. Eller jo, det kan jeg godt til dels, men jeg kan godt mærke, at følelsen sidder der stadigvæk"* (l. 363) og *"Og så er det jeg synes tit, at det er der, man laver nogle åndssvage løft eller kommer lige til at løfte et ben eller har en fuldstændig uhensigtsmæssig kropsholdning"* (l. 590). Dette undertema tegner et billede af, at problemsituationerne er stærkt negative oplevelser for Ninna, hvilket indebærer nederlag, manglende kontrol samt negative tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Dette har endvidere en negativ indflydelse på det aktuelle arbejde med den demensramte og Ninnas efterfølgende arbejdsopgaver.

5.4.2 Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer

I dette undertema belyses Ninnas beskrivelse af, hvordan de demensramte oplever problemsituationerne. Der fokuseres på Ninnas vurdering af de demensramtes emotionelle, kropslige og adfærdsmæssige reaktioner.

5.4.2.1 Manglende forståelse

I interviewet fremhæver Ninna, at de demensramte kan have svært ved at forstå handlingerne og intentionerne i den personlig pleje: *"Nej, jeg vurderer ikke, at det er tydeligt for hende [demensramt beboer], fordi jeg synes også, at hendes reaktion... det tyder ikke på, at intentionen er gået igennem"* (l. 189) og *"vedkommende forstår ikke, hvad der sker"* (l. 854). Den manglende forståelse kan ifølge Ninna hænge sammen med et for højt tempo: *"Så vurderede jeg, at hun ikke forstod, hvad der skulle ske, og det gik alt, alt, alt for stærkt"* (l. 268).

5.4.2.2 Udsagn, emotioner og krop

I problemsituationerne oplever Ninna forskellige udtryk for og tegn på, at den demensramte person ikke har det godt. De følgende citater illustrerer, hvordan Ninna oplever, at ubehag og følelser som frygt og vrede kan være tilstede hos den demensramte person: *"altså hun bliver bange. Man kan se hendes øjne, at de bliver sådan helt udspilet"* (l. 136), *"Hun ser vred ud – altså hendes bryn begynder at vende ned af. Altså hun bliver nærmest vred, kan man se"* (l. 147) og *"Jeg kan se, hvor ubehageligt det er for beboeren"* (l. 216). Derudover optræder der stresslignende kropslige reaktioner hos de demensramte personer: *"Det var sådan min tolkning af det – hun blev overrumplet, hun kan ikke følge med"* (l. 270) og *"altså han har det med at hyperventilere i situationen. Han kan godt hyperventilere og være helt oppe at køre"* (l. 465).

Ud fra Ninnas oplevelser kan der argumenteres for, at den demensramte person befinder sig i en meget ubehagelig situation, der bærer præg af forvirring, stress, ubehag, frygt og vrede.

5.4.3 Opsamling på første tema

Dette tema har givet et indblik i Ninnas subjektive oplevelse af at stå i problemsituationer med aggressiv adfærd samt Ninnas observationer og vurderinger af, hvordan de demensramte oplever problemsituationerne. Både Ninna og de demensramte påvirkes negativt i problemsituationerne. Hos begge parter optræder der således frygt, ubehag og stress, som Ninna siger: *"Det er ikke kun beboeren, der er i høj arousal, det er også personalet"* (l. 220).

5.5 Andet tema: Proces mod løsninger

Andet tema skildrer to forskellige perspektiver på de processer, der sker fra problemsituationer til anvendelse af omsorgsmetoder, der fører til løsningssituationer. De to perspektiver, der skildres udgør undertemaerne: ”Ninnas egne oplevelser i proces mod løsninger” og ”Ninnas oplevelser af demensramte i proces mod løsninger”.

5.5.1 Ninnas egne oplevelser i proces mod løsninger

I dette undertema er der fokus på nogle af de oplevelser, der har haft betydning for, hvordan Ninna har valgt at intervenere i de oplevede problemsituationer. Endvidere er der fokus på, hvordan Ninnas faglige viden har haft indflydelse på processen fra problemsituation til løsningssituation. Foruden de elementer, der præsenteres og bearbejdes i det følgende, fandt vi i analyseprocessen elementerne *tanker* og *emotioner*. Disse to elementer vil ikke blive behandlet særskilt, da Ninnas tanker og emotioner er knyttet til de oplevelser, der skildres i de øvrige elementer til dette undertema. Af denne årsag behandles tanker og emotioner løbende i nedenstående.

5.5.1.1 Observation af musikterapeut

Som tidligere nævnt (jf. afsnit 5.2 ”Informantens baggrund som kontekst for analysens resultater” p. 31) havde Ninna, da hun begyndte i plejen, intentioner om at uddanne sig til musikterapeut. Af denne årsag fandt hun det særligt interessant at observere, når den tilknyttede musikterapeut afholdt gruppesessioner i det fælles opholdsrum. I forbindelse med observation af en sådan session udtaler Ninna: *”Det var bare så spændende at se, hvordan hun [demensramt beboer] lyste op og blev mødt af musikterapeuten. Og jeg kan huske, at det var ”Jeg ved en lærkerede”, der blev sunget. Den blev sunget sådan ultra langsomt, og der var helt tydelig kontakt mellem musikterapeuten og beboeren”* (l. 243). Denne oplevelse satte gang i en proces for Ninna, hvor hun blev meget inspireret til selv at afprøve musikken i mødet med beboerne: *”Og det, synes jeg, var vildt spændende. Også fordi det var det, jeg gerne ville. Og det var også inspirerende, så det har ligesom også sat gang i noget der, foruden den interesse jeg havde i forvejen”* (l. 250). Citaterne bærer præg af positive emotioner, der kan kategoriseres som en spændingsfyldt glæde, hvor Ninna bliver inspireret og motiveret.

5.5.1.2 Sang med demensramte beboere

En af de metoder, der iht. Ninna har været vigtig og givtig i proces mod løsninger, har været at synge med beboere. Eksempelvis har Ninna sunget for en beboer, når hun har hjulpet vedkommende med at få mad: *"Så jeg har tit sunget med hende, med beboeren her – særligt når jeg skulle ind og hjælpe hende med at få noget mad, fordi hun fik hjælp til at spise"* (l. 252). I forlængelse heraf siger Ninna: *"Men der fandt jeg ud af, at når vi så sang sammen eller når jeg sang for hende, så skete der bare noget. Det var virkelig sådan et helt intimt møde, hvor jeg følte, at jeg fik fat i hende – essensen af hende og ikke sygdommen."* (l. 256). Ninna havde således en positiv oplevelse med at synge med den demensramte beboer. Denne erfaring var vigtig i processen mod anvendelsen af omsorgsmetoder, der førte til en løsningssituation. Dette beskrives i afsnit 5.6 "Tredje tema: Løsningssituationer" (pp. 41-43). Et andet eksempel på Ninnas positive oplevelser med sang med beboere ses i dette citat: *"Altså han [demensramt beboer] kunne godt sådan sidde og synge for sig selv, og hvis han så fik en sangbog, så kunne han sidde og synge den igennem eller sang sangene. Han kunne godt læse, så han kunne sådan synge teksterne. Det, synes jeg bare, var så fedt"* (l. 521). Som det fremgår af sidste sætning i udsagnet, bidrog denne episode med en positiv emotionel stemning hos Ninna.

5.5.1.3 At "knække koden" hos den individuelle

Ud fra interviewet er det tydeligt, at Ninna er meget optaget af at *"knække koden [og] finde ud af, hvad virker til lige præcis den her person"* (l. 375). Endvidere er nysgerrigheden central i processerne fra problemsituationer til løsningssituationer: *"Og jeg får det ligesom sådan, at når der er nogle af de her problematikker, så bliver jeg nysgerrig. Så tænker jeg: "Nu skal jeg knække koden! Hvordan søren kommer jeg ind til lige præcis den her person? Hvordan kan jeg løse den her "krydsogtværs""* (l. 350) og *"Så jeg synes, det er så fedt"* (l. 352). Ud fra dette er nysgerrigheden og fokus på at nå ind til den individuelle demensramte beboer et vigtigt element i at komme fra en problemsituation til en løsningssituation. Citaterne peger på, at denne proces bærer præg af et positivt emotionelt drive, og at Ninnas tankegang i relation til problemsituationerne og de demensramte beboere er præget af hendes nysgerrighed og lyst til at "knække koden".

5.5.1.4 Faglig viden i proces mod løsning

Ninnas psykologfaglige baggrund og hendes viden om den terapeutiske brug af musik har haft betydning for, hvordan hun har forholdt sig til de problemsituationer, hun har stået

overfor. Eksempelvis udtaler hun: *"Jeg har gået og tænkt, hvordan kan jeg løse det her rent fagligt, hvordan kan jeg trække på min viden inden for musikterapi, som jeg havde sat mig rigtig godt ind i, fordi jeg havde jo forventet, at jeg skulle studere det, og inden for psykologi – hvordan kan jeg kompensere for de her neurologiske skader, der er? Hvordan kan jeg bruge den her viden til noget i praksis – det er sådan det, der har været i fokus for at intervenere"* (l. 810). Ninnas viden om relevant neuropsykologi i relation til demens har været en del af den faglige viden, der har påvirket den måde, som Ninna har tænkt og handlet på. Dette kommer ydermere til udtryk i nærværende udsagn: *"Og så har jeg altid været interesseret i neuropsykologi også inden, jeg startede på studiet, og har sat mig ind i det. Og det vil jeg sige, at det har været så relevant for mig at vide, hvad er det egentlig, der sker. Hvad er det egentlig for nogle områder [i hjernen], der bliver skadet, når man har demens, og hvordan påvirker det så adfærden? Også fordi det har været med til at gøre, at jeg har kunnet skelne forholdsvis skarpt mellem, hvad er sygdomssymptomer, og hvad er mennesket, så jeg ikke kommer til at tolke den her udadreagerende adfærd som om, at det er en aggressiv eller en ondskabsfuld person. [...]Altså sådan ligesom for at kunne skille det ad. Og der synes jeg, at min psykologfaglige baggrund har været meget, meget afgørende for, at jeg har kunne forstå, hvad der er sket. Og det her med at forstå det har givet mig rigtig meget mulighed for så at handle ift. at kunne eksempelvis kompensere for de skader, der var"* (l. 846). Her bliver det klart, at viden omkring demens' påvirkning af hjernen og derigennem påvirkning på den demensramtes adfærd, har været betydningsfuld for Ninna. Ninnas tankegang og forståelse for det demensramte menneske og hans/hendes aggressive adfærd bundes således i en psykologfaglig og teoretisk forståelsesramme. Dels har det ifølge Ninna givet hende mulighed for at skelne mellem sygdom og menneske, og dels har det givet mulighed for at handle ud fra denne forståelse på en måde, hvor hun forsøger at kompensere for de hjerneskader, der følger af demenssygdommen.

I proces mod løsninger er der både tale om en vurdering af, hvad der ud fra et fagligt perspektiv sker i problemsituationerne og en vurdering af, hvordan de givne problemsituationer bedst muligt løses med udgangspunkt i den individuelle demensramte beboer: *"Den her faglige viden – psykologiske ballast, musikterapeutiske ballast – har virkelig været vigtig for mig ift. at kunne vurdere, hvad er det, der sker, og også for at kunne vurdere, hvordan får jeg så det her løst og har også givet mig nogle redskaber i hele*

processen og finde frem til, hvordan kan jeg så finde ud af, hvad der virker i det her tilfælde” (l. 866).

5.5.2 Ninnas oplevelser af demensramte i proces mod løsninger

Undertemaet omhandler Ninnas observationer af demensramte beboere i proces mod løsninger, der har haft betydning for, hvordan Ninna senere hen har valgt at handle på problemsituationerne.

5.5.2.1 Sædvanlig adfærd og humør

I interviewet fortæller Ninna om hendes oplevelser af demensramte beboere i løbet af sin vagt. Hun giver her et eksempel på en demensramt kvindes sædvanlige humør og adfærd i situationer, hvor der ikke varetages personlig pleje: *”Jamen der er hun ikke udadreagerende eller aggressiv” (l. 178) og ”Hun virker glad, og hun er smilende [...] hun er ikke vredladen på nogen måde i dagligdagen” (l. 182).* Ninnas oplever således, at demensramte, som ellers ikke udviser aggressiv adfærd, kan reagere med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Dette tydeliggør, at det er ifm. hjælp til den personlige pleje, at problemerne med aggressiv adfærd typisk opstår.

5.5.2.2 Beboeres oplevelse af musikterapi

Som tidligere nævnt har Ninna observeret nogle af beboerne ifm. en gruppemusikterapisession. Ninna oplevede her, hvordan musikken kunne ændre den demensramte persons tilstedeværelse, og hvordan musik blev brugt til at skabe kontakt mellem musikterapeuten og den demensramte: *”Og hun lyste bare rigtig meget op, og... ja, var rigtig meget tilstede, og hun havde svært ved at sige ordene, og hun havde svært ved at synge, men hun formåede det alligevel” (l. 248).* Lignende iagttagelser af øget kontakt og tilstedeværelse hos demensramte blev gjort i situationer, hvor Ninna selv sang med demensramte beboere. Dette illustreres i det følgende afsnit.

5.5.2.3 Beboeres reaktion på sang i andre situationer end ved personlig pleje

I den tidligere beskrevne situation (jf. 5.5.1.2 ”Sang med demensramte beboere”, p. 38), hvor Ninna synger for en beboer samtidig med, at hun hjælper hende med at få mad, observerer hun følgende: *”Man kunne sådan se på øjnene... hun løftede øjenbrynene og hun sang teksten og hovedet gik i takten, og... ja. Der var det bare nærvær – der var hun bare levende.” (l. 258).* Ninna oplever her, at hun via sang kan opnå en positiv og

nærværende kontakt med beboeren, hvilket kommer til udtryk via beboerens kropslige reaktioner. Ninna giver også eksempler på, at hun har sunget for og sammen med beboere i fællesområdet. I relation til sådanne situationer oplever Ninna følgende: *”Så er der nogle, der begynder at synge med på den sang, eller nogle begynder ligesom at vågne op, og andre gange sker der ingenting ved, at jeg synger en sang”* (l. 645). Ninna er meget opmærksom på disse individuelle reaktioner på sang og har bl.a. observeret, at: *”[den demensramte mand] kunne sidde og virkelig gå ind i den og banke rytmen i bordet og blive rigtig glad og smilende og nærmest vugge til musikken”* (l. 526) og *”så kunne man se, at han lyste op, og han begyndte at smile og grine”* (l. 641). Her tydeliggøres det, at de demensramte beboere reagerer med positive emotioner i kraft af smil og latter samt en positiv aktivering af kroppen, der bevæger sig til musikken.

5.5.3 Opsamling på andet tema

Dette tema har berørt Ninnas egne oplevelser i proces mod løsninger og Ninnas oplevelser og vurderinger af demensramte i proces mod løsninger. I proces mod løsninger oplever Ninna en nysgerrighed og en motivation for at ”knække koden” og finde egnede omsorgsmetoder til den individuelle demensramte person. Hendes faglige og teoretiske viden hjælper hende til at skelne mellem menneske og sygdom og til at guide hendes søgen efter relevante omsorgsmetoder. Ninna fortæller om, hvordan hun har fundet sange, der har en positiv virkning hos de demensramte og påpeger i denne sammenhæng, at der er forskel på de demensramtes reaktioner på sange. Ninnas oplevelser af de demensramte i proces mod løsning indebærer bl.a. den vigtige pointe, at de demensramte ikke partout er aggressive, men at den aggressive adfærd særligt opstår ifm. den personlige pleje. Derudover beskriver Ninna de positive reaktioner, som sang kan frembringe hos de demensramte. Dette inkluderer positive emotioner så som glæde, smil, øget kontakt og nærvær og kropslige bevægelser i takt til musikken. De positive oplevelser hos de demensramte i proces mod løsninger stemmer overens med Ninnas egne oplevelser, der ligeledes bærer præg af positive emotioner.

5.6 Tredje tema: Løsningsituationer

Dette tema omhandler løsningsituationer, hvor Ninna via forskellige omsorgsmetoder har oplevet at kunne håndtere de tidligere oplevede problemsituationer på en konstruktiv måde, der har forebygget og/eller mindsket aggressiv adfærd. Temaet behandler

løsningssituationerne ud fra Ninnas egne oplevelser, der udgør første undertema, og Ninnas oplevelser af de demensramte, der udgør andet undertema.

5.6.1 Ninnas egne oplevelser i løsningssituationer

I dette undertema behandles Ninnas personlige oplevelser, der er knyttet til løsningssituationerne. Der er fokus på Ninnas oplevelse af at lykkes og på hendes emotioner, tanker og kropslige fornemmelser. Endvidere italesættes betydningen af Ninnas faglige viden i selve løsningssituationerne.

5.6.1.1 Oplevelsen af at lykkes, tanker, emotioner og krop

Ninna oplever, at hun i løsningssituationerne både lykkes fagligt og personligt, som det eksempelvis fremgår af følgende citat: *”Så det handler også om, at jeg føler, at nu lykkedes jeg virkelig i det her job. Nu lykkedes jeg virkelig i min opgave. Så man får sådan et boost. [...] Så man kan sige både personligt giver det mig noget, for jeg synes jo, det er fedt at kunne gøre et andet menneske glad eller få fat i det andet menneskes kvaliteter. Få det andet menneske til at leve. Og jeg synes, det er fedt fagligt, at de redskaber, jeg har og anvender, at de virker. Altså det er jo også en faglig stolthed, at jeg kan håndtere sådan nogle situationer”* (l. 356). Her illustreres det, at Ninna foruden oplevelsen af stolthed og af at lykkes, bliver ramt af positive emotioner i løsningssituationerne. Ninna beskriver det som et *boost* og fortæller, at det er fedt, hvilket emotionelt set kan kategoriseres som glæde. Oplevelsen af at lykkes ses også i Ninnas tanker: *”Nu lykkedes jeg virkelig i det her job”* (l. 357), *”det lykkedes det her”* (l. 684) og *”Yes, jeg kunne”* (l. 684). I

løsningssituationerne oplever Ninna desuden at have mere overblik og en højere grad af kontrol og mestringsfølelse sammenlignet med hendes oplevelser i problemsituationerne: *”Altså jeg har meget mere overblik over situationen, når jeg ligesom kan forudse, hvad der sker på en måde, ik’. Altså når der ikke pludselig er nogen, der sparker eller slår eller...”* (l. 714) og *”Ja, der er jo meget højere grad af mestringsfølelse, når det er, det lykkes [brugen af omsorgsmetoder]. [...] Situationen er jo meget mere kontrollerbar. Jeg kan jo netop kontrollere situationen. Jeg gør jo netop noget for at kontrollere situationen. Og det er en kæmpe succes, når det lykkes”* (l. 724). Den genvundne kontrol er således med til at give Ninna en succesoplevelse.

Ninna beskriver, at der i løsningssituationerne sker en stressreduktion hos hende selv og hos de demensramte beboer i forhold til problemsituationerne: *”[I løsningsituationen]*

kommer der jo ro på. Altså man kan sige, når jeg først har kontakten og har et godt møde, jamen så er der ro på, så er det ikke en stressrespons for nogen af os. Så er det altså muligt at gøre det her [udføre personlig pleje] i et mere moderat tempo og tænke sig mere om, fordi man holder hovedet koldt, når der ikke er den her store belastning [aggressiv adfærd]” (l. 705). Stressreduktionen og succesoplevelsen har desuden indflydelse på Ninnas efterfølgende arbejdsopgaver, hvilket fremgår af følgende citater: ”Jeg synes, det er så fedt. Og jeg kan jo også mærke det. Jeg bliver lige 10 cm højere, når jeg går ud derfra, og jeg føler mig endnu mere klar til at varetage næste arbejdsopgave, fordi her lykkedes det faktisk. Så bliver jeg glad og ja...” (l. 365) og ”Det [løsningssituationen] giver energi” (l. 686).

Ninna giver udtryk for, at hun i løsningssituationen bliver glad, når den aggressive reaktion undgås, og når hun formår at skabe en positiv kontakt til den demensramte beboer. Dette illustreres i følgende citater: ”Det var simpelthen bare – det var så fedt. Altså virkelig fantastisk” (l. 790) og ”Det er jo skønt. Det er fedt at have et positivt møde med beboeren. Det er livsbekræftende” (l. 673). Her bliver det også tydeligt, at Ninna får noget igen, når hun oplever at kunne løse problemsituationerne, nemlig en livsbekræftende oplevelse.

5.6.1.2 Faglig viden i løsningssituationer

Den faglige viden, som har været central i proces mod løsningssituationer, bliver overført til praksis i selve løsningssituationerne. Ninnas faglige viden danner således baggrund for hendes valg af omsorgsmetoder og anvendes til at forstå den demensramte person: ”[Den teoretiske, faglige viden] har også været rigtig vigtigt i løsningssituationen – hvordan skal jeg agere for at skabe mindst mulig forvirring og skabe mest mulig tryghed” (l. 896) og ”Det her med at forstå [sygdomssymptomerne], det har givet mig rigtig meget mulighed for så at handle ift. at kunne eksempelvis kompensere for de skader, der var” (l. 866).

5.6.2 Ninnas oplevelser af demensramte i løsningssituationer

I dette undertema behandles Ninnas observationer og oplevelser af demensramte beboere i løsningssituationerne. De elementer, som Ninna primært omtaler i interviewet, omhandler de demensramtes evne til at forstå omgivelserne og handlingerne under den personlige pleje, de demensramtes trivsel og samarbejdsevne. Dette uddybes i nedenstående.

5.6.2.1 Forståelse

Ninna fortæller, at det kan have afgørende betydning for den demensramtes emotionelle tilstand, at han/hun forstår, hvad det er, der skal ske ifm. den personlige pleje. De kommende citater er taget ud af en sammenhæng, hvor Ninna fortæller om en demensramt kvinde, som reagerer positivt på kort at få at vide, hvilken handling, der skal udføres: *”Så kunne jeg sige: ”Det, der skal ske nu, det er, at vi løfter dig over i sengen”. Slut. Og det havde også rigtig god effekt”* (l. 284) og *”Altså lige som om, at hun forstod, hvad der skulle ske. Ikke nødvendigvis hvorfor, men var klar over, hvad det er, vi gør ved hende. Så blev hun ikke lige så forskrækket eller bange”* (l. 291).

Det er dog ikke altid, at Ninna oplever, at det er hensigtsmæssigt for beboeren at få at vide, hvilken handling der skal udføres, som det ses i følgende udsagn: *”Der [ifm. at hjælpe demensramte mand med personlig pleje] skulle jeg bare ikke forklare, hvad der skulle ske. Altså jeg skulle ikke sige: ”Nu skal du have skiftet dit tøj”, fordi det vil han ikke”* (l. 511). I dette tilfælde ville forståelse af handlingerne i relation til den personlige pleje ikke bedre den demensramtes emotionelle tilstand. Faktisk tyder det på, at beskrivelser af, hvad der skal ske, kan have modsatte virkning, da den omtalte mandlige beboer da ville modsætte sig den personlige pleje. I stedet for verbale instruktioner brugte Ninna sang under den personlige pleje, hvilket uddybes i afsnit 5.7.2 ”Musikterapeutiske omsorgsmetoder” (pp. 48-50).

De to forskellige beretninger illustrerer vigtigheden i at tage udgangspunkt i den enkelte person for eksempelvis at kunne vurdere, hvorvidt vedkommende kan have gavn af at få at vide, hvad der skal ske, eller om det er mere hensigtsmæssigt at lade musikken guide, som det var tilfældet i situationen den førømtalte demensramte mand. Når der således tages udgangspunkt i den enkelte person, kan der argumenteres for, at plejen bliver personcentreret, hvilket bliver bearbejdet yderligere i afsnit 5.7.1 ”Personcentreret tilgang til omsorg” (p. 47).

5.6.2.2 Samarbejdsevne

Ninna oplever, at de demensramtes samarbejdsevne øges i løsningsituationerne. Inden Ninna begyndte den personlige pleje med en demensramt mand, brugte hun tid på at danne en alliance ved at synge sammen med ham. Dette havde en positiv indvirkning på hans evne til at samarbejde ifm. den efterfølgende personlige pleje. Dette ses i følgende udsagn:

”Så når jeg [...] fik ham med ud [på toilettet], tog ham i hånden og gik ud [på toilettet], jamen så var han meget mere villig til at få hjælp, kan man sige” (l. 542).

5.6.2.3 Positiv oplevelse i plejesituationen, udsagn, emotioner og krop

Ovenstående elementer behandles samtidigt, da beboernes udsagn og de observerede emotionelle og kropslige tilstande er knyttet til de demensramtes positive oplevelser i plejesituationen.

Ninna oplever generelt, at de demensramte beboere, som hun beskriver i interviewet, har nogle langt mere positive oplevelser i løsningssituationerne sammenlignet med problemsituationerne. Dels oplever hun, at de demensramte bedre kan være i plejesituationerne, og at det ligefrem kan være en god stund, som hun eksemplificerer i dette citat: *”Altså virkelig fantastisk, for det var tydeligt at se, at han var i ro, i balance, var tryk og havde faktisk en god stund, for vi havde noget sammen der, og han hyggede sig med det” (l. 790).* Det kommende citat giver et andet eksempel på en vellykket plejesituation for den demensramte beboer: *”Ikke mindst bare det her med at se, hvordan beboeren kan trives i en situation, som jeg ved, kan skabe alvorlige problemer. Jeg kan se, at vedkommende er okay i det.” (l. 354).* Ifølge Ninna er der her tale om en situation med personlig pleje, hvor beboeren ikke længere reagerer med aggressiv adfærd, men derimod er okay, som Ninna udtrykker det. Beboerens positive oplevelse i plejesituationen understøttes af beboernes positive udsagn i løsningssituationerne: *”Og der kan han godt respondere ved at sige: ”tak for det”, ”du passer godt på mig” eller ”det er dejligt, du er her” (l. 455) og ”Han kan sagtens være helt oppe at køre og samtidig så kunne sige: ”Du er den bedste til at passe på mig”, eller hvad han nu har sagt til mig.” (l. 474).*

Ninna oplever, at de demensramte beboeres emotionelle tilstand forbedres markant i løsningssituationerne sammenlignet med problemsituationerne. Følgende citater illustrerer dette: *”Vi [Ninna og demensramt mand] synger: ”Jeg ved en lærkerede” igennem – altså alle vers flere gange. Og imens vi gør det, så sidder han bare og smiler og synger. Og jeg tager tøjet af ham og får ham skiftet uden problemer” (l. 787), ”Så det var nok noget af det mest centrale ved hende: brug musikken til at skabe et møde, til at skabe noget ro, noget tryk i den her – i hendes øjne – turbulente situation” (l. 293) og ”Det er fedt, at kunne gøre et andet menneske glad, eller få fat i det andet menneskes kvaliteter. Få det andet menneske til at leve” (l. 359).* Ud fra Ninnas oplevelser kan der således argumenteres for, at

de omtalte beboere oplever positive emotioner som glæde og kropslige fornemmelser i kraft af smil, ro og tryghed.

5.6.3 Opsamling på tredje tema

Tredje tema tegner et billede af, at både Ninna og de demensramte beboere oplever løsningssituationerne langt mere positivt end problemsituationerne. Der er således en lighed mellem Ninnas og de demensramtes oplevelser i løsningssituationerne på samme måde, som der sås et mønster i Ninnas og de demensramtes oplevelser i problemsituationerne og i proces mod løsninger.

Ninna oplever at lykkes personligt såvel som fagligt, hvilket kommer til udtryk via nogle positive tanker, kropslige fornemmelser og positive emotioner så som glæde. Ninna oplever en øget kontrol og mestringsfølelse i selve plejesituationen. Hun fortæller ydermere, at hendes faglige viden er central i løsningssituationer ift. at navigere i og vælge omsorgsmetoder til den enkelte demensramte beboer. Vigtigheden i at tage udgangspunkt i den enkelte beboere understøttes af Ninnas erfaringer med, hvorvidt beboere har gavn af at få at vide, hvilke handlinger, der skal udføres under den personlige pleje. Hvor det hos en beboer kan bedre den emotionelle tilstand, kan det forværre den hos en anden beboer.

Ninna oplever, at samarbejdsevnen hos de demensramte øges i løsningssituationerne, og at de i langt højere grad oplever den personlige pleje som en positiv oplevelse. Dette understøttes af udsagn, der tilkendegiver taknemmelighed og tilfredshed med Ninnas hjælp og tilstedeværelse.

5.7 Fjerde tema: Omsorgsmetoder

Dette tema giver et indblik i de forskellige omsorgsmetoder, som Ninna i interviewet fortæller om at have anvendt i arbejdet med personlig pleje. Temaet består af fire undertemaer, der giver indblik i personcentreret omsorg, musikterapeutiske omsorgsmetoder, verbale omsorgsmetoder og nonverbale omsorgsmetoder. At disse omsorgsmetoder behandles særskilt i analysen er ikke et udtryk for, at Ninna anvender metoderne særskilt i praksis. Derimod fremgår det af interviewet, at Ninna anvender mange forskellige musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder samtidigt. I og med at Ninnas egne oplevelser og hendes oplevelser af de demensramte er bearbejdet i de tre ovenstående temaer, vil der i dette tema udelukkende være fokus på Ninnas anvendte omsorgsmetoder og de elementer, der indgår heri.

5.7.1 Personcentreret tilgang til omsorg

Dette undertema fokuserer på vigtigheden i, at der tages udgangspunkt i den enkelte person både ift. valg af omsorgsmetoder og tilpasning af disse til den pågældende persons aktuelle tilstand.

5.7.1.1 Valg af omsorgsmetoder og tilpasning af omsorgsmetoder til den enkeltes aktuelle tilstand

Det er centralt i interviewet, at Ninna er meget optaget af at tage udgangspunkt i den enkelte demensramte person, når hun vælger omsorgsmetoder: *"Det er det her med at knække koden. Finde ind til hvad virker ved den her person"* (l. 386). Ninna lægger særlig vægt herpå, fordi de demensramte personer ikke reagerer ens på Ninnas tiltag: *"Altså det der virker til en person, virker ikke til en anden"* (l. 393). Dette blev tidligere berørt i tredje tema (p. 44), hvor det fremgik, at verbale instrukser og simple forklaringer kunne påvirke både positivt og negativt alt efter beboeren.

Som et led i den personcentrerede omsorg, finder Ninna det vigtigt, at omsorgsmetoden tilpasses den demensramtes aktuelle fysiske og psykiske tilstand: *"Og så er det igen det her med at mærke efter, hvor er han henne?"* (l. 462) og *"Pointen er, at jeg synes, at man skal møde vedkommende, hvor vedkommende er"* (l. 664). Da Ninna bliver spurgt ind til nødvendigheden af kontinuerligt at holde øje med den demensramtes tilstand, gør hun det klart, at det er vigtigt løbende at være opmærksom på den demensramtes psykiske og fysiske tilstand. Dette for at kunne vælge og justere omsorgsmetoderne til vedkommende undervejs i plejesituationen: *"Så det er rigtig meget med at tilpasse til den her enkelte beboer"* (l. 331) og *"Alting er en balance, og det skal altid tage udgangspunkt i den specifikke person, man har med at gøre"* (l. 749).

Ninna fremhæver, at hun finder det nødvendigt at have forskellige omsorgsmetoder til rådighed for at kunne tage højde for, hvad der virker for den specifikke person og hans/hendes aktuelle tilstand: *"Derfor er det bare nødvendigt at have en redskabskasse eller en værktøjskasse at navigere i, så man ligesom har [...] mulighed for at møde vedkommende, hvor vedkommende er og skabe tryghed, alliance, relation"* (l. 750). Indholdet af denne *redskabskasse* tydeliggøres og bearbejdes i de kommende undertemaer.

5.7.2 Musikterapeutiske omsorgsmetoder

I nærværende undertema sættes der fokus på de musikterapeutiske omsorgsmetoder, som Ninna beretter om, at hun har anvendt ved personlig pleje. Vi vælger at anvende begrebet *musikterapeutiske omsorgsmetoder* til at dække over forskellige musikke tiltag, som Ninna anvender terapeutisk til at drage omsorg for demensramte samt til at forebygge og afværge aggressiv adfærd.

5.7.2.1 *Kontakt gennem sang*

I interviewet fortæller Ninna om flere forskellige episoder, hvor hun har brugt sang til at skabe kontakt til demensramte personer før og under personlig pleje. Kontakten opnås bl.a. via samsang, som det ses i dette citat: *”Der skete noget den gang vi alle tre [Ninna, kollega og demensramt] sang, og hun [demensramt] beklagede sig ikke, og hun blev ikke vred, og hun hvæste ikke. Alle de her symptomer, der var tidligere, kom ikke”* (l. 265). Den musikke kontakt til de demensramte tilsigter ifølge Ninna at opnå nærvær, alliance og tryghed: *”Og så kunne jeg have alliancen og danne kontakt og synge med ham og have nærværet”* (l. 535), *”Det handler hele tiden om, at personen skal være tryk i det her. Og det er jo også det, jeg gør med musikken og alle de her nonspecifikke faktorer”* (l. 744) og *”Så jeg gik ikke ind og startede med personlig pleje, jeg gik ind og startede med at danne alliance. Så jeg gik ind og startede med at synge med ham, og der kunne vi sagtens få fem minutter til at gå med bare at synge og tralle og danse, eller hvad det var, og så var alliancen ligesom dannet. Så når jeg sagde til ham – eller fik ham med ud [på toilettet], tog ham i hånden og gik ud [på toilettet], jamen så var han meget mere villig til at få hjælp, kan man sige”* (l. 528). Foruden nærvær, alliance og tryghed opnåede Ninna også et bedre samarbejde med den demensramte beboer.

Ninna giver eksempler på, at hun har gentaget den samme sang for at bevare kontakten under udførelsen af den personlige pleje: *”Vi [Ninna og demensramt person] synger ”Jeg ved en lærkerede” igennem – altså alle vers flere gange. Og imens vi gør det, så sidder han bare og smiler og synger. Og jeg tager tøjet af ham og får ham skiftet uden problemer”* (l. 777) og *”Vi [Ninna og demensramt person] sang ”Jeg ved en lærkerede” al den tid, det tog. Så jeg ved ikke, hvor lang tid det tog, men vi startede bare forfra”* (l. 821). Når Ninna bruger sang i kontakten til den demensramte, oplever hun, at ord kan være overflødige, og at musikken kan træde i stedet for verbale instruktioner og forklaringer om, hvad der skal ske: *”Og det var ikke nødvendigt at fortælle, hvad han skulle og ikke skulle.*

Det var ikke nødvendigt at få ham til at samarbejde om at få armen ud af ærmet eller at løfte foden, så han kunne få skoen af – altså det skete bare. Det var lige som om musikken guidede det” (l. 782) og ”Det [verbale instruktioner] behøvedes ikke. Jeg vurderede, at det var forstyrrende, at jeg holdt op med at synge med ham, at jeg afbrød sangen for at sige: ”nu skal du lige løfte din fod”. Det var slet ikke nødvendigt” (l. 800).

5.7.2.2 Musikalske parametre og regulering af arousalniveau

Ninna gør i interviewet opmærksom på, at det er vigtigt at være bevidst om tempo og volumen i de sange, der synges for eller med den demensramte. Disse musikalske parametre skal ifølge Ninna tilpasses den demensramte person, for som hun siger: *”Det jo også vigtigt at ramme – altså at møde personen, hvor vedkommende er. Så kunne jeg aldrig finde på – hvis der er så lavt arousal – så tage en eller anden... fx den der ”Den er fin med kompasset” og så gå fuldstændig amok... altså sådan... altså pointen er, at jeg synes, at man skal møde vedkommende, hvor vedkommende er – der har jeg haft ret meget held med ”Jeg ved en lærkerede” fordi den er så, i mine øjne, velegnet til at regulere ift. tempo og volumen” (l. 650). Ved at kunne ændre disse parametre er det muligt at regulere den demensramtes arousalniveau: ”Alting er en balance og det skal altid tage udgangspunkt i den specifikke person, man har med at gøre. Derfor er det bare nødvendigt at have en redskabskasse eller en værktøjskasse [der indebærer musikterapeutiske omsorgsmetoder] at navigere i, så man ligesom har mulighed for at regulere arousalniveau” (l. 749).*

5.7.2.3 Demensramte sangpræferencer

Ninna finder det vigtigt at tage udgangspunkt i den demensramtes sangpræferencer, når der skal vælges en sang som en del af en musikterapeutisk omsorgsmetode: *”Det handler også rigtig meget om at finde ud af, hvad virker til lige præcis den her person. Og i forhold til musikken handler det rigtig meget om at finde ud af, hvilken sang rammer, for det er slet ikke lige meget” (l. 638). Hun anvender flere metoder til at finde ud af, hvilke sangpræferencer den enkelte beboer har. Eksempelvis vælger Ninna at synge forskellige sange, når flere demensramte beboere er samlet i det fælles opholdsrum for så at observere de demensramtes reaktioner på de sange, hun synger: ”Eksempelvis kunne jeg også finde på [...] når der sådan er flere forskellige beboere [i opholdsrummet], så bare gå og synge sådan lige et par vers af forskellige sange og holde øje med, hvordan responderer de her beboere. Så er der nogle der begynder at synge med på den sang, eller nogle begynder*

ligesom at vågne op, og andre gange sker der ingenting ved, at jeg synger en sang. Så ligesom for at pejle mig ind på, hvor kan jeg nå ind, hvor får jeg fat med de her sange” (l. 643).

Ninna beretter om en anden mere individuel metode til at spore sig ind på den demensramtes sangpræferencer, hvor hun sætter sig ned med en beboere og bladrer en sangbog igennem: *”Ham kunne jeg sagtens finde på om eftermiddagen efter kaffe at sætte mig ved ham med en sangbog og så synge med på det, han nu engang bladrede hen på. Og der fandt jeg også ud af, hvad for nogle sange der sådan var rigtig gode for ham. Når han sådan kunne sidde og virkelig gå ind i den og banke rytmen i bordet og blive rigtig glad og smilende og nærmest vugge til musikken” (l. 524) og ”Det var den der: ”Den er fin med kompasset”, der bare var spot on til ham. Og det finder jeg ud af, når jeg synger forskellige sange” (l. 642).* Her er Ninna opmærksom på, hvilke sange den demensramte vælger i sangbogen og er ligeledes opmærksom på, hvordan sangene påvirker den demensramte.

5.7.3 Verbale omsorgsmetoder

I nærværende undertema afdækkes de verbale omsorgsmetoder, som Ninna anvender ifm. personlig pleje af demensramte.

5.7.3.1 Tilpasse kommunikation

Ninna gør det flere gange klart, at den verbale kommunikation skal tilpasses den demensramtes tilstand på en sådan måde, at han/hun kan forstå det sagte. Ydermere skal de sagte ord ifølge Ninna bidrage til, at den demensramte person på en behagelig måde kan være i situationer, hvor den personlige pleje udføres. For at opnå dette anvender Ninna forskellige verbale omsorgsmetoder, som bl.a. omfatter simpel kommunikation, hvor Ninna er meget bevidst om ordvalg og sætningslængder: *”[Det handler om at] være meget tydelig om, hvad der skulle ske. [...] Og så begrænse valget af ord” (l. 289) og ”Jeg prøver at kommunikere uden at fortælle en hel masse, fordi det nytter ikke noget” (l. 450).* For at se nærmere på de verbale omsorgsmetoder præsenteres her et citat, hvor Ninna italesætter flere aspekter, som hun er opmærksom på, når hun verbalt kommunikerer med demensramte under den personlige pleje: *”[Jeg] fortæller hende [demensramt kvinde] i fuldstændig korte træk, hvad der skal ske: ”Det der skal ske, er at vi tager dit tøj af”. Ikke flere beskeder. Ikke noget med at sige: ”Nu skal du det, fordi sådan og sådan” og ”Nu skal*

du også i seng, for du kan jo godt forstå at...". Altså skrælle det fuldstændig ned til den mest simple besked, og kun ét step ad gangen. Så når hun så har fået trøjen af, så kunne jeg sige: "Det der skal ske nu, det er, at vi løfter dig over i sengen". Slut. Og det havde også rigtig god effekt, og så brugte jeg også det, at tjekke af: "Er du klar til det – er det okay, at vi gør sådan og sådan?" og så simpelthen afvente et svar, inden at jeg ville gøre det. For så fandt jeg ud af, at så var det lige som om, at hun kunne følge med. Specielt når hun skulle vaskes foran, der fandt jeg også ud af, at hvis jeg tjekkede af med hende først. Altså fortalte: "Det der skal ske, er at jeg vil vaske dig her forneden. Er du klar til det?" Hvis jeg så ventede på at få et ja, så var der minimal risiko for at jeg så ville få en udadreagerende adfærd, eller hun ville gribe fat eller hvæse" (l. 275). I dette citat fremgår der flere forskellige omsorgsmetoder, der er knyttet til den verbale kommunikation. For det første tydeliggøres det, at den demensramte person kun skal have én besked ad gangen. For det andet illustreres det, at Ninna er opmærksom på, at beskederne skal være korte, konkrete og simple, hvad angår ordvalg og sætningslængde. For det tredje finder Ninna det vigtigt, at spørge den demensramte, om han/hun er klar til, at den givne handling skal udføres, og at Ninna efter et sådan spørgsmål afventer svar. Ninna giver således den demensramte tid til at respondere på verbale instrukser og spørgsmål. Ved at afvente en respons fra den demensramte, oplever Ninna at kunne forebygge aggressive reaktioner, som det fremgår sidst i citatet. Hvis Ninna ikke tjekkede af med beboeren og afventede et svar, kunne hun opleve, at den demensramte reagerede negativt: "Fordi erfaringen var, at hvis man fortsatte, så kørte hun endnu mere op" (l. 330).

Ud fra ovenstående kan der argumenteres for, at det er givtigt, at den demensramte inddrages i en simpel dialog for at sikre, at han/hun forstår og er klar til de handlinger, der skal udføres ifm. personlig pleje. Ydermere fremgår det, at denne dialog bør suppleres af stilhed, så den enkelte beboer kan få tid til at bearbejde de verbale beskeder. Som tidligere nævnt er det ikke altid, at beboere responderer positivt på informationer om de handlinger, der skal udføres (jf. afsnit 5.6.2.1 "Forståelse", p. 44). Dette peger på, at den personlige pleje altid skal tilpasses den konkrete demensramte person og hans/hendes behov.

5.7.3.2 Validering og beroligende ord

Det fremgår af interviewet, at Ninna lægger stor vægt på at validere og spørge interesseret ind til de demensramtes oplevelse i plejesituationen: "Og så handler det for mig om at

validere: "Jeg kan godt se, at du har det skidt. Jeg kan godt se, at det er rigtig træls det her" eller: "Hvor har du det skidt? Hvor kan du mærke det henne?" (l. 428) og "Når jeg spørger, hvor han har ondt, så kan han oftest godt pege [...] Og så peger han på sin mave, og så kan jeg finde på at lægge en hånd på hans mave og sige: "Er det her?", [Demensramt svarer] "Ja, det er der", [Ninna svarer:] "Okay, jeg er hos dig" (l. 445). Som det fremgår af sidste del af citatet, forsøger Ninna verbalt at berolige den demensramte person. Endnu et eksempel på beroligende ord som omsorgsmetode, ses i følgende citat, hvor Ninna forsøger at berolige en demensramt person ved at sige: "Vi er her, vi passer på dig. Der sker ingen ting" (l. 328). Som et led i validering, påpeger Ninna, at det er vigtigt at kunne rumme den demensramte person: "Altså igen rigtig meget med at rumme ham – at jeg kan rumme, at han har det skidt. Jeg vil gerne være hos ham i det at have det skidt, og jeg interesserer mig for ham" (l. 448). For som Ninna fremhæver: "Han skal jo stadigvæk have den nærhed og tryghed og passes på, selv om han har det skidt" (l. 470).

5.7.3.3 Balance

Uanset hvilken form for verbal omsorgsmetode, Ninna anvender, peger hun på, at der skal være en balance: "Det handler hele tiden om at finde balancen mellem at sige nok og sige for meget eller sige for lidt" (l. 747). Det kræver således, at Ninna er meget opmærksom på den demensramte person, når hun anvender de verbale omsorgsmetoder, for at sikre sig, at kommunikationen foregår på et niveau, hvor den demensramte kan følge med og hverken bliver over- eller understimuleret.

5.7.3.4 Prosodi

Efter at have læst ovenstående undertema igennem, slår det mig, at jeg i interviewet ikke fik italesat, at jeg lægger stor vægt på at være opmærksom på min prosodi, når jeg taler til og med demensramte personer. På samme måde som jeg forsøger at være meget tydelig i min mimik, forsøger jeg også at lyde så venlig og engageret som muligt. Det er vigtigt for mig, at de demensramte kan mærke, at jeg vil dem det godt, og jeg oplever, at min stemmeføring kan være et vigtigt redskab til at tydeliggøre mine intentioner.

Autoetnografisk vignet 2

5.7.4 Nonverbale omsorgsmetoder

I dette undertema er der fokus på de nonverbale omsorgsmetoder, som Ninna italesætter i interviewet.

5.7.4.1 Kropssprog og mimik

Ninna fortæller i interviewet, at det er nødvendigt at være bevidst om sit kropssprog, sin mimik og tempoet i sine bevægelser. Hun fremhæver, at det er vigtigt at have en tydelig mimik for på den måde at tydeliggøre sine positive intentioner: *”Så noget andet, jeg prøvede af, det var også at være meget, meget tydelig i min mimik – være helt tydelig om, at jeg vil dig det bedste, og jeg passer på dig – ved at sørge for at være meget smilende. Altså på en eller anden måde lidt overdrevet, men så der virkelig ikke var noget at tage fejl af”* (l. 271). Ninna understreger også, at selvom hendes mimik kan være lidt overdrevet, så er det vigtigt, at empatien lyser igennem: *”Det er så vigtigt at være rigtig, rigtig tydelig i mimik. Være tydelig i at jeg smiler, jeg har lys i øjnene. Og møder selvfølgelig med så meget empati som overhovedet muligt, så det ikke bliver, at jeg står, som om jeg griner af, at han har det dårligt. Det er slet ikke det. Men virkelig være tydelig i min mimik”* (l. 421). Ninna sætter endvidere fokus på betydningen af at være opmærksom på tempoet i sine bevægelser. Hun giver eksempler på, at hun sætter hastigheden ned, når hun interagerer med de demensramte personer eller er inden for deres synsfelt for at undgå at virke truende: *”Have langsomme bevægelser når jeg nærmede mig hende [demensramt]”* (l. 274) og *”Have langsomme bevægelser så jeg ikke kommer til at gøre ham [demensramt] forskrækket eller virke truende”* (l. 424). Ved at sætte tempoet ned og undgå at virke truende kan den personlige pleje gennemføres hurtigere, end hvis tempoet var for højt: *”Gøre det her [udføre personlig pleje] så langsomt som overhovedet muligt, for vi sparer ikke tid af at gøre det her... altså du ved, det går ikke hurtigere af, at vi skynder os – tværtimod”* (l. 297).

Ninna fortæller dog også, at tempoet kan blive for langsomt: *”Altså... være for langsom, fordi så når jeg det ikke. Jeg kan også være så langsom, at vedkommende bliver utålmodig og det ikke lykkes”* (l. 748). Det kan således være fordelagtigt at øge sit tempo, når det ikke kan påvirke den demensramte negativt: *”Og så handler det også om at være en lille smule hurtig [...] – samtidig med at man er rolig. Så det er jo også en balancegang, at hvis jeg står bag ved ham, så skal jeg meget gerne have gjort tingene klar. Jeg skal ikke være så*

langsom at jeg roligt går hen og finder klude. Altså hvis han ikke kan se mig, så kan jeg godt være hurtig. Men kan han se mig, så skal jeg virkelig slow down igen” (l. 542).

5.7.4.2 Nonverbal guidning

I interviewet giver Ninna eksempler på, at hun har undladt verbale instrukser i plejesituationer. I stedet har hun guidet den demensramte person ved at vise, hvad personen skulle gøre eller ved nænsomt at bevæge personen: *”Det [verbal guidning] behøvedes ikke [...] [jeg] prøvede bare at guide ham altså nonverbalt. Også ved at spejle ham – at vise hvad han skulle ved selv at gøre det. Og så skete det bare” (l. 800) og ”Jeg kunne få lov til at guide ved lige så stille at løfte foden med min arm eller sådan lige tage fat i ham. Jeg kunne guide ham nonverbalt” (l. 785).* I begge eksempler var den nonverbale guidning suppleret af sang med de demensramte personer.

5.7.4.3 At stoppe op

Selvom Ninna formår at vende en problemsituation til en løsningssituation gennem forskellige omsorgsmetoder, er der stadig en risiko for at, løsningssituationen igen udvikler sig til en problemsituation. For at undgå dette finder Ninna det virksomt at holde øje med den demensramtes tilstand undervejs i plejesituationen for at kunne stoppe op og holde pauser, hvis det viser sig nødvendigt: *”Så fandt jeg ud af, at det bedste var at slippe alt. Så stopper vi, så holder vi pause, for nu begynder vi igen at overrumple” (l. 326) og ”Og hvis han så begyndte at blive udadreagerende, så er det igen den samme strategi, og det er, så handler det om at stoppe. Stop med at gøre det, han synes er træls og fortsæt med det, der er rart altså at synge” (l. 536).* I disse situationer var det muligt for Ninna at fortsætte med den personlige pleje efter en kort pause, hvor Ninna erstattede den ubehagelige aktivitet, den personlige pleje, med en positiv aktivitet, sang. Andre gange er det ikke tilstrækkeligt at holde en kort pause for at undgå, at løsningssituationen udvikler sig til en problemsituation, hvor den demensramte reagerer med aggressiv adfærd. I sådanne tilfælde er det ifølge Ninna den bedste løsning at gå og komme igen senere: *”Nogle gange må man også bare give op. [...] Det blev en situation, hvor det ikke var muligt at samarbejde så, så måtte man bare give op. Så må man prøve igen senere altså. Sådan har det også være tit, at man er gået ind og har forsøgt – det lykkedes ikke. Der var ikke noget at gøre. Nå, så må man prøve igen senere (l. 731).*

5.7.5 Opsamling på fjerde tema

Ud fra Ninnas udsagn skal udgangspunktet for alle omsorgsmetoder altid være den demensramte person. Uanset hvilke omsorgsmetoder, der anvendes, skal valget heraf være personcentreret med afsæt i den demensramtes personlige præferencer og samtidigt tilpasses hans/hendes aktuelle fysiske og psykiske tilstand. Under den personlige pleje skal personalet hele tiden være opmærksom på, hvordan de bedst muligt møder den demensramte person, hvor han/hun er. Ydermere er det vigtigt at finde en balancen ift. hverken at under- eller overstimulere den demensramte person.

De omsorgsmetoder, som Ninna anvender til at forebygge og afværge aggressiv adfærd ved personlig pleje, kan inddeles i tre kategorier: *musikterapeutiske omsorgsmetoder*, *verbale omsorgsmetoder* og *nonverbale omsorgsmetoder*. Indholdet i disse tre kategorier af omsorgsmetoder opsamles i nedenstående punktopstillinger.

Musikterapeutiske omsorgsmetoder

- Sang for og/eller med demensramt
- Gentagelse af samme sang
- Sang som guide i stedet for verbale beskeder
- Regulere tempo i sang
- Regulere volumen i sang
- Finde demensramtes sangpræferencer ved synge for én eller flere demensramte og registrere den demensramtes reaktion på sangene

Verbale omsorgsmetoder

- Tilpasse ordvalg og sætningslængde
- Give én besked ad gangen
- Kort fortælle hvad der skal ske
- Tjekke om beboeren er klar til den givne handling
- Afvente svar fra beboer
- Validering
- Vise interesse og spørge ind til beboerens oplevelse
- Beroligende ord
- Opmærksomhed på prosodi

Nonverbale omsorgsmetoder

- Tilpasse kropssprog
- Tydelig mimik
- Tilpasse tempo i sine bevægelser
- Nonverbal guidning ved at spejle, hvad den demensramte skal gøre og/eller nænsomt at guide via bevægelse af den demensramte
- Stoppe op og holde pauser
- Erstatte ubehagelig aktivitet, personlig pleje, med behagelig aktivitet så som sang
- Afbryd den personlige pleje og forsøg igen senere

I de tre ovenstående kategorier af omsorgsmetoder anvendes musik, verbal tale og nonverbale udtryk til at tilpasse interaktionen under den personlige pleje til den enkelte demensramte person. Formålet med omsorgsmetoderne er at opnå kontakt, nærvær, alliance, tryghed, ro, omsorg, øget samarbejdsevne og et veltilpasset arousalniveau. Endvidere har metoderne til hensigt at fremkalde positive emotioner, at øge den demensramtes forståelse af, hvad der sker eller skal ske og af personalets intentioner samt at få den demensramte til at føle, at der er plads og rum til han/hende. De musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder har til hensigt at skabe nogle rammer, hvori den personlige pleje kan varetages uden, at den demensramte reagerer med aggressiv adfærd, og hvor situationen er behagelig at være i for både den demensramte person og for personalet.

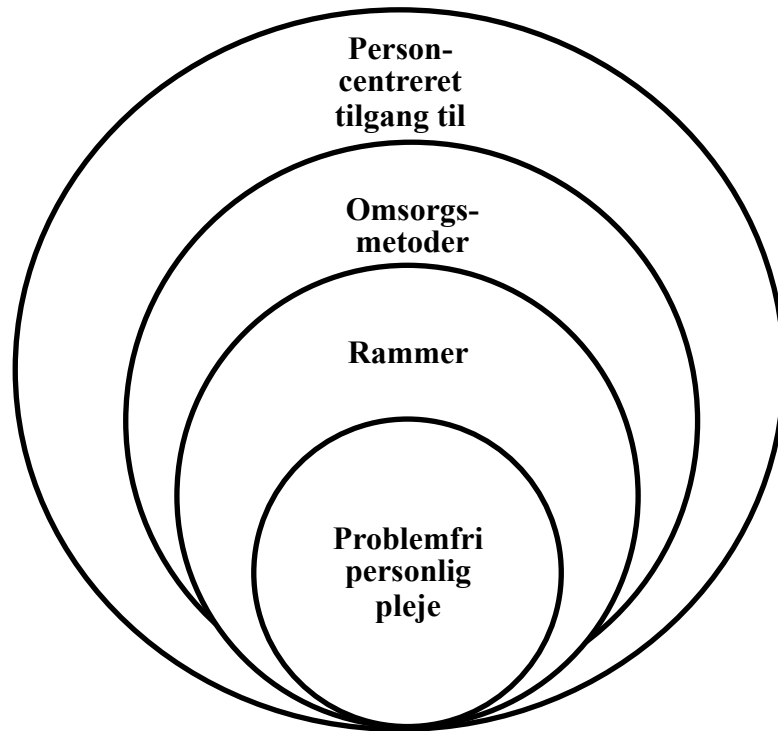
5.6 Opsamling på analysen

I analysen er det blevet klart, at der optræder ligheder mellem Ninnas og de demensramtes oplevelser af problemsituationer, proces mod løsninger og løsningssituationer. Ninna fortæller, at både hun og de demensramte personer oplever ubehag i problemsituationerne. Ifølge Ninnas udtalelser oplever begge parter at have et højt arousalniveau, at være stresspåvirket og præget af negative emotionelle tilstande i problemsituationerne. I proces mod løsninger oplever Ninna at være styret af nysgerrighed samt en motivation for at ”knække koden” og finde ind til, hvilke omsorgsmetoder, der er mest velegnede til den enkelte demensramte person. Hendes faglige og teoretiske viden er central i disse processer, hvor Ninna vha. sin faglige viden om demens vægter højt at skelne mellem

menneskets og demenssygdommens karakteristika. I proces mod løsninger afprøver Ninna forskellige musikterapeutiske omsorgsmetoder og skaber herigennem en positiv og nærværende kontakt til de demensramte personer. De erfaringer, som Ninna erhverver sig i proces mod løsninger, danner baggrund for, hvordan hun vælger at intervenere i løsningssituationerne. Derudover ses der også her en lighed mellem Ninnas og de demensramtes emotionelle tilstande, som i modsætning til problemsituationerne nu beskrives som positive og givtige for begge parter.

Også i løsningssituationerne ses en lighed mellem Ninnas og de demensramtes oplevelser. Ninna beskriver, at løsningssituationerne er præget af positive emotioner, udsagn og kropslige reaktioner både hos hende selv og hos de demensramte. Ninna mærker en øget kontrol og mestringsfølelse og oplever at lykkes fagligt såvel som personligt. Løsningssituationerne opfattes således som nogle positive situationer for Ninna. Ud fra Ninnas observationer og udsagn i interviewet gælder det samme for de demensramte personer.

Uanset hvilke omsorgsmetoder der anvendes, finder Ninna det vigtigt, at der anvendes en personcentreret tilgang, hvor der tages udgangspunkt i den enkelte demensramte person ved at tage højde for hans/hendes aktuelle fysiske og psykiske tilstand og personlige præferencer. *Præferencer* skal ikke forstås som den demensramtes aktive valg af, hvilke omsorgsmetoder han/hun bedst kan lide, men afspejler, at demensramte reagerer forskelligt på forskellige omsorgsmetoder, og at der skal tages udgangspunkt i de omsorgsmetoder, som den enkelte responderer bedst på. De omsorgsmetoder, som Ninna anvender, omfatter musikterapeutiske-, verbale- og nonverbale omsorgsmetoder. Disse omsorgsmetoder har til hensigt at skabe nogle rammer, som den demensramte kan være i på en behagelig måde, hvilket danner udgangspunkt for, at den personlige pleje kan varetages problemfrit. Dette illustreres i nedenstående Figur 2 "Cirkelmodel" (p. 58).



Figur 2 Cirkelmodel

6 Teori

Iht. IPA metoden vil vi i de følgende afsnit redegøre for teori, der er relevant for at kunne diskutere analysens resultater og besvare specialets problemformulering.

Ud fra analysen bliver det i første tema gjort klart, at Ninna oplever, at både hun og de demensramte bliver stressede i problemsituationer, hvor hjælp til den personlige pleje ender ud i episoder med aggressiv adfærd. At der er tale om stressrespons, når demensramte reagerer med aggressioner, understøttes af forskningen, der blev præsenteret i indledningen (jf. kapitel 1, pp. 2-8). Iht. denne forskning skal de demensramtes aggressive reaktioner betragtes som stressreaktioner, hvilket ligeledes gælder personalets reaktioner på den aggressive adfærd (Mills & Rose, 2011; Schmidt et al., 2012, Gotfredsen, 2009). I kraft heraf vælger vi at redegøre for udvalgte stressteorier for senere at kunne diskutere analysen ud fra et metateoretisk perspektiv.

Inden for demensområdet er stress belyst af Hall og Buckwalter (1987) ud fra en kognitiv stressforståelse, der bygger på Lazarus' (2006) og Lazarus' og Folkmanns (1984) stressteori. Det kognitive perspektiv på stress er endvidere interessant at belyse, da demens medfører kognitive svækkelser (jf. kapitel 3 "Demens", pp. 15-18). Det kognitive perspektiv på stress og stresshåndteringen anvendes også til at diskutere Ninnas stressoplevelser. Derudover vil vi inddrage et neuropsykologisk perspektiv på stress. Dette valg træffes på baggrund af, at demens er en neurodegenerativ lidelse (jf. kapitel 3 "Demens", pp. 15-18).

6.1 Kognitivt perspektiv på stress og stresshåndtering

I nedenstående præsenteres et kognitivt perspektiv på stress og stresshåndtering med afsæt i Lazarus og Folkmann (1984) og Lazarus (2006). Andre kognitive teorier inddrages for at give en forståelse for kognitioners betydning for emotioner og adfærd. Afslutningsvis redegøres for Hall og Buckwalters (1987) stressteori, der omhandler demensramtes stresstærskel.

6.1.1 Stress, kognitive vurderinger og coping

Stress defineres af Lazarus og Folkmann (1984, p. 19) som et specifikt forhold mellem personen og hans/hendes omgivelser, der vurderes som belastende eller overstiger hans/hendes ressourcer og truer hans/hendes velbefindende. Stress er således et resultat af

individuelle kognitive vurderinger af en given situation. Samme situation kan opfattes forskelligt fra person til person alt efter hans/hendes kognitive vurdering heraf. En kognitiv vurdering skal forstås som en kompleks proces, hvor en person kategoriserer en situation og elementerne i situationen i forhold til betydningen for hans/hendes velbefindende. Der er tale om en konstant evaluering med fokus på mening og betydning, som finder sted kontinuerligt, mens personen er vågen. Kognitive vurderinger inddeles i primære og sekundære vurderinger, som kan optræde bevidst såvel som ubevidst. De ubevidste vurderinger sker automatisk og intuitivt, uden at personen er opmærksom herpå. Inddelingen i primære og sekundære vurderinger refererer ikke til, hvilken vurderingen der først opstår eller, hvilken der er vigtigst (Lazarus, 2006; Lazarus & Folkman, 1984).

Ved en primær vurdering vurderer personen, hvorvidt det, der foregår, er relevant for personens mål, overbevisninger og værdier. De stimuli, der vurderes, kan opfattes som hhv. gunstige, irrelevante eller stressfulde. Når en situation vurderes som stressfuld, kan personen opleve reelle eller potentielle trusler, tab, skader eller udfordringer. Ved udfordringer, er der i modsætning til trusler, tab og skader fokus på den potentielle vækst eller gevinst, som situationen kan medføre. Vurderes situationer som udfordrende, kan der derved være tale om en slags positiv stress, hvor personen oplever at have positive emotioner. Det modsatte gælder trusler, tab og skader, der afstedkommer ubehagelig stress og negative emotioner. Hvis personen oplever at have kontrol over situationen, er der større sandsynlighed for, at han/hun vurderer den stressfulde situationen som en udfordring frem for en trussel, et tab eller en skade. En sekundær vurdering skal forstås som en kompleks vurdering af, hvilke copingstrategier der er tilgængelige, sandsynligheden for at en given copingstrategi vil være virksom og sandsynligheden for, at personen kan anvende copingstrategien effektivt (ibid.).

Ved en primær vurdering er der således tale om, hvad der er på spil for personen, og ved den sekundære vurdering er der fokus på, hvad personen kan gøre i den givne situation. Primære og sekundære vurderinger skaber i samspil med hinanden graden af stress og styrken af den emotionelle reaktion.

Personen foretager løbende revurderinger af den givne situation på baggrund af ny information fra omgivelserne. Revurderinger kan enten resultere i mere eller mindre stress hos personen alt efter udfaldet (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (2006) fremhæver, at stressfulde vurderinger ikke skal ses som poler i et simpelt kontinuum. En situation kan vurderes som en trussel *samtidigt* med, at den vurderes som en udfordring. Forholdet

mellem udfordring og trussel kan ændre sig alt efter, hvordan situationen udvikler sig eksempelvis grundet ændringer i omgivelserne eller personens bestræbelser på at håndtere situationen (Lazarus & Folkman, 1984). Disse bestræbelser på at håndtere en situation, der vurderes som stressfuld, betegnes som coping.

Coping defineres som kontinuerligt skiftende kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser på at håndtere specifikke indre og/eller ydre krav, som ifølge personens vurdering belaster eller overstiger hans/hendes ressourcer. Coping er på denne måde en cirkulær proces, der konstant udvikler og forandrer sig i kraft af kontinuerligt skiftende kognitive vurderinger, revurderinger og emotionelle processer (Lazarus, 2006, p. 139; Lazarus & Folkman, 1984, p. 142f). Coping skal ikke forveksles med et vellykket resultat, da coping ikke er ensbetydende med, at personen har formået at mestre eller beherske stresssituationen. Når copingstrategien er ineffektiv vil stressniveauet forblive højt eller øges, hvorimod stressniveauet vil sænkes, hvis copingstrategien er effektiv (Lazarus, 2006). Coping inddeles i emotionsfokuserede og problemfokuserede copingstrategier. Ved emotionsfokuseret coping forsøger personen at reducere ubehagelige emotioner ved eksempelvis at ændre sine tanker omkring problemet. Problemfokuseret coping er rettet mod problemløsning, hvor personen foretager handlinger, der har til hensigt at ændre den stressfulde situation (ibid.).

6.1.2 Kognitioners betydning for emotioner og adfærd

Som det ses i Lazarus' og Folkmanns (1984) stressteori har personers vurdering af stimuli afgørende betydning for, hvordan en given situation opleves. Fra Lazarus' og Folkmanns (1984) stressteori kan der drages en parallel til Ellis' (1991) ABC-model (Ziegler, 2001). ABC er en model, der anvendes inden for kognitiv adfærdsterapi til at forstå sammenhængen mellem fænomener, kognitioner⁵ og emotionelle såvel som adfærdsmæssige konsekvenser. I ABC-modellen står A for *Activating Events* (aktiverende hændelser), B står for *Beliefs* (tanker, overbevisninger, tolkninger af A) og C står for *Consequences* (emotionelle, kropslige og adfærdsmæssige konsekvenser som følge af A og B). Disse konsekvenser (C) kan føre til nye aktiverende hændelser (A) (Ellis, 1991, p. 140; Andersen, 2005, p. 286f). Zeigler (2001) argumenterer for, at kognitive vurderinger er inkluderet i den kognitive proces, der udgøres af 'B' i ABC-modellen. Når en person

⁵ Kognitioner dækker over al tænkning bevidst som ubevidst (Agervold et al., 2007, p. 293)

oplever nogle givne stimuli (A), vil han/hun tolke situationen ved bl.a. at foretage nogle primære og sekundære kognitive vurderinger heraf (B), som resulterer i en given adfærd samt en emotionel- og kropslig tilstand (C). En persons emotionelle tilstand og adfærdsmæssige reaktioner er derved konsekvensen af en situation plus en fortolkning. Dette princip fremhæves endvidere af Segal et. al (2013) og Beck (2011), der understreger, at det ikke primært er situationen i sig selv, men derimod vores tanker om og fortolkninger af situationen, der determinerer vores reaktioner. Den samme situation kan ifølge Segal et al. (2013) resultere i vidt forskellige tanker og fortolkninger, der fører til forskellige reaktioner. For at en persons emotionelle og adfærdsmæssige reaktioner på en situation kan ændres, er det ifølge Beck (2011) nødvendigt, at hans/hendes tanker, forestillinger og tolkninger omstruktureres. Iht. Beck (1991) kan dette bl.a. ske ved at personen forsøger at finde nogle alternative forklaringer på de aktiverende hændelser og oplevelser og forsøger at finde alternative måder at forholde sig til og håndtere psykologiske og situationelle problemer på.

6.1.3 Demensramtes stresstærskel

Inden for demensområdet er stress og coping belyst af Hall og Buckwalter (1987), der har fremsat teorien om *Progressively Lowered Stress-Threshold* (PLST). PLST tager udgangspunkt i Lazarus' stressforståelse, hvor den individuelle vurdering af nogle givne stimuli er afgørende for, hvorvidt individet opfatter situationen som stressende. Iht. PLST er individers stresstærskel afhængig af en intakt cerebral funktion. Demensramte har derved en lavere stresstærskel, da de grundet cortikale og limbiske skader kan have sværere ved at genkende og overskue omgivelserne og derved have sværere ved at modtage og behandle stimuli. I tråd med dette påpeger Souza-Talarico et al. (2008), at demensramte som følge af sygdommen kan få svært ved at vurdere en potentiel trussel på en sådan måde, at denne enten bliver under- eller overestimeret. Det nedsatte kognitive funktionsniveau bevirker ydermere, at demensramte har langt færre copingstrategier til rådighed. Når demensramte oplever personlig pleje som en stressende, ubehagelig situation, kan aggressiv adfærd ses som en naturlig reaktion herpå, når der tages udgangspunkt i den demensramtes livsverden. Den demensramte har ikke mulighed for at undgå situationen, flytte sin opmærksomhed eller revurdere indtrykkene, hvorfor at aggressiv adfærd kan betragtes som den eneste mulige copingstrategi, som den

demensramte har til rådighed (Hall & Buckwalter, 1987; Gotfredsen, 2009; Spector & Orrell, 2010; Souza-Talarico et al., 2008).

Som følge af demens skades flere hjernestrukturer som er vigtige for at kunne vurdere, hvorvidt stimuli udgør stressorer og regulere stress. Af denne årsag vil vi belyse stress ud fra et neuropsykologisk perspektiv, for at kunne give en forståelse af, hvad der sker, når demensramte bliver stresspåvirket under personlig pleje og reagerer med aggressioner. Ligeledes skal dette perspektiv bidrage til en øget forståelse for, hvordan musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan forebygge og mindske aggressiv adfærd ved personlig pleje.

6.2 Stress ud fra et neuropsykologisk perspektiv

Oplevelsen af stress og hvile reguleres gennem det autonome nervesystem, der inddeles i det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. Når personer oplever akut stress, aktiveres det sympatiske nervesystem via hypothalamus. Det sympatiske nervesystem klargør personen til at kæmpe eller flygte. Dette sker ved, at hypothalamus sender besked til binyremarven om at udskille adrenalin og noradrenalin. Disse stoffer påvirker flere dele af kroppen og øger pulsen, blodtrykket, vejrtrækningen samt andre fysiologiske processer, der klargør kroppen til præstation. Hypothalamus stimulerer ydermere binyrebarken gennem hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen), hvorved hormonet cortisol udløses. Cortisol klargør også kroppen til præstation, men virker langsommere end adrenalin (Breedlove & Watson, 2013; LeDoux, 2003). Cortisol forbereder kroppen på den næste stressorer og har derved ikke kun en funktion ift. personens nuværende stressoplevelse (Hart, 2006). Aktiviteten i HPA-aksen er under indflydelse af amygdala, der har en aktiverende funktion, og hippocampus, der har en hæmmende funktion. Endvidere spiller hormonet oxytocin en vigtig rolle for deaktivering af HPA-aksen og stressresponsen (Rosenberg et al., 2009). I tilstande med hvile og tryghed er det parasympatiske nervesystem særligt aktivt. Det parasympatiske nervesystem påvirker kroppen gennem neurotransmitteren acetylcholin, hvormed puls, respiration og muskeltonus sænkes og aktiviteten i andre processer såsom fordøjelse øges. Parasympatisk aktivitet er nødvendig, for at personen kan restituere (Breedlove & Watson, 2013; Rosenberg et al., 2009; Hart, 2006). Ved længerevarende stress fastholdes personen i et overaktivt sympatisk nervesystem grundet det forhøjede cortisolniveau. Som følge heraf kan der forekomme opmærksomhedsforstyrrelser, manglende evne til selvregulering og

hukommelsesproblemer. Dette skyldes bl.a., at cortisol påvirker hippocampus ved længerevarende stress. Hippocampus har flere receptorer for stresshormoner, hvilket betyder, at den er særlig følsom overfor længerevarende stress, idet cortisol er neurotoksisk, og i værste tilfælde kan medføre atrofi i hippocampus. Dette nedsætter hippocampus evne til at hæmme aktiviteten i HPA-aksen. Højaktivering af det sympatiske nervesystem og amygdala som følge af stress kan derved nedsætte hippocampus' funktion. Dette bevirker, at den stressramte persons nervesystem kan have svært ved at sammensætte relevant sammenhæng og mening, hvilket yderligere øger stressniveauet. De tætte forbindelser mellem hippocampus og amygdala bevirker, at skader i hippocampus har indflydelse på amygdala og kan resultere i hypersensitivitet, hvor amygdala hurtigere reagerer på ydre stimulering så som sensoriske stimuli med stærke emotionelle reaktioner til følge. Høj og længerevarende stress kan således føre til en negativ spiraleffekt, hvor individets evne til at regulere sit stressniveau nedsættes og stressen forværres yderligere. (Rosenberg et al., 2009; Hart, 2006).

6.2.1 Den korte og lange thalamiske vej

Når en person oplever frygt, er der to adskilte, men dog indbyrdes forbundne neurale netværk, der igangsættes samtidig, og på hver sin måde regulerer frygtresponserne. Disse to netværk betegnes som den korte- og den lange thalamiske vej og spiller to forskellige roller i vores opfattelse af og reaktion på faretruende stimuli (LeDoux, 2002, p. 69; Cozolino, 2010, p. 242). Den korte thalamiske vej er subcortikal, hvilket betyder, at emotionelle responser opstår uden involvering af højere cortikale områder. Ved den korte thalamiske vej sendes sensorisk information direkte fra thalamus til amygdala. Amygdala omsætter de ufiltrerede informationer og sansemæssige input til en kropslig reaktion via de mange forbindelser til det autonome nervesystem. Der igangsættes en hurtig, grov og primitiv frygtrespons, der ikke er underlagt viljemæssig kontrol, da der ikke sker en hæmning via præfrontal cortex. Når stimuli behandles via den korte thalamiske vej, foretages der ikke en grundig kognitiv analyse af, hvorvidt det oplevede udgør en reel fare. Dette skyldes, at analyser og mange detaljer ved en potentiel fare er irrelevante og alt for tidskrævende at finde frem til, hvis der er en reel trussel på færde, som kræver en hurtig reaktion for at individet overlever. Evolutionært set er det mere risikabelt for en person ikke at reagere på en farlig situation sammenlignet med at reagere på en ufarlig situation som om, at den var farlig. Med andre ord er falsk negativ langt mere alvorligt end falsk positiv. Amygdala er

altså et skridt foran, hvis der er en potentiel fare på færde, når stimuli går ad den korte thalamiske vej (LeDoux, 2002; 2003; Hart, 2006).

Den lange thalamiske vej er cortical. Her sendes stimuli fra thalamus til hippocampus og cortex, hvor cortikale hukommelses- og eksekutive kredsløb analyserer og evaluerer de oplevede stimuli og sammenligner disse med erindringer fra lignende situationer. Det undersøges dels, om der er en reel fare på færde og dels undersøges omfanget og karakteren af faren. Denne bearbejdningsproces, der udleder deltaljerede informationer om de oplevede stimuli, danner udgangspunkt for, hvordan situationen videre bearbejdes. Som nævnt indledningsvis i dette afsnit aktiveres den korte- og lange thalamiske vej samtidigt. Thalamus aktiverer således amygdala på omkring samme tid, som cortex aktiveres. I kraft af at den lange thalamiske vej involverer flere neurale netværk end den korte thalamiske vej, er den korte thalamiske vej omkring dobbelt så hurtig som den lange. Dette bevirker, at der ofte aktiveres en emotionel og kropslig respons via amygdala inden personen fuldt ud genkender de stimuli, som han/hun reagerer på. Hvis konklusionen fra den lange thalamiske vej bliver, at der ikke er fare på færde, er det cortex's opgave at berolige amygdala og forhindre eller stoppe en uhensigtsmæssig reaktion snarere end at skabe en hensigtsmæssig (LeDoux, 2002; 2003).

I dette kapitel har vi redegjort for relevant stressteori, der i næste kapitel inddrages i diskussionen af analysens resultater.

7 Diskussion

I dette kapitel vil vi først diskutere analysens resultater angående Ninnas og de demensramtes oplevelser i problem- og løsningsituationer ud fra den præsenterede teori. Derefter vil vi med henblik på at undersøge, hvordan plejepersonale kan løse problematiske plejesituationer, diskutere de afdækkede musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder og den personcentrerede tilgang til metoderne ud fra relevant forskning og teori.

7.1 Stress og stressreduktion hos Ninna

Ninnas tanker, emotioner og kropslige reaktioner indikerer, at Ninna i problemsituationerne oplever den aggressive adfærd som stressende. Ud fra Lazarus & Folkmanns (1984, p. 19) stressdefinition, er der på denne måde tale om en situation, der belaster Ninna ved at overstige de ressourcer, hun har til rådighed, og truer hendes velbefindende. Den primære vurdering har resulteret i en opfattelse af den aggressive adfærd som en reel trussel eller en decideret skade, når Ninna eksempelvis er blevet udsat for fysiske aggressioner. Den sekundære vurdering af, hvad der kan gøres, har eksempelvis resulteret i, at Ninna har skyndt sig at blive færdig for, at både hun og den demensramte kunne komme ud af den stressfyldte situation. At Ninna oplever negativt stress, som følge af hendes kognitive vurderinger, kommer bl.a. til udtryk gennem emotionelt ubehag, hvor Ninna bliver ked af det, bange og frustreret. Ydermere kommer det til udtryk gennem negative tankemønstre om at have fejlet og bekymringer om, hvordan plejesituationen vil udvikle sig. Flere af de kropslige reaktioner, som Ninna mærker, vidner om en høj sympatisk aktivitet. Disse udgøres bl.a. af hjertebanken, klump i halsen og øget svedproduktion. Ninna italesætter det selv som en stressrespons, hvor hun mærker et ubehageligt adrenalinkick.

I problemsituationerne, der er beskrevet i første tema (jf. afsnit 5.4, pp. 33-36), udgør den aggressive adfærd 'A' i Ellis' (1991) ABC-model. 'B' udgøres af Ninnas vurdering af situationen som stressfyldt, ukontrollerbar, truende og/eller skadende. 'C' indbefatter Ninnas oplevelse af magtesløshed, hendes negative tanker, kropslige sympatiske reaktioner, negative emotionelle tilstand, der omfatter frygt, frustration og ked-af-det-hed, og hendes adfærd i og efter selve problemsituationen. I problemsituationen er adfærden præget af uhensigtsmæssige løft og kropsholdninger og forsøg på at færdiggøre plejen

hurtigst muligt. Umiddelbart efter situationen er adfærden præget af en negativ emotionel tilstand.

Når Ninna er kommet ud af problemsituationen, sker der en proces mod løsninger (jf. afsnit 5.5, pp. 37-41). Her ses nogle copingforsøg i form af adfærdsmæssige og kognitive bestræbelser på at håndtere de krav, der er forbundet med at interagere med demensramte, der reagerer med aggressioner, og som overstiger Ninnas ressourcer i problemsituationen. Ninna forsøger på denne måde at cope ved at tilegne sig nogle flere ressourcer i form af omsorgsmetoder, der kan forebygge eller afværge den aggressive adfærd ved en lignende, fremtidig situation. De adfærdsmæssige bestræbelser omfatter bl.a. Ninnas forsøg på at finde velegnede musikterapeutiske omsorgsmetoder, der tager udgangspunkt i den enkeltes præferencer. Dette ses eksempelvis i Ninnas forsøg på at finde de demensramtes sangpræferencer, når hun synger med beboere i den fælles opholdsstue. Ydermere kommer Ninnas adfærdsmæssige bestræbelser til udtryk i hendes forsøg på at skabe en god kontakt og alliance med den demensramte uden for problemsituationen. Ninnas kognitive bestræbelser kan ses i kraft af hendes inddragelse af sin faglige viden om demens og aggressiv adfærd. Når Ninna eksempelvis bestræber sig på at adskille menneske og sygdom, kan der argumenteres for, at hun forsøger at ændre sine tanker omkring den demensramte.

Når Ninna formår at anvende sine tilegnede omsorgsmetoder effektivt, vurderer hun ikke plejesituationerne som stressfulde på samme måde som i problemsituationer. I nogle situationer kan det skyldes, at Ninnas anvendelse af musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder har kunnet forebygge den aggressive adfærd. Når de demensramte ikke reagerer med aggressiv adfærd, oplever Ninna ikke plejesituationen som stressende. Derimod tyder det på, at Ninna har vurderet situationen som gunstig, da hun oplever flere forskellige positive tanker, emotioner og kropslige fornemmelser. I andre situationer begynder de demensramte at udvise tegn på stress ved at reagere med aggressiv adfærd på trods af Ninnas anvendelse af omsorgsmetoder. Her formår Ninna imidlertid at afværge den aggressive adfærd ved at ændre på eller inddrage andre omsorgsmetoder så som at holde pauser. I disse situationer er det muligt for Ninna at medvirke til, at den demensramtes stressniveau reduceres, uden at hun selv overvældes af stress. I relation hertil kan det antages, at Ninna har vurderet situationen som en udfordring, hvor fokus har været på den potentielle vækst eller gevinst ved at kunne forsøge at afværge situationen og drage omsorg for den demensramte person.

En væsentlig forskel på problem- og løsningsituationer er Ninnas adgang til copingstrategier i form af virksomme omsorgsmetoder. I tråd med Lazarus (2006) bliver det således tydeligt, at jo flere ressourcer Ninna har til rådighed, jo mere skal der til før, de ydre krav overstiger hendes ressourcer. Med andre ord: jo mere skal der til for, at Ninna bliver negativt stresspåvirket. Dette afspejles i Ninnas kognitive vurderinger, hvor det bliver tydeligt, at hun vurderer plejesituationer og den aggressiv adfærd med den samme beboer forskelligt efter, at hun har tilegnet sig nogle individuelt tilpassede omsorgsmetoder uden for plejesituationen. Foruden Ninnas tilgængelige omsorgsmetoder og ressourcer er hendes oplevelse af kontrol og mestringsfølelse også forskellig fra problem- til løsningsituationer. Mestringsfølelse skal forstås som Ninnas oplevelse af at kunne mestre og håndtere situationen. Ninnas manglende kontrol i problemsituationerne, kan være medvirkende til, at hun oplever stress, da manglende kontrolfølelse ifølge Lazarus (ibid.) øger risikoen for, at den stressfulde situation vurderes som en skade, et tab eller en trussel frem for en udfordring. Lazarus (ibid.) peger på, at skade-, tab- og trusselsvurderinger associeres med negativ stress, hvorimod en vurdering af situationen som udfordrende er associeret med positiv stress. Dette kan forklare, hvorfor Ninna oplever ubehag i problemsituationerne, hvorimod hun i løsningsituationerne oplever positive emotionelle tilstande præget af glæde.

Når ABC-modellen tages i betragtning i løsningsituationer, der er på vej til at udvikle sig til problemsituationer, udgør 'A' optræk til aggressiv adfærd. 'B' kan betragtes som Ninnas primære vurdering af situationen som en udfordring og sekundære vurderinger af, hvordan hun med udgangspunkt i cirkelmodellen (jf. figur 2 "Cirkelmodel", p. 58) kan anvende omsorgsmetoder til at genetablere nogle rammer, som kan reducere den demensramtes stressniveau og derigennem den aggressive adfærd. 'C' er Ninnas anvendelse af omsorgsmetoderne samt hendes positive tanker om at lykkes fagligt og personligt, emotioner, der bl.a. omfatter glæde, og kropslige fornemmelser af øget energi og ro. Som det ses, er Ninnas vurderinger af situationen afgørende for hendes emotionelle, kropslige og adfærdsmæssige reaktioner, hvilket er kongruent med den kognitive forståelse af kognitioners betydning for emotioner og adfærd (jf. afsnit 6.2.1, p. 61f).

7.1.1 Opsamling på stress og stressreduktion hos Ninna

I de situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, oplever Ninna at blive stresspåvirket, eftersom kravene i situationerne overstiger de

ressourcer, hun har til rådighed, hvorfor hun vurderer situationen til at være truende og/eller skadende. Dette kommer til udtryk gennem ubehagelige og negative tanker, emotioner, kropslige fornemmelser og handlinger. Ninna oplever, at denne negative tilstand fortsætter et stykke tid efter selve plejesituationen. Den ubehagelige plejesituation afføder også nogle hensigtsmæssige handlinger i form af Ninnas copingforsøg, hvor hun bestræber sig på at finde nogle omsorgsmetoder, som hun kan anvende i fremtidige lignende situationer. I løsningssituationer, hvor Ninna netop har kunnet anvende sine tilegnede musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at forebygge eller afværge aggressiv adfærd, oplever Ninna ikke stress, som hun gjorde i problemsituationerne. Dette kan skyldes, at hun har vurderet situationen anderledes. Ninnas tilegnelse af flere ressourcer har på denne måde givet hende en øget kontrol- og mestringsfølelse, der kan have medvirket til, at hun har vurderet situationen som gunstig eller en udfordring. I løsningssituationerne er Ninnas emotioner, tanker og kropslige fornemmelser præget af glæde, positivitet og øget ro og energi.

7.2 Stress og stressreduktion hos demensramte personer

I analysen af Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer (jf. afsnit 5.4.2, p. 35f) bliver det klart, at Ninna i tråd med Gotfredsen (2009) og Ridder (2007) vurderer de demensramtes aggressive adfærd som stressreaktioner. Iht. Lazarus' og Folkmanns (1984) stressdefinition vurderes den personlige pleje derved til at være belastende for den demensramte og overstige hans/hendes ressourcer og true hans/hendes velbefindende. Omgivelsernes krav overstiger på denne måde de ressourcer, som den demensramte har til rådighed, hvilket resulterer i, at stimuli ved personlig pleje vurderes som stressfulde. I overensstemmelse med Gotfredsen (2009) oplever Ninna, at de demensramte føler sig overvældet og truet, hvilket kan indikere, at primære vurderinger har resulteret i, at de oplevede stimuli ved personlig pleje vurderes som potentielle trusler. I de situationer, Ninna beretter om i afsnit 5.4.2 "Ninnas oplevelser af demensramte i problemsituationer" (p. 35f), kan der argumenteres for, at de demensramtes sekundære vurderinger af, hvad der kan gøres, har resulteret i copingstrategien aggressiv adfærd. Iht. Ellis' (1991) ABC-model er fænomenet personlig pleje (A) blevet vurderet til at true den demensramtes velbefindende (B), hvilket har resulteret i aggressiv adfærd (C), der ifølge Ridder

(2007) involverer øget sympatisk aktivitet. 'C' udgør på denne måde både en fysiologisk og emotionel stressrespons. Ninnas observation af de demensramtes fysiologiske stressrespons kommer bl.a. til udtryk gennem rynkede øjenbryn og hyperventilation, der indebærer øget puls og respiration, hvilket indikerer øget sympatisk aktivitet. Ifølge Ninnas tolkning oplever de demensramte ubehag og emotionelle tilstande som frygt og vrede ifm. den personlige pleje. Ninna vurderer, at den aggressive adfærd bl.a. opstår pga. misidentifikation og manglende forståelse af intentionerne og selve handlingerne ifm. personlig pleje. Dette understøttes af Gotfredsen (2009) og Talerico et al. (2002), der ydermere peger på, at emotionelle tilstande som frygt, angst og vrede kan være dominerende hos demensramte, der reagerer med aggressioner (jf. kapitel 1 "Indledning", p. 4).

Ovenstående understøtter, at den personlige pleje i problemsituationerne resulterer i akut stress hos den demensramte, og at den aggressive adfærd kan betragtes som en kamp-/flugtreaktion. Dette fremhæves ydermere af Eller, Griffin og Mote (2003), der påpeger, at en pludselig, uventet, fysisk kontakt kan skabe en kamp/flugt respons hos den demensramte. Dette stemmer overens med Ninnas observation af en demensramt kvinde, der reagerer med aggressioner, når den personlige pleje går for stærkt for hende, og at hun ikke forstår, hvad der skal ske. Den personlige pleje kan derved komme til at virke uventet og pludselig.

Grundet de cortikale skader og kognitive svækkelser har den demensramte ifølge Hall og Buckwalter (1987) færre copingstrategier tilgængelige, og den aggressive adfærd kan således betragtes som den bedst mulige copingstrategi for den demensramte person. De cortikale skader, der opstår som konsekvens af demens, kan antages at have en negativ indvirkning på den lange thalamiske vej. Da den lange thalamiske vej involverer hippocampus og cortex, kan det antages, at dette kredsløb vanskeliggøres af, at netop hippocampus og cortikale områder skades som følge af demenssygdomme som Alzheimers og frontotemporal demens. Dette kan besværliggøre en grundig kognitiv analyse og evaluering af, hvorvidt den personlige pleje udgør en reel trussel eller fare, hvilket kan resultere i, at den demensramte lettere bliver stresspåvirket i situationer med personlig pleje. Skader på cortex og limbiske strukturer kan ydermere betyde, at cortex ikke kan berolige amygdala og forhindre eller standse en unødvendig eller uhensigtsmæssig stressrespons i form af aggressiv adfærd. Den aggressive adfærd kan således kategoriseres som en hurtig, grov og primitiv frygtrespons, der iht. LeDoux (2003) igangsættes, når

stimuli går ad den korte thalamiske vej, hvor der i kraft af demenssygdommen ikke sker en hæmning fra præfrontal cortex (jf. afsnit 6.2.1 ”Den korte og lange thalamiske vej”, p. 64f). Når den aggressive adfærd betragtes ud fra dette perspektiv, er der ikke tale om en intentionel, viljestyret handling, hvilket også understreges af Gulmann (2004) (jf. kapitel 1 ”Indledning”, p. 5f). Når amygdala skades ifm. demens, kan det formodes, at dette kan bevirke, at amygdala har sværere ved at vurdere, hvorvidt der skal igangsættes stressrespons ved den personlige pleje, hvilket kan resultere i, at trusler og farer bliver over- eller underestimeret, som det påpeges af Souza-Talarico et al. (2008). Ovenstående kan være med til at forklare demensramtes lave stresstærskel, som Hall og Buckwalter (1987) fremhæver.

Grundet det nedsatte niveau af acetylkolin og skaderne i cortex og limbiske strukturer, der besværliggør den lange thalamiske vej, er det meget vanskeligt for den demensramte person at sænke sit stressniveau selv. Den demensramte kan derved blive fastholdt i et overaktivt sympatisk nervesystem med et højt adrenalin- og cortisolniveau til følge. Da cortisol som nævnt i afsnit 6.2 ”Stress ud fra et neuropsykologisk perspektiv” (p. 63f) har en neurotoksisk virkning på hippocampus, er det særdeles vigtigt, at de demensramte får hjælp til stressreduktion, da hippocampus ellers kan blive skadet yderligere. Hvis der ikke sker en stressreduktion, kan det have en negativ indvirkning på den demensramtes i forvejen nedsatte evne til fastholdelse af opmærksomhed, selvregulering og evne til at skabe mening og relevant sammenhæng. Dette understøttes af Ridder (2007), der ydermere påpeger, at der er brug for stressreducerende omsorgsmetoder til at bryde det dysfunktionelle mønster, hvor den demensramte fastholdes i et højt stressniveau, der kan forstærke demenssymptomer. Når den demensramtes stressniveau er højt, kan det øge risikoen for, at vedkommende stresses yderligere og reagerer med aggressiv adfærd. Der kan derved opstå en ond cirkel, hvor den demensramte kan blive mere og mere stresspåvirket. I stressfyldte situationer med personlig pleje, har den demensramte derfor brug for hjælp til at forhindre eller standse en stressreaktion. I relation hertil vil vi argumentere for, at plejepersonalet gennem musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder må agere lang thalamisk vej i overført betydning. Når de demensramte reagerer med aggressioner ved personlig pleje, må plejepersonalet således agere cortex og hippocampus og berolige amygdala, hvis den demensramte ser ud til at vurdere situationen som stressfuld. Iht. cirkelmodellen (jf. figur 2 ”Cirkelmodel”, p. 58) skal omsorgsmetoderne således bruges til at skabe nogle trygge og behagelige rammer, hvori

den personlige pleje kan udføres på en sådan måde, at den demensramte person ikke vurderer situationen som stressende. Dette stemmer overens med Ridder (2007), der ligeledes understreger vigtigheden i at skabe nogle rammer, der kan hjælpe den demensramte til at undgå en stressreaktion. Ridder (ibid.) fremhæver endvidere, at disse rammer kan skabes vha. regulerende teknikker, der ikke overstimulerer den demensramte, men som derimod støtter hans/hendes selvregulerende evner. Disse regulerende teknikker kan sidestilles med nogle af de omsorgsmetoder, som Ninna anvender. Dette behandles yderligere i afsnit 7.4 ”Musikterapeutiske omsorgsmetoder” (pp. 78-85).

I de situationer, hvor den demensramte i løbet af plejesituationen viser tegn på ubehag eller begynder at reagere med aggressioner, skal omsorgsmetoderne anvendes til at genetablere nogle trygge og behagelige rammer, så den aggressive adfærd derved kan afværges eller mindskes. For at kunne dette er det vigtigt, at personalet er opmærksom på den demensramtes individuelle stressrespons for at kunne vurdere, hvordan situationen skal håndteres for at tilgodese den demensramte person så meget som overhovedet muligt, hvilket understøttes af Gotfredsen (2009). Når Ninna i løsningssituationerne formår at afværge aggressiv adfærd, kan der argumenteres for, at dette skyldes, at hendes anvendelse af musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder har kunnet skabe nogle rammer, hvori personlige pleje ikke længere fremkalder stress hos den demensramte. Når de demensramte på intet tidspunkt i løsningssituationerne reagerer med aggressioner, kan der argumenteres for, at Ninna har kunnet forebygge den aggressive adfærd ved at reducere stressfulde stimuli. Det kan således antages, at Ninna via omsorgsmetoderne har kunnet skabe nogle rammer, som har reguleret og derved reduceret de demensramtes stressniveau ved at sænke sympatisk aktivitet og øge parasympatisk aktivitet. Dette kan forklare Ninnas oplevelse af, at de demensramte i løsningssituationerne oplever ro, balance, tryghed, positive kropslige reaktioner og emotioner og har en øget samarbejdsevne og forståelse af situationen. De demensramtes positive oplevelser kommer endvidere til udtryk gennem deres positive udsagn og tilkendegivelser.

7.2.1 Opsamling på stress og stressreduktion hos demensramte personer

Ninna vurderer, at de demensramte personer bliver stresspåvirkede i de situationer, hvor de reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Omgivelsernes krav i plejesituationen

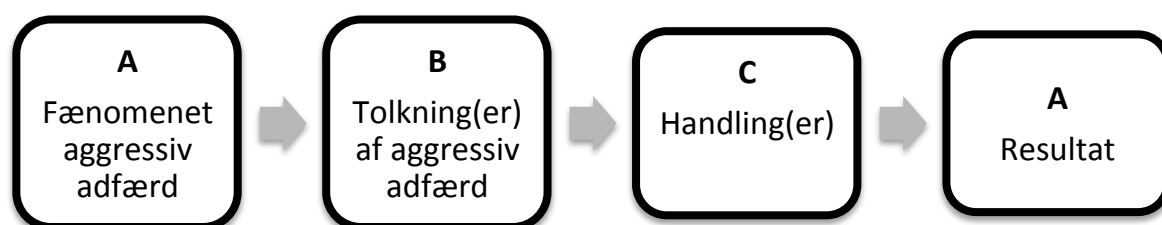
har oversteget de ressourcer, den demensramte person har haft til rådighed, og den personlige pleje kan antages at være blevet vurderet som en trussel. Som følge af den demensramtes kognitive vurderinger har den demensramte person copet med situationen ved at reagere med aggressioner. Ud fra Ninnas observationer ses fysiologiske og emotionelle stressrespons, der sammen med den aggressive adfærd kan indikere, at den personlige pleje har resulteret i akut stress i form af kamp-/flugtreaktioner. Det kan antages, at de neurologiske skader, der følger af demens, har besværliggjort neural kommunikation via den lange thalamiske vej, hvilket kan forklare demensramte personers lave stresstærskel. De neurologiske skader kan ydermere bevirke, at der opstår en ond cirkel, hvor den demensramte fastholdes i et højt stressniveau, hvorfor det er vigtigt, at plejepersonalet hjælper den demensramte person med at sænke sit stressniveau. Dette kan ske ved, at plejepersonalet er opmærksom på de demensramtes stressrespons og med udgangspunkt i cirkelmodellen anvender musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at skabe nogle trygge og behagelige rammer med det mål at kunne varetage den personlige pleje uden, at den demensramte bliver stresspåvirket og reagerer med aggressiv adfærd. Når Ninna oplever, at dette lykkes, fornemmer hun, at de demensramte personer oplever ro, balance, tryghed og positive emotionelle og kropslige tilstande. Ydermere oplever Ninna, at de demensramtes forståelse i plejesituationen og samarbejdsevner øges i løsningssituationerne.

7.3 At forstå den demensramte som led i en personcentreret tilgang til omsorg

Som en del af den proces, hvor Ninna finder ud af, hvordan hun kan bestræbe sig på at ”knække koden” og løse en problemsituation, forsøger hun i tråd med Kierkegaard (jf. p. 1) at forstå det, som den demensramte forstår. For at kunne besvare den del af problemformuleringen, der tilsigter at give indsigt i, hvordan plejepersonalet kan løse problematiske plejesituationer med aggressiv adfærd, vil vi diskutere, hvordan Ninnas forsøg på at fortolke og forstå de demensramte har betydning herfor.

Det fremgår af analysen, at Ninna forsøger at tolke de demensramtes aggressive reaktioner ved at fortælle en historie om, hvad der ligger til grund for den aggressive adfærd. På denne måde forsøger Ninna at sætte sig ind i den demensramte persons livsverden og forstå, hvad han/hun oplever. Eksempelvis tolker Ninna en demensramt

kvindes aggressive adfærd som et udtryk for manglende forståelse for handlingerne og intentionerne forbundet med den personlige pleje. På baggrund af denne tolkning vælger Ninna på en simpel måde at fortælle beboeren, hvad der skal ske. Ninna spørger da kvinden, om hun er klar til den givne handling og afventer et svar. Foruden Ninnas tolkning af, at kvinden ikke forstår handlingerne og intentionerne ifm. plejen, tolker Ninna samtidigt kvindens aggressive reaktioner som et udtryk for, at kvinden er bange. Denne tolkning resulterer i, at Ninna forsøger at afbalancere tempo i bevægelser, tydeliggøre mimik og at udstråle, at hun ønsker at passe på kvinden. Der optræder således forskellige tolkninger simultant, der afstedkommer forskellige handlinger, hvilket stemmer overens med Segal et al. (2013), som fremhæver, at samme situation kan føre til flere tanker og fortolkninger, der kan resultere i forskellige reaktioner (jf. afsnit 6.1.2 ”Kognitioners betydning for emotioner og adfærd”, pp. 61-63). Ninnas handlinger resulterede i en langt mere positiv oplevelse hos den demensramte og hos Ninna selv, hvor den demensramte kvinde ikke længere reagerede med aggressiv adfærd. Havde Ninna tolket den aggressive adfærd som bevidst ondskabsfuldhed, som det ifølge Gulmann (2004, p. 135) kan være tilfældet, havde hun givetvis handlet anderledes og opnået andre resultater. Her tydeliggøres det, at det ikke primært er situationen i sig selv, der determinerer en persons reaktioner, men derimod tanker om og fortolkninger af situationen (jf. afsnit 6.1.2 ”Kognitioners betydning for emotioner og adfærd”, pp. 61-63). Når Ellis’ (1991) ABC-model tages i betragtning, har Ninnas kognitive tolkninger og vurderinger (B) af den aggressive adfærd (A) på denne måde betydning for, hvordan hun handler (C), hvilket i sidste ende har betydning for, hvilket resultat hun opnår (nyt A). Dette illustreres i nedenstående figur 3 ”Tolkningens betydning for handling og resultat” (p. 74), hvor Ellis’ (1991) ABC-model er integreret i ovenstående analysefund.

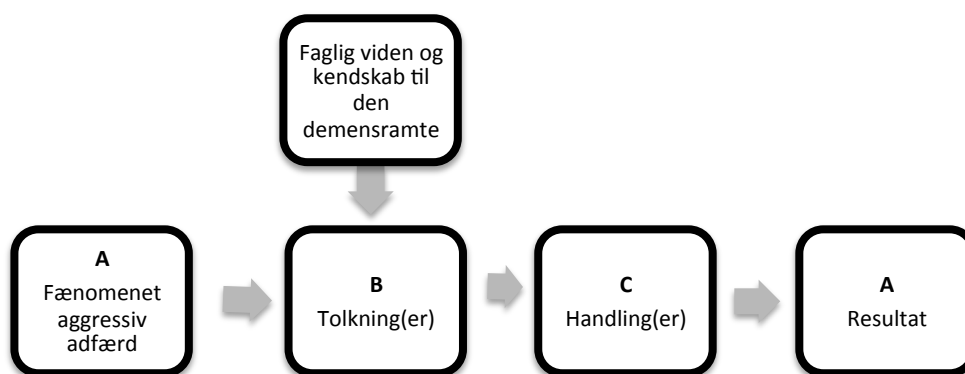


Figur 3 Tolkningens betydning for handling og resultat

Som det fremgår af analysen, reagerer nogle beboere positivt på at få at vide, hvad der skal ske, hvorimod andre reagerer negativt. Dette illustrerer, at samme handling kan lede til forskellige resultater, og at samme fænomen derved kan kræve forskellige tolkninger og handlinger. Dette bliver bl.a. tydeligt i eksemplet, hvor Ninna oplever, at forklaringer om, hvad der skal ske, leder til negative reaktioner hos en demensramt mand. Hvis den aggressive adfærd i dette tilfælde tolkes som et udtryk for manglende forståelse, kan det føre til handlingen at give forklaringer. I dette tilfælde vil resultatet imidlertid være en negativ reaktion fra den demensramte. Iht. Beck (1991) er det derfor nødvendigt at vende tilbage til fænomenet og tillægge det en ny og alternativ fortolkning, der fordrer en anden forholdemåde og handlestrategi, som kan mindske den aggressive adfærd. I tråd med Kierkegaard (jf. p. 1) understreger dette vigtigheden i, at personalet forsøger at forstå, hvad der foregår i den demensramtes livsverden for at kunne handle mest hensigtsmæssigt, og at personalet er forundringsparat, ydmyg og klar til at forkaste tolkninger og hypoteser, hvis der ikke opnås ønskede resultater ved anvendelsen af de givne omsorgsmetoder. Dette understøttes af Gotfredsen (2009), der påpeger, at personalet er nødt til at begynde forfra og revurdere fortolkningen, hvis interventionerne ikke har nogen indvirkning på den aggressive adfærd. Det er også muligt, at fortolkningen er korrekt, men at problemet er for stort til, at interventionerne er tilstrækkelige til at hjælpe den demensramte. Hvis personalets handlinger derimod medfører færre eller ingen aggressive reaktioner ifm. personlig pleje, kan det iht. Gotfredsen (ibid.) tyde på, at personalets tolkning af den demensramte og situationen med aggressiv adfærd har været korrekt. Dog kan det også være tilfældet, at interventionerne har løst en anden problemstilling, og at reduktionen af aggressiv adfærd skal tilskrives andre årsager, end personalet antager. Endvidere fremhæver Gotfredsen (ibid.), at det oftest ikke er muligt at få svar på, om ens tolkning er korrekt, da de demensramte sædvanligvis er så kognitivt svækkede, at en detaljeret beskrivelse af årsagerne bag den aggressive adfærd ikke er mulig. I relation hertil vil vi endnu engang argumentere for vigtigheden i at integrere ydmyghed og forundringsparathed i forsøget på at forstå det, den demensramte forstår, når det ikke er muligt at finde ud af, om man til fulde har forstået den demensramtes livsverden. Disse forsøg på at forstå den demensramte og kommunikationen i den aggressive adfærd kan anses som en forudsætning for at ”knække koden” og finde ud af, hvordan det er muligt at nå ind til og drage bedst mulig omsorg for den enkelte (jf. afsnit 5.5.1.3 ”At ”knække koden” hos den individuelle”, p. 38). Der kan argumenteres for at denne forståelse for den demensramte er vigtig for at

kunne vurdere og tage udgangspunkt i den demensramtes aktuelle tilstand. Forsøget på at forstå den demensramte kan derved anses som en forudsætning for og som en del af at kunne drage omsorg for den demensramte ud fra en personcentreret tilgang. Forsøg på at forstå den demensramte er på denne måde en integreret del af processen i den yderste ring i cirkelmodellen 'personcentreret tilgang' (jf. figur 2 "Cirkelmodel", p. 58).

I kraft af at Ninna understreger, at hendes psykologfaglige viden om demens og musik som terapeutisk redskab danner baggrund for, hvordan hun forsøger at løse problemsituationerne, er Ninnas faglige viden afgørende for, hvordan hun tolker de demensramtes aggressive reaktioner. Ydermere er Ninnas kendskab til den individuelle demensramte person vigtigt for, hvordan hun tolker den aggressive adfærd. Dette fremgår af følgende figur 4 "Grundlag for tolkning" (p. 76).



Figur 4 Grundlag for tolkning

Ved at have kendskab til både den demensramte person og patologien og det kliniske billede af demens, kan Ninna, som hun fremhæver i interviewet, skelne mellem sygdom og menneske, så tolkningen af de aggressive reaktioner ikke resulterer i en forståelse af den demensramte som en aggressiv person. Dette understøttes af Dugmore, Orrell og Spector (2015), der fremhæver, at det at kunne se mennesket bag sygdommen har stor indflydelse på personalets attitude, holdninger og tanker i relation til den demensramte, hvilket har afgørende betydning for, hvordan personalet handler (jf. figur 4 "Grundlag for tolkning", p. 76). Herfra kan der drages en parallel til den centrale grundantagelse i kognitiv terapi, hvor ændring af kognitioner sker på baggrund af ny information og alternative tanker (Beck, 1991). Ny information i form af faglig viden om demens og et øget kendskab til den enkelte demensramte person kan føre til alternative tolkninger, holdninger og tanker om

den demensramte og hans/hendes aggressive reaktioner. Iht. Lazarus (2006) og Lazarus og Folkmann (1984) kan dette ses som en revurdering af situationen på baggrund af ny information og/eller emotionsfokuseret coping, hvor tanker i relation til problemsituationen ændres. Dette kan have en positiv indvirkning på personalets emotioner og adfærd i form af valg og brug af omsorgsmetoder. Denne positivt ændrede adfærd og attitude over for de demensramte er et gunstigt udgangspunkt for at forebygge og afværge aggressiv adfærd. Dette understøttes af Dugmore et al. (2015), der fremhæver, at positive ændringer af plejepersonalets kognitioner i relation til demensramte kan føre til en mere personcentreret pleje og omsorg. Dette er særligt vigtigt, da en personcentreret tilgang iht. cirkelmodellen (jf. figur 2, p. 58) er afgørende for, at personalet kan vælge de mest hensigtsmæssige omsorgsmetoder og anvende disse på bedste vis til at skabe nogle rammer, hvori den personlige pleje kan udføres problemfrit. I tråd med Spector et al. (2013) og Livingston et al. (2014) vil vi derfor argumentere for, at det er givtigt, at plejepersonalet efteruddannes med henblik på at udvide deres faglige viden om demens. Denne viden kan bidrage til en øget forståelse for demensramtes aggressive reaktioner, og kan guide valget af omsorgsmetoder. Den viden, der har været brugbar for Ninna at være i besiddelse af, har bl.a. omfattet en neuropsykologisk forståelse af demens. Denne forståelse indbefatter bl.a. viden om, hvordan demens påvirker hjernen, og hvilken indvirkning dette har på den demensramtes stresstærskel, kognitive og sociale evner og dermed en forståelse for, hvilke skader der skal kompenseres for.

7.3.1 Opsamling på at forstå den demensramte som led i en personcentreret tilgang til omsorg

For at gøre personalet i stand til at løse problematiske plejesituationer med aggressiv adfærd ud fra cirkelmodellen er det vigtigt, at personalet for det første forsøger at forstå det, den demensramte forstår og for det andet skelner mellem sygdom og menneske. Dette kan fordres af, at personalet iklædes en neuropsykologisk faglig viden om demens, som kan danne udgangspunkt for tolkningen af den aggressive adfærd, hvilket har betydning for valg af omsorgsmetoder til at forebygge og afværge denne adfærd. Kendskabet til det enkelte menneske og en viden om demenssygdomme, som en del af personalets fortolkningsgrundlag, skal kunne medvirke til, at personalet vha. cirkelmodellen (jf. figur 2, p. 58) kan drage omsorg for den demensramte person ud fra en personcentreret tilgang

og på denne måde ”knække koden” hos den enkelte. I relation hertil vil vi argumentere for, at denne viden skal gøres tilgængelig gennem uddannelse af personalet.

I analysen blev flere musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder afdækket. I de følgende afsnit vil vi diskutere disse metoder ud fra forskning, der kan relateres hertil, og i lyset af den inddragede og anden relevant teori. Dette med henblik på at undersøge, hvilken grad af evidens der er for brugen af omsorgsmetoderne samt, hvordan plejepersonalet kan anvende disse omsorgsmetoder til at løse situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje.

7.4 Musikterapeutiske omsorgsmetoder

Det musikterapeutiske arbejde med demensramte er undersøgt i flere studier (for reviews se Staedtler & Nunez, 2015; Livingston et al., 2014; McDermott et al., 2013; Ueda et al., 2013). I kraft af at Ninna ikke er musikterapeut, og vi i dette speciale har særlig fokus på hendes brug af musik ifm. personlig pleje, vil vi ikke diskutere denne forskning yderligere. I stedet vil vi inddrage forskning og teori, som er relevant for analysens resultater.

Ninnas brug af musik i arbejdet med demensramte kan anses som en særlig meningsfuld og anvendelig omsorgsmetode i kraft af, at evnen til at udfolde sig musikalsk ofte er bevaret hos mennesker med demens til trods for andre kognitive svækkelser (Baird & Samson, 2015; Ridder, 2014). Ifølge Cuddy, Sikka og Vanstone (2015) skyldes dette, at musik bearbejdes af flere neurale regioner og kredsløb, som ikke eller kun i mindre grad påvirkes af demenssygdomme. Baird og Samson (2015) påpeger, at den eksplicite musiske hukommelse kan være skadet ved demenssygdomme. Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved vanskeligheder ved at genkalde en sang ud fra sangens titel. Musiske aktiviteter som at synge og spille knyttes til den procedurale hukommelse, der derimod ofte er bevaret. Derudover er genkendelsesglæden og evnen til at genkende og skelne mellem forskellige emotionelle udtryk så som glæde, ro, tristhed og frygt i musik ofte intakt hos personer med Alzheimers sygdom (ibid.). Dette kan skyldes, at den mediopræfrontale cortex, der associeres med sammenkoblingen af musik og emotioner samt musik og minder, ofte er bevaret selv sent i et Alzheimers forløb (Särkämö et al., 2012).

Ninnas brug af sang og musiske parametre som tempo og volumen til at skabe kontakt og regulere arousal niveau kan sammenlignes med de musikterapeutiske principper om at fokusere på de tre R'er: *Ramme*, *Regulering* og *Relation* (Ridder, 2014, p. 323f).

For at danne en tryk og genkendelig *ramme* omkring det musikterapeutiske arbejde, vælges genkendelige sange. I stedet for verbal kommunikation videregives informationer og intentioner til den demensramte via sang for at gøre informationen mere overkommelig og mindre krævende for den demensramte person (Ridder, 2014). Dette skyldes bl.a. at mange demensramte har svært ved at forstå den semantiske betydning af ord i sange såvel som sætninger, men derimod forstår prosodien og den affektive betydning. Ved at anvende den samme start- og slutsang forsøges det at skabe simple hukommelsesspor, som indeholder mindet eller følelsen af at indgå i en positiv situation. Start- og slutsangen fungerer også som markører for tid og sted, da de markerer hhv. starten og afslutningen på en musikterapisession (Ridder, 2007; 2014). I tråd med ovenstående anvender Ninna sang til at skabe en ramme om samværet med den demensramte i situationer med personlig pleje, hvor hun bl.a. bruger sang i stedet for verbale instruktioner. I kraft af at Ninna vælger at synge de sange, som har vækket positive emotioner hos den demensramte udenfor plejesituationen, kan der drages en parallel til førnævnte formål om at anvende kendte sange til at skabe og aktivere simple, glædesfyldte hukommelsesspor.

Iht. Ridder (ibid.) bruges musikken derudover til at *regulere* den demensramte persons arousalniveau og affektive tilstand ved at aktivere den demensramte persons parasympatiske nervesystem. Dette gøres ved bevidst at anvende musiske parametre såsom puls, tempo, dynamik, harmonik, melodi og klang. Der kan arbejdes ud fra *entrainment* princippet (Rider, 1997; Schneck & Berger, 2006), hvor der tages udgangspunkt i klientens nuværende emotionelle tilstand og arousalniveau. Via førnævnte musiske parametre spejler musikterapeuten klientens tilstand, hvorefter musikterapeuten kan foretage ændringer i de musiske parametre for at regulere den demensramtes emotionelle tilstand og arousalniveau (Ridder, 2014). Måden, hvorpå *regulering* kommer til udtryk gennem Ninnas brug af musikterapeutiske omsorgsmetoder, ses i hendes bestræbelser på at tilpasse sangens tempo, udtryk og dynamik til den pågældende demensramtes tilstand for derefter at kunne regulere hans/hendes arousalniveau. Der kan derved argumenteres for, at princippet om *entrainment* er integreret i Ninnas brug af musikterapeutiske omsorgsmetoder.

Ridder (ibid.) fremhæver, at musikken i det *relationelle* arbejde bruges som et medie, hvori musikterapeuten og den demensramte kan interagere. Via musikken er det muligt at validere og rumme den demensramtes emotionelle udtryk og at skabe og opretholde positive relationer mellem den demensramte og dennes pårørende, musikterapeuten og/eller plejepersonalet (Ridder, 2007; 2014). At Ninna har formået at skabe og opretholde

positive relationer gennem brug af musikterapeutiske omsorgsmetoder, ses i hendes oplevelser af, at hun gennem sang kan skabe en positiv kontakt til og alliance med de demensramte personer. En kontakt og alliance der bærer præg af tryghed og øget samarbejdsevne. Når Ninna fortæller, at hun har kunnet danne alliance med en demensramt mand ved at synge, tralle og danse inden, hun hjalp ham med personlig pleje, kan der argumenteres for, at hun har brugt musikken som et interaktionsmedie. Et andet eksempel herpå er Ninnas oplevelse af at kunne guide den personlige pleje vha. den musiske interaktion. I disse situationer har Ninna og den demensramte indgået i en samhandling, hvor musikken har været omdrejningspunktet.

Brugen af musik ifm. personlig pleje er undersøgt i flere studier. Thomas, Heitman og Alexander (1997) og Clark, Lipe og Bilbrey (1998) undersøgte effekten af at afspille musik under situationer, hvor personer med moderat til svær demens (hhv. $n = 14$ og $n = 18$) fik hjælp til personlig pleje set ift. til situationer, hvor demensramte fik hjælp til personlig pleje uden inddragelsen af musik. Musikken, der blev afspillet, var udvalgt specifikt til hver enkelt deltager på baggrund af hans/hendes personlige musiske præferencer. I eksperimentalsituationen blev musikken afspillet i baggrunden, imens den personlige pleje blev udført. Vigtigheden i, at der tages udgangspunkt i den demensramtes musiske præferencer, understøttes af Gerdner (2012; 2000), der fandt, at afspilningen af præfereret musik kan mindske forekomsten af agiteret adfærd signifikant ($p < 0,0001$) sammenlignet med afspilningen af rolig, klassisk musik. Både Thomas et al. (1997) og Clark et al. (1998) fandt en signifikant reduktion af fysisk aggressiv adfærd i de plejesituationer, hvor der blev spillet musik ($p < 0,05$). Clark et al. (1998) rapporterede desuden, at plejepersonalet oplevede en bedre emotionel tilstand hos dem selv og hos de demensramte personer samt en øget samarbejdsevne hos de demensramte. Dette øgede plejepersonalets jobtilfredshed og de demensramtes livskvalitet. Thomas et al. (1997) og Clark et al. (1998) fandt dog ikke signifikante bedringer ift. modstand i plejesituationerne og verbal aggressiv adfærd som råb og udsældning. Der argumenteres for, at den manglende signifikans skyldes, at situationer med personlig pleje er så grænseoverskridende for den demensramte, at musik i sig selv ikke er nok til at skabe en tryk situation. Der kan dog argumenteres for, at dette primært gælder brugen af afspillet musik, da det ikke er muligt at tilpasse musikkens parametre til den demensramtes tilstand. Det er dermed ikke muligt til fulde at overholde princippet om de tre R'er, når der anvendes afspillet musik (jf. Ridder, 2014). Dette er i tråd med Sherratt, Thornton og Hatton (2004) og Kverno et al. (2009), der argumenterer

for, at det er mere effektivt at anvende levende musik i arbejdet med demensramte personer fremfor afspillet musik. Dette argument er også fremsat af Brown, Götell og Ekman (2001). De introducerer termen *musikterapeutisk pleje*, hvilket defineres som plejepersonalets aktive brug af levende musik ifm. personlig pleje med eller uden den demensramtes aktive musiske deltagelse. Brown et al. (ibid.) argumenterer for, at musikterapeutisk pleje kan være et vigtigt redskab i omsorgen for demensramte, da det kan øge den demensramtes samarbejdsevne og styrke relationen mellem omsorgsgiver og demensramt. Endvidere fremhæver Brown et al. (ibid.) at plejepersonalet skal tilpasse brugen af musik til den individuelle demensramte person og være opmærksomme på skift i den demensramtes humør og adfærd.

Der er tydelige ligheder mellem elementerne i musikterapeutisk pleje og Ninnas anvendelse af sang ifm. personlig pleje. I sin brug af sang tager Ninna netop udgangspunkt i den individuelle demensramte person og hans/hendes skiftende emotionelle tilstande og tilpasser brugen af sang herefter. I relation hertil kan der argumenteres for, at Ninnas brug af musikterapeutiske omsorgsmetoder kan sidestilles med musikterapeutisk pleje. Vi vil derfor argumentere for, at det er meningsfuldt at holde Ninnas musikterapeutiske omsorgsmetoder op imod forskning i brugen musikterapeutisk pleje for at kunne diskutere evidensgrundlaget for de musikterapeutiske omsorgsmetoder, som Ninna anvender.

Brugen af musikterapeutisk pleje er undersøgt af Götell, Brown og Ekman (2002; 2003; 2009) og Hammar et al., (2011). Götell et al. (2002; 2003; 2009) undersøgte i et kvalitativt studie med videoobservationer brugen af musikterapeutisk pleje i situationer med personlig pleje hos ni personer med demens i svær grad. Undersøgelsen fokuserede på personlig pleje under tre forskellige forhold: 1) uden musik, 2) med afspillet musik og 3) med sang fra plejepersonalet. Både afspillet musik og sang fra plejepersonalet havde en positiv indvirkning på de demensramtes bevægelsesevner, kropsholdninger og opmærksomhed. Sang blev dog fremhævet som værende særlig virksom. I situationer med musik faldt mængden af verbale instrukser selvom samarbejdsevnen steg. I situationer med musik var der endvidere en øget grad af positive emotioner og samhørighed hos både de demensramte og plejepersonalet.

Brugen af musikterapeutisk pleje er sidenhen undersøgt kvantitativt af Hammar et al. (2011). I undersøgelsen deltog 10 personer med demens i svær grad. Data blev indsamlet gennem videoptagelser af fire situationer med personlig pleje uden musik og fire situationer med musikterapeutisk pleje. Optagelserne blev efterfølgende analyseret

kvantitativt ud fra *Resistiveness to Care*-skalaen og *Observed Emotion Rating*-skalaen. *Resistiveness to Care*-skalaen består af 13 items, der omhandler tilstedeværelsen af forskellige former for modstandsadfærd. Der var signifikante forandringer ($p < 0,05$) i tre items (trække sig væk fra omsorgspersonen, tage fat i objekter og krumme sig sammen). Den manglende signifikans i de resterende items kan skyldes den lille samplesize, og det kan derfor være mere relevant at udregne effectsize (Gold, 2004). Udregnes der effectsize for de items, hvor der ikke blev opnået signifikans, viser det sig, at der generelt er ganske store effectsizes⁶ (fx skubbe sig væk $d = -1,791$; slå/spark $d = -2,777$; sige ”nej” $d = -5,287$; skrig $d = -2,662$). Det peger på, at brugen af sang ifm. personlig pleje kan have en stor effekt på den aggressive adfærd. *Observed Emotion Rating*-skalaen består af fem items, der omhandler tilstedeværelsen af både positive og negative emotioner. Glæde og bevidsthedsniveau steg signifikant ($p < 0,05$) i situationer, hvor der blev sunget. Der var et ikke-signifikant fald i de tre items vrede, frygt og tristhed. Der var dog stor effectsize på disse tre items hhv. $d = -6,228$; $d = -6,148$; $d = -2,293$. Det tyder på, at brugen af sang ifm. personlig pleje kan have en stor effekt ift. at øge tilstedeværelsen af positive emotioner og mindske tilstedeværelsen af negative emotioner. Til trods for metodiske udfordringer såsom en lille samplesize og manglende kontrolgruppe, understøtter resultaterne af Hammar et al. (2011) resultaterne af Götell et al. (2002; 2003; 2009).

Der foreligger således evidens, der peger på, at musikterapeutisk pleje kan mindske aggressiv adfærd hos den demensramte personer, øge positive emotioner hos både den demensramte og plejepersonalet og skabe en mere positiv og samhandlende plejesituation. Disse resultater er i overensstemmelse med Ninnas oplevelser og erfaringer. Eftersom Ninnas musikterapeutiske omsorgsmetoder kan sidestilles med metoder inden for musikterapeutisk pleje, vil vi argumentere for, at der med afsæt i ovenstående foreligger et evidensgrundlag for de musikterapeutiske omsorgsmetoder, som Ninna anvender. Der skal dog tages forbehold for de førnævnte metodiske begrænsninger ved studierne. Der er således behov for yderligere forskning, inden der kan konkluderes noget endeligt.

For at tilvejebringe en større forståelse for, hvorfor brugen af musikterapeutiske omsorgsmetoder kan mindske stress og forekomsten af aggressiv adfærd ifm. personlig pleje, vil vi i det følgende afsnit diskutere analysen resultater ift. relevante neuropsykologiske studier.

⁶ Iht. til Cohen (1988) anses en effectsize på $d = 0,20$ som lille, $d = 0,50$ som middel og $d = 0,80$ som stor.

Koelsch et al. (2006) undersøgte hjernens respons på hhv. behagelig og ubehagelig musik. De fandt bl.a. en stor forskel på aktiviteten i amygdala under de to typer stimuli. Der var øget aktivitet i amygdala under lytning til den ubehagelige musik, hvorimod der var en stærk deaktivering af amygdala under lytningen til den behagelige musik. På baggrund af dette argumenterer Koelsch et al. (ibid.) for, at det er muligt at regulere aktiviteten i dette område ved hjælp af musik og dermed regulere den pågældende persons kamp/flugt beredskab og følelse af stress og angst. Dette kan være en forklaring på, hvorfor Ninna kan ændre en problemsituation til en løsningssituation gennem brug af sang. Eftersom musik kan regulere aktiviteten i amygdala direkte, kan det antages, at musik kan gå via den korte thalamiske vej og hæmme en kamp/flugtrespons. Der kan derved argumenteres for, at sang som omsorgsmetode kan virke angstdæmpende og stressreducerende på demensramte personer til trods for de neurale deficits, som følger af demenssygdommen.

I analysen fremhæves det, at musikken kan skabe et roligt og trygt møde mellem Ninna og den demensramte person. Tilstedeværelsen af denne tilstand tyder på, at aktiviteten i HPA-aksen og det sympatiske nervesystem er dæmpet, og aktiviteten i det parasympatiske nervesystem er øget. Hormonet oxytocin er vigtigt ifm. en nedregulering af aktiviteten i HPA-aksen og dermed også aktiviteten i det sympatiske nervesystem (Rosenberg et al, 2009). Ifølge et RCT-studie af Nilsson (2009), kan rolig musik øge udskillelsen af oxytocin. Ud fra dette kan det antages, at det musiske møde mellem Ninna og den demensramte har resulteret i en øget udskillelse af oxytocin, og at Ninna vha. musik har kunnet sænke sympatisk aktivitet hos den demensramte. Endvidere fremhæver Hart (2006) og Bernatsky et al. (2011), at oxytocin mindsker aggressiv adfærd og fremmer social- og tilknytningsadfærd. Dette er i overensstemmelse med Koelsch (2014), der argumenterer for, at musik, der opleves som behageligt eller glædesfyldt, kan fremme social adfærd. Dette kan være med til at forklare, hvorfor Ninna vha. musik kan skabe en god alliance og en tryk relation til den demensramte person og mindske aggressiv adfærd ifm. personlig pleje.

I analysen ses det, at brugen af musikterapeutiske omsorgsmetoder kan øge glæden og samarbejdsevnen hos de demensramte. Dette kan skyldes, at musik kan aktivere hjernens belønningskredsløb, hvilket fører til en øget udskillelse af dopamin og endogene opioider. Hvor opioider bl.a. er forbundet med følelsen af glæde, er dopamin bl.a. særlig vigtig for nysgerrighed og motivation (Koelsch, 2014; Hart, 2006). Den øgede samarbejdsevne som

følge af musikterapeutiske omsorgsmetoder kan desuden tilskrives, at Ninna gennem musikken har formået at skabe et afbalanceret arousalniveau og en positiv emotionel tilstand hos de demensramte. Dette kan ifølge Thompson, Schellenberg og Husain (2001) føre til et øget kognitivt funktionsniveau. Dette påpeges ydermere af Castro et al. (2015), der undersøgte effekten af musik som middel til at øge hjerneaktiviteten hos personer med nedsat grad af bevidsthed. Via EEG-målinger undersøgte Castro et al. (ibid.) effekten af et minuts lytning til præfereret musik på evnen til at skelne mellem eget og andres navne (eksperimentalgruppen) set ift. et minuts meningsløs lyd (kontrolgruppen) hos personer med nedsat grad af bevidsthed. Castro et al. (ibid.) fandt, at eksperimentalgruppen i signifikant højere grad reagerede på lyden af sit eget navn end kontrolgruppen ($p > 0,01$). På baggrund af dette argumenteres der for, at lytning til præfereret musik kan øge kognitive funktioner hos såvel raske personer som personer med neurale skader. Dette stemmer overens med resultaterne fra et RCT-studie foretaget af Särkämö et al. (2014), der viser, at ugentlig sang eller musiklytning kan øge scoren på en *Mini Mental Status Examination* test, øge opmærksomheden og bedre eksekutive funktioner. Iht. Hall og Buckwalter (1987) teori om PLST kan det formodes, at det øgede kognitive funktionsniveau, der følger af et velafbalanceret arousalniveau og positive emotionelle tilstande, kan øge de demensramtes stresstræskel. Når Ninna oplever at kunne mindske aggressiv adfærd ved personlig pleje vha. musikterapeutiske omsorgsmetoder, kan der argumenteres for, at hun formår at øge de demensramtes stresstræskel ved at regulere arousalniveau, skabe positive emotionelle tilstande og øge det kognitive funktionsniveau.

7.4.1 Opsamling på musikterapeutiske omsorgsmetoder

Ud fra den inddragede forskning vil vi argumentere for, at der er foreløbig evidens for, at musikterapeutiske omsorgsmetoder kan anvendes til at løse problemfyldte plejesituationer ved at forebygge og mindske aggressiv adfærd, hvilket stemmer overens med Ninnas oplevelser og erfaringer. Vi vil dog efterspørge flere studier, før der kan konkluderes noget endeligt. Ud fra et neuropsykologisk perspektiv er der imidlertid grundlag for at anbefale brugen af musikterapeutiske omsorgsmetoder i situationer med personlig pleje. Særligt brugen af sang ud fra princippet om de tre R'er, som tager udgangspunkt i den enkelte demensramtes præference og tilstand, synes anbefalelsesværdig som metode til at mindske aggressiv adfærd ved personlig pleje.

7.5 Verbale og nonverbale omsorgsmetoder

Det fremgår af analysen, at Ninna anvender forskellige verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at forebygge og cope med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Eftersom kropssprog og mimik iht. Hill (2010) er en integreret del af verbal kommunikation, vil vi i nedenstående diskussion af verbale omsorgsmetoder inddrage nogle af de nonverbale omsorgsmetoder. De resterende nonverbale omsorgsmetoder, der omhandler pauser i plejesituationen vil blive behandlet inden diskussionen af de kommunikative omsorgsmetoder.

At Ninna oplever det givtigt at holde pauser, når hun observerer, at den demensramte begynder at blive stresspåvirket af plejesituationen, kan hænge sammen med, at hun ud fra Hall & Buckwalter (1987) kan kompensere for den demensramtes lave stresstærskel og nedsatte energiniveau vha. jævnlige pauser. Iht. Lazarus' (2006) og Lazarus' og Folkmanns (1984) stressteori kan det antages, at Ninna kan fjerne nogle af de stressfulde stimuli ved at holde pauser eller ved at afbryde den personlige pleje og forsøge igen senere. Når Ninna udfylder pauserne med eksempelvis sang, forsøger hun således at inddrage nogle musikterapeutiske omsorgsmetoder, der som tidligere nævnt kan medvirke til at sænke den demensramtes stressniveau og genetablere nogle trygge, behagelige rammer, som den demensramte kan være i uden at blive stresspåvirket.

Da der ikke forekommer studier, der primært undersøger brugen af verbale omsorgsmetoder til demensramte, der reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, vil vi i nedenstående inddrage forskning, der undersøger effekten af verbale metoder til at mindske agiteret adfærd. Agiteret adfærd hører under BPSD og inkluderer bl.a. fysisk og verbal aggressiv adfærd (Cohen-Mansfield, 1989; IPA, 2012; National Resource Center for Academic Detailing, 2013).

På trods af manglende signifikante resultater, fremhæver to systematiske reviews foretaget af Staedtler og Nunez (2015) og Livingston et al. (2014), at kommunikative virkemidler kan være en effektiv måde, hvorpå plejepersonalet kan mindske graden af agiteret adfærd. I disse reviews er der dog ikke et specifikt fokus på effekten af de kommunikative virkemidler i situationer med personlig pleje. Ligeledes specificeres det ikke, hvad *kommunikative virkemidler* indebærer. På baggrund af disse reviews kan der derfor ikke konkluderes noget endeligt ift. evidensgrundlaget for de verbale omsorgsmetoder, som Ninna anvender.

I et review af Vasse et al. (2010) fremhæves kun ét enkelt studie (McCallion et al. 1999), der finder et signifikant fald ($p = 0,001$) af verbal aggressiv adfærd målt på *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI) som følge af, at plejepersonalet oplæres i kommunikative virkemidler. Heller ikke i dette studie fremgår det, hvad disse kommunikative strategier indebærer eller hvilke situationer, strategierne anvendes i. Det er derved heller ikke optimalt at anvende dette studie til at diskutere evidensgrundlaget for Ninnas verbale omsorgsmetoder på trods af, at det tyder på, at verbale omsorgsmetoder kan mindske verbal aggressiv adfærd hos demensramte.

På baggrund af et RCT-studie med 31 demensramte konkluderer Teri et al. (2005), at et træningsprogram, der bl.a. har til hensigt at oplære plejepersonalet i brugen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder i arbejdet med demensramte, signifikant kan mindske forekomsten af agiteret adfærd ($p < 0,001$), angst ($p = 0,002$) og depression ($p < 0,001$) hos hjemmeboende demensramte. Træningsprogrammet indebar ydermere undervisning i demens ud fra et neuropsykologisk perspektiv og undervisning i Ellis' (1991) ABC-model for at øge forståelsen for de demensramte adfærd. Selvom dette studie ikke udelukkende fokuserer på anvendelsen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at mindske forekomsten af aggressiv adfærd ved personlig pleje, kan der på baggrund af de signifikante resultater angående agiteret adfærd og angst argumenteres for, at resultaterne understøtter effekten af Ninnas anvendte verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Dette skal dog gøres med varsomhed, eftersom Teri et al. (2005) ikke redegør for, hvad der menes med verbal og nonverbal kommunikation.

Der kan imidlertid drages mere tydelige paralleller mellem Ninnas verbale omsorgsmetoder og en del af en intervention, som blev undersøgt i et RCT-studie af Deudon et al (2009). Dette studie undersøgte effekten af et personaletræningsprogram til at mindske agiteret adfærd målt vha. CMAI. Som en del af træningen modtog personalet konkrete forslag til omsorgsmetoder i forskellige situationer, heriblandt situationer med personlig pleje. Der deltog 306 demensramte personer i studiet, som indgik i en interventions- ($n = 132$) eller kontrolgruppe ($n = 174$). Interventionen indebar, at plejepersonalet blev undervist i BPSD og modtog forslag til omsorgsmetoder i forskellige situationer, der bl.a. omhandlede hjælp til at komme op om morgenen, at spise, til personlig pleje og til at komme i seng. Som en del af interventionen ifm. personlig pleje blev plejepersonalet bedt om at være opmærksom på at have en mild attitude og stemmeføring, løbende sikre at den demensramte har forstået, hvad der skal ske og er klar

til dette. Ydermere skulle personalet klargøre den demensramte til den personlige pleje ved i god tid forinden at fortælle vedkommende, at han/hun eksempelvis skal i bad eller at udsætte badet, hvis den demensramte ikke kunne samarbejde. Disse omsorgsmetoder er kongruente med nogle af de verbale og nonverbale omsorgsmetoder, som Ninna anvender. Deudon et al. (2009) fandt et signifikant fald i forekomsten af fysisk ikke-aggressiv adfærd og verbal ikke-aggressiv adfærd i interventionsgruppen efter otte ugers intervention ($p < 0,001$ og $p < 0,001$). Dette resultat var stabilt ved en followup måling 20 uger senere ($p < 0,001$ og $p < 0,001$). Der var ikke signifikante forskelle på forekomsten af fysisk og verbal aggressiv adfærd før og efter interventionen. Iht. dette studie tyder det derved ikke på, at verbale omsorgsmetoder kan mindske aggressiv adfærd. I relation hertil skal det dog nævnes, at der i dette studie ikke skelnes mellem, hvilken effekt interventionen havde i de givne situationer. Eftersom effekten af de konkrete omsorgsmetoder, der blev anvendt ved personlig pleje, ikke oplyses, er det svært at konkludere, hvilken virkning eller mangel på samme, omsorgsmetoderne havde på forekomsten af aggressiv adfærd ved personlig pleje.

I et RCT-studie finder Hoefler et al. (2006) en signifikant forbedring ($p < 0,01$) af personalets evne til blid omsorg for demensramte, når der anvendes en personcenteret tilgang til personlig pleje, hvor der er særlig fokus på anvendelsen af effektive kommunikative virkemidler. Denne blide omsorg omfatter rolig prosodi, blid berøring og et roligt, afbalanceret tempo. Foruden den blide omsorg blev personalet undervist i støttende, verbale omsorgsmetoder som at rose beboeren, udvise interesse for beboerens tilstand og at klargøre beboeren til de handlinger, der skal udføres ifm. personlig pleje, ved kort forinden at italesætte disse handlinger. Disse blide og støttende verbale omsorgsmetoder kan sidestilles med de verbale omsorgsmetoder, som Ninna anvender, når hun tilpasser prosodi og tempo, validerer den demensramte, spørger ind til hans/hendes oplevelse, fortæller den demensramte, hvad der skal ske i plejesituationen og afventer den demensramtes reaktion og svar. Derudover indgik undervisning i demens og BPSD i træningsprogrammet. Efter træningsprogrammet blev personalet bedre til at anvende støttende, verbale omsorgsmetoder. Dog var resultatet ikke signifikant ($p = 0,064$). Forekomsten af aggressive reaktioner hos de demensramte faldt efter personalet havde modtaget undervisning, men heller ikke her var resultatet signifikant ($p = 0,14$) (ibid.). Uden at kunne påvise en kausalitet mellem manglende signifikans ift. personalets tilegnelse af verbale omsorgsmetoder og manglende signifikante resultater ift. reduktion af aggressiv adfærd, er det imidlertid interessant, at der ses et sammentræf mellem

resultaterne, hvorved en kausalitet mellem disse to variable ikke kan udelukkes. Det kan antages, at resultatet havde været anderledes, hvis personalet i signifikant grad havde formået at tilegne sig og anvende verbale omsorgsmetoder ved den personlige pleje.

Sidestilles de ovenstående studier, ses flere ligheder mellem de undersøgte interventioner. Alle tre studier undersøger effekten af, at plejepersonalet trænes i at anvende verbale og nonverbale omsorgsmetoder og undervises i demens. Det er dog kun Hoeffter et al. (2006), der specifikt fokuserer på situationer med personlig pleje. Resultaterne af disse tre studier peger ikke entydigt på, at verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan mindske graden af aggressiv adfærd ved personlig pleje. Der kan argumenteres for, at den manualbaserede intervention, som ligger til grund for studierne, ikke har været fleksibel nok til at favne de unikke behov, som optræder hos de demensramte personer. Dette kan have medvirket til manglende signifikante resultater. Det kan antages, at brugen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan være givtig hos nogle personer med demens, men hvor der hos andre er brug for andre omsorgsmetoder, hvilket er i tråd med Ninnas oplevelser. Denne antagelse understøttes af Gotfredsen (2009), der fremhæver, at selv få mængder verbal information i nogle tilfælde kan føre til aggressiv adfærd hos personer med demens, hvorfor unødigt information bør begrænses. I disse tilfælde kan der argumenteres for, at der er brug for andre omsorgsmetoder. Dette stemmer overens med nogle af Ninnas erfaringer, hvor hun fandt det mere givtigt at anvende sang som guide til den personlige pleje frem for verbale instrukser. I andre tilfælde er det ifølge Gotfredsen (2009) vigtigt, at stille den demensramte korte og konkrete ja-nej-spørgsmål for at sikre sig, at den demensramte forstår, hvad der sker og skal ske. Dette med henblik på at mindske aggressiv adfærd. Et eksempel på dette ses i Ninnas oplevelse af vigtigheden i at fortælle en demensramt kvinde, hvad der skulle ske. Kort at fortælle, hvad der skal ske, kan endvidere ifølge Myskja (2014) skabe aktivitet i motorisk cortex, hvilket kan føre til en øget bevægelsesevne hos den demensramte.

Ovenstående understøtter Ninnas vurdering af, at den verbale kommunikation skal tilpasses den enkelte demensramte person ved bl.a. at tilpasse ordvalg og sætningslængde og på denne måde finde en balance i kommunikationen, så han/hun ikke over- eller understimuleres. Ydermere understøtter det, at det i nogle tilfælde er mere hensigtsmæssigt at anvende andre omsorgsmetoder end verbale for at forebygge og reducere aggressiv adfærd ved personlig pleje.

Af analysen fremgår det, at Ninna er opmærksom på at validere den demensramtes oplevelse i situationer, der er ubehagelige. For at gøre dette udviser hun interesse for den demensramtes oplevelse og spørger ind hertil, gentager empatisk den demensramtes udsagn og udtrykker, at hun passer på den demensramte. Disse metoder fremhæves i Feils (2002) *valideringsterapi*. Valideringsterapi tager udgangspunkt i en empatisk tilgang til den demensramte, hvor plejepersonalet gennem førnævnte metoder empatisk møder og anerkender den demensramte persons livsverden. Dette indebærer, at personalet accepterer den demensramte persons oplevede virkelighed og anerkender den subjektive sandhedsværdi. Formålet med valideringsterapi er bl.a. at mindske agiteret adfærd og angst hos den demensramte. Feil (ibid.) giver flere anekdotiske eksempler på, hvordan metoderne fra valideringsterapi har hjulpet bange og forvirrede personer med demens, hvilket er i overensstemmelse med Ninnas oplevelser. To systematiske reviews (Testad et al., 2014; Spector et al, 2013) fremhæver imidlertid, at evidensgrundlaget for brugen af valideringsterapi til at mindske BPSD ikke er solidt. Testad et al. (2014) fremhæver ét enkelt studie, hvor graden af agitation og irritabilitet faldt signifikant som følge af valideringsterapi. På trods af at der ikke på baggrund af ovenstående studier forekommer et solidt evidensgrundlag for anvendelsen af valideringsterapi, fremhæver Kitwood (2010), at der er al mulig grund til at validere demensramtes subjektive virkelighedsopfattelser, da validering kan få det andet menneske til at føle sig mere levende og virkeligt.

Af analysen fremgår det, at Ninna er opmærksom på prosodi som et redskab til at tydeliggøre hendes positive intentioner. Vigtigheden i dette fremgår af Hill (2010), der påpeger, at det gennem prosodi og toneleje er muligt at kommunikere emotionelle intentioner og empati. Hart (2006) fremhæver, at en venlig og beroligende prosodi kan føre til en øget udskillelse af oxytocin, hvilket medfører øget parasympatisk aktivitet og mindsket sympatisk aktivitet. Ydermere påpeger Ridder (2007), at demensramte personer kan have svært ved at forstå semantikken i sætninger, men derimod forstår de prosodiske elementer, hvilket bidrager til en øget forståelse for, hvorfor prosodi kan være en vigtig omsorgsmetode til at videreformidle gode intentioner og skabe ro og tryghed hos den demensramte.

Ifølge analysen er Ninna opmærksom på at have tydeligt kropssprog og mimik ved at være smilende for at signalere, at hun vil de demensramte det bedste. Vigtigheden i at være opmærksom på disse nonverbale signaler fremhæves af Hill (2010) og Cozolino (2012). De påpeger, at nonverbale signaler kan påvirke kommunikation kraftigt såvel negativt som

positivt. Ifølge Cozolino (2012) skyldes dette, at ansigtsudtryk, kropssprog og bevægelser fra en person kan skabe aktivitet i *spejlneuronerne* hos en anden person. Spejlneuronerne er observeret i motorisk cortex. Når en person observerer en anden person bevæge sig, aktiveres disse neuroner på samme vis, som havde observatøren selv udført bevægelsen. Spejlneuronerne er endvidere essentielle for, at observatøren kan forstå formålet med den observerede handling (Michael et al., 2014). Dette kan forklare, hvorfor Ninna oplever en positiv virkning, når hun guider den demensramte nonverbalt. Også Ottesen & Ridder (2012) peger på nonverbal guidning som et effektivt redskab i omsorgen for demensramte personer og forklarer ligeledes dette med, at den demensramte grundet spejlneuroner kan spejle personalets bevægelser. Flere argumenterer for, at der findes spejlneuroner, som er associeret med empati og emotionelle tilstande (Bauer, 2013; Cozolino, 2012; Hart, 2006). Hvorvidt dette gør sig gældende, er dog ikke påvist. En anden teori tilskriver virkningen, at observationen af en smilende person aktiverer observatørens spejlneuroner, som er knyttet til smilefunktionen. Det observerede smil aktiverer positive emotioner hos observatøren på samme måde som, hvis han/hun selv smilede (Yamaguchi, Maki & Yamagami, 2010).

Et andet rationale for at være opmærksom på at udvise venlighed og empati gennem kropssprog og mimik er, at ansigtsudtryk, som udstråler varme og tryghed, øger udskillelsen af oxytocin, der som nævnt virker antistressende og fremmer tilknytningsdannelse (Hart, 2006). Disse teorier understøtter vigtigheden i at være opmærksom på sine nonverbale signaler, og hvorfor en venlig mimik kan påvirke den demensramte person positivt.

Der foreligger ikke effektstudier, der fokuserer på betydningen af nonverbal kommunikation ift. aggressiv adfærd ved personlig pleje. I et RCT-studie af Magai, Cohen og Gomberg (2002) undersøges det, hvorvidt træning i nonverbal kommunikation kan mindske forekomsten af agiteret adfærd set ift. placebo behandling og en kontrolgruppe. I studiet indgik 91 personer med demens og 20 personer fra personalegruppen. Personalet i interventionsgruppen blev trænet i at have en øget opmærksomhed på deres nonverbale signaler såsom mimik og kropssprog. Efter interventionen påviste Magai et al. (ibid.) et mindre ikke-signifikant fald i graden af agiteret adfærd hos de demensramte. Dette resultat er overraskende, da Magai et al. (ibid.) fremhæver, at det er vigtigt at være opmærksom på disse nonverbale signaler, da personer med demens kan være særlig modtagelige over for såvel positive som negative nonverbale signaler i kraft af de cortikale svækkelser, der følger af demenssygdomme. At der ikke forekommer signifikante resultater er ikke ensbetydende med, at nonverbal kommunikation ikke er betydningsfuld. Det kan antages,

at de manglende signifikante resultater skyldes, at opmærksomhed på nonverbale signaler i sig selv ikke er nok til at reducere agiteret adfærd signifikant. Igen skal det fremhæves, at Magai et al. (2002) ikke undersøger anvendelsen af nonverbale omsorgsmetoder til konkret at forebygge og afværge aggressiv adfærd i situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Dette har betydning for overførbareheden af resultaterne. Vi vil derfor argumentere for, at der kræves yderligere forskning, der specifikt fokuserer på denne problemstilling, før der kan konkluderes noget endeligt ift. anvendeligheden af nonverbale omsorgsmetoder til at forebygge og afværge aggressiv adfærd i situationer med personlig pleje.

Ud fra det teoretiske ræsonnement, der blev præsenteret først i dette afsnit, og Ninnas erfaringer vil vi argumentere for, at nonverbale omsorgsmetoder så som tydeligt empatisk kropssprog, mimik og nonverbal guidning er vigtige at integrere i omsorgen for demensramte, der reagerer med aggressioner ved personlig pleje.

7.5.1 Opsamling på verbale og nonverbale omsorgsmetoder

Evidensgrundlaget for at anbefale anvendelsen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at mindske aggressiv adfærd ved personlig pleje er uklart. Kun få studier fokuserer specifikt på denne situation, og disse studier tilvejebringer kun sparsom evidens. På baggrund af disse resultater er der ikke meget belæg for anvendelsen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at løse problemsituationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Imidlertid kan der ud fra Ninnas oplevelser og erfaringer, den inddragede litteratur og neuropsykologiske fund argumenteres for, at verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan være anvendelige til at forebygge og afværge aggressiv adfærd ved personlig pleje. Både faglitteraturen og specialets analyse peger på, at en optimal anvendelse af verbale og nonverbale omsorgsmetoder afhænger af, at omsorgsmetoderne anvendes integreret og tilpasses den unikke demensramte person. Flere af de inkluderede studier fokuserede imidlertid primært på en separat anvendelse af de forskellige verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Det kan derfor ikke udelukkes, at den ringe effekt, som blev påvist i studierne, kan skyldes, at omsorgsmetoderne ikke blev anvendt integreret. En anden forklaring på den manglende effekt kan være, at det ikke er tilstrækkeligt kun at kunne anvende verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Derimod kan det antages, at der skal være flere redskaber til rådighed så som musikterapeutiske omsorgsmetoder for, at plejepersonalet kan favne bredere og nå ind til og hjælpe den

enkelte demensramte person, der hvor han/hun er i det pågældende øjeblik. I tråd hermed konkluderer Kuske et al. (2009), at arbejdet i demensomsorgen er komplekst og derved kræver komplekse interventioner. Det kan derfor antages at være fordelagtigt, at plejepersonalet undervises, oplæres og superviseres i anvendelsen af musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder, hvilket ydermere anbefales af Ottesen (2014) og Livingston et al. (2014). På baggrund af dette kapitel finder vi det ydermere givtigt, at plejepersonalet introduceres til cirkelmodellen (jf. figur 2, p. 58) og lærer at anvende denne som retningsgiver for at kunne løse situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje.

8 Konklusion

Med udgangspunkt i Ninnas kliniske erfaring med arbejdet med demensramte personer, der reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, har vi i dette speciale arbejdet med at besvare problemformuleringen: *Hvordan oplever plejepersonale og demensramte situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, og hvordan kan sådanne problematiske plejesituationer løses af plejepersonalet vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder?*

Ud fra et kvalitativt, flexible design har vi indsamlet empiri gennem autoetnografi og et semistruktureret interview, hvilket vi har analyseret fænomenologisk iht. IPA. Ud fra analysens resultater har vi inddraget og redegjort for relevant forskning og stressteori. Derefter har vi diskuteret analysens resultater i lyset af disse teorier og forskningsfund med henblik på at besvare problemformuleringens to spørgsmål.

Første del af problemformuleringen lyder: *Hvordan oplever plejepersonale og demensramte situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje?*

I problemsituationer, hvor demensramte personer reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, oplever Ninna at blive stresspåvirket. Ud fra Lazarus' (2006) og Lazarus' og Folkmanns (1984) stressteori har kravene i problemsituationerne oversteget de ressourcer, som Ninna har haft til rådighed, hvilket har resulteret i, at hun har vurderet situationerne til at være truende og/eller skadende. Ninnas stresstilstand kommer til udtryk gennem negative tanker og ubehagelige emotioner og kropslige fornemmelser. Ninnas handlinger og copingstrategier præges også af hendes stressoplevelse i plejesituationen. I selve plejesituationen oplever Ninna en negativ indvirkning på hendes handlinger, da hun eksempelvis skynder sig at afslutte den personlige pleje og kan komme til at løfte uhensigtsmæssigt. Når situationen er kommet lidt på afstand, igangsættes nogle andre copingforsøg i form af kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser på at tilegne sig nogle omsorgsmetoder til at forebygge eller afværge lignende fremtidige situationer. Ninnas negative tilstand, der opstår i den ubehagelige plejesituation, kan fortsætte et stykke tid herefter.

Ninna vurderer, at også de demensramte personer bliver stresspåvirket i problemsituationerne, da hun observerer fysiologiske og emotionelle stressresponsers, der kan indikere kamp-/flugtresponser. Iht. Lazarus og Folkmann (1984) kan det antages, at de

demensramte personer vurderer den personlige pleje som en trussel. Dette kan skyldes, at de neurologiske skader, der følger med demenssygdomme, iht. Hall og Buckwalter (1987) har sænket personernes stresstærskel. Den aggressive adfærd, der optræder i problemsituationerne kan ud fra Lazarus (2006) ses som et copingforsøg på at håndtere den stressfulde situation.

Forud for at besvare, hvordan plejepersonalet vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan løse problemsituationerne, vil vi belyse, hvordan plejesituationerne opleves af Ninna og de demensramte, når de løses.

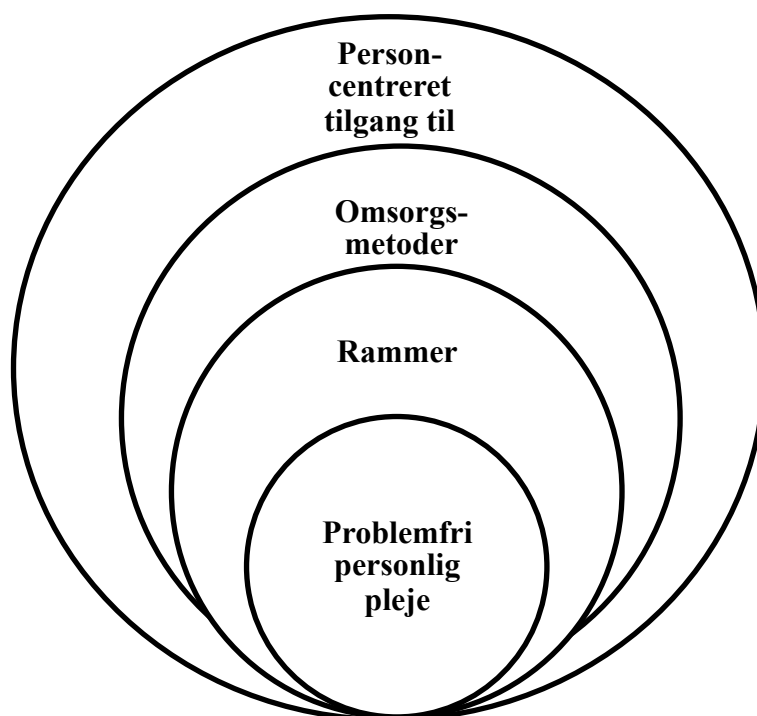
I løsningsituationerne oplever Ninna en væsentlig stressreduktion som følge af at have tilegnet sig flere ressourcer i form af musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Ninna oplever derved ikke stress i løsningsituationerne, men oplever at have en øget kontrol- og mestringsfølelse. Ud fra Lazarus (2006) og Lazarus og Folkmann (1984) kan det tyde på, at Ninna har vurderet plejesituationerne som udfordrende eller gunstige. Ninnas tanker, emotioner og kropslige fornemmelser er præget af positivitet, glæde og øget energi og ro. Ninna vurderer, at de demensramte i løsningsituationerne ikke længere opfatter den personlige pleje som en trussel, hvorfor der heller ikke for de demensramte personer er tale om en stressende situation. Ud fra Ninnas vurderinger oplever de demensramte personer ro, balance, tryghed og positive kropslige såvel som emotionelle tilstande i løsningsituationerne. Ydermere oplever Ninna, at de demensramte personer har en øget samarbejdsevne i løsningsituationerne.

Efter at have givet indsigt i, hvad det vil sige for Ninna og de demensramte personer at problemsituationerne løses, vil vi besvare andel del af problemformuleringen: *Hvordan kan sådanne problematiske plejesituationer løses af plejepersonalet vha. musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder?*

For at plejepersonalet kan løse problemsituationer, skal de iht. dette speciales resultater ”knække koden” og finde ud af, hvad der virker til den enkelte unikke demensramte person. Som et led i dette finder vi det nødvendigt, at plejepersonalet er i besiddelse af viden om det enkelte menneske samt en faglig viden om demenssygdommen. Dette for at kunne skelne menneske og sygdomssymptomer fra hinanden og for at finde ud af hvilke neurologiske skader, der skal kompenseres for.

Der er til dags dato ikke udført mange studier, hvorfra der kan drages direkte paralleller til omsorgsmetoderne, som Ninna anvender til at løse situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. Størstedelen af de inkluderede studier,

har metodiske mangler, små samplesizes eller finder ingen signifikante resultater. Resultaterne af de studier, som omhandler brugen af musik ifm. med personlig pleje, peger imidlertid på, at brugen af sang i situationer med personlig pleje kan mindske aggressiv adfærd. Kun få studier undersøger brugen af verbale og nonverbale interventioner til at mindske aggressiv adfærd ved personlig pleje. Disse studier tilvejebringer kun sparsom evidens. Det kan antages, at resultaterne er påvirket negativt af, at studierne primært har undersøgt en separat anvendelsen af verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Ninnas erfaringer tyder på, at integrationen af flere forskellige omsorgsmetoder er vigtig for at kunne tilpasse omsorgen til den enkelte demensramte person. På trods af at evidensgrundlaget for Ninnas musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder ikke er tydeligt, peger analysens resultater samt neuropsykologiske forskningsresultater og teorier på, at disse omsorgsmetoder kan være anvendelige til at forebygge og afværge aggressiv adfærd. Dog er der behov for yderligere forskning, før der kan konkluderes noget endeligt angående den generaliserbare effekt af omsorgsmetoderne. Uanset evidensgrundlaget for omsorgsmetoderne finder Ninna disse metoder anvendelige til at løse situationer, hvor demensramte personer reagerer med aggressiv adfærd. Måden, hvorpå Ninna løser disse situationer, sker ud fra cirkelmodellen.



For at opnå en problemfri personlig pleje er det iht. cirkelmodellen nødvendigt at skabe nogle trygge og behagelige rammer, hvor den demensramte person ikke oplever den personlige pleje som stressende. For at skabe disse rammer anvendes musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder. Disse omsorgsmetoder vælges, integreres og anvendes ud fra en personcentreret tilgang, hvor der tages højde for den pågældende demensramte person og hans/hendes præferencer og emotionelle tilstand og arousalniveau. Denne personcentrerede tilgang til omsorg og anvendelsen af de musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder beror på en psykologfaglig og musikterapeutisk viden om demens samt en viden om det unikke demensramte menneske, der skal drages omsorg for.

For at det er muligt at anvende musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at løse situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, vil vi argumentere for nødvendigheden i, at personalet undervises i demens, cirkelmodellen og de forskellige omsorgsmetoder og oplæres og superviseres i brugen heraf.

9 Perspektivering

På baggrund af specialet vil vi anbefale, at der forskes yderligere i anvendeligheden af musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder til at løse situationer, hvor demensramte personer reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje. I relation til sådan forskning finder vi det givtigt, at disse omsorgsmetoder anvendes integreret og fleksibelt for at kunne favne den enkelte demensramte person og møde ham/hende, der hvor han/hun er. Ydermere vil det være interessant at undersøge, hvordan en integration af princippet i cirkelmodellen, kan anvendes som led i at give plejepersonalet nogle ressourcer til at løse problematiske plejesituationer.

For at plejepersonalet er bedst mulig i stand til at løse situationer, hvor demensramte reagerer med aggressiv adfærd ved personlig pleje, vil vi argumentere for vigtigheden i, at personalets stressniveau reduceres i de tilfælde, hvor den aggressive adfærd har resulteret i et meget højt stressniveau eller udbrændthed hos personalet. Iht. det dysfunktionelle mønster ved aggressiv adfærd (jf. figur 1 ”Dysfunktionelt mønster ved aggressiv adfærd”, p. 5) kan denne stress og udbrændthed hos plejepersonalet påvirke personalets holdninger og adfærd over for de demensramte personer, der reagerer med aggressioner. Ydermere kan stress som nævnt i afsnit 6.2 ”Stress ud fra et neuropsykologisk perspektiv” (pp. 63-65) have en negativ påvirkning på hukommelse, opmærksomhed og selvregulering. For at det er muligt for stressramt eller udbrændt plejepersonale at lære, hvordan musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder kan anvendes ud fra cirkelmodellen, vil vi derved argumentere for, at der først må igangsættes interventioner, der er rettet mod at reducere udbrændthed og/eller forhøjet stressniveau hos personalet. Vi vil derved anbefale, at der ved integration af cirkelmodellen og de musikterapeutiske, verbale og nonverbale omsorgsmetoder i praksis er opmærksomhed rettet mod at reducere et eventuelt forhøjet stressniveau hos plejepersonalet.

10 Litteraturliste

- Abrams, B. (2005). Evaluating qualitative music therapy research. In B. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research* (2nd. ed.) (pp. 246- 258). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Agervold, M. et al. (2007). *Gads Psykologileksikon* (2. ed.). København, Danmark: Gads Forlag
- Alzheimer's Society. (2011). *Bedre behandling og pleje af mennesker med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer* (1. ed.). Nationalt videnscenter for demens. www.videnscenterfordemens.dk
- Alzheimerforeningen (2013) *Vedr.: Hørings svar om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen*. Alzheimerforeningen, Ny Kongensgade 20, st. tv., 1557 København V
- Andersen, M. H. (2005). Kognitiv terapi ved skizofreni i M. M. Mørch & N. K. Rosenberg *Kognitivterapi – modeller og metoder*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Baarts, C. (2010). Autoetnografi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (pp. 153-163). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Baird, A., & Samson, S. (2015). Music and dementia. *Progress in Brain Research*, 217, 207-235.
- Bauer, J. (2013). *Hvorfor jeg føler det du føler – intuitiv kommunikation og hemmeligheden ved spejlneuroner* (1. udgave, 7. oplæg). Danmark: Borgens forlag.
- Beck, A. T. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London, England: Penguin Books.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond* (2nd. ed.). New York, NY: Guildford Press.
- Bergh, S., Engedal, K., Røen, I., & Selbæk, G. (2011). The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes. *International psychogeriatrics*, 23(8), 1231-1239. doi:10.1017/S1041610211001177
- Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M., & Panksep, J. (2011). Emotional Foundation of Music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 35, 1989-1999. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.06.005

- Breedlove, S. M., & Watson, N. V. (2013). *Biological psychology. An introduction to behavioral, cognitive, and clinical neuroscience* (7th. ed.). Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates.
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 429-445). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). Introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.) *Kvalitative metoder*. (pp. 17-28). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Brown R., Howard R., Candy B., Sampson E. L. (2012) Opioids for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-10.
- Brown, S., Götell, E., & Ekman, S-L. (2001). 'Music-therapeutic caregiving': the necessity of active music-making in clinical care. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 125-135.
- Castro, M., et al. (2015). Boosting cognition with music in patients with disorders of consciousness. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, pp. 1-9. DOI: 10.1177/1545968314565464
- Chang, H. (2008). *Autoethnography as Method*. Left Coast Press, Inc.
- Clark, M. E., Lipe, A. W., & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 10-17.
- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Rockville, MD: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.
- Cohen, D. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cozolino, L. (2012). *The Neuroscience of Psychotherapy. (2. ed.)* New York, NY: W. W Norton & Company
- Cuddy, L. L., Sikka, R., & Vanstone, A. (2015). Preservation of musical memory and engagement in healthy and Alzheimer's disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337, 223-231. doi: 10.1111/nyas.12617
- Denzin, N. K. & Lincoln Y. S. (2005) Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp. 1-32). London, England: Sage Publications, Inc.

- Deudon, A., et al. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1386-1395. DOI: 10.1002/gps.2275
- Duffy, B., Oyebode, J., & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia*, 8(4), 515-541.
- Dugmore, O., Orrell, M., & Spector, A. (2015). Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 1-13. DOI: 10.1080/13607863.2015.1011079
- Eller, S., Griffin, L., & Mote, C. (2003). Clinical assessment and management of agitation in residential settings. In D. P. Hay et al. (Eds.), *Agitation in patients with dementia. A practical guide to diagnosis and management* (pp. 81-90). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Ellis, C., & Bochner, A. (2000). Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject in N. K. Denzin & Y. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative research*. England, London: Sage publications.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An overview. *Historical Social Research*, 36(4), 273-290.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 153-162.
- Eriksson, H. (2009). *Neuropsykologi. Normalfunktion, demensformer og afgrænsede hjerneskader* (3. oplag). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Fagerlund, B., & Glenthøj, B. (2009). Skizofreniens neuropsykologi. In A. Gade et al. (Ed.), *Klinisk neuropsykologi* (pp. 383-398). København, Danmark: Frydenlund.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129-133.
- Forinash, M., & Grocke, D., (2005) Phenomenological inquiry. In B. Wheeler, *Music Therapy Research* (2. ed) (pp. 321-334). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly person with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 49-65.

- Gerdner, L. A. (2012). Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World Journal of Psychiatry, 2*(2), 26-32.
doi:10.5498/wjp.v2.i2.26
- Gold, C. (2004) The use of effect sizes in music therapy research. *Music Therapy Perspectives, 22*(2), 91-95.
- Gotfredsen, K. (2009). *Forebyggelse af aggressiv adfærd - hos ældre i plejebolig*. København, Danmark: Munksgaard.
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D. M., Sloane, P., & Mor, V. (2014). Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: A randomized crossover diffusion study. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*, 797-804. DOI: 10.1111/jgs.12777
- Gulmann, N. C. (2004). *Praktisk gerontopsykiatri* (3rd ed.). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2002). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research, 24*(2), 195-216.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2003). Influence of caregiver singing and background music on posture, movement and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics, 15*(4), 411-430.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 422-430.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing, 1*(6), 399-406.
- Hammar, L. M., Emami, A., Götell, E., & Engström, G. (2011). The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 968-978. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhørighed, personlighed – introduktion til neuroaffektiv udvikling* (4. oplag). København, Danmark: Hans Reitzels forlag.
- Hill, C. (2010). *Helping skills. Facilitating exploration, insight, and action* (3rd. ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Hoeffler, B., et al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist*, 46(4), 524-532.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2003). Active interviewing. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Postmodern Interviewing* (pp. 67-81). London, England: Sage Publications.
- Høgh, A., Sharipova, M., Borg, V., & Mikkelsen, E. N. (2007). *Vold og trusler i ældreplejen*. København, Danmark: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 185-205). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, K. (2013). *Hvad er svær neurokognitiv lidelse?* Nationalt videnscenter for demens.
<http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2013/05/hvad-er-svaer-neurokognitiv-lidelse> (Tilgået d. 22/5 2015).
- Jørgensen, K., & Waldemar, G. (2014). Prævalens af demens i Danmark. *Ugeskrift for læger*, 176, 2-5.
- Kalat J. W. (2007). *Biological Psychology* (9. Ed.) Belmont, Canada: Thomson Wadsworth.
- Kierkegaard, S. (1991). *Samlede værker bind 18*. København, Danmark: Gyldendal.
- Kitwood, T. (2010). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København, Danmark: Munksgaard Forlag.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170-180.
- Koelsch, S. et al. (2006) Investigating emotion with music: an fMRI study. *Human Brain Mapping*, 27, 239–250. DOI: 10.1002/hbm.20180
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology* (6th. ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Konno, R. (2011). *The best evidence for assisted bathing of older adults with dementia: A comprehensive systematic review*. The Joanna Briggs Institute, University of Adelaide.

- Kragh-Sørensen, P., & Lolk, A. (2010). Organiske psykiske lidelser. In O. Mors, P. Kragh-Sørensen & J. Parnas (Eds.), *Klinisk psykiatri* (pp. 119-214). København, Danmark: Munksgaard.
- Kunik, M. E., et al. (2010). Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22(1), 40-47.
- Kuske, B., et al., (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308. doi:10.1017/S1041610208008387
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView – Introduktion til et håndværk (2. ed)*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T., & Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics Association*, 21(5), 825-843. doi:10.1017/S1041610209990196
- Langa, K. M. (2015) Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? *Alzheimer's Research & Therapy*, 7 (34), 1-4. DOI 10.1186/s13195-015-0118-1
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- Lazarus, R. (2006). *Stress og følelser: En ny syntese*. København, Danmark: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. (2002), Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 12, 62-71. doi:10.1038/scientificamerican0402-62sp
- LeDoux, J. (2003). The emotinal brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23(4), 727-738.
- Lissner, E. (1991). *Livet bli'r til hvor det gror*. Århus, Danmark: Forlaget Aros.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., et al. (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). DOI: 10.3310/hta18390

- Magai, C., Cohen, C. I., & Gomberg, D. (2002). Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International Psychogeriatrics*, 14(1), 25-38.
- Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: An evidence-based review. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 127-157.
- McCallion, P., et al. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39, 546-558.
- McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H. M., & Orrel, M. (2013) Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* DOI: 10.1002/gps.3895
- Michael, J., et al. (2014). Continuous theta-burst stimulation demonstrates a causal role of premotor homunculus in action understanding. *Psychological Science*, 25(4), 963-972. DOI: 10.1177/0956797613520608
- Mills, S., & Rose, J. (2011). The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 55(9), 844-857. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01438.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2011). *Lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningprojekter*.
<https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=137674> (tilgået den 22/5 2015).
- Myskja, A. (2014). Musical sensory orientation training (MSOT). In M. H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.), *Handbook of neurologic music therapy* (221-226). Oxford, UK: Oxford university press.
- National Resource Center for Academic Detailing. (2013). *Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia*. D. Osse, & M. Fischer.
<http://www.narcad.org/wp-content/uploads/2014/01/Dementia-Management-of-BPSD-Evidence-Document-Final.pdf> (tilgået d. 23/5 2015).
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2015). *Fysisk træning mindsker psykiske symptomer ved Alzheimers sygdom*. Pressemeddelelse 12. maj 2015.
<http://www.videnscenterfordemens.dk/adex/fysisk-traening-mindsker-psykiske-symptomer-ved-alzheimers-sygdom/> (tilgået d. 23/5 2015).

- Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomized control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2153-2161. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x
- Ottesen, A. M. (2014). *Anvendelse af musikterapi og dementia care mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Et casestudie med en etnografisk tilgang*. Det humanistiske fakultet, Aalborg Universitet.
- Ottesen, A. M., & Ridder, H. M. O. (2012). Vitalitetsformer og spejlneuroner – anvendt i læringsmodel for professionelle omsorgsgivere. *Dansk Musikterapi*, 9(2), 3-12.
- Ridder, H. M. O. (2007). En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier. *Psyke & Logos – tema: Musik og psykologi*, 28(1), 427-446.
- Ridder, H. M. O. (2014) Musikterapi med mennesker med demens. I L. O. Bonde (red.), *Musikterapi - Teori, uddannelse, praksis, forskning* (314-330). Danmark, Århus: Forlaget Klim.
- Robson, C. (2011). *Real world research* (3rd ed.). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 173-180.
- Rosenberg, R., Jørgensen, P., & Videbech, P. (2009). *Klinisk neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom*. FADL's Forlag.
- Schmidt, S., Dichter, M., Palm, R., & Hasselhorn, H. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents – evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3134–3142.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd. ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Seitz, D. P. et al. (2013) Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(2), 185–203.
- Sheratt, K., Thornton, A., & Hatton, C. (2004). Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging & Mental Health*, 8(3), 233-241. DOI: 10.1080/13607860410001669769

- Smeijsters, H., & Aasgaard, T. (2005). Qualitative Case Study Research. In B. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research* (2. ed.) (pp. 440-457). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). *Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010*. Silkeborg Bogtryk
- Souza-Talarico, J. N., Chaves, E. C., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2008). Stress and coping in older people with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 457-465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02508.x
- Spector, A., & Orrell, M. (2010). Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 957-965. doi:10.1017/S1041610210000840
- Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12, 354-364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.06.005>
- Staedtler, A. V., & Nunez, D. (2015). Nonpharmacological therapy for the management of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: linking evidence to practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(2), 108-115.
- Stige, B., (2005) Ethnography and ethnographically informed research. In B. Wheeler, *Music Therapy Research* (2. ed.) (pp. 392-403). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504-1516. DOI: 10.1177/1049732309348501
- Sundhedsstyrelsen, (2008) *Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering 2008; 10(2)
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens*. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen.
- Särkämö, T. et al. (2012). Music, emotion, and dementia: Insight from neuroscientific and clinical research. *Music and Medicine*, 4(3), 153-162. DOI: 10.1177/1943862112445323
- Särkämö, T. et al. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *Gerontologist*, 54, 634-650.

- Sørensen, J., Gudex, C. M., & Andersen, C. K. (2006). Demenssygdommes fremtidige økonomiske belastning af social- og sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for læger*, *168* (40), 3432-3436.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *The gerontologist*, *42*(2), 169-177.
- Teri, L., et al. (2005). STAR: a dementia-specific training program for staff in assisted living residences. *The Gerontologist*, *45*(5), 686-693.
- Testad, I., et al. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, *26*(7), 1083-1098. doi:10.1017/S1041610214000131
- The International Psychogeriatric Association [IPA]. (2012). *BPSD specialist guide – module 1 an introduction to BPSD*. www.ipa.org (tilgået d. 21/5/2015).
- Thomas, D. W., Heitman, R. J., & Alexander, T. (1997). The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *Journal of Music Therapy*, *34*(4), 246-259.
- Thompson, W. F., Schellenberg, E. G., & Husain, G. (2001). Arousal, mood and the Mozart effect. *Psychological Science*, *12*(3), 248-251. doi: 10.1111/1467-9280.00345
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S. I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, *12* (2), 628-641.
- Vasse, E., et al. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics Association*, *22*(2), 189-200. doi:10.1017/S1041610209990615
- VonDras, D. D., Flittner, D., Malcore, S. A., & Pouliot, G. (2009). Workplace Stress and Ethical Challenges Experienced by Nursing Staff in a Nursing Home. *Educational Gerontology*, *35*, 321–339.
- White, M. (2006). *Narrativ praksis*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- White, M. (2008). *Kort over narrative landskaber*. København, Danmark. Hans Reitzels Forlag.
- WHO (2015). *Fact sheet No362, Dementia*. World health organisation media centre. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> (tilgået d. 21/5/2015).

- WHO. (2002). *Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København, Danmark: Munksgaard
- Yamaguchi, H., Maki, Y., & Yamagami, T. (2010). Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics, 10*, 206-213. doi:10.1111/j.1479-8301.2010.00323.x
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing, 30*(3), 174-187.
- Ziegler, D. J. (2001). The possible place of cognitive appraisal in the ABC model underlying rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 19*(3), 137-152.
- Zimmerman, S. et al. (2013). Systematic review: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(8), 1399-1409. DOI: 10.1111/jgs.12372
- Åström, S. et al. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*, 410-416.

11 Bilag

Alle bilag er vedlagt på CD. På CD'en findes følgende bilag:

- 1 Samtykkeerklæring fra Ninna
- 2a Samtykkeerklæring fra Ninnas leder 1/2
- 2b Samtykkeerklæring fra Ninnas leder 2/2
- 3 Interviewguide
- 4 Transskription
- 5 Kodeproces
- 6 (Auto)etnografi
- 7 Omsorgsmetoder
- 8 Endelige analysetemaer

