

Musikterapi og demens – forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskader



Af Aase Hyldgaard

Et multipelcase studie om musikterapi til demensramte og om samarbejde mellem musikterapeuter og de demensramtes plejepersonale.

Kandidatspeciale i musikterapi

Vejleder: Hanne Mette Ridder

Institut for Kommunikation

Aalborg Universitet

Juli 2011

Indhold: 186.240 tegn = 77,6 side

Indhold

Forord	3
Abstract	4
1.0 Indledning.....	6
1.1 Problemafgrænsning	6
1.2 Problemformulering	8
1.3 Definerings af centrale ord og begreber.....	8
1.4 Disponering	9
2.0 Metodeafsnit	10
2.1 Metodologi.....	10
2.2 Validitet og reliabilitet.....	11
2.3 Generalisering	12
2.4 Etik.....	12
3.0 Litteraturgennemgang.....	13
3.1 Effekten af musik og musikterapi hos demensramte.....	13
3.2 Magtanvendelse og plejepersonalets oplevelse	15
3.3 Musikterapeutisk pleje	16
3.4 Opsamling og konklusion i forhold til problemformulering	17
4.0 Dataindsamling og analysemetode	19
4.1 Pilotprojekt som udvikling af protokol til dataindsamling	19
4.2 Måleinstrument: Adfærd, Magtanvendelse og Arbejds miljø	19
4.3 Ydre rammer for dataindsamling	21
4.4 Mine forudsætninger i forhold til klientgruppen	21
4.5 Dataindsamling og forberedelse til analyse	23
4.6 Analysemetode.....	26
5.0 Præsentation og analyse af de enkelte cases	29
5.1 Udvælgelse af cases.....	29
5.2 Casen om fru A	29
5.3 Casen om fru B	38
5.4 Casen om hr. E.....	49
6.0 Tværgående analyse og syntese.....	61
6.1 Musikterapeutisk tilgang.....	61
6.2 Temaer i vejledning af plejepersonalet.....	64
6.3 Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker	65
6.4 Udgjorde BPSD en risikofaktor? – og blev magtanvendelse og arbejdsskader forebygget?	66

6.5 Diskussion af synteser	67
6.6 Reformulering af syntese	69
7.0 Konklusion	70
8.0 Diskussion af validitet, reliabilitet, generalisering og perspektivering	73
8.1 Spørgeskemaet	73
8.2 Casebeskrivelserne	73
8.3 Generalisering	74
8.4 Perspektivering	76
9.0 Evaluering af metode og proces	77
9.1 Overordnet metode	77
9.2 Brug af spørgeskema	77
9.3 Indsamling af case data	77
9.4 Refleksion over processen	78
Efterskrift	79
Litteraturliste	80
Figuroversigt	83
Bilagsoversigt	83

Forord

Fornylig bragte tidsskriftet Sygeplejersken en lille hverdagshistorie under en rubrik, der hedder Dilemma. Rubrikken bringer eksempler på henvendelser fra sygeplejersker til Sygeplejeetisk Råd. Historien handler om Inger, der har Alzheimers demens og ikke kan forstå hvad der foregår, når Birgitte, hendes kontaktperson, vil hjælpe hende med at blive vasket og få børstet tænder. Morgentoiletet lykkes dog som regel, bare Birgitte giver sig god tid; men efter en sparerunde er der mindre tid til den enkelte beboer og så går det galt:

”Ingers datter har klaget over moderens manglende soignering og har meddelt, at hun vil gå til medierne med sagen, hvis ikke der bliver gjort noget. På plejehjemmet drøfter man, hvad man skal gøre, og overvejer, om man skal ansøge kommunen om tilladelse til fastholdelse i hygiejnesituationen” (Sygeplejersken, 10/2011, s. 11)

Hvordan kan sådan et dilemma løses?

Fra 1997 til 2006 var jeg ansat på ældreområdet i en kommune og beklædte lederstillinger på forskellige niveauer. I de år oplevede jeg mange af den slags dilemmaer - og ligeså mange slags løsningsforslag.

Jeg havde base på et ældrecenter, hvor jeg udover at være leder, også var huspianist og spillede på klaveret, når plejepersonalet sang med beboerne i demensafsnittet. Det gjorde et stort indtryk på mig at se, hvordan der kom lys i øjnene hos beboerne, og hvordan de blev nærværende, når de kære gamle, kendte sange blev sunget. Langsomt modnedes tanken i mig om, at musik kan bruges som andet og mere end underholdning og adspredelse i hverdagen. Men kan musik bruges i løsningen af dilemmaer?

Det handler mit projekt om.

Jeg er min vejleder, Hanne Mette Ochsner Ridder stor tak skyldig for kyndig vejledning, og for at være en tålmodig, og vedholdende inspirator for mig, ikke bare i dette projekt, men gennem hele uddannelsen.

Abstract

This study explores the possibility of using music therapy and music therapeutic technics in the care of people with dementia and BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) to reduce BPSD and prevent use of force and work related damage to the staff in the care.

Background

It is well documented that music therapy can reduce BPSD and music therapeutic care can reduce resistance to care, but it has never been explored whether this can lead to a prevention of use of force in care and of work related damage to the care staff.

The questions asked

Can music therapy and corporation between music therapist and care staff prevent use of force and work related damage in caring for people with dementia? And if so, how can it be done?

- Can BPSD be a factor of risk to use of force and work related damage?
- Which approach in music therapy could be relevant in the prevention?
- Which themes could be relevant in the music therapist's counseling to care staff?
- Which themes could be relevant in transferring music therapeutic technics to care staff?

Study design

The study design was developed through a pilot study. It is a multiple case study with flexible design, using both qualitative (case description) and quantitative (questionnaire) data in each case. The study analyses the data of 3 cases.

Conclusions

Music therapy and corporation between music therapist and care staff can prevent or reduce use of force and work related damage to care staff, but other factors like organizational issues can have both positive and negative impact on the process. Work related damage can also be of a nature that music therapy does not influence on.

- BPSD can be a factor of risk for use of force and work related damage, and other factors like organizational issues can maximize or minimize the risk. Work related damage can be caused by other factors, too.
- The approach in music therapy is described as a procedure in 8 steps, beginning and ending with dialog between the music therapist and the care staff. Central to the procedure is the music therapist's hypothesis about what causes the BPSD and the choice of goal, methods and technics that address the cause. The client's disability to maintain verbal communication can be an essential cause.
- Themes in the music therapist's counseling to staff can be how song and body language in interactions and activities with people with dementia can help to meet their needs of security, control, validation of feelings and social interaction. Other themes can be how to use song and music to enhance communication through regulation of arousal, both in individual situations and in the environment in general.
- Themes in transferring music therapeutic technics to care staff can be how to utilize song and body language in interactions with people with dementia in general and especial in situations

where there is a risk that the situation is escalating into use of force. Other themes can be how to utilize technics to regulate arousal and give cue to a certain situations, how to use music therapeutic care and how to secure that sound in the environment does not over- or under stimulate people with dementia.

1.0 Indledning

I december 2010 udgav Socialministeriet: National handlingsplan for demensindsatsen. Den slår fast, at der findes ca. 80.000 personer med demenssygdomme i Danmark. Antallet forventes at fordobles i de næste 25-30 år. Hovedparten udvikler et omfattende behov for omsorg og pleje; en pleje der kan have en høj grad af kompleksitet og være forbundet med svære etiske dilemmaer, relateret til balancen mellem selvbestemmelse og omsorg. En del demensramte udvikler nemlig adfærdsforstyrrelser, fx hyperaktivitet eller udad reagerende adfærd. Dette er ofte udslagsgivende for indflytning i plejebolig. Udover at kræve betydelige ressourcer til plejebolig og pleje, kan adfærdsforstyrrelser også være en stor belastning for pårørende, plejepersonale og medboere. Arbejdsgruppen bag handleplanen efterlyser viden om, hvordan denne gruppe demensramtes behov kan imødekommes og anbefaler, at der udføres metodeudvikling og –afprøvning, både på det faglige og det organisatoriske plan, og at dette bør forankres hos Servicestyrelsen. (Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010).

Mit projekt er et forsøg på at imødekomme dette indenfor de rammer, et kandidatspeciale i musikterapi giver. Det er en afprøvning af en ide, som er vokset frem gennem mine studieår, nemlig at musikterapi som behandlingsform i kombination med tæt samarbejde mellem musikterapeuter og plejepersonale, har et væsentligt bidrag at yde til indsatsen for denne gruppe demensramte. Min målgruppe er derfor såvel musikterapeuter og sundhedsfagligt personale indenfor demensindsatsen, som beslutningstagere i Servicestyrelsen.

Tidsrammen for et kandidatspeciale er 10. semester, men på 8. semester lavede jeg et pilotprojekt (Hyldgaard, 2010a), hvor jeg udviklede min ide og beskrev en protokol for dataindsamling. Dataindsamlingen foregik i min praktik på 9. semester. Disse data ligger til grund for nærværende rapport, der således er resultatet af arbejde gennem tre semestre, fra februar 2010 til juli 2011. Interessen for problemstillingen har jeg dog haft siden starten på studiet, hvor jeg oplevede en stor kontrast mellem den faglige viden, der findes om musikterapiens effekt hos demensramte, og den kommunale hverdag jeg kom fra, hvor tilbud om musikterapi til demensramte ikke eksisterede, og hvor meget få kendte til den mulighed. Jeg har forfulgt interessen gennem min studietid ved at skrive 3 projekter om musik, musikterapi og demensramte og delt min ny erhvervede viden med andre fagpersoner via 2 artikler (Hyldgaard, 2010b, Hyldgaard & Ridder, 2011).

1.1 Problemafgrænsning

De adfærdsforstyrrelser som en del demensramte udvikler, betegnes som neuropsykiatriske symptomer eller BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia). Iflg. Nationalt Videnscenter for demens (2011b) defineres BPSD som "forstyrret sanseopfattelse (perception), forstyrret tankeindhold, ændret stemningsleje og forstyrret adfærd", men er i øvrigt ikke klart afgrænset. BPSD kan opstå af flere årsager. Det kan være legemlige sygdomstilstande fx infektioner og smerter, mangelfuld væskeindtagelse og utilsigtede virkninger af lægemidler. Årsager af psykosocial art kan være forandringer fx flytning, tab af ægtefælle, udskiftning af plejepersonale eller medboere, for lidt eller for megen stimulation fx støj, mange mennesker eller krav, der overstiger den demensramtes evner. Sygdomsprocesser i hjernen, forbundet med demenssygdommen, kan muligvis også være årsag. BPSD er ikke-kognitive symptomer, dvs. at problemer med fx hukommelse, tænkning og sprog ikke regnes til disse (Nationalt Videnscenter for demens, 2011b).

Iflg. Lolk & Gulmann (2006) er der i flere undersøgelser påvist, at det er BPSD hos den demensramte, der belaster omgivelserne mest, men der er evidens for, at de kan reduceres ved at uddanne omsorgspersonerne, så hverdagens krav til den demensramte reduceres. I 2007-2009 blev der lavet et stort projekt i Danmark med dette fokus, SPIDO (Socialpædagogisk praksis forebygger magtanvendelse), (Servicestyrelsen, 2009). Projektets formål var at udbyde efteruddannelse i socialpædagogik til plejepersonale, som metode til at forebygge magtanvendelse i plejen hos demensramte. I undervisningen var der fokus på lovgivning om magtanvendelse og brug af socialpædagogiske metoder i plejesituationer. Ca. 2000 personer blev undervist og bedt om at vurdere deres egen brug af magt før, og ½ år efter undervisningen. Det viste sig at 39 % af de, der svarede vurderede, at de jævnligt eller ofte anvendte magt før, men at dette var reduceret til 10 %, ½ år efter undervisningen (Servicestyrelsen, 2009).

Lolk & Gulmann (2006) påpeger, at hvis problemerne ikke løses ved uddannelse af plejepersonalet, og der ikke findes anden årsag til symptomerne, kan medicinsk behandling med psykofarmaka komme på tale, hvis den demensramte er meget forpint eller omgivelserne er voldsomt belastede. Lolk & Gulmann nævner behandling med antidepressiva, antipsykotika, anxiolytika og antiepileptika som muligheder, men efter en litteraturgennemgang konkluderer de, at selvom psykofarmaka anvendes hyppigt mod BPSD, er den videnskabelige dokumentation for effekten sparsom. De understreger derfor nødvendigheden af fokus på pleje- og omsorgstilbud, tilpasset den enkelte.

Mulige løsninger er altså at undervise plejepersonale i at tilpasse pleje- og omsorgstilbuddet til den enkelte, herunder bruge socialpædagogiske metoder, dernæst behandle den demensramte medicinsk, om end dette har usikker effekt. Min ide er, at det også er en mulighed at behandle den demensramte musikterapeutisk og undervise plejepersonalet i at benytte musikterapeutisk pleje (plejepersonale som synger for den demensramte under plejen), samt vejlede dem generelt om målrettet brug af sang i plejen. Flere forskningsprojekter har dokumenteret, at musikterapi kan reducere BPSD hos demensramte (Truet & Lam, 2006, Svansdottir & Snaedal, 2006, Raglio et al., 2008, Choi et al., 2009) og at musikterapeutisk pleje kan forebygge konflikter og forbedre samarbejdet med demensramte (Brown et al., 2001). Musikterapeutens rolle i forbindelse med musikterapeutisk pleje er også undersøgt og beskrevet som en rolle, hvor musikterapeuten udover sit musikterapeutfaglige arbejde, varetager en særlig tværfaglig funktion i samarbejdet med plejepersonalet (Madsen & Hyldgaard, 2009).

Musikterapeutens funktion som vejleder og underviser i forhold til plejepersonalets brug af sang i plejen af demensramte, er desuden beskrevet som en særlig form for samarbejde af Jacobsen (2008), der har udviklet dette i Vejle Kommune. Jacobsen kalder sin metode for 'musikterapeutisk vejledning'.

Men er det den demensramtes BPSD der fører til magtanvendelse? At BPSD og magtanvendelse er ubehageligt og belastende for den demensramte, er udenfor al tvivl. Men hvad betyder BPSD og brug af magt for plejepersonalet? I mit pilotprojekt (Hyldgaard, 2010a), indgik et musikterapiforløb med en demensramt kvinde med BPSD og magtanvendelsesproblematikker. Her blev jeg opmærksom på, at plejepersonalet i arbejdspladsvurderingen havde vurderet, at der var risiko for fysiske og psykiske arbejdsskader under udførelse af plejen. I en dansk undersøgelse fandt Vogel et al. (2010) at jo flere neuropsykiatriske symptomer en demensramt udviste, jo højere vurderede plejepersonalet belastningen på deres dagligdag. Er det sådan, at BPSD er en risikofaktor for, at der opstår behov for magtanvendelse? - og når BPSD opleves belastende af plejepersonalet, er det så en risikofaktor for fysiske og psykiske arbejdsskader? Når musikterapi kan reducere BPSD og musikterapeutisk pleje kan reducere konflikter

mellem plejepersonale og demensramt, kan det så også reducere risikoen for magtanvendelse og arbejdsskader? Hvis det er tilfældet, hvordan skal musikterapeuten og plejepersonalet så arbejde fagligt og tværfagligt, for at det sker? Hvad skal indgå i samarbejdet?

Dette er nogle af de spørgsmål, der er udgangspunkt for at undersøge, hvilket bidrag musikterapien kan yde til løsning af de komplekse problemer, der kan opstå i balancen mellem at respektere demensramtes selvbestemmelsesret, samtidig med at de modtager den nødvendige omsorg og pleje i et miljø, der er sikkert og trygt for både dem og deres plejepersonale.

1.2 Problemformulering

I min undersøgelse vil jeg søge svar på følgende spørgsmål:

Kan musikterapi og samarbejde mellem musikterapeut og plejepersonale forebygge magtanvendelse og arbejdsskader i plejen til demensramte? Og i så fald hvordan kan det foregå?

- Kan BPSD hos den demensramte være en risikofaktor i forhold til magtanvendelse og arbejdsskader?
- Hvilke former for musikterapeutiske tilgange kan være aktuelle at anvende i forebyggelsen?
- Hvilke temaer kan være aktuelle i musikterapeutens vejledning til plejepersonalet?
- Hvilke temaer kan være aktuelle i overføringen af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet?

1.3 Definerings af centrale ord og begreber

Først vil jeg definere og uddybe nogle centrale ord og begreber.

Musikterapi til demensramte, forstår jeg som en form for psykoterapi, hvor terapeuten og den demensramte anvender sang, musik og anden kommunikation, ud fra formuleret indikation og mål. Iflg. Ridder (2007) virker musikterapi med demensramte både på det neuropsykologiske plan (skaber opmærksomhed og nye hukommelsesspor), psykofysiologiske plan (beroliger og regulerer arousalniveau) og på det psykodynamiske plan (rummer og valider følelsesmæssige udtryk og skaber mulighed for terapeutisk forandring).

Musikterapeutisk intervention forstår jeg som musikterapeutens samlede indsats af terapi til klienten, vejledning til- og overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet.

Musikterapeutisk tilgang forstår jeg som terapiproceduren, hvori der indgår flere led. Jeg vil kort nævne de vigtigste:

- assessment: en vurdering af, om musikterapi er en velegnet behandling til klienten. Vurderingen inkluderer både indhentning af informationer og et møde med klienten
- valg af behandlingsform: fx individuel terapi eller gruppeterapi
- valg af metoder: det kan være aktiv metode, fx at improvisere sammen, synge kendte sange sammen, eller receptiv metode, fx klienten lytter til musik eller sange

- valg af teknikker: fx teknik til at validere følelser eller teknik til at nedsætte stress. Teknikken kan bestå af et eller flere enkelte elementer, fx at synge kendte sange for klienten eller bruge nonverbal kommunikation

Magtanvendelse forstår jeg som handlinger, der er omfattet af Lov om social service, kapitel 24, §§124-136, fx brug af pejle- og alarmsystemer, fastholdelse i hygiejnesituationer eller tilbageholdelse i boligen. Jeg uddyber dette nærmere i afsnit 3.1 Magtanvendelse og plejepersonalets oplevelse af dette.

Plejepersonale eller plejepersoner forstår jeg som personer, der udfører pleje- og omsorgsopgaver professionelt, dvs. de er ansat til det og har en faglig baggrund for det.

Omsorgspersoner forstår jeg som både plejepersonale, pårørende og andre, der udfører pleje- og omsorgsopgaver enten på faglig eller frivillig basis.

Neuropsykiatriske symptomer og BPSD bruges i flæng af forskellige forfattere. Iflg. Nationalt Videnscenter for demens (2011a) er BPSD det engelske udtryk for psykiatriske symptomer hos demensramte. Iflg. Wikipedia (2011) er 'neuropsychiatry' betegnelsen for det kliniske symptombillede af psykiatriske og adfærdsmæssige symptomer ved sygdomme i nervesystemet, herunder i hjernen. Jeg finder derfor ikke nogen særlig forskel på de to udtryk udover, at neuropsykiatri også omhandler andre sygdomme end demenssygdomme. Når jeg referer andre forfattere, vil jeg bruge det udtryk de selv anvender. Derudover vil jeg bruge udtrykket BPSD, da dette udelukkende relaterer sig til psykiatriske symptomer ved demenssygdomme.

1.4 Disponering

I afsnit 2 vil jeg komme ind på projektets metodologi, samt hvordan jeg vil sikre validitet og reliabilitet. Jeg vil desuden komme ind på muligheder for generalisering og mine etiske overvejelser.

I afsnit 3 vil jeg gennemgå udvalgt litteratur indenfor de sidste tre år, lovgivning om magtanvendelse og evaluering denne samt diskutere og konkludere på relevansen af min problemstilling.

I afsnit 4 vil jeg i detaljer gennemgå udviklingen af protokollen til dataindsamlingen og spørgeskemaet, samt hvordan dataindsamlingen og analysen er foregået.

I afsnit 5 vil jeg begrunde mit valg af cases til undersøgelsen, samt præsentere og analysere de 3 cases, der indgår i undersøgelsen.

I afsnit 6 vil jeg foretage en tværgående analyse af casene, formulere synteser og diskutere disse i forhold til litteraturen.

I afsnit 7 vil jeg bringe den endelige konklusion.

I afsnit 8 vil jeg diskutere validitet og reliabilitet af min konklusion. Desuden vil jeg komme ind på muligheder for generalisering samt perspektiver for fremtiden.

I afsnit 9 vil jeg evaluere min metode og dataindsamling. Desuden vil jeg bringe mine personlige refleksioner over processen.

I *Efterskrift* vil jeg bringe min kommentar til tidsskriftet Sygeplejersken, i forhold til det dilemma, jeg refererer i forordet.

2.0 Metodeafsnit

I afsnittet vil jeg gøre rede for hvilke videnskabsteorier, undersøgelsesmetoder og teorier jeg har brugt i undersøgelsen, samt hvad jeg har gjort for at sikre validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Jeg vil desuden komme ind på etiske overvejelser, og de valg det medførte.

2.1 Metodologi

For at besvare spørgsmålene, har jeg valgt at tage udgangspunkt i teori om forskningsmetode af Robson (2002), der beskæftiger sig med forskning indenfor psykologi og sociologi, samt teori om analyse af data i kvalitative studier af Brucia (2005), der beskæftiger sig med forskning indenfor musikterapi.

Robson kalder sin forskning for 'real world research' og er optaget af at løse problemer i den virkelige verden og finde resultater, der kan omsættes til praktisk brug. (Robson, 2002, s. 12). Dette er også min intention med mit projekt. 'Real World research' er ofte kendetegnet ved begrænsede ressourcer, både tidsmæssig og økonomisk, samt ved at benytte flere forskellige metoder (Robson, 2002 s. 12) hvilket også gør sig gældende for mig. Ud fra muligheder og rammer for et specialeprojekt, har jeg valgt multiple casestudie som en realistisk strategi. Robson definerer casestudier som "a strategy for doing research which involves an empirical investigation of a particular contemporary phenomenon within its real life context using multiple sources of evidence" (Robson, 2002 s. 178).

Casestudier hører til den type studier Robson kalder 'fleksible designs', der også omfatter etnografiske studier og grounded teori studier, og hvor designet bliver til undervejs i samspil med projektet. I modsætning hertil nævner Robson 'fixed designs', der primært omfatter eksperimenter, hvor forskningsdesignet er fastlagt på forhånd, fx randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Fixed designs benytter sig overvejende af kvantitative metoder og foregår i den naturvidenskabelige tradition, mens flexible design benytter sig overvejende af kvalitative metoder og hører til i den human- eller socialvidenskabelige tradition. Kendetegnende er dog, at der i begge typer studier kan anvendes metoder fra forskellige videnskabelige traditioner.

Robson citerer Cresswell for bl.a. følgende karakteristika af et 'godt fleksible design' (Robson, s. 166):

Der bruges nøjagtige dataindsamlingsprocedurer med flere forskellige teknikker: I afsnit 4.0

Dataindsamling og analysemetode beskriver jeg hvilke typer af data jeg indsamler, hvilken procedure jeg følger og hvilken teknik jeg anvender. Jeg indsamlede data hos fem klienter, jeg var musikterapeut for i min praktik.

Undersøgelsen har en kvalitativ tilgang og foregår i forståelse med eksisterende videnskabstraditioner,

men kan benytte procedurer fra flere forskellige retninger: I min dataindsamling har jeg inddraget såvel naturvidenskabelig som humanvidenskabelig tradition, da jeg har anvendt både kvantitative og kvalitative metoder. I afsnit 4.2 Måleinstrument: Adfærd, Magtanvendelse og Arbejdsmiljø (AMA) uddyber jeg udviklingen og brugen af et kvantitativt måleinstrument, et spørgeskema som klienternes plejepersonale besvarede. I afsnit 4.5 Dataindsamling og forberedelse til analyse uddyber jeg de forskellige typer tekst, behandlingsoplæg, noter fra sessioner, mødereferater m.m., som tilsammen udgør de kvalitative data, casebeskrivelserne.

2.2 Validitet og reliabilitet

Når man benytter fleksible design er undersøgeren det primære dataindsamlingsinstrument og for at undersøgelsen skal have troværdighed, må undersøgeren være nysgerrig, lyttende, fleksibel, have indsigt i området og ikke være forudindtaget. Undersøgeren må gøre rede for, og reflektere over egen baggrund og kvalifikationer (Robson, s. 167). Jeg har haft rollen som dataindsamler i egen praksis, og i afsnit 4.4 Mine forudsætninger i forhold til klientgruppen, beskriver og reflekterer jeg nærmere over hvilke teorier og erfaringer, der har influeret på mig både som terapeut og som dataindsamler. I afsnit 4.5 Dataindsamling og forberedelse til analyse, beskriver jeg hvilke personer, der yderligere har medvirket, og i hvilke roller.

Iflg. Robson(2002) kan 'undersøgeren som dataindsamlingsinstrument' være en trussel mod undersøgelsens validitet og reliabilitet. For at højne validiteten anbefaler Robson, at virkeligheden må være beskrevet så korrekt som muligt, som minimum med noter og helst med video- eller audiooptagelser. Desuden må forskeren dokumentere et godt kendskab til stedets kultur, foretage observationer over længere tid, bruge 'peer debriefing' (fremlægge sagen for andre fagpersoner), 'membercheck' (de involverede får mulighed for at læse data og kommentere dem), triangulering (indsamling af flere typer data), negativ caseanalyse (analysere cases, der har et negativt udfald), samt bruge 'audit trail' (føre regnskab med alle rådata og gøre rede for hvordan de anvendes).

I afsnit 4.3 Ydre rammer for dataindsamling, beskriver jeg nærmere den konkrete kontekst for dataindsamlingen og varigheden af kontakten. Alle mine rådata blev produceret undervejs i praktikken, fx skrev jeg noter umiddelbart efter alle sessioner og referater umiddelbart efter møderne. I to af casene optog jeg desuden en del af sessionerne på video og i en case lavede jeg audiooptagelser.

Jeg har brugt 'peerdebriefing' i form af, at jeg modtog både gruppe- og individuel supervision, og i den forbindelse fremlagde jeg både mundtligt-, skriftligt- og videomateriale. Efterfølgende reflekterede jeg over supervisionen og udarbejdede en rapport, som blev godkendt af gruppesupervisor. Jeg holdt statusmøder med klienternes plejepersonale, hvor jeg fremlagde lignende materiale. Jeg skrev på forhånd stikord til mit eget indlæg, og under møderne skrev jeg stikord fra plejepersonalets udtalelser. Efterfølgende skrev jeg referat, og skrev resume af dette i klientens elektroniske journal. Jeg præsenterede også resultaterne af spørgeskemaerne på møderne og spurgte plejepersonalet, om de mente andre forhold end den musikterapeutiske intervention, kunne have påvirket resultatet.

Jeg har brugt 'membercheck' i forhold til mine casebeskrivelser. Disse er blevet læst og kommenteret af min kontaktperson i praktikken.

Triangulering har jeg brugt i form af metodetriangulering ved at kombinere kvalitative og kvantitative data. Jeg har desuden brugt datatriangulering, ved at inddrage forskellige typer data, fx behandlingsoplæg, noter fra sessioner og mødereferater. Jeg har ikke brugt negativ case analyse, da ingen af casene fik et negativt udfald.

Robson (2002, s. 176) påpeger at omhyggelig brug af 'audit trail' har stor betydning for validiteten, men også for reliabiliteten af projektet, da dette siger noget om undersøgerens pålidelighed som 'måleinstrument'. For at bruge 'audit trail' har jeg fundet det relevant at bruge en analysemetode beskrevet af Brucia (2005), fordi den netop beskriver trin for trin, hvordan rådata indsamles, bearbejdes og analyseres, frem til konklusionen præsenteres. I afsnittene 4.5 Dataindsamling og forberedelse til case analyse samt 4.6 Analysemetode, uddyber jeg de enkelte trin nærmere.

2.3 Generalisering

I studier med fleksible design er det ikke muligt at generalisere i nogen statistisk forstand, men Robson (2002, s. 176) påpeger, at det er vigtigt at se på projektets værdi i forhold til intern generalisation (har undersøgeren fx udvalgt respondenterne upartisk og er det rimeligt at trække de konklusioner, der trækkes) og ekstern generalisation (giver konklusionerne indsigt i eller udvikler en teoretisk forståelse, der kan belyse samme problem i en anden kontekst). Klienterne er udvalgt ud fra kriterier, formuleret i min protokol: de havde enten demensdiagnose *eller* klinisk demens *og* BPSD, *og* magtanvendelsesproblematikker *og/eller* arbejdsmiljøproblematikker. Derudover skulle de naturligvis være i stand til, og motiverede for at indgå i et musikterapiforløb. I det følgende afsnit om etik gør jeg rede for hvordan den indledende kontakt foregik. I afsnit 8.3 Generalisering, diskuterer jeg intern og ekstern generalisering af konklusionen.

2.4 Etik

Jeg indsamlede data hos demensramte, som alle boede på plejehjem. Som udgangspunkt ønskede jeg at udføre en MMSE (mini mental state examination) som præ- og post måling for at fastslå deres kognitive niveau. Jeg fravalgte dette, da jeg vurderede, at en test ville være en meningsløs oplevelse for dem. Da der ikke er evidens for at musikterapi påvirker den kognitive funktion, vurderede jeg at ulempen for klienterne ville være større end værdien af målingen.

Min kontaktperson i praktikken udvalgte mulige klienter ud fra kriterierne for mit projekt. Før jeg mødte dem, havde plejepersonalet orienteret klienternes pårørende, og sikret sig, at de pårørende ville være interesserede i tilbud om musikterapi. De orienterede også de demensramte, afpasset efter deres evne til at modtage information. Min indledende kontakt med klienterne skete á to omgange. Ved første kontakt havde jeg gæsterollen og tilbød at synge eller spille en sang. Hvis jeg fornemmede, dette blev positivt modtaget, vendte jeg tilbage senere og foretog en assessmentsession. Hvis denne faldt ud til fordel for at indlede et behandlingsforløb, sendte jeg en skriftlig information til de pårørende (bilag 1) og en underskriftformular om tilladelse til at optage video (bilag 2). Denne tilladelse blev givet hos alle, men jeg benyttede den kun hos to klienter, da jeg hos de øvrige vurderede, at det påvirkede situationen uhensigtsmæssigt.

Alt case materiale er naturligvis anonymiseret. Meget personlige oplysninger ikke medtaget, selvom de ikke nødvendigvis ville føre til identificering af klienten. Jeg har desuden bevidst udeladt navnet på min praktikkommune og alle andre stednavne, for ikke at lede til unødigt identifikation.

3.0 Litteraturgennemgang

I dette afsnit ønsker jeg at diskutere, hvorvidt der ud fra litteraturen er indikation for, at min ide om musikterapeutisk intervention kan forebygge magtanvendelse og arbejdsskader. Da der ikke findes litteratur, der omtaler dette specifikt, vil jeg først skabe overblik over hvordan musik og musikterapi påvirker demensramte. Til dette har jeg søgt på databaserne Cochrane, PubMed, SCOPUS og CHINAHL med søgeordene 'dementia' 'music therapy' og 'care' og begrænset søgningen til artikler indenfor de sidste 3 år, og for CHINAHL med søgeordene i titlen eller undertitlen. Jeg fik i alt 157 artikler. Da dette var ganske overvældende, valgte jeg kun at medtage reviews og vil referere 3 reviews og et metareview.

Dernæst belyser jeg hvad magtanvendelse er, omfanget af dette samt hvordan plejepersonalet oplever det. Jeg gennemgår kort dansk lovgivning om magtanvendelse og evalueringen af dens virkning, herunder plejepersonalets oplevelse af magtanvendelse.

Musikterapeutisk pleje er et tiltag, som befinder sig i grænseområdet mellem musikterapi og pleje; det er en del af den interventionsform, jeg ønsker at afprøve. Jeg refererer derfor den nyeste forskning om musikterapeutisk pleje, specielt plejepersonalets oplevelse af 'standardpleje' herunder magtanvendelse, og deres oplevelse af at arbejde med musikterapeutisk pleje. For hvert afsnit vil jeg trække konklusioner og til slut opsamle disse til en samlet konklusion i forhold til min problemformulering.

3.1 Effekten af musik og musikterapi hos demensramte

Det seneste Cochranereview vedrørende musikterapi og demens (Vink et al., 2009) konkluderer, ud fra 5 randomiserede kontrollerede forsøg i årene 1993-2000, at der ikke kan trækkes nogen konklusion hverken for eller imod musikterapis virkning hos demensramte. Alligevel har jeg i min litteratursøgning fundet 3 reviews samt et metareview, der ud fra andre videnskabsteoretiske referencerammer trækker andre konklusioner, og jeg vil kort referere dem.

I USA blev der i 2009 lavet et review, der undersøger effekten af ikke farmakologiske tilgange på neuropsykiatriske symptomer hos moderat til svært demensramte (Kverno et al., 2009). Reviewet er udført i et tværfagligt regi, førsteforfatteren har sygeplejefaglig baggrund. Det medtager kun eksperimentelle og quasiekperimentelle studier i perioden 1998-2008. Tre studier ud af 21 omhandler musik og musikterapi. Kverno et al. fastslår, at disse er af god kvalitet og rapporterer om signifikant reduktion af neuropsykiatriske symptomer. Kverno et al. konkluderer, at der er dokumentation for at musik og musikterapi reducerer agitation og apati på kort sigt og at levende musik brugt i interaktion med den demensramte, er mere virkningsfuld end musik afspillet på CD.

I et metareview fra England fra 2010, undersøger Hulme et al. også ikke farmakologiske tilgange til demensramte, med det formål at finde viden om *hvad der virker*, hvad der *måske virker* og hvad der *ikke virker* på demensramte generelt. Forfatterne har tværfaglig baggrund med udgangspunkt i sundhedsøkonomi. Undersøgelsen omfatter 33 systematiske reviews i årene 2001-2007. 10 af dem omhandler brug af musik og musikterapi. Hulme et al. påpeger, at nogle af undersøgelserne er af mindre god kvalitet, men konkluderer at der er indikation for at musik og musikterapi kan reducere agitation, aggression, vandrende adfærd, rastløshed, irritabilitet og sociale og emotionelle problemer hos demensramte. De finder ligeledes indikation for at musik eller musikterapi forbedrer demensramtes fødeindtag og reducerer aggressiv adfærd i badesituationer.

I Irland har Wall & Duffy (2009) gennemgået litteratur fra 1994-2009, der undersøger hvilken effekt musikterapi har på demensramtes adfærd. Forfatterne er sygeplejersker, men formålet med deres review er at dokumentere værdien af musikterapi til demensramte. De inkluderede 13 studier i deres undersøgelse. Både musikterapi og omsorgspersoners brug af musik med et terapeutisk formål er repræsenteret. Wall & Duffy foretog en tematisk analyse på tværs af studierne og der fremkom 3 temaer: musikterapiens effekt på agiteret adfærd, plejepersonalets rolle i musikterapi og musikterapiens positive effekt på humør og socialisering. Wall & Duffy konkluderer, at musikterapi på kort sigt kan reducere agiteret og aggressiv adfærd samt forbedre humør og socialisering hos demensramte. De konkluderer desuden, at individualiseret, levende musik har den bedste effekt, og at den positive effekt synes at brede sig til omsorgspersonerne.

At synge for demensramte er en hyppig musikterapeutisk intervention, som også kan anvendes af omsorgspersoner. I Australien har musikterapeuter undersøgt, om det er sangeren eller sangen der udgør effekten (Chatterton et al., 2010). De foretog et review over undersøgelser, hvor forskellige personer sang for demensramte. Studierne omhandlede kun individuelle situationer og 17 artikler blev inkluderet; heraf var der 7, der omhandlede plejepersonale der sang, og 10 der omhandlede musikterapeuter, herunder 1 hvor en pårørende sang på musikterapeutens foranledning. Der indgik både kvalitative og eksperimentelle design i studierne. Svaret på spørgsmålet viste sig at være meget kompleks; det at synge for en demensramt kan forbedre dennes livskvalitet uafhængig af den pågældende sangers kvalifikationer; men i spørgsmålet om hvor effektivt det virker, så var målet med sangen og den demensramtes evne til at tage imod også af betydning. Chatterton et al. konkluderer, at eftersom omsorgspersoner tilbringer langt mere tid med demensramte, end musikterapeuter har mulighed for, vil det være hensigtsmæssigt, at musikterapeuter bruger en del af deres ressourcer på at hjælpe omsorgspersoner til at kunne synge på en sensitiv måde for demensramte.

Opsamling og konklusion på effekten af musik og musikterapi

To reviews og et metareview konkluderer at musik og musikterapi kan påvirke demensramtes adfærd på kort sigt ved at reducere BPSD som agitation, apati, aggression og aggression i badesituationer, vandrende adfærd, rastløshed og irritabilitet (Kverno et al., 2009, Hulme et al., 2010, Wall & Duffy, 2009). Endvidere kan musik og musikterapi formindske sociale og emotionelle problemer, forbedre fødeindtag samt den demensramtes livskvalitet generelt (Hulme et al., 2010, Wall & Duffy, 2009, Chatterton et al. 2010).

Tre reviews påpeger at musikken, herunder sang, bør være levende og bruges sensitivt i interaktion med den demensramte, (Kverno et al., 2009, Wall & Duffy, 2009, Chatterton et al. 2010), men at virkningen af sang i mindre grad beror på sangerens kvalifikationer, men mere på målsætningen og den demensramtes evne til at tage imod sangen (Chatterton et al. 2010).

To reviews omtaler plejepersonalet. Den positive effekt synes at brede sig til plejepersonalet (Wall & Duffy, 2009), og det vil det være hensigtsmæssigt, at musikterapeuter bruger en del af deres ressourcer på at hjælpe omsorgspersoner til at kunne synge på en sensitiv måde for demensramte (Chatterton et al., 2010).

De 3 reviews omfatter tilsammen 33 studier, hvoraf kun 3 overlapper hinanden. Metareviewet omfatter 10 reviews. Tilsammen indikerer de at musikterapi og anden individualiseret, levende musik og sang, anvendt målrettet i samspil med den demensramte, kan reducere BPSD på kort sigt og forbedre den

demensramtes livskvalitet. De indikerer endvidere, at den positive virkning kan brede sig til omsorgspersonerne, og at disse med oplæring kan lære at benytte sang sensitivt i omsorgssituationer. De indikerer også at målsætningen og den demensramtes evne til at tage imod sang har en indflydelse på virkningen.

3.2 Magtanvendelse og plejepersonalets oplevelse

Den nuværende lov om magtanvendelse hos personer med betydelig og varigt nedsat funktionsniveau trådte i kraft 1.1.2000 (Lovbekendtgørelse nr. 941, 2009). Udover en bedre sikring af den enkeltes retssikkerhed, var hensigten også at forebygge magtanvendelse gennem nytænkning indenfor socialpædagogisk- omsorgs- og plejefagligt arbejde. Loven præciserer, at indgreb i den enkeltes selvbestemmelse kun må foregå såfremt denne udsætter sig selv eller andre for væsentlig fare eller personskade; magtanvendelse må aldrig erstatte omsorg, pleje og social bistand (§124). Loven omhandler brug af alarm- og pejlesystemer og brug af fysisk magt til at tilbageholde eller føre personer tilbage til deres bolig (§§ 125, 127). Derudover omhandler den brug af fysisk magt til fastholdelse i hygiejnesituationer eller for at føre personen til et andet rum (§ 126) samt brug af beskyttelsesmidler som stofselser til fastspænding til seng eller kørestol (§128). Loven præciserer desuden, at alle indgreb i den personlige frihed skal registreres og indberettes til den kommunale myndighed sammen med en handleplan for, hvordan indgreb kan forebygges (§136). Den kommunale myndighed skal årligt udarbejde en redegørelse over samtlige indgreb.

I 2006 foretog Styrelsen for Social Service en evaluering af lovgivningens virkning. Det fremgår at praksis for indberetning er meget mangelfuld i nogle kommuner. Kun 1/3 udarbejdede en årlig redegørelse og ca. 1/3 havde ikke registeret magtanvendelse indenfor det sidste år. Derfor kan der ikke statistisk konkluderes noget om omfanget. Der blev desuden foretaget interviews med medarbejdere om deres oplevelse af magtanvendelse. Det fremgår af disse, at balancen mellem at opretholde omsorg og undgå magtanvendelse fylder meget i hverdagen. Det beskrives som en daglig afvejning mellem hensynet til at opfylde omsorgspligten og sikre forsvarlige forhold for den enkelte uden at begå overgreb. Hensyn til medbeboere og sikring af eget arbejdsmiljø, fx brug af lift mod den demensramtes ønske, kan spille ind. Evalueringen fokuserer ikke på arbejdsmiljøfaktorer, men referer et tilfælde, hvor magtanvendelse førte til en fysisk arbejdsskade. Dertil kommer, at medarbejdere oplever et krydspres, dvs. at skulle leve op til modsatrettede krav fra myndigheder og ledelse, i forhold til det tidskrævende i at administrere og dokumentere tiltag og handleplaner – tid der tages fra det egentlige arbejde med omsorg for de demensramte. Pårørende kan yderligere bidrage til krydspres; det fremgår af evalueringen, at disse ofte, i modsætning til myndigheder og ledelse, efterlyser mere magtanvendelse, for at få større tryk. I interviews har medarbejdere oplyst, at magtanvendelse forekommer hyppigere end ellers i situationer, hvor der sker omstruktureringer, hvor demensramte og medarbejdere ikke kender hinanden godt, fx når beboeren er ny, eller der bruges mange vikarer. Desuden angav medarbejderne, at mangel på fleksibilitet i arbejdsplanlægningen kunne bevirke, at de demensramte fik mindre indflydelse på deres hverdag, og at dette også kunne føre til øget magtanvendelse.

Opsamling og konklusion på magtanvendelse og plejepersonalets oplevelse

Selvom det er klart beskrevet i lovgivningen hvad magtanvendelse er, er det ikke muligt at sige noget konkret om omfanget, udover at plejepersonale angiver, at forebyggelsen fylder meget i hverdagen. Fra

SPIDO projektet (Servicestyrelsen, 2009), ved man dog at 39% af de adspurgte angav, at de jævnligt eller ofte anvendte magt, før de modtog undervisning i socialpædagogiske metoder. Plejepersonale angiver desuden, at der er nogle organisatoriske forhold, forandringer, nye beboere, mange vikarer eller manglende fleksibilitet i arbejdsplanlægningen, der vanskeliggør forebyggelsen. Plejepersonalet oplever et psykisk pres i form af et krydspres i forbindelse med krav og forventninger fra myndigheder, ledelse og pårørende, samt pres imod at sikre eget arbejdsmiljø.

Omfanget af magtanvendelse er altså ukendt, men plejepersonale oplever at forebyggelsen fylder meget i hverdagen. Organisatoriske forhold kan gøre det vanskeligere, mens undervisning i socialpædagogiske metoder, kan gøre det nemmere. Magtanvendelse og forebyggelse af dette kan være en belastning for både det psykiske og fysiske arbejdsmiljø i form af fysiske skader og psykisk stress i forbindelse med krydspres.

3.3 Musikterapeutisk pleje

I 2001 fremkom Brown et al. med et nyt begreb, de kaldte for 'MTC' (music-therapeutic caregiving), på dansk 'musikterapeutisk pleje' (Ridder, 2005, s.85). Begrebet defineres som plejepersonale, der synger for eller sammen med en demensramt person under udførelse af pleje. En kvalitativ analyse af videoptagelser viste, at dette påvirkede situationen sådan, at der opstod færre konflikter og bedre interaktion i situationen, ligesom den demensramte udviste større nærvær, en bedre kropsholdning og evne bevægelse samt bedre evne til at udtrykke følelser (Götell et al., 2002,2003, 2008).

Musikterapeutisk pleje er yderligere undersøgt i et projekt (Hammar et al., 2010), hvor 10 demensramte plejehjemsbeboere og 6 plejepersoner blev videofilmet under morgenpleje én gang om ugen i 8 uger; de 4 første uger under sædvanlig pleje, de 4 næste uger sang plejepersonen for, eller sammen med den demensramte. Plejepersonerne var instrueret i at synge, enten gennem et kursus eller af forsøgslederen. Efterfølgende blev videoptagelserne analyseret ved brug af to skalaer: RTCS (resistivness to care scale) og OERS (observed emotion rating scale), der begge bygger på observation af antal og varighed af bestemte variable. Varigheden kan scores fra 0, <16 sekunder, 16-59 sekunder, 1-2 minutter, > 2 minutter. RTCS omfatter 13 parametre, fx at trække sig væk, skubbe væk, gribe fat i, osv. OERS omfatter 4 positive følelser fx glæde og generel opmærksomhed, og 3 negative følelser: vrede, angst og at være ked af det. Resultaterne blev statistisk bearbejdet, og i forhold til RTCS var det generelle billede, at den observerede modstand både hvad antal episoder og varighed angik, faldt under musikterapeutisk pleje. For tre af parametrene (trække sig væk, gribe fat i og skubbe væk) var dette signifikant. Med hensyn til observerede følelser var det generelle billede, at antal og varighed af positive følelser steg signifikant under musikterapeutisk pleje, mens de negative faldt i varighed, dette var dog ikke signifikant.

I tillæg til den kvantitative undersøgelse deltog plejepersonerne i 2 gruppeinterviews (Hamar et al., 2011); et om deres oplevelse af almindelig morgenpleje og et om musikterapeutisk pleje. Efterfølgende blev der foretaget en kvalitativ analyse af begge interviews og der fremkom to temaer: 'Struggling for care in communion' for almindelig morgenpleje og 'consolidating care in communion' for musikterapeutisk pleje. I 'Struggling for care' fremkom der 4 undertemaer. Det første omhandlede vanskeligheder med at få den demensramte til at forstå hvad plejepersonerne ønskede at gøre; dette kunne lede til modstand mod pleje hos den demensramte og en følelse af afmagt hos plejepersonen. Det andet undertema handlede om plejepersonernes fysiske og psykiske følger af den demensramtes

modstand og aggression, herunder fysiske skrammer og stress i forbindelse med at fastholde den demensramte. Fastholdelse blev beskrevet som den sidste udvej og stærkt belastende, både fysisk og moralsk. Dette ledte til det tredje tema: det etiske dilemma forbundet med valget mellem at unnlade omsorg eller udføre pleje med brug af magt. Det blev beskrevet som en omstændighed, der gav overvejelser om, hvordan arbejdet kunne udholdes i længden. Det fjerde tema var forbundet med trøst og kærlighed, når arbejdet trods alt lykkedes, og plejepersonen oplevede den demensramte som velplejet og tilfreds bagefter.

Under temaet 'consolidating care in communion' som fremkom ved analysen af interviewet om musikterapeutisk pleje, fremkom 2 undertemaer. Det første omhandlede plejepersonernes oplevelse af forbedret kommunikation. Selvom der blev sagt mindre og givet færre instrukser, så oplevede plejepersonerne et bedre samarbejde med den demensramte. Det andet tema handlede om oplevelsen af gensidige positive følelser, som syntes at forstærke hinanden, og plejepersonerne oplevede det meget tilfredsstillende, at arbejdet blev udført i en afslappet atmosfære, uden mange afbrydelser.

Opsamling og konklusion på musikterapeutisk pleje

Plejepersonale kan opleve afmagtsfølelser i forbindelse med demensramtes manglende evne til at kommunikere. Desuden kan de opleve såvel fysiske skader som psykisk belastning i form af etiske dilemmaer i forbindelse med at udføre pleje under magtanvendelse eller unnladelse af at udføre pleje. Dette kan være så voldsomt, at det fører til tanker om ikke at kunne udholde arbejdet, men det, at opleve at arbejdet blive udført på trods af vanskeligheder, kan også indebære trøst og kærlige følelser mod den demensramte. Plejepersonale er i stand til at udføre musikterapeutisk pleje efter et kursus eller personlig instruktion og opnå resultater i form af signifikant mindre modstand mod pleje samt signifikant flere positive følelser i situationen. Dette opleves som forbedret kommunikation, forbedret samarbejde og gensidige positive følelser samt som en stor tilfredsstillelse, at arbejdet er vel udført.

Demensramtes manglende evne til at kommunikere, modstand mod nødvendig pleje og etiske dilemmaer er altså forbundet med såvel fysisk som psykisk belastning af arbejdsmiljøet, men efter kursus eller instruktion i at bruge sang i plejesituationen er det muligt for plejepersonale at reducere modstanden og øge mængden af positive følelser og derved opleve arbejdet mere tilfredsstillende.

3.4 Opsamling og konklusion i forhold til problemformulering

Litteraturen indikerer, at demensramtes manglende evne til at kommunikere og dermed forstå hvad plejepersonalet vil have dem til at gøre, kan føre til modstand mod nødvendig pleje og magtanvendelse. Selvom omfanget af magtanvendelse er ukendt, så fylder afvejningen af hensynet til den demensramtes selvbestemmelse og behov for omsorg meget for plejepersonalet. Afvejningen af interesser i forhold til medbeboere, pårørende, eget arbejdsmiljø samt krav fra ledelse og myndigheder gør det til en kompleks opgave. Ikke optimale organisatoriske forhold gør den vanskeligere. Der er både fysiske skader og psykiske belastninger forbundet med dette, og det kan føre til følelser af afmagt og tanker om at arbejdet ikke kan udholdes. Den demensramtes manglende evne til at kommunikere og deraf følgende modstand mod pleje, kan derfor siges at udgøre en risikofaktor i forhold til magtanvendelse og arbejdsskader.

Musikterapi kan på kort sigt reducere adfærd som agitation, apati, aggression, vandrende adfærd, rastløshed og irritabilitet og forbedre den demensramtes sociale og følelsesmæssige situation samt generelle livskvalitet. Individualiseret, levende sang, anvendt målrettet i samspil med den demensramte, i form af plejepersoner, der synger for den demensramte, kan forbedre kommunikationen og afhjælpe modstand mod pleje. I individuelle situationer med sang, er det ikke sangerens kvalifikationer, der er afgørende, men mere målsætningen og den demensramtes evne til at tage imod sangen, der har en indflydelse på virkningen. Plejepersonale kan således ved kursus eller instruktion lære at anvende musikterapeutisk pleje og forbedre kommunikationen til den demensramte, så modstand mod pleje minimeres og der opstår flere positive følelser i situationen. Både musikterapi og plejepersonale der synger, kan således medvirke til at reducere BPSD og magtanvendelse, så plejepersonalet oplever arbejdet mere tilfredsstillende og reducerer risici for fysiske og psykiske arbejdsskader.

Jeg mener derfor, der er indikation for at antage, at plejepersonale der, efter vejledning og overføring af teknikker til at anvende sang målrettet i samspil med den demensramte, kan bedre kommunikationen og reducere modstand mod pleje. Derved forebygges fastholdelse i plejesituationer og den dermed forbundne risiko for arbejdsskade.

Jeg mener desuden, der er indikation for at antage, at musikterapi kan reducere BPSD som agiteret, aggressiv og vandrende adfærd, der kan føre til andre former for magtanvendelse fx brug af pejle- og alarmsystemer og fastholdelse for at føre tilbage til boligen eller til et andet rum. Selv om det ikke er undersøgt, kunne det være en mulighed, at plejepersonale også kunne forebygge magtanvendelse ved hjælp af sang i disse situationer.

En forudsætning for at musikken virker er, at den er levende og bruges målrettet i interaktion med den demensramte, og at den demensramte har evne til at tage imod sangen. Musikterapiens kerneområde er netop at kunne kommunikere målrettet gennem musik – også hos mennesker, der har vanskeligheder med det verbale sprog. Derfor mener jeg at musikterapeuter, udover at kunne reducere BPSD gennem musikterapi, også kan bidrage med faglig kompetence og vejledning til plejepersonalet om brug af sang som kommunikation både i plejesituationer, men også generelt i hverdagen. Herunder kan musikterapeuter bidrage med at vurdere den demensramtes evne til at tage imod sang og finde frem til de udtryk, den demensramte bedst er i stand til at tage imod. Jeg ser derfor musikterapien og samarbejdet mellem musikterapeuten og plejepersonalet, herunder vurdering af og vejledning og undervisning i målrettet brug af sang og musik i arbejdet, som en samlet form for musikterapeutisk intervention, der kan forebygge magtanvendelse og arbejdsskader, og mener at der i litteraturen er indikation for at interventionen bør afprøves.

4.0 Dataindsamling og analysemetode

I dette afsnit vil jeg komme ind på udviklingen af den protokol, jeg benyttede til dataindsamling, samt udviklingen af det spørgeskema, der indgik i protokollen. Dernæst vil jeg beskrive de ydre rammer for dataindsamlingen, og hvilke teorier og personlige erfaringer jeg lagde til grund for arbejdet. Til slut vil jeg beskrive, hvilke data jeg indsamlede og hvordan, samt beskrive den analysemetode jeg har anvendt.

4.1 Pilotprojekt som udvikling af protokol til dataindsamling

Formålet med pilotprojektet (Hyldgaard, 2010a) var at undersøge, hvordan ideen om musikterapeutisk intervention som forebyggelse af magtanvendelse kunne udforskes. Spørgsmålene i pilotprojektet var:

”Hvordan kan en protokol udformes, så den undersøger om musikterapi og samarbejde mellem musikterapeut og plejepersonale om musikterapeutisk pleje, kan forebygge magtanvendelse i plejen hos demensramte, herunder:

- *Hvilke spørgsmål er centrale og væsentlige at undersøge?*
- *Hvilke måleinstrumenter / observationsmetoder kan det være relevant at bruge?*
- *Hvilken procedure for samarbejdet kan det være relevant at følge?”* (Hyldgaard, 2010a, s.7)

Pilotprojektet bestod af en litteraturgennemgang og sideløbende, et single case studie.

Litteraturgennemgangen viste, at der ikke fandtes specifik forskning om emnet og heller ikke specifikke måleinstrumenter. Der blev gennemgået to forskningsdesign, (Ridder & Ottesen, 2008, Raglio et al., 2008), der fornylig har været anvendt til at undersøge musikterapis effekt hos demensramte. Desuden blev måleinstrumentet NPI (Neuropsychiatric Inventory) gennemgået. På den baggrund blev udviklet et kvantitativt måleinstrument, AMA (Adfærd, Magtanvendelse og Arbejdsmiljø), og en procedure til samarbejde med plejepersonalet. Begge dele blev afprøvet i casen. Den omhandlede en 89 årig demensramt kvinde, der modtog musikterapi gennem 5 uger. Casen indgår i nærværende projekt som person A (afsnit 5.2). Projektet afdækkede, at et væsentligt spørgsmål at undersøge er, om BPSD er en risiko for magtanvendelse i plejen, og risiko for arbejdsskader hos plejepersonalet.

Jeg konkluderede, at en protokol kan udformes som et multipel case studie med musikterapeutisk intervention. Data kan bestå af en præ- og post måling af kvantitative data med et AMA spørgeskema, samt kvalitative data i form af case beskrivelser, der fokuserer på den musikterapeutiske tilgang, temaer i vejledning og i overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet. Denne konklusion er udgangspunkt for problemformuleringen i nærværende projekt. Mine erfaringer fra casen brugte jeg desuden til at formulere en 'case manager', der detaljeret beskriver indsamling af data og samarbejdsprocedure i klinikken (bilag 3).

4.2 Måleinstrument: Adfærd, Magtanvendelse og Arbejdsmiljø

For dels at kunne undersøge, om der er en sammenhæng mellem BPSD og risiko for magtanvendelse og arbejdsskader, dels om musikterapeutisk intervention kan reducere denne risiko, ønskede jeg at udvikle et måleinstrument, der omfattede alle tre aspekter. Måleinstrumentet skulle let kunne anvendes i klinisk

praksis før og efter en intervention. Jeg tog udgangspunkt i måleinstrumentet NPI, der måler et bredt spektrum af neuropsykiatriske forandringer hos demensramte (Cummings et al., 1994). Det er et spørgeskema, der anvendes ved et proxyinterview med den demensramtes kontaktperson. Det kommer fra USA, men er oversat til dansk og består af 12 hovedspørgsmål, der screener for 12 symptomområder. Såfremt der svares ja (=symptomet er til stede) suppleres med 5-8 uddybende underspørgsmål. Der skal desuden scores, hvor ofte symptomet er til stede (1=mindre end en gang om ugen, 2=ca. en gang om ugen, 3=flere gange om ugen, 4=dagligt eller flere gange daglig) og hvor svært symptomet er (1=mild, 2=moderat, 3=svært). Derved fremkommer to talværdier som ganges med hinanden og resultatet er det kvantitative udtryk for symptomet. Resultatet kan være minimum 1 (1x1) = symptomet forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad, og maksimalt 12 (4x3) = symptomet forekommer dagligt eller flere gange dagligt i svær grad. Både den amerikanske og den danske udgave af NPI har været gennem omfattende valideringstest, og er fundet både valide og reliable (Cummings et al., 1994, Kørner et al., 2008).

I udviklingen af mit spørgeskema AMA (bilag 4) bibeholdt jeg de 12 hovedspørgsmål fra NPI, dog blev nogle af dem efter afprøvningen, let omformuleret til et mere 'plejenært' sprog. Disse udgør første del af AMA: Adfærd. Ud fra lovgivningen om magtanvendelse formulerede jeg 6 spørgsmål om hvorvidt forskellige typer magtanvendelse fandt sted, samt 6 spørgsmål om *risikoen* for at disse typer magtanvendelse fandt sted, i alt 12 spørgsmål. Disse udgør anden del af AMA: Magtanvendelse. Tilslut formulerede jeg to spørgsmål om hvorvidt der forekom fysiske og psykiske arbejdsskader, samt to spørgsmål om *risikoen* for at det skulle forekomme, i alt 4 spørgsmål. Disse udgør tredje del af AMA: Arbejds miljø. Det blev i alt 28 spørgsmål og i forhold til mine tidsrammer vurderede jeg, at det ville være urealistisk at anvende AMA ved proxyinterview. Jeg valgte derfor at plejepersonalet skulle besvare det på egen hånd. Til gengæld valgte jeg, at alle faste medarbejdere med kontakt til den demensramte, skulle besvare spørgeskemaet. Selvom NPI i en test har vist stor inter-rater reliability (Cummings et al., 1994), forventede jeg, ud fra mit praktiske kendskab til området, at der ville være en del variationer i besvarelsene, baseret på medarbejdernes uddannelse og erfaring, samt på variationer over døgnet. Jeg mente derfor, at et gennemsnit af flere medarbejders besvarelser, ville give et mere nuanceret billede af virkeligheden end besvarelse fra én medarbejder.

I besvarelsen beholdt jeg den samme systematik som i NPI med scoring for hyppighed og sværhedsgrad og anvendte den i alle tre afsnit. Da jeg undlod de oprindelige underspørgsmål fra NPI til de 12 symptomområder i afsnittet om adfærd, bortfaldt muligheden for at svare nej = fravær af symptomet. Derfor gjorde jeg det muligt at svare dette ved at score 0. Desuden gjorde jeg det muligt at svare 'ikke observerbart' ved at score '5', for at det skulle være muligt at besvare alle spørgsmål. Den kvantitative værdi for hver spørgsmål i AMA kan derfor være fra 0 = forekommer aldrig, og op til 12 (3x4) = forekommer dagligt eller flere gange dagligt i svær grad. Desuden er der en mulighed for at markere at symptomet ikke kan observeres. Efter beregning af talværdien for hver spørgsmål i det enkelte spørgeskema, beregnes den endelige værdi for hvert spørgsmål som gennemsnit af alle besvarelser, ved at lægge tallene fra alle besvarelser sammen og derefter dividere med antallet af besvarelser.

I afprøvningen af spørgeskemaet besvarede plejepersonalet spørgeskemaerne i ugen før og i ugen efter de 5 ugers musikterapeutiske intervention. De blev bedt om at besvare spørgsmålene ud fra egne oplevelser med klienten indenfor de sidste 4 uger. Dette betyder, at besvarelsen *efter* interventionen rent faktisk omhandler perioden *under* interventionen. Jeg har dog valgt at bibeholde terminologien 'før

og efter' da det virker som det mest logiske i forhold til svartidspunktet, og fordi observationsperioden jo ikke omhandler *hele* interventionsperioden.

Som led i min samarbejdsprocedure, ønskede jeg at præsentere resultatet af besvarelsen for plejepersonalet og gøre denne til genstand for fælles tolkning, for at undersøge om andre faktorer end musikterapien havde haft indflydelse på besvarelsene. Derfor samlede jeg resultaterne af besvarelsene i tre søjlediagrammer, et for hvert afsnit, hvor søjlerne angiver værdien for det enkelte spørgsmål før og efter den musikterapeutiske intervention, og brugte dette i præsentationen. Jeg brugte stikord fra spørgsmålene som navne til søjlerne, så de kunne læses uden nødvendigvis at sidde med spørgeskemaet. Dette viste sig at være en let forståelig måde at formidle resultatet til plejepersonalet på og et godt udgangspunkt for dialog og fælles tolkning, og jeg har derfor brugt denne fremgangsmåde i projektet.

4.3 Ydre rammer for dataindsamling

Min praktik bestod af 1 uges forpraktik i foråret 2010. Her traf jeg aftale om at indsamle data hos klienten i mit pilotprojekt. Efterfølgende var jeg i praktik 16 uger i efteråret, hvor jeg indsamlede data hos de øvrige klienter.

Mit praktiksted havde ikke haft musikerapeut tilknyttet før og var ret ukendt med musikterapi. På indledende møder præsenterede jeg derfor musikterapi og min case manager (bilag 3). Efter aftale med ledelsen blev enkelte punkter i proceduren tilrettet praktikstedets praksis.

På to af de fire ældrecentre, jeg kom på, var jeg dog kendt af nogle, da jeg havde været ansat som aktivitetsmedarbejder en kort periode forinden. Der var ikke nogen af klienterne, der kendte mig på forhånd. Mit møde med dem foregik i deres vante omgivelser og selve terapien foregik i deres egen bolig eller i et skærmet område af fællesarealerne.

Min kontaktperson var den ene af to demensvejledere i kommunen. Hun og hendes kollega havde personligt kendskab til de fleste demensramte i kommunen, og koordinerede henvisning af klienter til mig. Undervejs i forløbet fulgte hun mit arbejde tæt, fordi hun selv havde koordinerings- og vejledningsopgaver i forhold til nogle af klienterne. Desuden havde jeg base på hendes kontor, og vi havde derfor næsten daglig kontakt.

På praktikstedet blev der benyttet fælles elektronisk journal, og mit arbejde blev dokumenteret i denne. Derudover havde hver klient en 'kommunikationsbog', en fysisk mappe på afdelingen til daglige notater, hvor jeg skrev korte notater til plejepersonalet efter hver session, ligesom jeg holdt mig a jour med klienterne ved at læse plejepersonalets notater.

4.4 Mine forudsætninger i forhold til klientgruppen

På forhånd var min musikterapeutiske tilgang ikke fastlagt, da jeg ønskede klienten og situationen skulle være rådende, så jeg kunne undersøge forskellige muligheder. Det betyder ikke, at intet var fastlagt på forhånd. Min kliniske praksis var styret dels af teoretisk viden og musikalsk træning, indhentet gennem studietiden, dels af praktisk erfaring indhentet gennem mit tidligere arbejde som sygeplejerske (14 år), leder af et ældrecenter (6 år), ældrechef i en kommune(4 år), samt min 6. semesters praktik som musikterapistuderende i et demensafsnit. Desuden havde jeg kort tid før praktikken en samtale med

musikterapeut Bente Laurbjerg Knudsen, om hendes erfaringer med musikterapi til demensramte i Vejle Kommune.

Teoretisk viden

I min studietid har jeg indhentet teoretisk viden, bl.a gennem at skrive projekter om musikterapi og demens (Madsen & Hyldgaard 2006, 2008, 2009, Hyldgaard 2010a), og som jeg kort vil gøre rede for.

Grundlæggende arbejdede jeg ud fra tankegangen om personcentreret terapi, grundlagt af Rogers (Even, 2003). Terapeut – klientrelationen er det centrale i terapien og præget af autensitet, empati og ubetinget positiv anerkendelse (Madsen & Hyldgaard, 2009, s.56). Dernæst arbejdede jeg ud fra tankegangen om 'positivt personarbejde' som er beskrevet af Kitwood (1999), hvilket vil sige at arbejde med at opfylde demensramtes psykosociale behov via positive interaktioner, hvor især interaktionerne 'validering', 'holding' og 'facilitering' anses for at være terapeutiske (Madsen & Hyldgaard, 2009, s.57).

I det kliniske arbejde fulgte jeg en procedure beskrevet af Wigram (2004, s.181). Denne indeholder:

- indhentning af baggrundsviden om klienten
- assessment: vurdering af behov og klientens egen opfattelse af sine behov, samt om musikterapien kan imødekomme behovene
- formulering af mål og plan
- evaluering og justering

I musikterapisessionerne brugte jeg teori om kommunikation af Ridder (2003) og betydningen af at regulere arousalniveau hos den demensramte, samt hvordan dette kan gøres via sang og andre musikalske teknikker (Madsen & Hyldgaard, 2009, s. 58). I de enkelte sessioner arbejdede jeg ud fra en struktur, som er beskrevet af Ridder (2005), hvor sessionen indledes med et musikalsk cue, der skaber opmærksomhed; derefter arbejdes med arousalregulering for at få så gode betingelser som muligt for den efterfølgende dialog. Til sidst rundes sessionen af og klienten bringes tilbage til hverdagen (Madsen & Hyldgaard, 2009, s. 58).

Praktisk erfaring

I samarbejdet med plejepersonalet brugte jeg mest erfaringer fra mit tidligere arbejde som leder i ældreplejen, hvor jeg ofte var involveret i løsningen af forskellige problemstillinger vedrørende omsorg, magtanvendelse og arbejdsmiljø. Jeg følte derfor jeg havde godt kendskab til miljøet og min sygeplejerskebaggrund gjorde, at mine samarbejdspartnere havde stor tillid til mig. Jeg var dog meget bevidst om, at jeg nu var i en anden position; hvor jeg tidligere havde ansvar for at problemerne blev løst, og kompetence til at beslutte løsninger, var jeg som studerende i en position, hvor jeg havde et tilbud til beboere og personale, som de kunne tage imod, men også var i deres gode ret til at afvise.

Fra min 6. semesters praktik brugte jeg mest min erfaring med musikterapeutisk pleje fra en case, som indgik i mit bachelorprojekt (Madsen & Hyldgaard, 2009).

Erfaringer fra mit pilotprojekt samt min samtale med musikterapeut Bente Laurbjerg Knudsen, Vejle Kommune brugte jeg i udformningen af behandlingsplanerne, der alle som udgangspunkt bestod af musikterapi to gange om ugen i en fem ugers periode før evaluering.

Musikalsk erfaring

I den musikalske træning på uddannelsen er mit hovedinstrument klaver, men i min 6. semesters praktik startede jeg på at spille harmonika, da jeg erfarede, at det er et instrument, der vækker genkendelighed og glæde hos mange ældre og er let at bringe med rundt til de demensramtes egne boliger.

Harmonikaen er både synlig og høres let; den giver et tydeligt cue og skaber god opmærksomhed.

Harmonikaen er derfor meget velegnet kommunikation med demensramte og udover sang, var den mit primære instrument i praktikken.

4.5 Dataindsamling og forberedelse til analyse

For tydeliggøre hvordan data er indsamlet og bearbejdet har jeg valgt at inddrage teori om kvalitativ case analyse af Brucia (2005). Han beskriver det som en trinvis proces, der starter allerede i indsamlingen af data. Vigtige trin er at:

- definere hvad en case er
- føre lister over hvilke data der hører til casen
- gøre klart hvem deltager i dataindsamling og -analyse og hvad er deres roller og ansvar
- planlægge i hvilken rækkefølge de enkelte data skal analyseres og, hvis der er flere cases, i hvilken rækkefølge disse skal analyseres
- gøre klart om analysen fokuserer på form eller indhold og på casen som helhed eller på variable i den enkelte case

I det følgende vil jeg komme ind på hvad jeg har gjort i forhold til hvert punkt.

Definering af case

En case definerer jeg som alt, der vedrører musikterapi og mit samarbejde med plejepersonalet om dette hos én klient. Se caseoversigt, figur 1.

Caseoversigt

Klient	Køn	Alder	Diagnose	Bolig	Civilstand	Kontakt til gerontopsykiatri
A	kvinde	89 år	vaskulær demens	demensafsnit	enke	ja
B	kvinde	88 år	alzheimers demens	demensafsnit	enke	ja
C	kvinde	88 år	alzheimers demens tidl. apopleksi, svær depression	demensafsnit	enke	ja
D	kvinde	89 år	ikke udredt	somatisk afsnit	enke	ja
E	mand	61 år	semantisk demens	somatisk afsnit	fraskilt	nej

Figur 1: Oversigt over klienter og deres baggrund

Oversigt over data

Bruca (2005) anfører, det er vigtigt at udarbejde oversigt over data vedrørende den enkelte case såvel som over alle cases.

For at have oversigt over hvad der var mine arbejds papirer, dokumentation i forhold til praktikstedet og dokumentation i forhold til dataindsamlingen, udarbejdede jeg på forhånd en oversigt over dette (bilag 5) og efterfølgende en oversigt over rådata i hver case, figur 2.

Oversigt over rådata i samtlige cases

	AMA før og efter 5 uger	AMA efter 10 uger	Behandlingsoplæg	Antal beskrivelser af assessment sessioner	Antal beskrivelser af individuelle sessioner	Antal beskrivelser af gruppe sessioner/ sessioner med andre	Antal video / audio optag	Antal referater af møder med personalet	Andet
A	x		x	1	1	8	0	2	Idekatalog til plejepersonal. Caseignet
B	x		x	2	10	4	0	2	Supervisions rapport
C	x	x	x	1	21	3	12 audio	2	Supervisions rapport
D	x	x	x	2	21	1	17 video	2	Supervisions rapport
E	x		x	3	10	0	6 video	2	Supervisions rapport

Fig. 2: Fortegnelse over rådata i alle fem cases

Mine rådata bestod af:

- AMA spørgeskemaer udfyldt af det faste plejepersonale før, samt efter fem og, hos to klienter også efter ti uger. Resultaterne af spørgeskemaerne blev løbende opsamlet i søjlediagrammer og fremlagt på møder med plejepersonalet.
- Behandlingsoplæg, udarbejdet i forhold til krav til 9. semesters praktik og godkendt af min supervisor. De omhandler årsag til henvisning, egnethed for musikterapi, mål, behandlingsplan og andre behandlingstilbud. Behandlingsoplæggene er udarbejdede ud fra journaloplysninger, livshistorie, oplysninger fra plejepersonale og pårørende, samt egne oplevelser fra assessment samt de tre første sessioner. Som hjælp til at samle informationerne brugte jeg et skema til opsamling af kvalitativ livshistorie (bilag 6) samt et spørgeskema til pårørende om musikalsk livshistorie, som jeg udfyldte ved tlf. interview (bilag 7).
- En retrospektiv beskrivelse af alle sessioner, inkl. vejledningssituationer knyttet til, i skemaform (bilag 8). Alle klienter fik individuelle sessioner, men nogle deltog desuden i gruppesessioner,

hvor der findes særskilte beskrivelser. Hos to klienter findes der desuden videooptagelser af en del af sessionerne og hos en klient audiooptag.

- Referat fra statusmøder med plejepersonalet i form af standardiserede oplæg (bilag 9) med beskrivelse af hvilke musikterapeutiske teknikker og andre interaktionsteknikker jeg har anvendt, samt resume af AMA undersøgelsen. Efter møderne skrev jeg referat af plejepersonalets oplevelse og vores fælles fortolkning og konklusion.
- I én case findes der et idekatalog til plejepersonalet om målrettet brug af sang og musik i hverdagen.
- Supervisionsrapport i.h.t krav for 9. semester omtaler refleksioner over kliniske problemstillinger og uddrag fra denne indgår i nogle af casene.
- I én case findes en casevignet, udarbejdet i forbindelse med en artikel (Hyldgaard & Ridder, 2011).

Roller og ansvar i dataanalysen

Brucia (2005) påpeger, at kvalitative undersøgelser indeholder mange lag af menneskelig interaktion, og det derfor er nødvendigt nøje at definere roller i dataindsamling og analyse, fx hvem kontrollerer nøjagtigheden af data, hvem er involveret i fortolkningen osv.

I foregående afsnit gjorde jeg rede for min egen rolle, men vil her resumere op, hvem der ellers har medvirket og hvordan:

Gruppesupervisor på Aalborg Universitet: har godkendt behandlingsoplæg for den enkelte klient samt supervisionsrapport

Individuel supervisor på Aalborg Universitet: har godkendt antal forløb i praktikken og kommenteret referater af supervision

Ledelse på praktikstedet: har godkendt oplægget til projektet, min case manager, samt journalføring.

Kontaktperson på praktikstedet: har fulgt det kliniske arbejde på nært hold og efterfølgende foretaget 'membercheck'

Plejepersonale på praktikstederne: har besvaret AMA skemaer, og været medfortolkere af resultaterne i de enkelte cases.

Planlægning af rækkefølge

Brucia (2005) nævner her flere faktorer: i hvilken rækkefølge skal de enkelte data i hver case analyseres, i hvilken rækkefølge skal de enkelte cases analyseres, og hvornår i processen skal det foregå i forhold til fx litteraturstudier. Desuden påpeger Brucia, at det optimale vil være at analysere data fra en eller to cases, før man indsamler data fra flere, da det kan vise sig nødvendigt at justere dataindsamlingen.

Hvad det sidste angår, så er det første sæt data (A) indsamlet i pilotprojektet (Hyldgaard, 2010a) og selvom jeg på daværende tidspunkt ikke analyserede dataene ud fra de spørgsmål, der er stillet i nærværende undersøgelse, så udsprang spørgsmålene af disse data. Derfor har fokus for dataindsamlingen været meget klar fra starten af, og denne er derfor ikke justeret undervejs. I de øvrige cases fungerede møderne med plejepersonalet og referaterne fra disse, som en form for opsamling og analyse af data. Undervejs justerede jeg min måde at gøre dette på, hvilket medførte et systematiseret oplæg (bilag 9). Denne justering udsprang af behov for bedre pædagogisk formidling fra min side, og ikke

af behov for justering af dataindsamling. Om dataindsamlingen burde have været justeret undervejs, vil jeg komme tilbage til i afsnit 9.0 Evaluering af metode og proces.

Med hensyn til de øvrige spørgsmål om rækkefølge valgte jeg følgende:

1. Gennemgang og sammenfatning af rådata til et narrativ eller 'udførlig beskrivelse' i alle cases.
2. En 'pilotanalyse' af én case for at få et indtryk af hvordan analysen bedst foregår. Casen om E blev brugt til pilotanalyse, da den er den korteste.
3. Litteraturgennemgang for at være a jour med eksisterende litteratur inden caseanalysen, da det ville give mig flest mulig vinkler at analysere ud fra.
4. Udvælgelse af hvilke cases, der skal indgå i undersøgelsen og fastlæggelse af rækkefølgen for deres analyse: Af pladshensyn valgte jeg at begrænse det til 3 cases og har valgt A, B og E og analyserer dem i nævnte rækkefølge. I afsnit 5.1 Udvælgelse af cases, begrundet jeg mit valg.
5. I den enkelte case analyserede jeg de kvalitative data først i følgende rækkefølge: Musikterapeutisk tilgang, temaer i vejledning og temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker. Derefter analyserede jeg de kvantitative data i følgende rækkefølge: var BPSD en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader? - og blev magtanvendelse og arbejdsskader forebygget?
6. Samme rækkefølge blev anvendt til analyse på tværs af casene.

Form eller indhold, helhed eller variabel

Brucia (2005) påpeger, at det er vigtigt at have et klart fokus for om det er indholdet (fx hvad skete der?) eller formen (fx struktur eller sekvens), man ønsker at analysere, samt om hver case skal analyseres som en helhed ud fra dens egen kontekst for senere indgå i en syntese på tværs af alle cases, eller enkelte variable skal identificeres i hver case og sammenlignes med tilsvarende variable i andre cases.

Min dataindsamling har været styret af min case manager (bilag 3) og strukturen har således været fastlagt på forhånd. Derfor er mit analysefokus udelukkende på indholdet. Da mine variable også på forhånd er styret af spørgsmålene i min problemformulering, vil mit fokus være på den enkelte case som helhed og senere på en syntese på tværs af casene.

4.6 Analysemetode

Brucia (2005) beskriver analysen af data som en proces med følgende trin:

- Skabe overblik over data
- Beskæring og segmentering af data
- Analyse og syntese i den enkelte case og på tværs af cases
- Vælge præsentationsform

De kvantitative data fra AMA undersøgelserne blev løbende bearbejdet, som beskrevet i afsnit 4.2, til søjlediagrammer, blev præsenteret for og fortolket sammen med plejepersonalet. Søjlediagrammerne vil derfor udgøre min præsentation som de er, sammen med en beskrivelse og konklusion på hver enkelt søjlediagram i 'almindelige ord', svarende til det, der blev brugt i præsentationen for plejepersonalet.

I det følgende vil jeg beskrive hvad jeg gjorde med de kvalitative data på hvert trin.

Skabe overblik over data

De første trin i databehandlingen er iflg. Bruscia, at gennemgå alle data i den enkelte case og skrive noter om det umiddelbare indtryk samt ideer, dette medfører.

Jeg sammenfattede alle rådata, vedrørende den enkelte case til et narrativ eller en udførlig beskrivelse. Dataene er sammenstillet i kronologisk orden og med overskrifter, der angiver hvilken kilde de stammer fra. Jeg skrev noter og medtog disse i slutningen af hver beskrivelse. Af pladshensyn er de udførlige beskrivelser kun medtaget som bilag (bilag 10, 11 og 12).

Beskæring og segmentering af data

De næste trin i den kvalitative dataanalyse er iflg. Bruscia, at skære alle data væk, som ikke har relation til undersøgelsens spørgsmål, inddele de resterende data i meningsfulde enheder eller segmenter samt finde et format, der gør dem velegnet til analyse, uden at de mister sammenhængen. Når dette er udført foretages 'membercheck'.

På dette trin bearbejdede jeg den udførlige beskrivelse til det jeg vil kalde en 'fokuseret beskrivelse'. Jeg bibeholdt den oprindelige ordlyd, bortset fra grammatiske rettelser, der sikrer sproglig sammenhæng, men kun data, der vedrører mine spørgsmål, er medtaget. Samtidig er de sorteret i 4 afsnit med følgende overskrifter:

- Musikterapeutisk tilgang
- Temaer i vejledning af plejepersonale
- Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker
- Udgjorde BPSD en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader? - og blev magtanvendelse og arbejdsskader forebygget?

På dette trin læste min kontaktperson i praktikken de fokuserede beskrivelser. Hun fandt dem i overensstemmelse med hendes oplevelse af virkeligheden og havde ingen kommentarer.

Fra analyse til syntese i den enkelte case og på tværs af cases

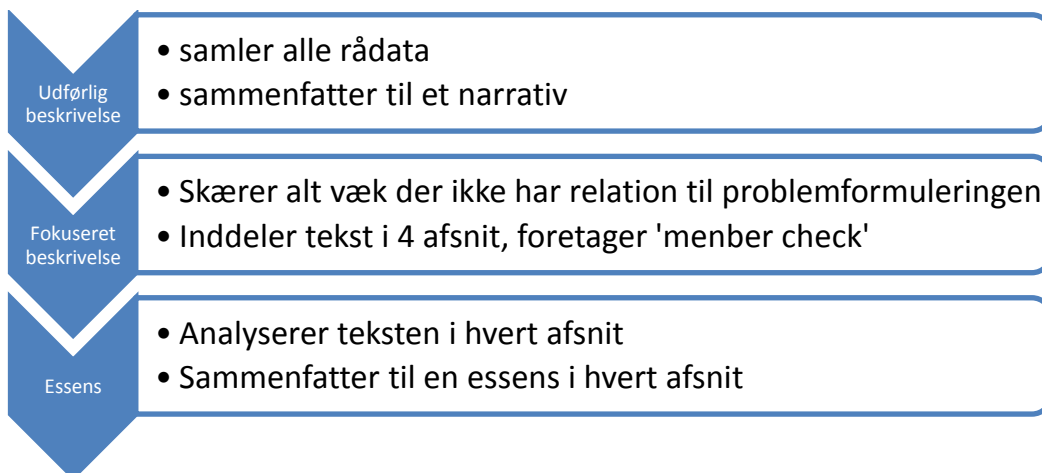
På dette trin, påpeger Bruscia, begynder analysen af de enkelte data, der efterfølgende samles til en syntese, der indeholder essensen af dem. Efterfølgende foretages samme proces på tværs af casene ved at den enkelte case anvendes som 'byggesten' i den samlede syntese. Syntesen kan være beskrivende, fortolkende, forklarende og den kan efterfølgende ses i lyset af forskellige teorier.

På dette trin har jeg analyseret de fokuserede beskrivelser ud fra min musikterapeutfaglige forståelse og derefter uddraget en essens, der fortolker data i en musikterapeutisk terminologi i hvert af de fire afsnit i den enkelte case. Disse essenser er efterfølgende samlet på tværs af casene, hvor jeg yderligere analyserer dem og formulerer en syntese for hvert afsnit. Synteserne diskuterer jeg derefter i forhold til min litteraturgennemgang, for til slut at komme med en konklusion i forhold til mine spørgsmål.

Den samlede analyseproces er opstillet skematisk i figur 3.

Analyseproces

Analyse af de enkelte cases:



Analyse på tværs af casene:

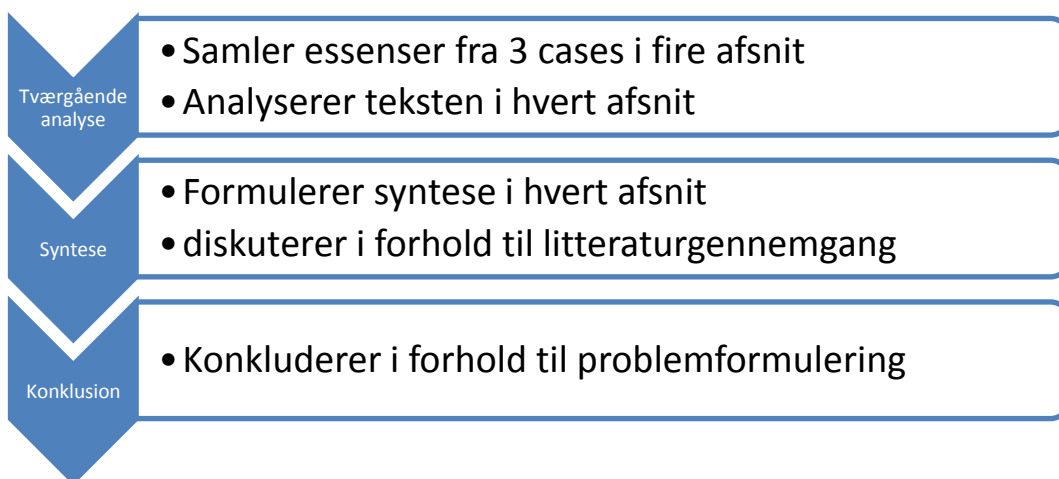


Fig. 3: Den samlede analyseproces fra rådata til konklusion.

Præsentationsform

Brucia påpeger at det er vigtigt at finde den præsentationsform, der egner sig bedst mulig til at besvare de oprindelige spørgsmål. Præsentation af data sker i kondenseret form og kan foregå på flere niveauer.

For at forblive tro mod analyseprocessen, har jeg valgt at præsentere data på de to 2 niveauer, som figuren angiver. Første niveau er de enkelte cases, hvor jeg præsenterer den fokuserede casebeskrivelse samt analyse og essens i de enkelte afsnit. Næste niveau er den tværgående analyse, hvor jeg samler og analyserer essenserne fra de enkelte cases og formulerer synteser, samt diskuterer disse i forhold til litteraturgennemgangen. Derefter besvarer jeg undersøgelsens spørgsmål i konklusionen.

5.0 Præsentation og analyse af de enkelte cases

Før præsentationen af de tre cases vil jeg begrunde hvorfor jeg valgt A, B og E. Efterfølgende bringer jeg selve casene. For at give læseren et hurtigt overblik over den enkelte case, vil jeg først præsentere den i en vignette, dernæst kommer den fokuserede beskrivelse, og til slut søjlediagrammerne. Undervejs vil jeg bringe analyse og essens for hvert afsnit.

5.1 Udvælgelse af cases

Efter at have gennemgået data har jeg vurderet, at alle 5 cases vil være egnede til præsentation, men pladshensyn gør, at jeg kun præsenterer A, B og E. For alle 5 gjaldt, at AMA undersøgelsen viste, de havde BPSD, magtanvendelses- og arbejdsmiljøproblematikker og at dette ændrede sig til det bedre i løbet af interventionsperioden. For A, B og E gjaldt, at dette skete indenfor den første 5 ugers periode, for C og D skete det først efter, at interventionen var blevet forlænget med yderligere 5 uger. Sammen med plejepersonalet udredte jeg årsager til dette og fandt frem til, at ændringer i deres fysiske tilstand, infektioner og medicinskift, havde påvirket forløbene. Man kan sige at A, B og E repræsenterer 'ukomplicerede' cases, hvor andre faktorer er forholdsvis stabile, mens C og D repræsenterer 'komplicerede' cases, hvor andre faktorer ændrer sig. Som læring var forløbene med C og D meget værdifulde for mig. Hvis jeg havde stoppet interventionen efter 5 uger, kunne de have tjent i projektet som 'negativ caseanalyse', men af etiske hensyn var det en del af min protokol, at et forløb kunne forlænges, hvis jeg vurderede klienten kunne profitere af det. Derfor blev de forlænget. En analyse af dem vil dog fortsat være mulig, og have værdi i relation til at belyse udefrakommende faktorer, der kan påvirke et forløb, men varigheden gør, at datamængden er meget omfattende, så dette gør fravalg af pladshensyn dobbelt aktuelt.

Casene A, B og E er til gengæld så forskellige, at jeg har fundet dem velegnede til at vise bredden i den musikterapeutiske intervention.

5.2 Casen om fru A

Case vignette

Fru A er 89 år og har boet på demensafsnit i 1½ år. Hun vandrer meget omkring og forlader af og til afdelingen, uden at kunne tage vare på sig selv. Der er etableret alarmsystem, så plejepersonalet hurtigt kan komme hende til hjælp. Der opstår dog let konflikter, når de forsøger at hjælpe hende. Der opstår også let konflikter med medboere, og fru A bliver skærmet en del i hverdagen for at forebygge dette. Selvom hun har boet der i 1½ år, har hun ikke rigtig knyttet kontakt med de andre beboere og heller ikke med plejepersonalet, på nær med hendes kontaktperson, som hun er glad for.

Da vi mødes første gang, taler fru A en del, muntert men usammenhængende, med enkelte ord og megen mimik og gestikulation, om sin hverdag. Jeg tilbyder at synge en sang for hende og spille på min harmonika, som jeg har med. Det takker hun ja til og jeg synger og spiller et par sange, som jeg ved, hun er glad for. Fru A synger med og bevæger kroppen til rytmen. Da vi har sunget: 'Se nu danser bedstefar' ser hun direkte på mig og siger alvorligt: 'Jeg ved ikke om min far er død eller lever endnu'. Det udløser en længere samtale, hvor fru A på sit karakteristiske sprog 'fortæller' om sin barndom og ungdom, om

glæder og sorger, men især om morens tidlige død og vanskeligheder, der fulgte for hendes far, hende selv og hendes søskende. Hendes tonefald antyder, at hun stadig er vred over uretfærdigheder, hun har oplevet. I resten af sessionen og ved næste møde, veksler vi mellem samtale og sange, der kan spejle temaerne i samtalen. Især sange hvor 'mor' og 'far' indgår, bringer samtalen videre.

Da jeg kommer tredje gang er det tydeligt, at fru A ikke ønsker mit besøg og sender mig ud. Efter samråd med plejepersonalet tilbyder jeg derfor at arrangere fællessang for fru A og de andre beboere i afdelingen; noget jeg indledningsvis også foreslog fru A, men som hun afslog, fordi hun ikke troede, de andre ville være med til det. Det viser sig dog, at blive en stor succes; medbeboerne deltager gerne og synger med på de sange, som jeg nu ved, især taler til fru A, og på andre sange, som vi i fællesskab vælger. De deltager også gerne i siddedans og andre aktiviteter sammen med fru A og mig. Derfor fortsætter resten af sessionerne på den måde, og plejepersonalet melder tilbage, at fru A virker mere glad og er begyndt at synge i hverdagen.

Hver gang jeg kommer i afdelingen, skal jeg rundt og slukke for fjernsynet i opholdsstuen og radioen i køkkenet, før vi kan begynde. Det får mig til at tænke, at disse konstante lyde måske overstimulerer fru A og medvirker til, at hun vandrer omkring. Jeg får en snak med plejepersonalet og foreslår dem at erstatte TV og radio med musik, som deres beboere kender fra deres yngre dage. Vi har en dialog om, hvad de skal vælge, og hvordan de kan veksle mellem musik, TV og stille perioder i afdelingen. Jeg skriver det op i et lille 'katalog' sammen med andre gode ideer til, hvordan plejepersonalet kan bruge sang i dagligdagen med fru A.

Den fokuserede beskrivelse, analyse og essens

Musikterapeutisk tilgang	
Behandlingsoplæg:	
Plejepersonalets oplevelse	Nedsat orienteringsevne, vandrer meget omkring, har forladt afdelingen og har derfor 'demensbrik' (alarmsystem). Der opstår let konflikter med medarbejdere og øvrige beboere ved forsøg på at lede på rette vej. Har knyttet en tæt kontakt med én medarbejder, men ellers ikke med nogen. Der er jævnligt behov for at skærme A og dermed risiko for at hun bliver socialt isoleret
Livshistorie/musikalsk livshistorie	Datter oplyser at A blev enke i en ung alder, har skullet klare sig selv og har gjort dette godt på en ligefrem og kontant måde. A kommer fra et hjem med meget sang og har også gået meget til dans. Har sørget for at datteren kom til klaver- og danseundervisning. A har lavet mange festsange og brugt melodier fra danske sange til dette. Yndlingssang: Det var på Frederiksberg.
Min oplevelse af assessment	Jeg observerer A ved en individuel samtale samt i en social situation (kaffebordet), der er dog kun en medbeboer tilstede udover os og en medarbejder. Efterfølgende har vi en prøvemusikterapisession. Ved prøvesessionen reagerer A på, at vi synger kendte sange ved at synge med, smile og bevæge kroppen i takt. Tilsyneladende er musikken medvirkende til at A får kontakt med følelser, der er glade og muntre, men også kontakt med smertelige følelser, som hun kun med enkelte ord, tonefald og mimik antyder, men som tydeligt gør hende vred og urolig. Nævner bl.a. at hendes mor døde, da hun var meget ung og at hun fik stort ansvar for sine søskende.
Min konklusion	Sangene lukker op for A's indre verden, hvor der er mange følelser af sorg og vrede fra barndom og ungdom i fm. tab af pårørende, og uretfærdigheder begået mod hende og hendes søskende. Disse følelser kan meget vel give indre uro, trang til at søge tilbage til tidligere opholdssted og vrede, når dette forhindres. A accepterer tilbud om individuel musikterapi og evt. også musikaktiviteter sammen med øvrige beboere, men hun har ikke megen tro på, at de vil være med til det.
Mål	At give mulighed for at bearbejde følelser via sang og musik og dermed finde mere ro til at knytte nye kontakter med medarbejdere og de øvrige beboere.
Behandlingsplan	Musikterapisessioner 2 gange om ugen i 5 uger, i første omgang individuelt med fokus på at synge sange, undervejs vurderes om sessionerne bør foregå som

Noter fra sessioner:	fællessang sammen med øvrige beboere.
1.session	I første session kom der mere snak mellem sangene om dødsfald, kærlighedsforhold, 2. verdenskrig og mange vanskeligheder i hverdagen, men også om at gå til dans og om glade minder.
2. session	Efter én session på egen stue ønskede A ikke dette mere.
3. session	A er glad for fællessang og sessionerne kommer fremover til at foregå som fællessang med de øvrige beboere. Har fastlagt et repertoire af sange som A kender og kommenterer i forhold til de bekymringer hun gav udtryk for i ass.- og 1. session. Jeg tror de kan validere hendes følelser og vi tager udgangspunkt i de sange til fællessang.
5. session	Seks beboere deltager stort set fast i fællessang. Det går fint med at lave rundkreds rundt om bordet og holde hinanden i hænderne og gyngede med til 'Hånd i hånd'.
6. session	Prøver med fingerpolka og skomagerpolka for at få noget bevægelse med.
7. session	A var træt. Sad bagved, i sofaen og småsov, men sang med på flere sange.
9. session	A var meget omsorgsfuld overfor medbeboer, der er blind. A foreslog en ny sang 'Fut i fejemøjet' – og hun sang den, da jeg spillede til. A virker glad og er efterhånden mere med i bevægelserne, (Skomagerpolka), når hun får lidt tid til lige at se hvad det er vi skal gøre.
Statusmøde:	
Min oplevelse	A synger med på de fleste sange og bevæger sig til musikken, når hun får god tid at komme med. Hun deltager på meget ligeværdig vis i aktiviteterne og de sidste 2 – 3 gange har hun vist sig meget omsorgsfuld over for en medbeboer.
Plejepersonalets oplevelse	Fra plejepersonalets side vurderes, at A er glad for gruppesangaktiviteten og at det stimulerer hende til at synge mere i hverdagen.
Opfølgning på behandlingsplan	Jeg vurderer at A har mulighed for at udvikle sin kontakt med medbeboere yderligere gennem sangen, hvorfor vi fortsætter med gruppesangaktiviteter, med tilbud til alle beboere om at deltage, 1 gang om ugen i juni måned, i alt 5 gange.

Analyse

Problemstillingen er, at A vander rundt, uden at være i stand til at orientere sig eller tage vare på sig selv i forhold til andre beboere eller udenfor afdelingen. Derfor er der iværksat magtanvendelse i form af alarmsystem, der alarmerer plejepersonalet når hun går, så de kan lede hende tilbage. Dette medfører irritation og konflikter, der yderligere fører til skærmning og dermed social isolation.

Livshistorien tyder på at A formentlig en selvstændig person, der er vant til at tage initiativ og vise omsorg for andre (fx datters opdragelse, skrive festsange). Der er oplysninger om et sangrepertoire, som hun kender og er glad for, og som anvendes i assessmentsessionen.

I assessmentsessionen får de kendte sange A til at udtrykke både glade og vrede følelser. De udtrykkes med enkelte ord, tonefald og mimik. Ud fra dette tolker og konkluderer musikterapeuten, at følelser af sorg og vrede knyttet til personer fra barndom og ungdom, kan give anledning til indre uro, som igen kan lede til at A vandrer meget omkring, måske for at opsøge disse personer.

Der iværksættes musikterapi, som dels sigter på at A får bearbejdet følelser knyttet til personer tidligere i livet og dels på at hjælpe A til at knytte positive kontakter til personer i nutiden.

I første session reagerer A fortsat på kendte sange ved at udtrykke følelser forbundet med fortiden. Da A ikke ønsker en individuel session, respekter musikterapeuten dette og tilbyder i stedet fællessang til beboerne i afsnittet. Der tages udgangspunkt i sange som A kender, og som hun har reageret på, og som derfor formodes at validere hendes følelser. Der foregår desuden fysiske aktiviteter til musikken, som bringer A og beboerne i tættere kontakt med hinanden (holde hinanden i hænderne, siddedans).

De øvrige beboere deltager gerne i fællessangen, og musikterapeuten fastholder aktiviteten, selvom A ikke deltager fuldt ud hver gang.

Efter 9 sessioner begynder A at få kontakt med sunde ressourcer fra tidligere, hvor hun har erfaringer med at skulle klare sig selv og vise omsorg for andre. Hun tager initiativ til at foreslå en sang og viser omsorg for en medbeboer.

Behandlingen evalueres og plejepersonalet oplever at A viser glæde ved at synge mere i hverdagen. Det vurderes at A er i stand til at udvikle den sociale kontakt yderligere, hvorfor der aftales 5 sessioner mere.

Essens

Ud fra baggrundsoplysninger og assessment opstilles en hypotese om, at BPSD (omkringvandren og irritabel adfærd) kan skyldes følelsesmæssige tilknytninger til personer og situationer tidligere i livet, der ikke udtrykkes verbalt.

Klienten viser evne og vilje til kontakt med andre og til at lade musikken forløse følelserne nonverbalt og med enkelte ord.

Som mål vælges at bearbejde følelser knyttet til fortiden og skabe mulighed for sociale relationer i nutiden.

Som behandlingsform vælges individuel musikterapi og som metode at synge kendte sange for, eller sammen med klienten. Der benyttes teknik til at validere følelser. Teknikken består af at vælge sange klienten reagerer på i forhold til følelsesmæssige temaer.

Som behandlingsform vælges desuden en gruppemusikaktivitet sammen med medbeboere og metoden her er at synge kendte sange sammen. Der benyttes samme teknik som i individuel terapi til at validere følelser samt teknik til at facilitere social interaktion. Teknikken består af at bruge siddedans, hvor deltagerne holder hinanden i hænderne.

Interventionen justeres ved at behandlingsformen ændres fra individuelle sessioner til gruppeaktivitet med de øvrige beboere. Interventionen fastholdes selvom klienten kun deltager delvis.

Ved evalueringen har terapeuten oplevet, at A i starten af terapien har omtalt mange følelser knyttet til fortiden, og at hun har vist initiativ og omsorg i sociale situationer. Plejepersonalet oplever at A's glæde er øget og at hun viser det ved at synge mere.

Temaer i vejledning af plejepersonalet	
Sessionsnoter:	
5. session	Talte med plejepersonalet om at spille musik på CD i afdelingen i stedet for at have fjernsynet og radioen kørende. Har lånt dem en CD til afprøvning.
9. session	Plejepersonalet har skaffet flere CD'er med danske sange, som de spiller. Det var helt anderledes at komme ind i afdelingen i dag, da en af dem var på, da jeg kom.
Case noter	Jeg havde en løbende dialog med plejepersonalet om lydmiljøet i afdelingen, fordi jeg mente at tv og radio, som begge dele kørte næsten konstant i hver sit rum, kunne overstimulere A. Dette er ikke beskrevet særlig godt i mine notater.
Referat fra statusmøde	I prøvesessionen og den individuelle session er der arbejdet med følelser der vedrører: barndom / forældre / morens tidlige død / stort ansvar for mindre søskende / brors død / svære kår / 2. verdenskrig, nazisme / kærlighed / livsglæde / at gå til bal / sang og musik i svigerforældres hjem. A og jeg har sunget sange, der vækker lignende følelser (validering) og nogle af sangene er senere indgået i gruppeaktiviteterne med de øvrige beboere. I gruppeaktiviteten er der taget udgangspunkt i A og hendes livsverden ved bl.a. at synge disse sange. Der er desuden fokus på aktiviteter der fremmer kontakt mellem A og de andre beboere.

Analyse

Musikterapeuten observerer lydmiljøet i afdelingen og vurderer at dette kan overstimulere A. Hun indleder en løbende dialog med plejepersonalet om dette og foreslår en ændring. Hun konkretiserer dette ved at låne dem en CD med relevant musik. Plejepersonalet viser, de er motiverede for at afprøve ændring ved at skaffe flere CD'er med relevant musik og bruge dem.

På statusmødet formidler musikterapeuten hvilke følelsesmæssige temaer der har været aktuelle i A's terapi samt hvordan sange har været brugt til at validere disse følelser både i de individuelle sessioner og i gruppemusikaktiviteten. Desuden formidler hun, at der har været brugt aktiviteter, der fremmer kontakt mellem A og medbeboere.

Essens

I vejledningen af plejepersonalet er følgende temaer:

- lydmiljø og hvordan det kan stimulere eller overstimulere den demensramte

- validering af følelser gennem sang og hvilke følelsesmæssige temaer der er arbejdet med i terapien
- aktiviteter der fremmer kontakt mellem demensramte

I formidlingen bruges løbende dialog, udlån af relevant CD samt mundtlig formidling på statusmødet.

Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker							
Referat fra Statusmøde	Der er udarbejdet idekatalog til plejepersonalet om målrettet brug af sang og musik i hverdagen, og dette er gennemgået sammen med leder og repræsentanter for plejepersonalet d.d.						
Idekatalog: indhold	<table> <tr> <td>Brug af musik på CD i fællesarealer i hverdagen</td> <td>s. 2</td> </tr> <tr> <td>Syng, fløjt, tral & dans i hverdagen</td> <td>s. 3</td> </tr> <tr> <td>Lyt, tolk & valider følelser med sange</td> <td>s. 4</td> </tr> </table>	Brug af musik på CD i fællesarealer i hverdagen	s. 2	Syng, fløjt, tral & dans i hverdagen	s. 3	Lyt, tolk & valider følelser med sange	s. 4
Brug af musik på CD i fællesarealer i hverdagen	s. 2						
Syng, fløjt, tral & dans i hverdagen	s. 3						
Lyt, tolk & valider følelser med sange	s. 4						
Case noter	Jeg skrev en vejledning om brug af CD i fællesarealer i idekataloget, for at give dem noget at sætte i stedet (for radio og TV). Da jeg præsenterede dette på statusmødet, blev lederen meget glad for det og sagde, at det jo kunne overføres til øvrige beboere. Dette inspirerede mig til at formulere det som en generel vejledning, som jeg gav til de afdelinger jeg efterfølgende kom i kontakt med, hvis jeg fandt det relevant.						

Analyse

Ud fra forløbet vælges relevante musikterapeutiske teknikker i form af brug af musik i fællesarealer, der kan forbedre lyd miljøet, brug af musik og bevægelse spontant i hverdagen, der fortsat kan stimulere A's sangglæde, samt brug af sange, der kan validere A's følelser, så følelsesmæssige behov, der er blevet afdækket i terapien, kan varetages i fremtiden. Teknikkerne overleveres skriftligt og gennemgås mundtligt.

Essens

I overføringen af musikterapeutiske teknikker er temaerne:

- passende stimulering ved brug af kendt musik i fællesarealer
- interaktion mellem plejepersonale og den demensramte gennem musik, sang og bevægelse i hverdagen
- validering af følelser ved brug af sange

I overføringen bruger musikterapeuten skriftlig og mundtlig vejledning.

Udgjorde BPSD en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader? - og blev magtanvendelse og arbejdsskader forebygget?	
Case noter	Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blev ikke præsenteret på statusmødet, men først på et møde senere i forløbet.
Mødereferat	Søjlediagrammerne fra AMA undersøgelsen blev gennemgået, der er sket en forbedring af stort set alle parametre i perioden med musikterapi. Der er ikke sket andre forandringer i perioden. Plejepersonalet giver udtryk for at resultatet stemmer overens med virkeligheden, som de oplever det. Desuden har A ikke længere alarmsystem. Det blev fjernet i perioden med musikterapi og har ikke været nødvendig siden.

Før analyse og essens af ovenstående vil jeg præsentere AMA undersøgelsen.

Præsentation af AMA undersøgelsen

Der var 4 faste medarbejdere i afsnittet, som deltog i AMA målingen. Pga. ferie var der kun 3 der deltog i 2. måling. Resultatet er altså et gennemsnit af henholdsvis 4 og 3 medarbejders besvarelser. Se figur 4,5 og 6.

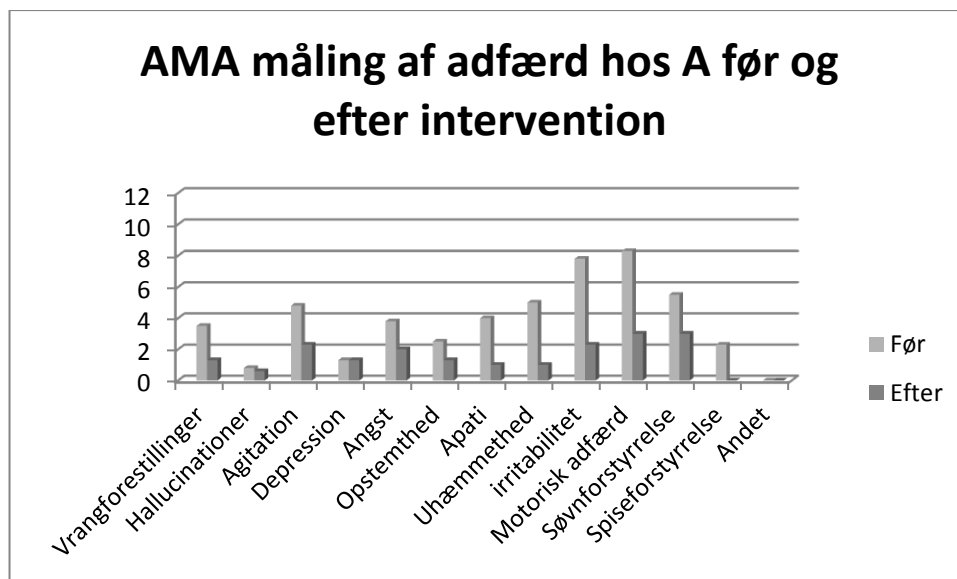


Fig. 4

Figur 4 viser scoringen af BPSD, før og efter interventionen. Der er scoret på alle de parametre, der spørges til, dvs. plejepersonalet vurderer at A er belastet af alle 12 former for BPSD. Vrangforestillinger, agitation, angst, apati, uhæmmethed, og søvnforstyrrelser er scoret mellem 3 og 6, hvilket svarer til, at de forekommer en eller flere gange ugentligt i moderat grad til svær grad. Irritabilitet og øget motorisk adfærd er scoret omkring 8 hvilket vil sige, de forekommer flere gange ugentlig til daglig i moderat til svær grad. Efter interventionen er der scoret væsentlig lavere på samtlige parametre, alle er 3 eller derunder, hvilket svarer til at symptomerne forekommer en eller flere gange ugentligt, i mild til moderat

grad. Dette på nær parameteret depression, der er uændret, men i forvejen scoret lavt omkring 1, hvilket vil sige at det forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad.

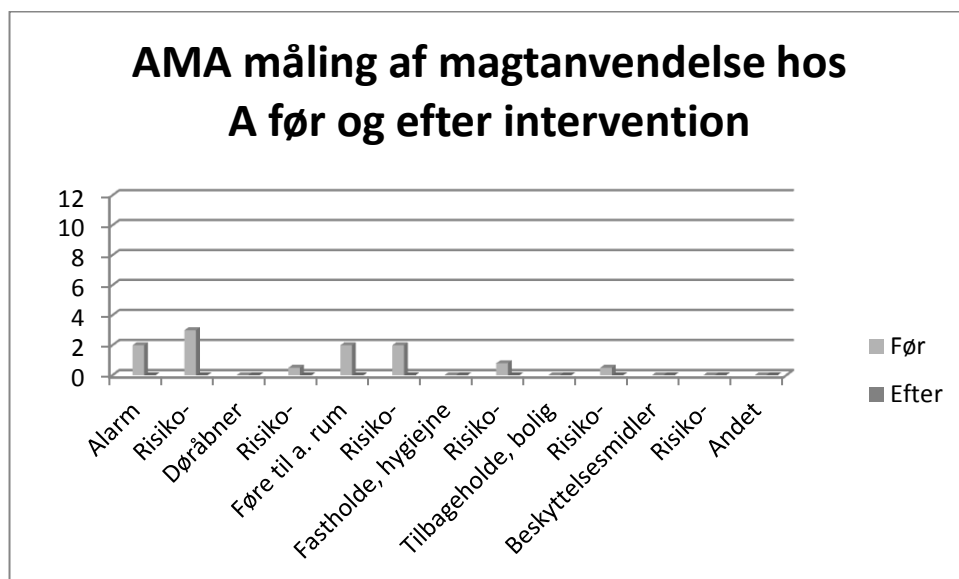


Fig. 5

Figur 5 viser scoringen af magtanvendelse og risiko for magtanvendelse før og efter interventionen. Der er hovedsagelig scoret på brug af alarmsystem og brug af magt for at føre til andet rum, samt risiko for dette, der alle er scoret 2 eller derover, hvilket svarer til at det forekommer ca. en gang om ugen i mild til moderat grad. Desuden er der scoret en lille risiko, under 1, for at der bliver behov for at bruge særlig døråbner, fastholdelse ved personlig hygiejne og brug af magt for at tilbageholde i boligen. Efter interventionen blev der scoret 0 på alle parametre, dvs. plejepersonalet vurderede, at der ikke længere var behov for, eller risiko for magtanvendelse.

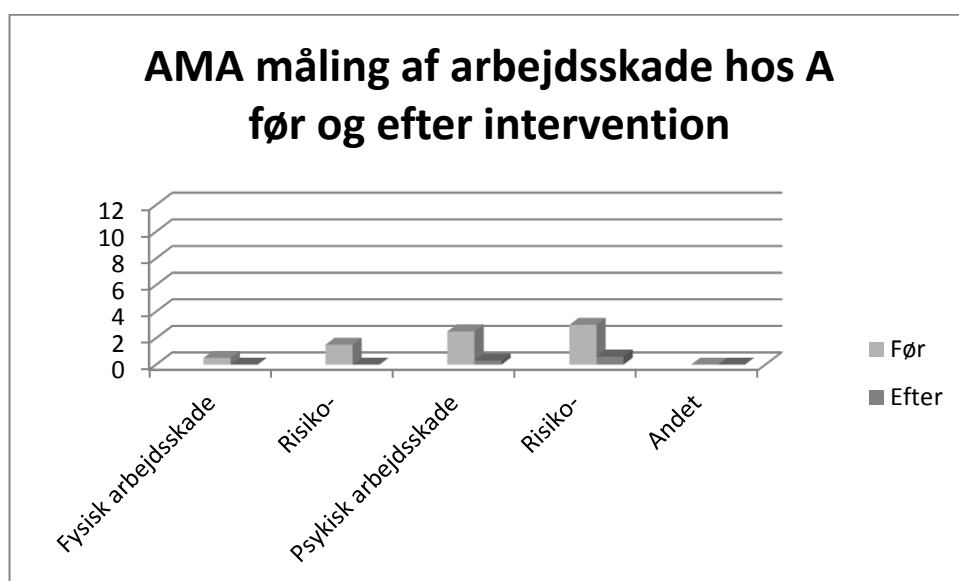


Fig. 6

Figur 6 viser scoringen af arbejdsskader og risiko for arbejdsskader før og efter interventionen. Før interventionen er der scoret på alle 4 parametre. Højest er scoret psykisk arbejdsskade og risiko for dette, der er 2 eller derover, hvilket svarer til at det forekommer ca. en gang om ugen i mild til moderat grad. Efter interventionen er der scoret 0 på fysisk arbejdsskade og risiko for dette, og scoringen på psykisk arbejdsskade samt risikoen for dette er faldet til under 1, hvilket vil sige det forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad.

Analyse

Før interventionen havde A 12 former for BPSD. Samtidig forekom 2 af 6 former for magtanvendelse, 5 af 6 former for risiko for magtanvendelse samt fysisk og psykisk arbejdsskade og risiko for dette.

Efter interventionen var A's BPSD reduceret, på nær depression der var uændret; magtanvendelse og risiko for dette var ikke længere til stede; fysiske arbejdsskader og risikoen for dette var ikke længere til stede og psykiske arbejdsskader og risikoen for dette var reduceret.

Plejepersonalet oplever resultatet af undersøgelsen stemmer overens med virkeligheden og der er ikke sket andre ting, der kunne have påvirket forløbet. De er ophørt med at bruge alarmsystem.

Essens

Før interventionen forekom både BPSD, magtanvendelse og risiko for dette samt arbejdsskader og risiko for dette samlet. Efter interventionen forekom de alle i mindre grad.

BPSD kan derfor godt have været en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader.

Der blev ikke fundet nogen andre faktorer end den musikterapeutiske indsats, der kunne have påvirket situationen, og resultatet af AMA undersøgelsen var genkendelig for plejepersonalet.

Den musikterapeutiske intervention kan derfor godt have forebygget magtanvendelse og fysiske arbejdsskader samt risiko for dette, og reduceret psykiske arbejdsskader og risiko for dette.

5.3 Casen om fru B

Case vignet

Fru B har boet i demensafsnit i ca. 3 år. Udover demens har hun sammenfald af rygraden, men hun kan godt gå rundt med rollator. Plejepersonalet synes det er svært at kommunikere med fru B, fordi hun virker forvirret og er tunghør (hun bruger høreapparat). Hun spørger ofte hvor hun er, og siger tit, at hun ikke kan høre, hvad de svarer. Hun vandrer meget rundt og forvilder sig ind til andre beboere eller ud. Fru B's humør veksler meget, fra at være glad og smilende til at være irriteret og vred, og hun kan være svær at berolige. Der er eksempler på at hun i vrede, er kørt ind i andre personer med sin rollator. Sammen med plejepersonalet har jeg planlagt at lave en musikterapigruppe, der er åben for alle afdelingens beboere, men de mener ikke fru B magter at deltage, for hun er sjældent med i sociale sammenhænge.

Jeg møder fru B sammen med hendes datter. Jeg tilbyder at synge en sang og spille på min harmonika. Fru B takker ja, men afbryder mig hurtigt, hun synes jeg spiller for højt, selvom jeg egentlig spiller under middel styrke. Vi aftaler dog at mødes dagen efter. Jeg møder fru B ved spisebordet og hun inviterer mig på kaffe. Efterfølgende inviterer hun mig ind i sin egen stue, hvor hun lægger sig på sengen og slapper af, mens jeg synger tre stille sange, som hendes datter har sagt, hun godt kan lide. Harmonikaen kommer ikke frem den dag. Efter den første sang siger fru B, at det lyder smukt, og efter den tredje sang vinker hun mig ud; det er tydeligt at hun vil sove. I de efterfølgende sessioner falder fru B skiftevis i søvn hurtigt, eller også vandrer hun omkring og har svært ved at finde ro. Da jeg flytter tidspunktet til senere på formiddagen, finder vi en fast rytme. Det er tydeligt, at hun nyder at ligge på sin seng og slappe af, medens jeg synger hendes yndlingsange for hende; for hver sang åbner hun øjnene og nikker til mig og en dag siger hun: Du kommer igen? da jeg skal gå.

Den åbne musikterapigruppe på afdelingen starter; vi synger sammen og jeg akkompagnerer på harmonika, vi danser siddedans, gør gymnastik og snakker ind imellem. Den 2. gang hører fru B musikken og kommer for at se, hvad der foregår. Hun går lidt rundt om gruppen, men da jeg opfordrer en plejeperson til at sætte sig sammen med fru B, sætter hun sig og bliver resten af sessionen. Hun lytter muligvis, men reagerer ikke på musikken, før vi kommer til slutsangen, som er 'Skuld gammel venskab rejn forgo'. Så går et forklarelsens smil over hendes ansigt. Da vi holder hinanden i hænderne og gynger til sangen, holder hun plejepersonen i hånden og gynger med. Fru B bliver, med støtte af en plejeperson, fast deltager i gruppen; især i de fysiske aktiviteter viser hun engagement. Plejepersonalet er forbløffet over at hun vil være med, og mere forbløffede bliver de, da hun en dag ved spisebordet foreslår, at de alle sammen skal synge en sang.

Den fokuserede beskrivelse, analyse og essens

Musikterapeutisk tilgang	
Behandlingsoplæg:	
Plejepersonalets oplevelse	B's humør veksler meget, til tider er hun glad og smilende, andre tider er hun irriteret og bliver let vred, afslår hjælp, kører ind i andre med rollatoren og går ind på de andre beboeres stuer. Det er svært at kommunikere med B, fordi hun er meget forvirret, tunghør, ofte spørger hvor hun er, vandrer meget rundt og kan være svær at berolige. Mener ikke det er relevant at hun er med i gruppemusikterapi.
Livshistorie / musikalsk livshistorie	Datter oplyser at B er opvokset i landbomiljø og selv har været landhusmor. Hun og hendes familie har været meget engagerede i et højskole- og friskolemiljø med mange sangtraditioner. Hun er glad for danske sange og salmer og har også skrevet festsange.
Min oplevelse af assessment	<p>Jeg hilser på B sammen med hendes datter og synger en sang for hende og spiller på harmonika. Efter aftale kommer jeg dagen efter og synger nogle sange for B.</p> <p>Ved første møde afbryder B mig, mit harmonikaspil er for voldsomt, selvom jeg spiller under middel styrke. Datter oplyser, at høreapparatet godt kan forvrænge visse lyde. Dagen efter møder jeg B ved spisebordet, hvor hun inviterer mig på kaffe. Efterfølgende synger jeg tre sange hun kender, mens hun hviler sig på sin seng. B giver udtryk for nydelse, siger det lyder smukt, og vinker mig efterfølgende ud, da hun vil sove.</p>
Min konklusion	Det giver tydeligvis B nydelse og afslapning at lytte til kendte sange og musikterapi kan derfor danne en tryk base, som muligvis kan medvirke til, at hun oplever tryghed i en hverdag, som hun pga. sin demens oplever forvirrende.
Målsætning	At opbygge en kontakt med B, hvor hun oplever tryghed, afslapning og kontrol. Om muligt hjælpe B til at opleve mere tryghed og kontrol i kontakten med plejepersonale og medbeboere.
Behandlingsplan	Individuel musikterapi to gange om ugen i 5 uger, hvor jeg vil tilbyde sang som afslapning samt samvær med primært nonverbal kommunikation, hvor B har fuld kontrol over det der sker. Desuden sammen med plejepersonalet tilrettelægge for deltagelse i gruppemusikterapi en gang om ugen, så det opleves trygt og meningsfuldt.

2. individuelle session	Vi mødes ved kaffebordet og B byder mig kaffe – tildeler mig rollen som gæst. Lader sig bagefter villigt guide ind på sin stue når jeg går foran og synger – inviterer – hende ind og sidde i en stol. Afslutter selv efter 3 sange ved at gå ud og giver hånd og siger farvel ved spisebordet.
2. gruppesession	B deltager på eget initiativ i gruppen, gik lidt frem og tilbage men faldt til ro da en plejeperson satte sig hos hende. Det var svært at få øjenkontakt indtil vi sang 'Skuld gammel venskab'. Så kom der et stort smil og B holdt de andre i hænderne og gyngede med.
5. individuelle session	Det er svært at få kontakt, jeg er usikker på om B registrer at jeg synger og spiller – hun døser og sover meget – og er altid på toilettet midtvejs. Jeg flytter tidspunktet til kl. 10 (en time senere)
6. individuelle session	B sad roligt og lyttede til musik i 35 minutter – smilede til mig hver gang en sang var slut – fortsætte med at komme kl. 10.
3. gruppesession	Deltog hele sessionen, havde en plejeperson i hånden. Viser opmærksomhed når vi spiller bold med en ballon – brugte både arme og ben.
7. individuelle session	Ligger på sengen – lytter mest med lukkede øjne, men åbner dem og nikker når en sang slutter. Var fuldt opmærksom på musikken og gav udtryk for nydelse. En plejeperson kom ind for at lægge noget i skabet i forrummet. B var opmærksom på dette selvom hun ikke kom ind på stuen = B hører godt.
8. individuelle session	Lytter med åbne øjne, smiler og nikker. Siger spontant: Du kommer igen? Jeg brugte et minimum af ord.
5. gruppesession	Var meget tilbagelænet og med i det meste, smilede og lo. Var med i siddedans, gymnastik og ballonspil
Supervisions-rapport	At bruge lang tid på at etablere kontakt til en klient: Refleksioner her var at det er vigtigt at udvælge tidspunktet på dagen nøje, så det passer ind i klientens døgnrytme og at det kan tage mange (7!) sessioner før der etableres en stabil kontakt – medtænke alder og demens her.

Statusmøde: mit indlæg	B er en mester i at 'snakke' kropssprog. Ord giver ingen mening – men siger ofte i stedet at hun ikke kan høre dem. Hun har et stort behov for kontrol over situationen for at føle sig tryk. Når hun føler sig tryk kan hun grine og pjatte. B kan ikke lide musik i høje tonearter.
plejepersonalets oplevelse	Var overrasket over at B ville være med til gruppesessionerne. Hun har et par gange opfordret til at synge i fællesarealerne, hvilket de aldrig har oplevet før. Hun har et par gange i starten været urolig og omkringvandrende efter individuel musikterapi.
opfølgning	Afslutter de individuelle sessioner og fortsætter med gruppemusikterapi.

Analyse

Problemstillingen er, at det er vanskeligt at kommunikere med B, fordi hun er forvirret, desorienteret og tunghør. Hendes humør svinger meget og hun kan blive så vred, at hun afbryder kontakten og reagerer korporligt. Hendes adfærd medfører at hun bliver socialt isoleret fra medbeboere.

Livshistorien tyder på, at B er en person, som har taget stort ansvar i fællesskaber, både som landhusmor og som aktiv i højskolebevægelsen. B har været deltager i fællessang, og der er oplysninger om et repertoire af sange og salmer, som hun kender og er glad for og som anvendes i assessmentsessionen.

I assessmentsessionen viser B tydeligt, at hun kan sige fra i forhold til, hvad hun vil og ikke vil. Hvis dette ikke respekteres og en situation fx udvikler sig til brug magt, kan det give vrede. Hun viser også, at hun kan indgå i socialt samvær, hvor hun indtager en rolle, der er genkendelig for hende, her som værtinde. Hvis en situation ikke er genkendelig for B, kan det give anledning til forvirring; forklaringer som hun ikke kan høre eller forstå, kan gøre hende stresset og agiteret. Det er også tydeligt, at kendte sange kan give hende nydelse og afslapning og dermed bidrage til at nedsætte fysiske og psykiske stress reaktioner.

Der iværksættes individuel musikterapi, som dels sigter på at give B mulighed for at have kontrol over situationen ved primært at kommunikere nonverbalt, dels på at nedsætte B's fysiske og psykiske stress reaktioner ved at hun lytter til kendte sange. Der tilrettelægges desuden for, at B kan få mulighed for at indgå i et socialt samvær, hvor hun har en genkendelig rolle her som en del af en gruppe, der synger sammen.

I den individuelle terapi viser B evne til, ikke bare at udtrykke sig via kropssprog, men også at læse andres kropssprog, fx når hun lader sig guide fra et rum til et andet, ved at musikterapeuten går foran og synger. B viser også at hun, med høreapparat, har en nogenlunde normal hørelse, da hun hører en medarbejder i rummet ved siden af. Det er ikke sandsynligt, at det er hendes hørelse, der er det største problem i verbal kommunikation, men snarere evnen til at tolke betydningen af ordene. Musikterapeuten oplever at B afslutter terapien efter forholdsvis kort tid (3 sange), afbryder terapien for at gå på toilettet eller sover fra den. Plejepersonalet har observeret, at B har vist uro og forvirring enkelte gange efter terapien.

Musikterapeuten vælger at flytte terapien til et andet tidspunkt, hvilket gør, at B opnår en bedre balance mellem nærvær og afslappelse i terapien. Musikterapeuten reflekterer i supervisionen over vigtigheden af at vælge et tidspunkt, der passer ind i B's døgnrytme, samt at alder og demens gør, at B har haft brug for længere tid end forventet, til at vænne sig til kontakten med musikterapeuten.

I gruppeterapien tilrettelægges, så B har kontrol, idet man lader hende selv opsøge gruppen, når musikken giver cue til, at der foregår noget. Hun har svært ved at finde ro, men får støtte af en plejeperson; da alle gynger til sangen 'Skuld gammel venskab' bliver situationen tydeligvis genkendelig for hende. Hun deltager efterhånden mere og mere engageret, især i de fysiske aktiviteter, hvor hun har mulighed for at tolke og udtrykke sig via kropssprog. Hun får kontakt til sunde ressourcer fra tidligere og bidrager til fællesskabet ved at opfordre til at synge sammen med de andre beboere i fællesarealerne.

Essens

Ud fra baggrundsoplysninger og assessment opstilles en hypotese om at BPSD (humørsvingninger, vrede og korporlig reaktion) kan skyldes problemer med at kommunikere verbalt og deraf følgende misforståelser, mistolkning af situationen og øget stress.

Klienten viser evne og vilje til at kommunikere gennem kropssprog, indgå i social interaktion, når situationen er genkendelig og der gives passende støtte, samt til at bruge musik som afslapning.

Som mål vælges at skabe kontrol, at nedsætte fysiske og psykiske stressreaktioner og at skabe mulighed for socialt samvær.

Som behandlingsform vælges individuel musikterapi, og som metode at synge kendte sange for klienten. Der benyttes teknikker til afslappelse samt til at skabe følelse af kontrol. Teknikkerne er at lytte til kendte sange, kommunikere nonverbalt og guide fra et rum til et andet via kropssprog og sang.

Som behandlingsform vælges desuden gruppeterapi, og metoden er her at synge sammen. Der benyttes teknikker til at skabe følelse af kontrol samt socialt samvær. Teknikker er at facilitere deltagelse på eget initiativ, sikre støtte til deltagelse, vælge sange og aktiviteter der skaber genkendelighed, bruge fysiske aktiviteter og kropssprog.

Interventionen tilpasses ved at tidspunktet på dagen ændres, da der trods vedholdende forsøg ikke lykkes at etablere en stabil kontakt. Terapeuten reflekterer over dette i supervision.

Ved evalueringen har terapeuten oplevet, at B's humør er godt, når hendes behov for kontrol og tryghed tilgodeses, samt at B 'forklarer' sin manglende evne til at tolke verbalt sprog som dårlig hørelse, og at nonverbalt sprog derfor fungerer bedre end verbalt. Plejepersonalet oplever at B indgår i social kontakt med øvrige beboere i terapien og at hun har taget initiativ til at foreslå fællessang udenfor terapien.

Temaer i vejledning af plejepersonalet	
Min opsummering efter 4 sessioner	Har haft 4 sessioner med B og hun har tildelt mig rollen som gæst, vi har drukket kaffe sammen og de 3 af gangene har hun inviteret mig ind på hendes stue, hvor jeg har sunget 3 – 4 sange for hende, mens hun har siddet i en stol eller ligget på sengen. B har lyttet og hun har vist mishag (tager høreapparat ud) hvis jeg synger i et højt toneleje. Hun udtrykker sig mest ved, at jeg tolker

Statusmøde:	hendes kropssprog, og hun viser også evne til at tolke mit. Ved verbal samtale har B meget lang latenstid og misforstår let det der siges. Det er meget tydeligt, at hvis jeg tøver eller misforstår hendes kropssprog, ligger irritationen latent, og at hun har behov for at have kontrol over situationen.
mit indlæg	B er en mester i at 'snakke' kropssprog. Ord giver ingen mening – men siger ofte i stedet at hun ikke kan høre dem. Hun har et stort behov for kontrol over situationen for at føle sig tryk. Når hun føler sig tryk kan hun grine og pjatte. B kan ikke lide musik i høje tonearter.
plejepersonalets oplevelse	Var overrasket over at B ville være med til gruppesessionerne. Hun har et par gange opfordret til at synge i fællesarealerne, hvilket de aldrig har oplevet før.
opfølgning	Afslutter de individuelle sessioner og fortsætter med gruppemusikterapi. Jeg påpeger at det er en forudsætning at en plejeperson, som kender hende, og helst den samme fra gang til gang, deltager sammen med hende. Lederen oplyser at da der p.t. er 4 ubesatte stillinger, er dette desværre ikke realistisk.
Egne casenoter	<p>Min konklusion var, at B ikke var specielt tunghør, selv om hun ofte sagde, at hun ikke kunne høre hvad der blev sagt. Dette skyldes derimod at ordene ikke gav mening til hende, og så nytter det ikke at tale højere eller tydeligere, men derimod at bruge kropssprog eller sang.</p> <p>I gruppesessionerne mangler jeg at beskrive mine problemer med at få plejepersonalet til at deltage i dem. Det var forskellige der deltog, næsten hver gang og ikke alle kendte B særlig godt, da det ofte var afløserne. Det var ikke heldigt i forhold til at overføre det nonverbale sprog til plejepersonalet, så de kunne bruge det i hverdagen. Det medførte mange refleksioner hos mig om deres motivation, men jeg tror det hovedsageligt var begrundet i mangel på fast personale. Jeg mangler også at beskrive at gruppen er en 'økologisk' gruppe dvs. den er åben for alle beboerne i afsnittet samt plejepersonalet, og at der i udgangspunktet var aftalt at minimum 1 plejeperson skulle deltage, udover den person som skulle støtte B. Dette skete desværre meget sjældent.</p>

Analyse

Musikterapeuten formidler viden om B' evne til at udtrykke sig via kropssprog samt viden om at B ofte bruger dårlig hørelse som forklaring på at hun ikke kan tolke ordene, selvom hun i virkeligheden godt kan høre dem.

Musikterapeuten formidler også viden om B's behov for at føle sig tryk og have kontrol og at når dette behov bliver opfyldt, bliver hendes humør godt. Desuden formidles viden om hvilket toneleje B foretrækker, når der synges.

B's deltagelse i gruppemusikterapi og opfordring til fællessang har overrasket plejepersonalet. Musikterapeuten formidler viden om at B har behov for, at en fast plejerson støtter hende i deltagelse, og at denne dermed også får mulighed for at øge sin kompetence i nonverbal kommunikation med B. Dette kan desværre ikke lade sig gøre pga. personalemangel.

Essens

I vejledningen af plejepersonalet er temaerne:

- brug af kropssprog ved manglende evne til at tolke ord
- hvordan følelse af kontrol kan opfylde behov for tryghed og give godt humør
- brug af dybt toneleje, når der synges
- hvordan der kan tilrettelægges for deltagelse i sociale situationer

I vejledningen bruges der mundtlig formidling på statusmødet.

Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet	
Casenoter	<p>Kun 2 personer deltog i statusmødet. De kendte ikke B særlig godt og det lykkedes ikke for mig at komme i dialog med dem om nonverbal kommunikation, guide fra et rum til et andet via sang, samt musikterapeutisk pleje, hvilket ellers ville have været relevante redskaber at overføre til plejepersonalet.</p> <p>Af AMA undersøgelsen fremgår, at fastholdelse ved personlig hygiejne er scoret til 8 svarende til at det foregår en eller flere gange om ugen i moderat til svær grad. Det kan undre mig at plejepersonalet ikke nævnte dette som en del af problemstillingen fra starten. Det ville have været relevant at arbejde med musikterapeutisk pleje, men problemet bedrede sig åbenbart alligevel, da det kun blev scoret til 1 efter interventionen.</p>
Supervisions-rapport	<p>At arbejde med en tunghør og afatisk demensramt:</p> <p>Refleksioner her var over at arbejde mere med kropssprog og arbejde med at overføre det som en teknik, plejepersonalet evt. kan udnytte mere.</p> <p>Hvad er det musikterapifaglige indhold i åbne økologiske grupper:</p> <p>Refleksioner her var over hvilke musikterapeutiske teknikker og interaktionsformer jeg anvender i gruppesessionerne, og hvordan jeg kan virke som rollemodel for at motivere plejepersonalet til at synge mere sammen med beboerne.</p>

	<p>At motivere plejepersonale til at deltage i / samarbejde om gruppemusikterapi til beboerne i et demensafsnit:</p> <p>Refleksioner her var over organisatoriske forhold / rammer som har betydning for plejepersonalets engagement og plejepersonalets usikkerhed og præstationsangst i forhold til at deltage i noget som er nyt og ukendt for dem. Hvordan undgå at løfte pegefingre til fordel for en pædagogisk tilgang til samarbejdet, hvordan gøre dem til samarbejdspartnere i afprøvningen af en hypotese, hvordan formidle dette meget konkret på et teammøde.</p>
--	--

Analyse

Musikterapeuten finder frem til, at det vil være relevant at overføre teknikker om nonverbal kommunikation, at guide fra et rum til et andet via sang, samt bruge musikterapeutisk pleje; men det lykkes ikke at komme i dialog med plejepersonalet, da kun 2 plejepersoner, der ikke kender B særlig godt, kommer til mødet.

Musikterapeuten reflekterer i supervisionen over, hvordan nonverbal kommunikation ville kunne være overført til plejepersonalet, fx ved at hun er rollemodel i den åbne musikterapi-gruppe, og hvordan dette kan fremme sang som en kommunikationsform mellem plejepersoner og beboere. Det vil gøre plejepersonalet bedre i stand til at støtte B i at bidrage til fællesskabet når hun fx foreslår fællessang.

Musikterapeuten reflekter også i supervision over, hvordan de organisatoriske forhold og rammer spiller ind på plejepersonalets motivation for at lære nyt, og hvordan hun pædagogisk kan formidle sit budskab, så hun medvirker til et ligeværdigt samarbejde.

Essens

I overføring af musikterapeutiske teknikker kunne temaerne have været:

- nonverbal kommunikation
- at guide fra et rum til et andet
- musikterapeutisk pleje ved personlig hygiejne

I overføring af musikterapeutiske teknikker er organisatoriske problemstillinger en forhindring for at det kan ske. Musikterapeuten reflekterer over, at teknik til nonverbal kommunikation kunne være overført ved at være rollemodel i gruppemusikterapisessionerne, og at dette kunne lede videre til teknik til at støtte B i at bidrage til det sociale fællesskab.

Udgjorde BPSD en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskade? – og blev magtanvendelse og arbejdsskade forebygget?	
Statusmøde:	Spørgeskemaundersøgelse efter 10 sessioner har vist en markant forbedring på alle parametre i perioden, inkl. risiko for magtanvendelse og arbejdsskade.
Fælles tolkning af spørgeskema-	Var startet med jertilskud og skulle observeres for øget aggression, men det

undersøgelse	har ikke forekommet. Tværtimod. (Plejepersonalet) var overrasket over at B ville være med til gruppesessionerne. Hun har et par gange opfordret til at synge i fællesarealerne, hvilket de aldrig har oplevet før.
--------------	---

Før analyse og essens af ovenstående vil jeg præsentere spørgeskemaundersøgelsen.

AMA undersøgelsen

Der var 6 faste medarbejdere i afsnittet, som deltog i AMA målingen. Pga. ophør var der kun 5 der deltog i målingen efter musikterapien. Resultatet er altså et gennemsnit af henholdsvis 6 og 5 medarbejders besvarelser. Se figur 7,8 og 9.

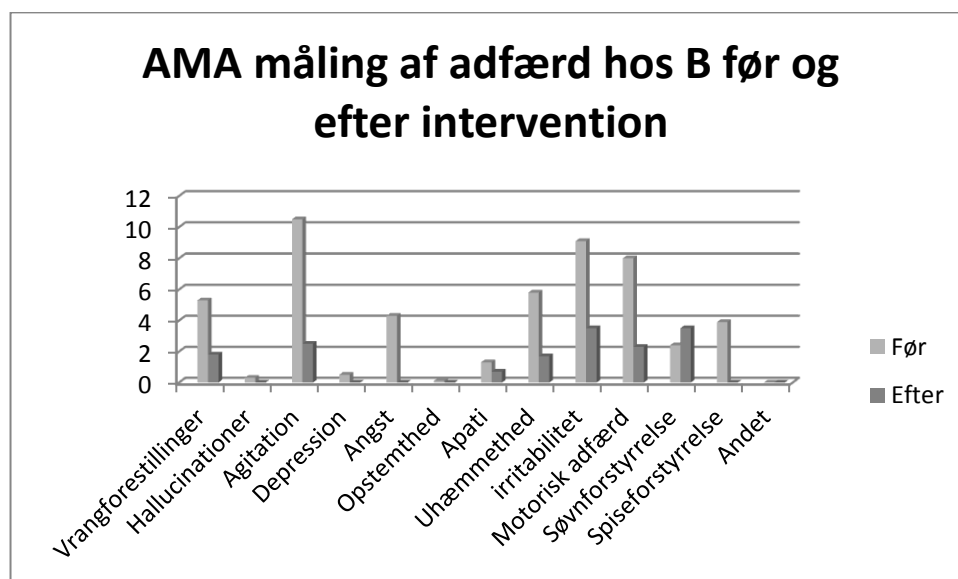


Fig. 7

Figur 7 viser scoringen af BPSD, før og efter interventionen. Før interventionen er der scoret på alle de parametre, der spørges til. Vrangforestillinger, angst og uhæmmethed er alle scoret 4 eller højere, hvilket svarer til at de forekommer en gang om ugen eller mere i moderat til svær grad. Agitation, irritabilitet og øget motorisk adfærd er scoret omkring 8 - 10, hvilket svarer til at det forekommer flere gange om ugen eller daglig i moderat til svær grad. Efter interventionen er de alle scoret væsentlig lavere, alle er under 4, hvilket svarer til at de forekommer en gang om ugen eller mindre i mild til moderat grad. Undtagelsen er søvnforstyrrelser, der er steget lidt, men fortsat er under 4.

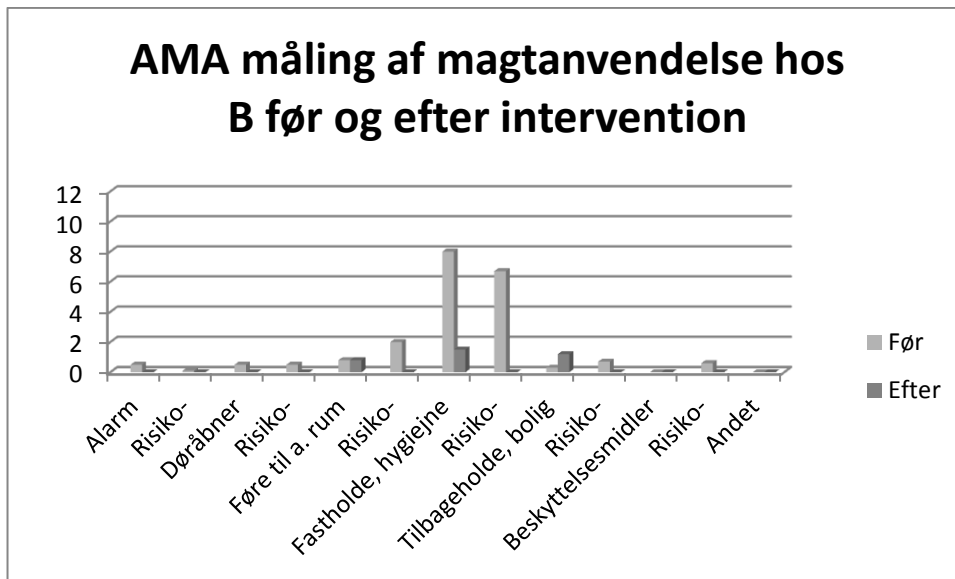


Fig. 8

Figur 8 viser scoringen af magtanvendelse og risiko for magtanvendelse før og efter interventionen. Der er scoret på alle former for brug af magtanvendelse og risiko for dette, på nær brug af beskyttelsesmidler, før interventionen. Fastholdelse ved personlig hygiejne og risiko for dette er scoret til henholdsvis 8 og 6 hvilket svarer til at det forekommer en eller flere gange om ugen i moderat til svær grad. Efter interventionen er de scoret væsentlig lavere, omkring 1, hvilket svarer til at det forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad. Undtagelsen er brug af magt for at føre til andet rum, der er uændret, og tilbageholdelse i boligen, som er steget lidt, men begge er stadig scoret til omkring 1.

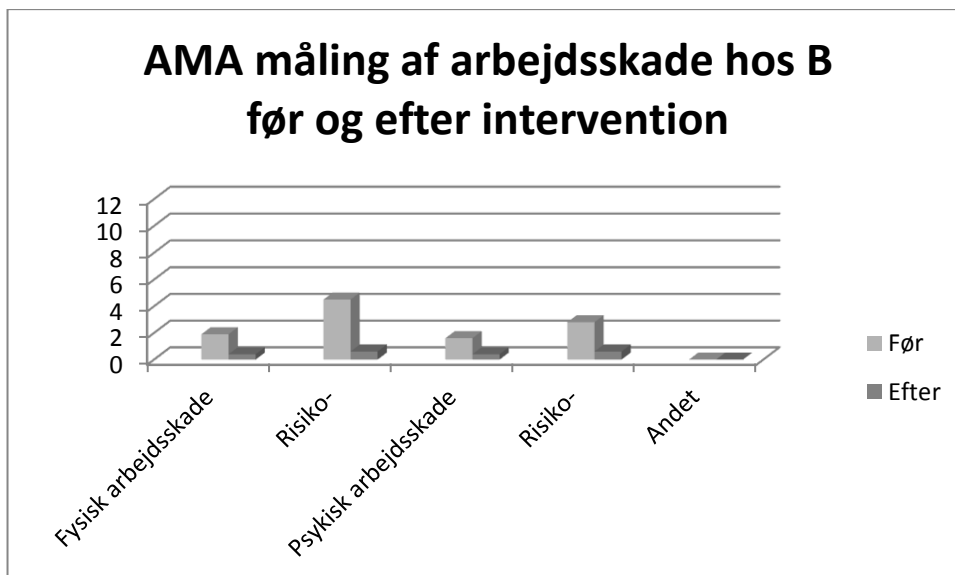


Fig. 9

Figur 9 viser scoringen af arbejdsskader og risiko for arbejdsskader før og efter interventionen. Før interventionen er der scoret både på fysisk og psykisk arbejdsskade samt risiko for dette. Risiko for at der forekommer fysisk og psykisk arbejdsskade er scoret højest, henholdsvis 4 og 2 hvilket svarer til at det

forekommer ca. en gang om ugen i mild til moderat grad. Efter interventionen er der scoret under 1 på alle parametre, hvilket svarer til at det forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad.

Analyse

Før interventionen havde B 12 former for BPSD. Samtidig forekom 5 af 6 former for magtanvendelse, 6 af 6 former for risiko for magtanvendelse, samt fysisk og psykisk arbejdsskade og risiko for dette.

Efter interventionen var BPSD enten ikke længere tilstede eller reducerede på nær søvnforstyrrelser; brug af magt og risiko for dette var enten ikke længere til stede eller reduceret på nær at føre til andet rum og tilbageholdelse i boligen, der forekom i minimalt omfang; fysisk og psykisk arbejdsskade samt risiko for dette var reduceret til minimalt omfang.

Plejepersonalet oplever resultatet af undersøgelsen stemmer overens med virkeligheden og er overaskede over forandringen, da det var forventet at B kunne blive mere aggressiv i perioden.

Essens

BPSD, magtanvendelse og risiko for dette samt arbejdsskader og risiko for dette forekommer samlet før intervention og falder samlet efter interventionen.

BPSD kan derfor godt have været en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader.

Der blev ikke fundet nogen andre faktorer end den musikterapeutiske indsats, der kunne have påvirket situationen, tværtimod var der grunde til at forvente, at aggression ville være øget i perioden. Resultatet af AMA undersøgelsen var genkendelig for plejepersonalet.

Den musikterapeutiske intervention kan derfor godt have forebygget eller reduceret magtanvendelse og risiko for dette samt reduceret arbejdsskader og risiko for dette.

5.4 Casen om hr. E

Case vignet

Hr. E fik semantisk demens i 50 års alderen og nu 10 år efter, bor han på ældrecenter i sit lokalområde. I den mellemliggende tid har han langsomt mistet sproget, mistet sit arbejde, er blevet skilt og har måttet opgive sin bil og sit hus. Den specielle demensform og hr. E's unge alder har gjort det til en opgave lidt ud over det sædvanlige for plejepersonalet at varetage hans pleje. Dette er løst ved at 3 faste plejersoner dækker plejen om dagen, og 2 socialpædagoger kommer på skift 3 formiddage om ugen og varetager omsorgs- og bostøtte opgaver. De opfatter sig selv som et team og har netop afsluttet en periode med konsulentbistand til opgaven. Alligevel synes de det er vanskeligt, mest fordi hr. E virker til at være i sin egen verden, og ofte trækker sig fra nødvendig pleje. Derfor er badesituationen og andre situationer fx frisør vanskelige. Hr. E er meget rastløs og går ofte ud, og teamet frygter han skal komme til skade i trafikken. Der er desuden observeret episoder, som har fået teamet til at spekulere på, om han har selvmordstanker, selvom de ikke oplever ham som deprimeret. Kommunikationen er selvsagt vanskelig, og det er derfor ikke muligt for dem at spørge ind til det, der bekymrer dem.

Jeg møder hr. E i hans lille køkken, og han byder mig på kaffe. Han kommunikerer ved hjælp af enkelte ord og kropssprog. Han fortæller om sit tidligere arbejde ved at vise på et kort, hvilke byer han har arbejdet i som rejsemontør. Ordet 'musik' får ham til at starte sin CD afspiller med musik af PS12, og vi lytter til et par numre. Lydstyrken er så lav, at det næsten ikke kan høres, men da jeg med fagter foreslår at skrue op, afslår han det meget bestemt. Jeg har taget min harmonika med og tilbyder at spille og synge for ham, og det må jeg gerne. Jeg synger nogle sange af Kim Larsen og John Mogensen, som også er hans favoritter. Et øjeblik sidder han stille og er opmærksom på musikken ved at slå rytmen med foden. Ellers virker han til at være i sin egen verden, vandrør rundt i lejligheden, ser ud af vinduet eller flytter rundt på papirer. En enkelt gang tager han et par dansetrin. Da jeg efter en lille pause peger på harmonikaen og siger: skal vi tage et nummer til slut? Siger han 'ja' og vi får øjenkontakt for første gang.

I løbet af de næste sessioner arbejder jeg med at finde frem til en musikalsk kommunikationsform, der kan fastholde hr. E's opmærksomhed. For at formidle ro vælger jeg bevidst at sidde stille på en stol fra jeg kommer til jeg går, og jeg afpasser mit verbale sprog efter hans og bruger enkelte ord eller helt korte sætninger. Efter at have forsøgt forskellige musikalske udtryk finder jeg ud af, at når jeg nynner langsomt og sagte i valsetakt, falder hr. E til ro på stolen og 'synker ind i sig selv'. Jeg finder også ud af, at jeg helst ikke skal se på ham, da det gør ham urolig. Det er en stor hjælp, at hr. E accepterer, jeg bruger videokamera, så jeg efterfølgende kan studere hans reaktioner, da jeg ikke rigtig får set dem umiddelbart.

Det bliver en fast rutine, at sessionerne hovedsagelig foregår ved, at vi sidder på hver sin stol og ser ud i køkkenet, mens jeg nynner og han 'synker ind i sig selv' i længere og længere perioder. Efter en del sessioner ser han pludselig på mig og nævner navnene på sin ekskone, sine børn, 'huset' og 'ti år'. Dette sker et par gange, og sammen med teamet tolker jeg, at hr. E har haft kontakt med minder om tidligere tider og følelser forbundet med dette, og at han faktisk har delt dem med mig.

Teamet ser og hører på video, hvordan jeg nynner hr. E til ro, og de forsøger det efterfølgende selv i badesituationen. De er forbløffede over hvor let det går; på den måde får de lov til at vaske hr. E's hår for første gang i ½ år.

Den fokuserede beskrivelse, analyse og essens

Musikterapeutisk tilgang	
Behandlingsoplæg:	
Plejepersonalets oplevelse	E er meget i sin egen verden og virker ofte meget lidt opmærksom på sine omgivelser. Han har ingen kontakt med de øvrige beboere. E kan blive irriteret, hvis ikke alt foregår til faste tider eller små ting bliver ændret. Personlig hygiejne er en udfordring, der kræver to personer og meget lang tid, men lykkes som regel, på nær hårvask, som bliver undladt. E er meget rastløs og går eller cykler ud på egen hånd, går også i butikker og handler ind til sine måltider, men plejepersonalet er bekymrede over det, dels fordi han somme tider glemmer at betale for varerne og dels fordi han kan være uopmærksom i trafikken. På det sidste har både plejepersonale og borgere i lokalområdet rapporteret, at de om aftenen har set E stå på fortovet og (bevidst?) gå over gaden i det øjeblik, der kommer en bil. Plejepersonalet frygter, at det kan være en bevidst handling som udtrykker, at E ønsker at gøre en ende på sit liv, selvom de ikke oplever ham som deprimeret.
Livshistorie / musikalsk livshistorie	E er tidligere håndværker og rejsemontør, fraskilt og har 3 børn og flere børnebørn. I den periode han har haft demens, har han langsomt mistet sproget og har opgivet sit arbejde, er blevet skilt og har måttet opgive at køre bil. E er meget glad for musik, hans favoritter er ifølge hans ekshustru Kim Larsen, John Mogensen og gruppen PS12. Når der er musikunderholdning på ældrecenteret oplever plejepersonalet at E opsøger det.
Min oplevelse af assessment	<p>Jeg besøger E to gange i hans egen bolig samt observerer ham, mens der er sangunderholdning på ældrecenteret. De to besøg foregår i en hyggelig atmosfære hvor han byder mig på kaffe i køkkenet, og 'fortæller' om sit tidligere arbejde, ved at vise mig på et kort, hvor han har arbejdet. Ved første besøg spiller jeg kendte sange på harmonika for ham, og han spiller PS12 på CD for mig. Ved andet besøg forsøger jeg desuden at danse til CD, samt nynne/tralle kendte sange og spille på maracas og klangstave. Jeg tilbyder E at spille. Vi gennemgår desuden hans CD samling, alle med PS12. Til sangunderholdning observerer jeg E på afstand det meste af tiden.</p> <p>Når jeg spiller på harmonika, er E opmærksom på dette et øjeblik ved at slå rytmen med foden samt ved at stå og danse lidt. Resten af tiden sidder eller går han rastløs rundt i lejligheden. E har samme adfærd når vi på hans initiativ lytter til CD. Da jeg opfordrer ham til at danse til CD, reagerer han ikke på det. Jeg opfordrer ham til at spille en anden CD fra hans samling, men det afviser han. Da jeg nynner / traller kendte sange til rytmeinstrumenter, falder han til ro på stolen, drikker en øl og virker til at hygge sig. Han tager ikke imod mit tilbud om</p>

<p>Min konklusion</p>	<p>selv at spille. Vi har øjenkontakt et kort øjeblik da jeg peger på harmonikaen og siger: Skal vi tage en sang til at slutte på? og han svarer 'Ja'.</p> <p>Ugen efter er der musikunderholdning med to solister og play back musikledsagelse. Der er ca. 100 deltagere. E stiller sig tæt ved solisterne og danser trippende på stedet. Imellem numrene underholder solisterne med historier og så forlader E lokalet. Solisterne opfordrer publikum til at holde hinanden i hånden og gyngede med til musikken. Jeg rækker hånden ud mod E, men han trækker sig tilbage.</p> <p>E har lidt mange tab indenfor de sidste år og er afhængig af hjælp. Han har muligvis mange tunge følelser omkring dette, og da han ikke verbalt kan udtrykke dem, kan det bevirke rastløshed og et ønske om at gøre en ende på livet. Det er muligt at få kortvarig kontakt med E i musikken, og at få ham til at falde til ro. Derfor kan musikterapi muligvis medvirke til at E kan komme til at slappe af og opleve en kontakt gennem musikken, hvor tunge følelser kan blive delt og forløst.</p>
<p>Mål</p>	<p>At opbygge en kontakt, hvor E kan føle sig tryk og slappe af samt få mulighed for at komme i kontakt med / dele tunge følelser omkring sin livssituation.</p>
<p>Behandlingsplan</p>	<p>Individuel musikterapi to gange om ugen i 5 uger, hvor jeg vil opbygge kontakten via en fast struktur på sessionerne. Ved at sidde meget stille og nynne kendte sange, vil jeg formidle ro og afslapning og ved at vælge sange, der kan validere følelser af tab, vil jeg formidle mulighed for at dele tunge følelser.</p>
<p>4. session</p>	<p>Starter i aktivitetscenteret hvor E går rundt. Guider ham tilbage til boligen ved at nynne indledningsmelodien sagte. I sessionen er det tydeligt at E falder til ro når jeg nynner sagte og langsomt i valsetakt. Jeg bliver opmærksom på at det stresser E hvis jeg ser på ham.</p>
<p>5. session</p>	<p>E reagerer med uro på den sang jeg har valgt til validering. Overvejer om validering er for højt et mål, måske er det nok at formidle afslapning så E kan komme i kontakt med egne følelser. For at det kan ske er det nødvendigt at jeg bliver i mit personlige rum og lader E være i hans.</p>
<p>8. session</p>	<p>Da jeg nynner en sørgmodig sang får vi øjenkontakt og E siger: <navn på ekshustru> – huset – 10 år – <navn på 2 af hans børn> – det var pænt!</p>
<p>10. session</p>	<p>E nævner igen sin ekskone, huset, 10 år og børnene og ser ud af vinduet i lang tid mens jeg nynner sagte.</p>

<p>Statusmøde mit indlæg</p>	<p>Det er muligt at få E til at falde til ro og jeg fornemmer han kommer i kontakt med sine følelser, fx nævner han ekshustrus navn – huset – 10 år et par gange når han virker til at være i kontakt med følelser. Plejepersonalet oplyser det er ca. 10 siden han blev skilt.</p> <p>Det har ikke været muligt at finde bestemte sange som sikkert validerer, det ligger mere i tonefald, rytme, volumen og tempo.</p>
<p>Supervisionsrapport</p>	<p>Udfordringer hos en demensramt med semantisk demens med meget lidt sprog, verbalt såvel som nonverbalt.</p> <p>Refleksioner var her over at være i sit personlige rum contra at være i det sociale rum og hvordan formidler man dette via kropssprog. Hvordan er det at blive i sit personlige rum indtil klienten er klar til at komme ud i det sociale rum? Har klientens musikalske præferencer betydning i dette tilfælde eller er det undtagelsen, der bekræfter reglen, og er det relevant at arbejde med bestemte sange som validerer følelser? Hvad betyder tempo, rytme og volumen for 'holding' og validering af klientens følelser?</p>

Analyse

Problemstillingerne er, at E er meget rastløs og vandrer meget omkring, også udendørs, uden at være i stand til at tage tilstrækkeligt vare på sig selv. Plejepersonalet er usikre på om E er deprimeret og går med selvmordstanker. Det er vanskeligt at hjælpe E med personlig hygiejne og hårvask udelades helt.

Livshistorien peger på at E har haft et job, der sandsynligvis har fordret initiativ og selvstændighed. Han har lidt mange tab i forbindelse med sin sygdom og den har betydet, at han nu er afhængig af hjælp fra andre. Der er oplyst et musikrepertoire som E kender og holder af, og som der tages udgangspunkt i.

I assessmentsessionerne er det vanskeligt at få kontakt med E, fordi han vandrer rastløst rundt; men han reager på stille nynnen ved at falde til ro på en stol. Han viser at han ønsker kontakt, men ikke for tæt kontakt; han takker ja til sang og harmonikaspil, men er tilbageholdende med øjenkontakt og afslår at holde andre i hånden, i en sammenhæng, hvor det ellers ville være naturligt. Han viser, at han gerne vil høre musik, men ikke tale, ved at gå, når solisterne fortæller historier. Tabene og den manglende evne til sprogligt at udtrykke følelser omkring dette, kan bevirke indre uro og gøre, at E er rastløs og har en vandrende adfærd. Det kan også lede til depression og et mere eller mindre bevidst ønske om selvmord. At være blevet afhængig af hjælp kan give E en følelse af magtesløshed, og tæt fysisk kontakt kan føles ydmygende og gøre, at E bliver stresset og viser modstand, når plejepersonalet forsøger at hjælpe ham med personlig hygiejne.

Der iværksættes musikterapi, som sigter på dels at give E mulighed for at komme i kontakt med tunge følelser om sin livssituation, dels på at han får mulighed for at dele følelserne med musikterapeuten.

Midler til dette er at signalere ro via kropssprog (at sidde helt stille) og nynne kendte sange, samt vælge kendte sange, der kan validere følelserne.

I terapien viser E, at han lader sig guide til sin bolig, ved at musikterapeuten går foran og giver cue (nynner indledningsmelodien), samt at han falder til ro, når musikterapeuten nynner sagte og langsomt i valsetakt.

E viser også, at øjenkontakt stresser ham og musikterapeuten tolker det, som at han har behov for at være i fred i sit private rum, for at komme i kontakt med sine følelser. Han nævner senere navne på sin familie, sit hus samt '10 år' og det viser sig, at det er 10 år siden han blev skilt, hvilket kan signalere, at han er kommet i kontakt med sine følelser og plejepersonalet bekræfter denne opfattelse.

E reagerer med uro, da musikterapeuten forsøger at validere følelserne med en sang fra hans foretrukne genre, der tekstmæssigt handler om at miste, men hvor dynamikken i melodien ikke svarer til det, der får ham til at falde til ro. Det får musikterapeuten til, i supervisionen at reflektere over, om validering er for højt et mål, og om E har mere brug for 'holding', men konkluderer at valideringen ligger mere i tempo, rytme og volumen, end i den stemning sangen formidler ud fra tekst og melodi tilsammen.

Essens

Ud fra baggrundsoplysninger og assessment opstilles hypotesen, at BPSD (rastløshed, omkringvandren, mulige selvmordstanker, modstand mod personlig hygiejne) kan skyldes, at følelser af sorg over mange tab, samt afmagt og stress over nuværende livssituation, ikke kan udtrykkes verbalt.

Klienten viser vilje og evne til kontakt i musikken, når grænser respekteres og der kun benyttes få ord.

Som mål vælges: at bringe i kontakt med tunge følelser og mulighed for at dele disse med terapeuten.

Som behandlingsform vælges individuel musikterapi og som metode at nynne for klienten. Der bruges teknikker til at nedsætte arousalniveau, til at komme i kontakt med følelser og til at validere disse.

Teknikkerne består af at signalere ro ved at sidde stille, kun benytte få ord, lade klienten være i eget rum, undgå øjenkontakt, nynne sagte og langsomt i valsetakt, samt vælge en kendt sang om tab. Dette valg ændres til i stedet kun at nynne sagte i valsetakt, da det viser sig at virke bedre.

Interventionen tilpasses ved at opsøge klienten, der hvor han er og guide ham tilbage til boligen. Den tilpasses desuden ved at vælge en anden teknik til validering af følelser en først planlagt.

Ved evalueringen tolker terapeuten, at klienten har fået kontakt med følelser omkring tab og har delt disse verbalt i terapien. Plejepersonalet bekræfter tolkningen.

Temaer i vejledning af plejepersonalet	
6. session	En plejeperson kommer ind for at skifte mad ud i skabet og E springer op og stiller sig foran skabet. Da jeg nynner sagte falder han til ro og sætter sig igen og medarbejderen går igen. Efter sessionen taler jeg med hende om hvordan at nynne sagte kan virke beroligende på E i stressede situationer og aftaler at vi skal snakke mere om det på det kommende teammøde.
Teammøde:	
Mit indlæg	Opsummering af de interaktioner jeg har brugt: Facilitering: arousalregulering – få ord – sidde stille – bruge kropssprog

<p>Statusmøde: Mit indlæg</p>	<p>Holding: bruge lyd til at skabe tryghed – ¾ eller 6/8 takt virker 'vuggende' – være i eget rum</p> <p>Validering: bruge melodier, der skaber en bestemt stemning – mere end tekstindholdet</p> <p>Anerkendelse: respektere ritualer – E ønsker kun lidt øjenkontakt, respektere dette</p> <p>Forhandling / samarbejde: undgå at stille krav</p> <p>I musikterapien har jeg brugt følgende interaktioner:</p> <p>Facilitering: sidde stille – bruge meget få ord – bruge cue - bruge musik der afslapper</p> <p>'Holding': 'vugge' med musikken – blive ved også når han viser uro- respektere hans ritualer – undgå at søge øjenkontakt.</p> <p>Validering: bruge sange eller dynamik, der skaber en stemning der matcher følelser.</p>
-----------------------------------	--

Analyse

Der opstår tilfældig en situation, som musikterapeuten bruger til at vise i praksis, hvordan sagte nynnen kan få E til at falde til ro i stressede situationer. Der laves aftale om at følge op på et møde.

Musikterapeuten formidler på teammøde, hvordan hun arbejder med arousalregulering og med interaktionerne facilitering, holding, validering, anerkendelse og forhandling, og senere igen på statusmøde hvordan hun arbejder med facilitering, holding og validering.

Essens

I vejledningen af plejepersonalet er temaer:

- arousalregulering og hvordan det kan foregå
- interaktionsformerne facilitering, holding, validering, anerkendelse og forhandling og hvordan det kan foregå

I vejledningen bruges en spontan situation i terapien samt mundtlig formidling på teammøde og statusmøde.

Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet	
Referat fra 1.	Der er 3 plejepersoner og 1 pædagog tilstede. Jeg fortæller jeg har haft 8 sessioner med E. Han falder til ro og virker til at være i kontakt med sig selv når

teammøde	jeg sidder stille og nynner lavt og i langsomt tempo, helst i valsetakt. Jeg viser dem på video hvordan det foregår og opfordrer plejepersonerne til at forsøge selv ved personlig hygiejne. Råder dem til at vælge en bestemt sang som de alle bruger, så den kan fungere som et cue til bad.
Referat fra statusmøde	Plejepersonerne har valgt en sang som de har nynnet ved personlig hygiejne. Det var en stor succes, det lykkedes endda at få vasket E's hår. De vil arbejde videre med at vælge forskellige sange som cue til fx frisør besøg og andre situationer, som de oplever som vanskelige.
Egne case noter	Teamet holdt møde med lederen af ældrecenteret og demensvejlederen hver 2. uge og jeg blev inviteret med til møderne. Jeg nåede at deltage 1 gang før opstart af forløbet og 2 gange undervejs. De virkede til at være et meget fasttømret og engageret team. Jeg tror deres erfaring med at få konsulentbistand bevirkede, at de var meget åbne for mit forslag om at afprøve sang i badesituationen. At vise på video hvordan de skulle gøre, og så lade dem selv afprøve det, virkede godt.

Analyse

Musikterapeuten viser på video, hvordan hun regulerer E's arousal ved at nynne og foreslår, plejepersonalet afprøver det selv i badesituationen. Hun foreslår desuden, at de aftaler at bruge den samme sang hver gang, så den fungerer som cue til bad.

Plejepersonalet lykkes godt med at berolige E i badesituationen og vil forsøge at omsætte teknikken til andre situationer, hvor de ved, E bliver stresset.

Musikterapeuten reflekterer over, at deres gode indbyrdes samarbejde og engagement samt deres tidligere erfaring med at modtage konsulentbistand bevirkede, at de tog godt imod den musikterapeutiske teknik, og at videodemonstration er en god måde at vise, hvordan det skal gøres, da det gør dem i stand til umiddelbart at afprøve det selv.

Essens

I overføring af musikterapeutiske teknikker er temaerne:

- musikterapeutisk pleje i badesituationen
- arousalregulering og cuegivning i plejesituationer

I overføringen bruger musikterapeuten videooptagelse og mundtlig instruktion og reflekterer over at organiseringen af arbejdet og brug af video i overføringen gjorde, at overføring af musikterapeutisk pleje lykkedes godt.

Udgjorde BPSD en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskade? - og blev magtanvendelse og

arbejdsskader forebygget?	
Statusmøde: fælles tolkning	<p>Spørgeskemaundersøgelsen har vist at der hovedsageligt var problemer i forhold til parametrene agitation, apati, øget motorisk adfærd, risiko for behov for alarmsystem og risiko for behov for at føre til andet rum. Disse er alle scoret klart lavere i perioden med musikterapi.</p> <p>Der er scoret en lille risiko for fysisk og psykisk arbejdsskade under terapi men ikke før.</p> <p>Det er en svaghed at kun 5 har udfyldt spørgeskemaer efter terapien mod 7 før. Det skyldes praktiske problemer.</p> <p>Reduktion af motorisk adfærd og mindre risiko for behov for alarmsystem kan skyldes at der har været dårligt vejr i perioden, men plejepersonalet oplever at det også gælder indendørs. Den lille øgede risiko for arbejdsskade mener teamet skyldes, at der er kommet mere fokus på risici i forbindelse med at E ryger.</p>

Før analyse og essens af ovenstående vil jeg præsentere resultatet af spørgeskemaundersøgelsen.

AMA undersøgelsen

Der var 10 faste medarbejdere, som oprindeligt deltog i AMA målingen. Tre af dem var nattevagter og de angav, at de havde meget lidt kontakt med E og syntes det var svært at svare på spørgsmålene. Derfor udgik de. Af de resterende 7 var der kun 5 der havde mulighed for at deltage 2. måling. Resultatet er altså et gennemsnit af henholdsvis 7 og 5 medarbejders besvarelser. Se figur 10,11 og 12.

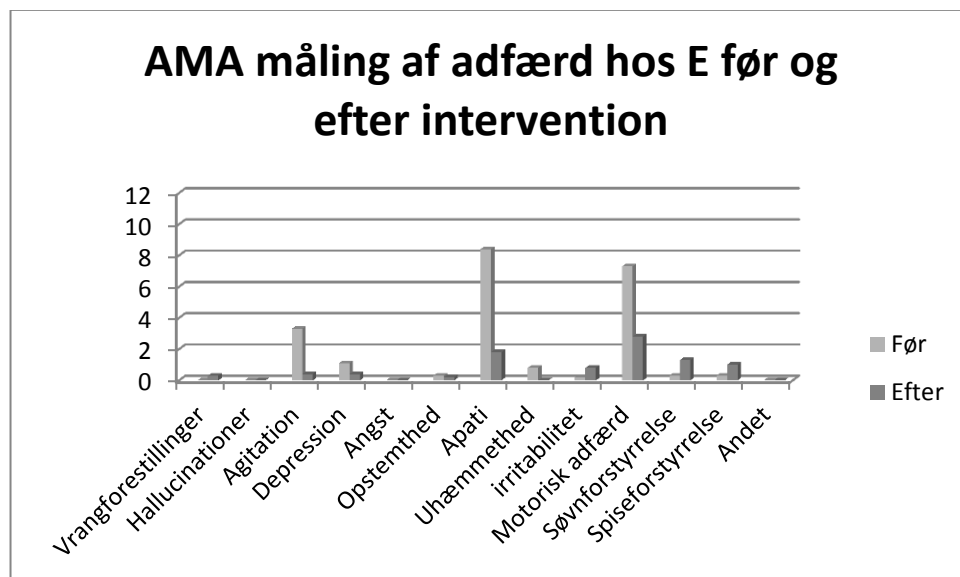


Fig. 10

Figur 10 viser scoring af BPSD, før og efter interventionen. Der er scoret på 9 ud af de 12 former for BPSD, der er spurgt til. Agitation er scoret til 3, hvilket svarer til, at det forekommer en eller flere gange

om ugen i mild til moderat grad. Apati og øget motorisk adfærd er scoret til henholdsvis 8 og 7 hvilket svarer til at det forekommer flere gange om ugen eller daglig i moderat til svær grad. Efter interventionen er de scoret væsentlig lavere, under eller omkring 2, hvilket svarer til at det forekommer en gang om ugen eller mindre i mild til moderat grad. Parametrene irritabilitet, søvnforstyrrelse og spiseforstyrrelse er øget lidt, men var i forvejen scoret lavt, og er alle under 1 hvilket svarer til, at de forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad.

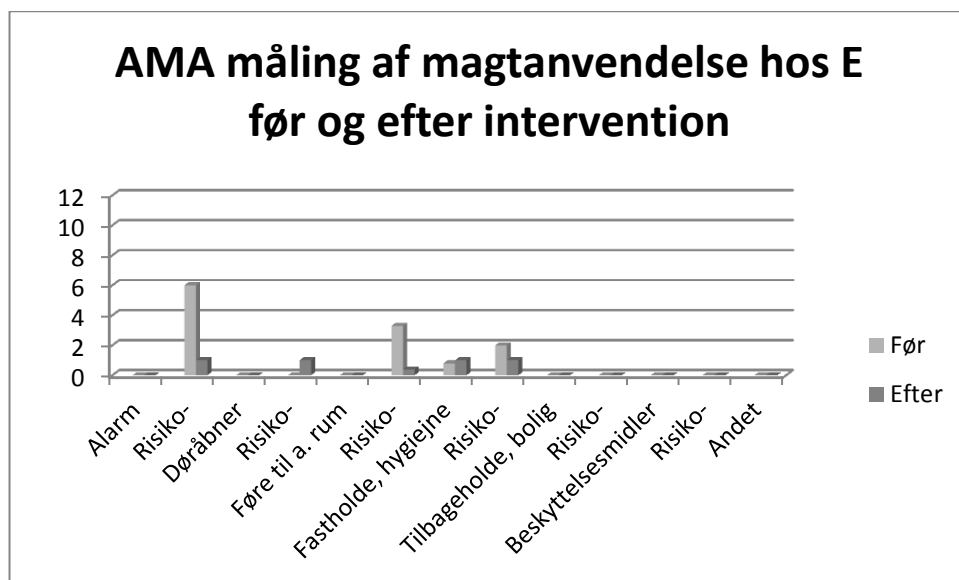


Fig. 11

Figur 11 viser scoringen af magtanvendelse og risiko for magtanvendelse før og efter interventionen. Risiko for behov for brug af alarmsystem er scoret til 6, hvilket svarer til at det forekommer en eller flere gange ugentlig i moderat til svær grad. Desuden er risiko for brug af magt for at føre til andet rum, samt risiko for fastholdelse ved personlig hygiejne scoret til omkring 2, hvilket svarer til at det forekommer ca. en gang om ugen i mild til moderat grad. Efter interventionen er de scoret til 1 eller derunder, hvilket svarer til at de forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad. Parametrene risiko for brug af døråbner og fastholdelse ved personlig hygiejne er steget lidt, men var i forvejen scoret lavt og er også under 1.

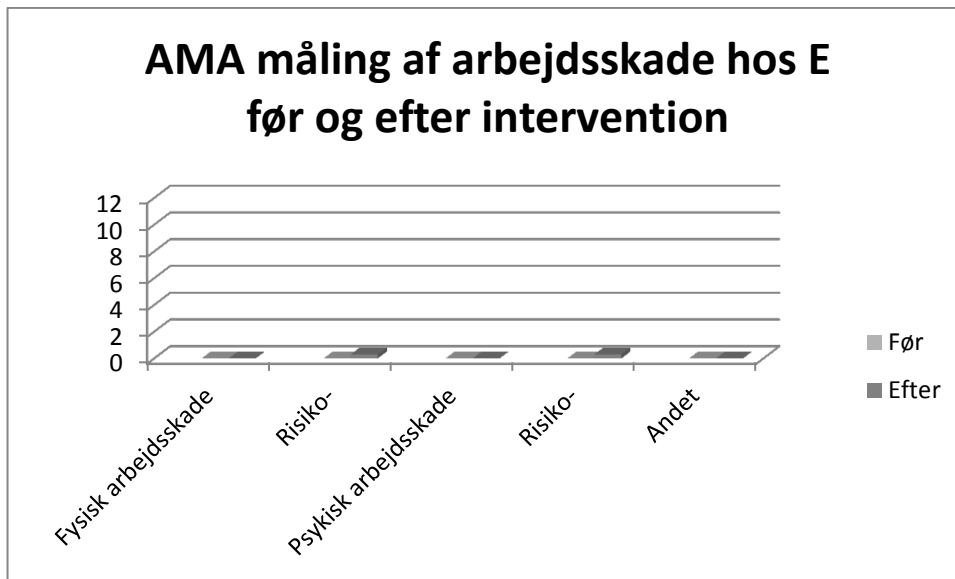


Fig. 12

Figur 12 viser scoringen af arbejdsskader og risiko for arbejdsskader før og efter interventionen. Før interventionen var der scoret 0 på alle spørgsmål. Efter interventionen var der scoret en lille risiko for fysisk og psykisk arbejdsskade på under 1, hvilket svarer til at det forekommer mindre end en gang om ugen i mild grad.

Analyse

Før interventionen havde E 9 af 12 former for BPSD. Samtidig forekom 1 af 6 former for magtanvendelse og 4 af 6 former for risiko for magtanvendelse. Der forekom ikke arbejdsskader eller risiko for dette.

Efter interventionen var BPSD reduceret på nær irritabilitet, søvnforstyrrelse og spiseforstyrrelse, der forekom minimalt; risiko for brug af magt var reduceret, men ikke brug af magt ved personlig hygiejne; risiko for fysisk og psykisk arbejdsskade var tilkommet i interventionsperioden.

Plejepersonalet oplever at E vandrer mindre omkring såvel indendørs som udendørs, og de mener derfor ikke, reduktionen i vandring har sammenhæng med, at der har været dårligt vejr i perioden. De har i perioden sat fokus på risici ved passiv rygning, og opfatter derfor ikke den tilkomne risiko for fysisk og psykisk arbejdsskade som noget, der hverken er forårsaget eller kan løses af musikterapien. Der var i øvrigt etableret udsugning i E's lejlighed.

Essens

Før interventionen forekom BPSD, magtanvendelse og risiko for dette samlet, og efter interventionen faldt de samlet. BPSD kan derfor godt have været en risikofaktor for magtanvendelse. Før interventionen forekom der ikke arbejdsskade eller risiko for dette, men efter interventionen forekom dette i minimalt omfang, uden at der fandtes tegn på sammenhæng med den musikterapeutiske intervention. BPSD kan derfor ikke have været en risikofaktor for arbejdsskader.

Der blev ikke fundet nogen andre faktorer end den musikterapeutiske indsats, der kunne have påvirket BPSD og magtanvendelse i perioden. Resultatet af AMA undersøgelsen var genkendelig for plejepersonalet.

Den musikterapeutiske intervention kan derfor godt have reduceret magtanvendelse og risiko for dette.

6.0 Tværgående analyse og syntese

I dette afsnit vil jeg samle essenserne fra de enkelte afsnit i casene og analysere dem, for derefter at formulere en syntese for hvert afsnit. Til slut vil jeg se på ligheder og forskelle i casene og diskutere disse i forhold til litteraturen.

6.1 Musikterapeutisk tilgang

Opsummering af essens

	Fru A	Fru B	Hr. C
Hypotese om årsag til BPSD	Omkringvandren og irriterende adfærd kan skyldes følelsesmæssige tilknytninger til personer og situationer tidligere i livet, der ikke udtrykkes verbalt.	Humørsvingninger, vrede og korporlig reaktion kan skyldes problemer med at kommunikere verbalt og deraf følgende misforståelser, mistolkning af situationen og øget stress.	Rastløshed, omkringvandren, mulige selvmordstanker, modstand mod personlig hygiejne kan skyldes at sorg over mange tab, samt afmagt og stress, ikke kan udtrykkes verbalt.
Assessment af klientens holdning til musikterapi	Evne og vilje til kontakt med andre og til at lade musikken forløse følelserne nonverbalt og med enkelte ord.	Evne og vilje til at kommunikere gennem kropssprog, bruge musik til afslapning samt indgå i social interaktion, når situationen er genkendelig og der gives passende støtte	Evne og vilje til kontakt i musikken, når blot grænser respekteres og der kun benyttes få ord.
Mål	At bearbejde følelser knyttet til fortiden og skabe mulighed for sociale relationer i nutiden	At skabe kontrol, at nedsætte fysiske og psykiske stressreaktioner og at skabe mulighed for socialt samvær	At bringe i kontakt med tunge følelser og mulighed for at dele disse med terapeuten
Behandlingsform	Individuelle sessioner Gruppemusikaktivitet med medbeboere	Individuelle sessioner Gruppeterapi i åben gruppe	Individuelle sessioner
Metode	At synge kendte sange for eller sammen med klienten / medbeboere	At synge kendte sange for klienten At synge sammen i gruppen	At nynne
Teknikker	At vælge sange klienten har reageret på i forhold til de følelsesmæssige temaer, for at validere følelser. At bruge siddedans for at	At lytte til kendte sange, at kommunikere nonverbalt og at guide fra et rum til et andet via kropssprog og sang, for at opnå en følelse af kontrol og afslapning.	At signalere ro ved at sidde stille, kun benytte få ord, at lade klienten være i eget rum, at undgå øjenkontakt og at nynne sagte og langsomt i valsetakt, for at nedsætte

	facilitere social interaktion	At sikre støtte til deltagelse i gruppen, at vælge sange og aktiviteter der skaber genkendelighed og at bruge fysiske aktiviteter og kropssprog, for at skabe følelse af kontrol og facilitere socialt samvær	arousalniveau og komme i kontakt med følelser. At vælge en kendt sang om tab for at validere følelser. Dette valg ændres til i stedet at nynne sagte i valsetakt, da det viser sig at virke bedre
Justering	Behandlingsformen ændres fra individuelle sessioner til fællessang med de øvrige beboere. Interventionen fastholdes selvom klienten kun deltager delvis.	Tidspunktet på dagen ændres, da det trods vedholdende forsøg ikke lykkes at etablere en helt vellykket kontakt. Dette giver anledning til refleksion hos terapeuten.	Ved at opsøge klienten, der hvor han er og guide ham tilbage til boligen. Ved at vælge en anden teknik til validering af følelser end først planlagt. Dette giver anledning til refleksion hos terapeuten.
Evaluering	Terapeuten har oplevet, at A i starten af terapien har omtalt mange følelser knyttet til fortiden og at hun har vist initiativ og omsorg i sociale situationer. Plejepersonalet oplever at A's glæde er øget og at hun viser det ved at synge mere.	Terapeuten har oplevet at B's humør er godt når hendes behov for kontrol og tryghed tilgodeses, at B 'forklarer' sin manglende evne til at tolke verbalt sprog som dårlig hørelse og at nonverbalt sprog derfor fungerer bedre end verbalt. Plejepersonalet oplever at B indgår i social kontakt med øvrige beboere i terapien og at hun har taget initiativ til at foreslå fællessang udenfor terapien.	Terapeuten har oplevet at E har fået kontakt med følelser omkring tab og har delt disse verbalt i terapien.

Analyse

I alle tre cases var det ud fra plejepersonalets oplevelse af problemstillingen, baggrundsoplysningerne og assessmentsessionen, muligt at opstille en hypotese om forhold, der kunne være årsag til BPSD.

Årsagerne var at følelser, opstået i forbindelse med traumer og tab tidligere i livet eller i forbindelse med demenssygdommen, ikke længere kunne udtrykkes verbalt. En anden årsag var stress, opstået i forbindelse med kommunikation i hverdagen, der mislykkedes og medførte misforståelser, forvirring og afmagt. Nedsat evne til verbal kommunikation var altså en væsentlig mekanisme bag BPSD i alle tre cases.

I assessmentsessionen blev det klarlagt, at klienterne havde evne og vilje til kontakt gennem musik eller kropssprog, men at der var betingelser for kontakten. Disse var, at situationen var genkendelig, at der

blev givet støtte i situationen, at det verbale sprog blev begrænset og at specielle grænser blev respekteret.

I casene blev opstillet mål for terapien, der havde til formål at afhjælpe de problemer, hypoteserne angav som årsag til BPSD. Målene var at skabe mulighed for kontakt med følelser forbundet med traumer og tab, bearbejde disse ved at udtrykke dem og dele dem med terapeuten. Målene var også at skabe følelse af kontrol, reducere stress samt at skabe mulighed for sociale interaktioner med medbeboere.

Ud fra målene blev valgt behandlingsform. I alle tre cases bestod denne af individuelle sessioner, i en case blev dette ændret til gruppemusikaktiviteter med medbeboere, og i en case blev individuelle sessioner kombineret med gruppesessioner i en åben gruppe.

Ud fra målene blev der også valgt metoder. Disse var at synge kendte sange for, eller sammen med klienterne, eller at nynne for klienten. I gruppemusikaktiviteten og i gruppeterapien var det at synge kendte sange sammen. Der blev altså benyttet både aktive og receptive metoder.

Der blev desuden valgt teknikker. Det var teknikker til at:

- validere følelser ved at vælge kendte sange, som klienten reagerer følelsesmæssigt på eller bruge musikalske parametre som tempo, volumen og rytme, som klienten reagerer på.
- reducere stress og opnå følelse af kontrol ved at synge kendte sange for klienten og kommunikere via sang og kropssprog
- nedsætte arousalniveau og komme i kontakt med følelser ved at sidde stille, bruge få ord, undgå øjenkontakt samt nynne sagte og langsomt i valsetakt
- facilitere socialt samvær ved at sikre støtte til deltagelse, vælge sange og aktiviteter der er genkendelige, bruge kropssprog, fysiske aktiviteter og siddedans

I alle tre cases var der behov for at justere terapien. Dette foregik efter refleksion i supervision. Der blev ændret på behandlingsform og på teknik, på tidspunktet for terapien og på det sted terapeuten møder klienten.

I casene foregik evaluering af om målene er nået, på møder mellem terapeuten og plejepersonalet, hvor terapeuten fremlagde observationer fra terapien og plejepersonalet fremlagde observationer fra hverdagen. Observationerne var, at klienten med ord eller kropssprog gav udtryk for følelser omkring traumer eller tab, at klienten viste glæde ved at synge eller være i godt humør, og at klienten indgik i, viste initiativ i, eller omsorg i sociale situationer med medbeboere.

Syntese

Den musikterapeutiske tilgang kan bestå i at:

- opstille en hypotese om årsager til BPSD, baseret på plejepersonalets oplevelse af problemet, baggrundsoplysninger og assessment session. Nedsat evne til kommunikation og følger deraf kan være en del af hypotesen.
- klarlægge klientens evne og vilje til kontakt gennem musik eller kropssprog, samt klarlægge hvilke særlige hensyn, der skal tages for at kontakten kan foregå.
- opstille mål, der sigter på at afhjælpe de problemer, hypotesen angiver som årsag til BPSD. Målene kan sigte mod klientens indre følelsesliv og/ eller relationer til andre.

- vælge en eller flere behandlingsformer i kombination, der er egnede til at nå målene. Det kan være både individuel terapi, gruppeterapi eller musikaktiviteter sammen med andre personer.
- vælge metoder, der er egnede til at nå målene. Det kan være både receptive og aktive metoder.
- vælge teknikker, der er egnede til at nå målene. Det kan være teknikker, der sigter mod at modvirke overstimulering, nedsætte stress eller regulere arousal, komme i kontakt med og validere følelser samt facilitere social interaktion
- reflektere i supervision over terapien, og justere denne. Justeringen kan gælde både de terapeutiske aktiviteter som tid og sted
- evaluere terapien i samarbejde med plejepersonalet, og inddrage både egne observationer i terapien og plejepersonalets observationer i hverdagen

6.2 Temaer i vejledning af plejepersonalet

Opsummering af essens

I de tre cases fremkom følgende temaer:

- lydmiljø og hvordan det stimulerer eller overstimulerer den demensramte
- validering af følelser gennem sang og hvilke følelsesmæssige temaer der er arbejdet med i terapien
- aktiviteter der fremmer kontakt mellem demensramte
- brug af kropssprog ved manglende evne til at tolke ord
- hvordan følelse af kontrol kan opfylde behov for tryghed og give godt humør
- brug af dybt toneleje, når der synges
- hvordan der kan tilrettelægges for deltagelse i sociale situationer
- arousalregulering og hvordan det kan foregå
- interaktionsformerne facilitering, holding, validering, anerkendelse og forhandling og hvordan de kan foregå

I vejledningen blev der brugt mundtlig formidling på statusmøder, løbende dialog, en spontan situation og udlån af relevant CD.

Analyse

Temaerne relaterer sig naturligvis til specifikke forhold hos den enkelte klient, men derudover er det også tydeligt, at de relaterer sig til formidling af noget af den teori, der lå til grund for den kliniske praksis. Dette var teori af Kitwood (1999), der påpeger, at nedsat evne til kommunikation hos demensramte, medfører at de ikke i tilstrækkelig grad får dækket deres psykosociale behov; omsorgspersoner kan bidrage til at det sker, gennem positive interaktioner. Desuden var det teori af Ridder (2003), der handler om hvordan for højt eller for lavt arousal kan nedsætte evnen til kommunikation (yderligere), og hvordan arousal kan reguleres via sang og musik for at bedre muligheden for dialog med den demensramte. I vejledningen omsætter musikterapeuten således kompleks teoretisk viden om demensramte og musikterapi, til *hvordan* det kan anvendes praktisk i hverdagen.

Syntese

I vejledningen fremkom temaer om

- interaktioner, der kan opfylde behov for tryghed, kontrol, validering af følelser og social kontakt hos demensramte, herunder *hvordan* sang og kropssprog kan anvendes i interaktioner med demensramte, der har svært ved at tolke ord
- aktiviteter, der fremmer interaktion mellem demensramte, og *hvordan* de kan tilrettelægges så deltagelse sikres
- regulering af arousalniveau, herunder *hvordan* sang og musik bruges i specifikke situationer, eller som lyd miljø generelt, kan øge eller sænke arousal

Vejledningen kan foregå planlagt, som mundtlig formidling på møder, i spontane situationer og som løbende dialog. Det kan desuden være aktuelt at udlåne eller fremskaffe relevant musik. I vejledningen formidles kompleks teori om demensramte og musikterapi og omsættes til praksis hos den enkelte klient.

6.3 Temaer i overføring af musikterapeutiske teknikker

Opsummering af essens

I de tre cases blev der, eller kunne der være blevet, overført musikterapeutiske teknikker til

- passende stimulering ved brug af kendt musik i fællesarealer
- interaktion mellem plejepersonale og den demensramte gennem musik, sang og bevægelse i hverdagen
- validering af følelser ved brug af sange
- nonverbal kommunikation
- at guide fra et rum til et andet
- musikterapeutisk pleje ved personlig hygiejne
- musikterapeutisk pleje i badesituationen
- arousalregulering og cuegivning i andre plejesituationer

I overføringen bruger musikterapeuten mundtlig instruktion, skriftlig vejledning og demonstration på video. I casen om fru B var organisatoriske problemstillinger (mangel på fast personale) en forhindring for overføring, men musikterapeuten reflekterer over, at læring kunne have fundet sted, ved at hun fungerede som rollemodel under gruppesessioner med plejepersonale tilstede. I casen om hr. E reflekterer terapeuten over at gode organisatoriske forhold (fast team, godt samarbejde, erfaring med konsulentbistand) er fremmende for overføringen.

Analyse

Temaerne i overføring af musikterapeutiske teknikker bygger videre på den vejledning, der er foregået, hvilket er naturligt, da de relaterer sig til de samme konkrete klienter og baserer sig på den samme teori om interaktion og arousalregulering. Udover dette relaterer de sig også til praktiske situationer i hverdagen, hvor den demensramte skal fra et rum til et andet, have foretaget personlig hygiejne eller

anden pleje. Dette er situationer, hvor der iht. Lov om magtanvendelse (Lovbekendtgørelse nr. 941, 2009) kan anvendes magt, og teknikkerne sigter mod at forebygge magtanvendelse. Musikterapeuten omsætter således den praktiske anvendelse af teorierne til konkrete teknikker, plejepersonalet kan anvende i situationer, hvor der kan opstå behov for magtanvendelse.

De organisatoriske forhold kan både fremme og hæmme overføringen af musikterapeutiske teknikker.

Syntese

I overføringen af musikterapeutiske teknikker fremkom temaer om:

- kommunikation og interaktioner med demensramte, herunder validering af følelser, via sang, musik og kropssprog
- regulering af arousalniveau og cuegivning i plejesituationer, hvor der er risiko for at der kan opstå magtanvendelse, herunder guide fra et rum til et andet
- sikring af, at det generelle lyd miljø ikke over- eller understimulerer
- musikterapeutisk pleje ved personlig hygiejne

Overføringen kan foregå mundtligt, skriftligt, ved demonstration på video, og ved at musikterapeuten virker som rollemodel. I overføringen omsættes den praktiske anvendelse af komplekse teorier til læring af konkrete teknikker, som plejepersonalet kan anvende i situationer, hvor der er risiko for magtanvendelse. Organisatoriske forhold kan gøre overføringen både lettere og vanskeligere.

6.4 Udgjorde BPSD en risikofaktor? – og blev magtanvendelse og arbejdsskader forebygget?

Opsummering af essens

I alle tre cases kunne BPSD være en risikofaktor for magtanvendelse, og i to af casene kunne de også være en risikofaktor for arbejdsskader. I casen om E forekom arbejdsskader ikke, og BPSD kunne derfor ikke være en risikofaktor for dette i denne case.

I alle tre cases blev magtanvendelse og risiko for dette forebygget eller reduceret, og i to af casene blev arbejdsskader og risiko for dette forebygget eller reduceret. Der blev ikke fundet andre årsager til dette end den musikterapeutiske intervention. I casen om E forekom arbejdsskader eller risiko for dette ikke før interventionen, men efter, uden at der kunne konstateres sammenhæng til den musikterapeutiske intervention.

Analyse

I de tre cases viste AMA undersøgelserne et ensartet mønster, nemlig at der blev scoret på både BPSD, magtanvendelse og arbejdsskader før interventionen og at der blev scoret lavere efter; på nær i casen om E. I denne blev der ikke scoret på arbejdsskader før interventionen, så her brydes mønsteret. BPSD kan derfor godt udgøre en risikofaktor for magtanvendelse og også arbejdsskader, men gør det ikke nødvendigvis.

Det faktum, at der var tilkommet risiko for arbejdsskader efter interventionen i casen om E, men at det blev udelukket, at det havde noget med den musikterapeutiske intervention at gøre, peger på, at arbejdsskader og risiko for dette kan opstå af andre årsager end BPSD, der jo blev reduceret i perioden.

Dvs. at BPSD ikke i alle tilfælde udgør en risikofaktor for arbejdsskader, og af dette følger at musikterapeutisk intervention, der jo retter sig mod at forebygge arbejdsskader ved at reducere BPSD, ikke kan forventes at forebygge former for arbejdsskader, der er opstået af andre årsager end BPSD.

Syntese

I forhold til BPSD som risikofaktor og musikterapeutisk intervention som forebyggelse fremkom at:

- BPSD kan udgøre en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader, men arbejdsskader og risiko for dette kan også have andre udløsende faktorer.
- Musikterapeutisk intervention kan forebygge eller reducere magtanvendelse og risiko for dette samt arbejdsskader og risiko for dette, men arbejdsskader og risiko for dette kan være af en art som musikterapeutisk intervention ikke har indflydelse på.

6.5 Diskussion af synteser

I den tværgående analyse fremkommer nogle emner der gentages i flere synteser. Emnerne er kommunikation, indre følelsesliv, sociale interaktioner og organisatoriske forhold. Jeg vil nu diskutere emnerne i lyset af litteraturen, og derefter reformulere en af synteserne.

Kommunikation

Nedsat evne til at udtrykke sig verbalt er et omdrejningspunkt i hypoteserne om årsager til BPSD i alle 3 cases. Hamar et al.(2011) påpeger at plejepersonale kan opleve, at den demensramtes manglende evne til at kommunikere kan føre til modstand mod nødvendig pleje, der igen kan medføre såvel fysiske skader som psykisk belastning. Dette støtter syntesen om, at nedsat kommunikation kan være en væsentlig faktor i sammenhængen mellem BPSD som risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskade.

I alle 3 cases bliver der arbejdet med at bruge sang og kropssprog som kommunikationsformer i terapien. I vejledning og i overføring af teknikker arbejdes med at videregive dette til plejepersonalet. Hamar et al. (2011) påpeger at plejepersonale oplever forbedret kommunikation og samarbejde med demensramte, når der benyttes sang i stedet for verbalt sprog i plejesituationer. Dette støtter syntesen om at sang og kropssprog kan benyttes i stedet for verbal kommunikation og dermed være en del af forebyggelsen.

Både i musikterapien, i vejledning og i overføring af teknikker arbejdes i alle 3 cases med teknikker, der kan nedsætte stress og overstimulering eller på anden måde regulere arousal. Ridder (2003) påpeger, at for højt eller for lavt arousalniveau hos demensramte, forringer evnen til at kommunikere, men at passende lydstimuli kan regulere arousal, så evnen til kommunikation bedres. Dette støtter syntesen om at sang og musik, der regulerer arousal, kan være en del af forebyggelsen ved at bedre kommunikationen.

Indre følelsesliv

I musikterapien arbejdes med at afhjælpe årsager til BPSD. I casen om A er hypotesen, at følelser knyttet til traumatiske begivenheder tidligere i livet, kan være årsager. I casen om B er følelserne knyttet til stress i forbindelse med livsvilkårene som demensramt, og i casen om E er det begge dele. I casene om A og E bliver der både i musikterapien og i vejledning og overføring af teknikker, arbejdet med teknikker til at komme i kontakt med følelser og teknikker til at validere følelser. Kitwood (1999) anser validering for en terapeutisk interaktion, der er i stand til at skabe en gradvis reorganisering af den indre verden,

selvom den demensramte pga. kognitive svigt, ikke er i stand til intellektuelt at bearbejde sin situation. Undersøgelser har dokumenteret, at musik og musikterapi kan reducere BPSD (Kverno et al., 2009, Hulme et al., 2009, Wall & Duffy, 2009), og validering af følelser kan muligvis være en del af virkningsmekanismen. Dette støtter syntesen om at følelser knyttet til traumatiske begivenheder i fortid og nutid kan ligge bag BPSD og at validering kan bidrage til at reducere BPSD og dermed være et led i forebyggelsen.

Sociale relationer

I casene om A og B er der risiko for at de bliver socialt isolerede, da de ofte bliver skærmede som følge af deres BPSD. Derfor er det at opnå sociale relationer med medbeboerne en del af målene. Der arbejdes med dette både i valg af behandlingsformer og musikterapeutiske teknikker, samt i vejledningen af plejepersonale. Der arbejdes med at opfylde behov for social kontakt ved at facilitere deltagelse i gruppeterapi eller gruppeaktiviteter. Kitwood (1999) påpeger at demensramtes psykosociale behov øges i takt med stigende svækkelse og identitetstab, men samtidig nedsættes evnen til kommunikation og gør det stedse vanskeligere at få behovene dækket. Resultatet bliver ofte en stigende social isolation. Omsorgspersoner, der arbejder bevidst med interaktioner, der dækker behovene, kan fremme en neuro-regeneration, der kan have betydning for forløbet af demenssygdommen. Dette kan iflg. Ridder (2007) også ske gennem musikterapi, der virker på det neuropsykologiske plan ved at skabe opmærksomhed og nye hukommelsesspor. Denne regeneration kan være en del af virkningsmekanismen bag musikterapis evne til at reducere BPSD. Dette støtter syntesen om, at facilitering af sociale interaktioner kan bidrage til reduktion af BPSD og dermed være en del af forebyggelsen.

I casen om E spillede sociale relationer til medbeboere tilsyneladende ingen rolle. Det kan have flere årsager fx E's specielle demensform, hans personlighed eller mangel på jævnaldrende (bor på ældrecenter som 61 årig). Han var dog selv i stand til at opsøge andre (deltog i musikunderholdning), men i en til en kontakten med terapeuten, var der flere hensyn der skulle tages, for at kontakten kunne bevares (undgå øjenkontakt, ikke se på ham, sidde stille). Denne forskellighed fra de to øvrige cases styrker syntesen om nødvendigheden af en assessment, der klarlægger særlige hensyn eller betingelser for kontakten, for at kunne facilitere en vellykket social kontakt, der kan medvirke til forebyggelsen.

Organisatoriske forhold

I casene om A og E overføres der musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet, men i casen om B lykkes det ikke, selvom det ville være relevant, hvorimod det går meget let i casen om E. Evalueringen af loven om magtanvendelse (Styrelsen for social Service, 2006) fandt, at u hensigtsmæssige organisatoriske forhold, fx skiftende personale fører til øget magtanvendelse, hvilket styrker syntesen om at organisatoriske forhold både kan hæmme eller fremme overføring af teknikker og dermed have indflydelse på hvor godt forebyggelsen lykkes.

Besvarelsene af AMA skemaerne følger et mønster, som brydes i casen om E, hvor der i modsætning til A og B ikke scores på arbejdsskader før den musikterapeutiske intervention, men efter. Andre faktorer kan have elimineret arbejdsskader i casen om E. Det kunne være E's specielle demensform, hans personlighed eller omstændigheder i omgivelserne, fx de organisatoriske forhold. Her adskiller casen om E sig fra de to andre, (fast plejepersonale, socialpædagoger til bostøtte, konsulentbistand, faste teammøder) Det må siges at være optimale organisatoriske betingelser, og det kan have medvirket til, at plejepersonalet vurderede, at der ikke var risiko for arbejdsskader, selv om E havde BPSD. Når

uhensigtsmæssige organisatoriske forhold kan medføre øget magtanvendelse må deraf følge, at gode forhold medvirker til mindre magtanvendelse. Dette gælder muligvis også for arbejdsskader. Samtidig betyder det, at det ikke kan udelukkes, at de gode organisatoriske forhold, på forhånd havde reduceret magtanvendelsen.

Det kan altså ikke udelukkes, at de gode organisatoriske forhold i casen om E, kan have haft indflydelse på, *hvor godt magtanvendelse blev forebygget som udgangspunkt* i casen. Til gengæld demonstrerer casen om B, hvor mangel på fast plejepersonale virkede som en begrænsning i forhold til at overføre musikterapeutiske redskaber til plejepersonalet, hvordan *organisatoriske forhold gjorde forebyggelsen vanskeligere*, også ved brug af musikterapeutisk intervention. Dette gør, at jeg vil reformulere min syntese om BPSD som risikofaktor og musikterapeutisk intervention som forebyggelse.

6.6 Reformulering af syntese

I forhold til BPSD som risikofaktor og musikterapeutisk intervention som forebyggelse fremkom at:

- BPSD kan udgøre en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader, *men andre faktorer fx organisatoriske forhold kan formindske eller forstørre risikoen*, og arbejdsskader og risiko for dette kan have andre udløsende faktorer end BPSD.
- Musikterapeutisk intervention kan forebygge eller reducere magtanvendelse og risiko for dette samt arbejdsskader og risiko for dette, *men andre faktorer fx organisatoriske forhold kan påvirke processen både positivt og negativt, især i overføringen af musikterapeutiske teknikker*. Arbejdsskader og risiko for dette kan være af en art som musikterapeutisk intervention ikke har indflydelse på.

På baggrund af mine synteser vil jeg nu besvare spørgsmålene fra problemformuleringen.

7.0 Konklusion

Mit overordnede spørgsmål i problemformuleringen var:

Kan musikterapi og samarbejde mellem musikterapeut og plejepersonale forebygge magtanvendelse og arbejdsskader i plejen hos demensramte? Og i så fald hvordan kan det foregå?

Ud fra litteraturstudier og analyse af 3 cases konkluderer jeg at:

- musikterapi og samarbejde mellem musikterapeuter og plejepersonale kan forebygge eller reducere magtanvendelse og arbejdsskader i plejen hos demensramte
- andre faktorer, fx organisatoriske forhold kan påvirke processen både positivt og negativt, især i overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet
- arbejdsskader og risiko for dette kan være af en art, som musikterapeutisk intervention ikke har indflydelse på

Før jeg svarer på hvordan det kan foregå, vil jeg først svare på de fire underspørgsmål.

Kan BPSD hos den demensramte være en risikofaktor i forhold til magtanvendelse og arbejdsskader?

Ud fra litteraturstudier og analyse af de 3 cases konkluderer jeg at:

- BPSD kan udgøre en risikofaktor for magtanvendelse og arbejdsskader
- andre forhold, fx organisatoriske forhold kan formindske eller forstørre risikoen
- arbejdsskader og risiko for dette kan også have andre udløsende faktorer

Hvilke former for musikterapeutiske tilgange kan være aktuelle at anvende i forebyggelsen?

Ud fra analyse af tre cases konkluderer jeg, at det kan være aktuelt at:

- opstille en hypotese om årsager til BPSD, baseret på plejepersonalets oplevelse af problemet, baggrundsoplysninger og assessment session. Nedsat evne til kommunikation og følger deraf kan være en del af hypotesen.
- klarlægge klientens evne og vilje til kontakt gennem musik eller kropssprog, samt klarlægge hvilke særlige hensyn, der skal tages for at kontakten kan foregå.
- opstille mål, der sigter på at afhjælpe de problemer, hypotesen angiver som årsag til BPSD. Målene kan sigte både mod klientens indre følelsesliv og/ eller relationer til andre.
- vælge en eller flere behandlingsformer i kombination, der er egnede til at nå målene. Det kan være både individuel terapi, gruppeterapi eller musikaktiviteter sammen med andre personer.
- vælge metoder, der er egnede til at nå målene. Det kan være både receptive og aktive metoder.

- vælge teknikker, der er egnede til at nå målene. Det kan være teknikker, der sigter mod at modvirke overstimulering, nedsætte stress eller regulere arousal, komme i kontakt med og validere følelser samt facilitere social interaktion
- reflektere over terapien, og justere denne. Justeringen kan gælde både de terapeutiske aktiviteter og tid og sted
- evaluere terapien i samarbejde med plejepersonalet, og inddrage både egne observationer i terapien og plejepersonalets observationer i hverdagen

Hvilke temaer kan være aktuelle i musikterapeutens vejledning af plejepersonalet?

Ud fra analyse af 3 cases konkluderer jeg at aktuelle temaer kan være:

- interaktioner, der kan opfylde behov for tryghed, kontrol, validering af følelser og social kontakt hos demensramte, herunder *hvordan* sang og kropssprog kan anvendes i interaktioner med demensramte, der har svært ved at tolke ord
- aktiviteter, der fremmer interaktion mellem demensramte, og *hvordan* de kan tilrettelægges så deltagelse sikres
- regulering af arousal, herunder *hvordan* sang og musik brugt i specifikke situationer, eller som lyd miljø generelt, kan øge eller sænke arousal

Vejledningen kan foregå planlagt, som mundtlig formidling på møder, i spontane situationer og som løbende dialog. Det kan desuden være aktuelt at udlåne eller fremskaffe relevant musik.

I vejledningen formidles kompleks teori om demensramte og musikterapi samt hvordan det kan omsættes til praksis hos den enkelte klient.

Hvilke temaer kan være aktuelle i overføringen af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet?

Ud fra analyse af 3 cases konkluderer jeg, at aktuelle temaer kan være:

- kommunikation og interaktion med demensramte, herunder validering af følelser, via sang, musik og kropssprog
- cuegivning og regulering af arousal i plejesituationer, hvor der er risiko for at der kan opstå magtanvendelse, herunder at guide fra et rum til et andet og ved personlig hygiejne
- sikring af at det generelle lyd miljø ikke over- eller understimulerer den demensramte

Overføringen kan foregå mundtligt, skriftligt, ved demonstration på video, og ved at virke som rollemodel.

I overføringen omsættes den praktiske anvendelse af teorierne til konkrete teknikker, som plejepersonalet kan anvende i situationer, hvor der kan opstå behov for magtanvendelse. Organisatoriske forhold kan gøre overføringen både lettere og vanskeligere.

Nu vil jeg vende tilbage til at besvare 2. del af hovedspørgsmålet:

- Og i så fald hvordan kan det foregå?

Jeg vil besvare spørgsmålet ved at opsummere konklusioner fra min underspørgsmål til en proces, og beskrive den i en figur: (figur 13)

Musikterapi og samarbejde mellem musikterapeuter og plejepersonale som forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskade

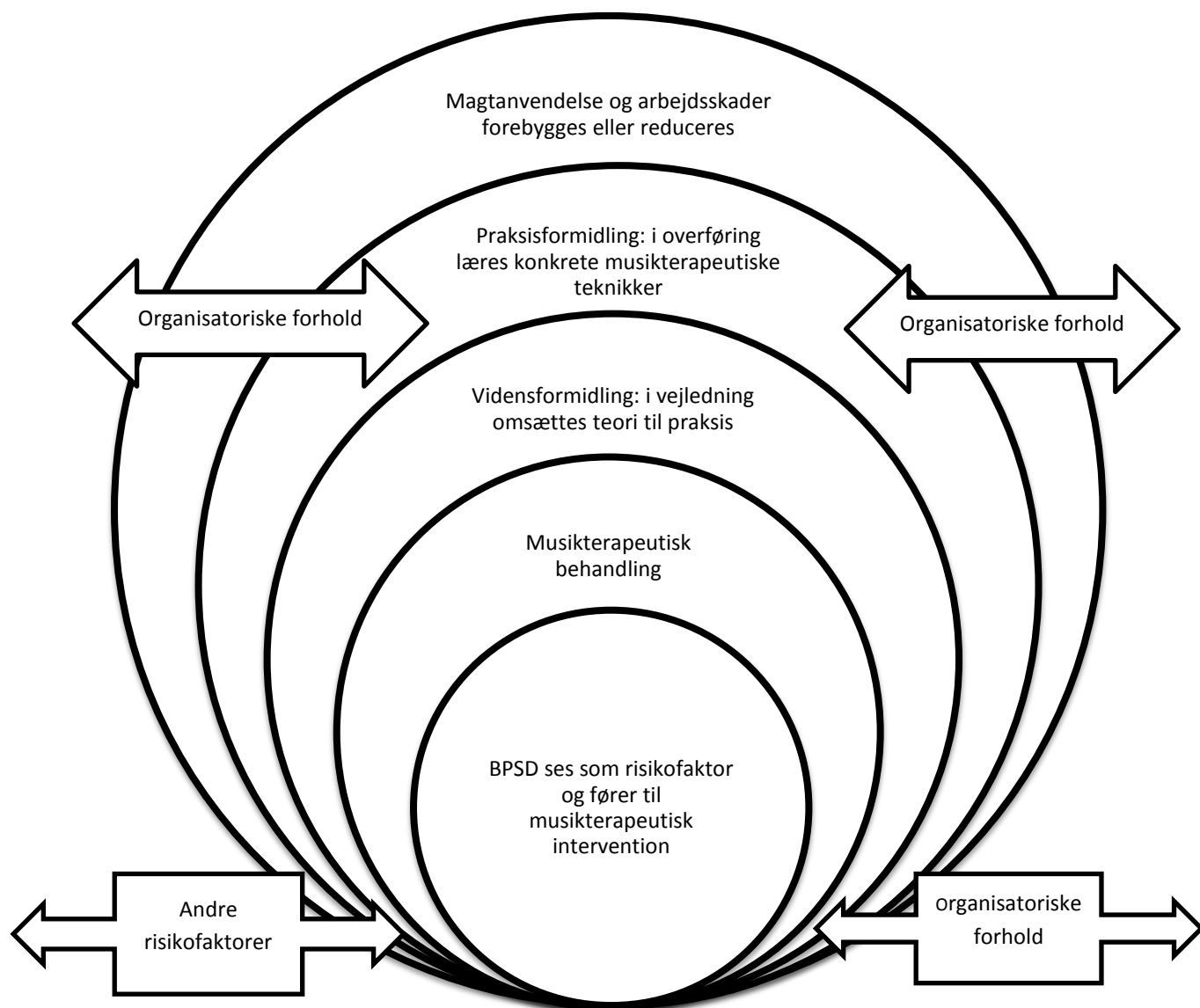


Fig. 13

8.0 Diskussion af validitet, reliabilitet, generalisering og perspektivering

I dette afsnit vil jeg diskutere validiteten og reliabiliteten af mine konklusioner. Jeg vil først komme ind på de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen og dernæst de kvalitative data fra casebeskrivelserne. Derefter vil jeg komme ind på muligheder for intern og ekstern generalisering, samt komme med perspektiver på anvendelse af resultaterne.

8.1 Spørgeskemaet

Spørgeskemaet måler forekomsten af BPSD, magtanvendelse og arbejdsskader før og under interventionen ud fra en observationsperiode på 4 uger. Det måler ikke specifikt på den musikterapeutiske intervention, og jeg konkluderer at andre forhold, fx organisatoriske forhold kan både fremme og hæmme resultatet. Der kan være andre forhold, jeg ikke har haft fokus på, der også har påvirket resultaterne. Her mener jeg tolkningen af tallene i samarbejde med plejepersonalet styrker validiteten, og er en ekstra sikkerhed for, at der ikke har været andre væsentlige faktorer end de beskrevne, der kan have påvirket resultaterne.

Ud fra min praktiske erfaring har jeg overvejet, om plejepersonalets besvarelser kan have været påvirket af andet end objektive observationer hos klienterne. Første besvarelse kan have været præget af, at klientens BPSD har fyldt meget i hverdagen gennem længere tid, og derfor bliver scoret højere end reelt. Fokus i forbindelse med musikterapien kan få plejepersonalet til at observere klienten mere objektivt og udsigten til at få redskaber, der kan hjælpe i hverdagen, kan give nyt håb, som gør at der scores lavere end reelt i 2. besvarelse. Omvendt, hvis plejepersonalet føler mostand mod forandring generelt og udsigten til at skulle bruge sang i plejesituationer specielt, kan det muligvis få dem til at se mere pessimistisk på situationen og derved score højere end reelt i 2. besvarelse. For at styrke reliabiliteten har jeg derfor valgt at lade flere plejepersoner udfylde skemaet og brugt et gennemsnit af besvarelserne. En anden reliabel måde at indhente data på kunne være at lade plejepersonalet udfylde observationsskemaer døgnet rundt. I mit pilotprojekt prøvede jeg dette (Hyldgaard 2010a), men jeg erfarede at kvaliteten af observationsskemaerne var lav, fordi mange forskellige personer skulle arbejde sammen om at udfylde dem. Det blev gjort uensartet, selvom det var et observationsskema, plejepersonalet var bekendt med og brugte jævnligt.

Det ville være muligt at gøre besvarelserne af spørgeskemaerne til genstand for statistisk bearbejdning og beregne størrelsen af reduktionen, samt om denne er statistisk signifikant. Jeg mener dog ikke at statistik i denne undersøgelse ville styrke validiteten, da det er et meget lille materiale, og jeg har derfor fravalgt dette.

8.2 Casebeskrivelserne

De kvalitative data beskriver den musikterapeutiske intervention, der førte til forebyggelse og reduktion af magtanvendelse og arbejdsskader. Disse bestod primært af behandlingsoplæg, sessionsnoter og mødereferater, nedskrevet under praktikken og efterfølgende bearbejdet til de fokuserede casebeskrivelser, som var genstand for membercheck før analysen. Der fremkom ingen kommentarer fra dette, hvilket jeg mener, styrker validiteten.

Video- og audiooptagelser kunne have styrket validiteten yderligere, men det var kun i casen om E, det var muligt at optage video, uden det påvirkede sessionerne uhensigtsmæssigt. Disse videooptagelser blev til gengæld brugt i supervisionen, og i undervisning af plejepersonale, og har således indgået som led i peerdebriefing, hvilket jeg mener styrker værdien af peerdebriefing i validiteten.

Af evalueringen af terapien i casene fremgik, at jeg i alle tre tilfælde nåede målene for terapien. Jeg mener dette kan ses som en triangulering af de positive resultater fra AMA undersøgelserne, og dermed styrke validiteten af disse.

Jeg konkluderede at andre forhold, fx organisatoriske forhold kan påvirke forebyggelsen både positivt og negativt. Fund i evaluering af lov om magtanvendelse (Styrelsen for social Service, 2006) styrker validiteten af denne konklusion.

De to cases, som jeg fravalgte af pladshensyn, fik først et positivt udfald efter at interventionen var forlænget med yderligere 5 uger. En analyse af dem ville muligvis have bidraget til at belyse forskellige andre forhold, som kan hæmme forebyggelsen, og dermed have udvidet og styrket validiteten af konklusionen.

8.3 Generalisering

Negativ caseanalyse ville have styrket validiteten af min undersøgelse, men ingen af mine cases havde negativt udfald, og det var heller ikke forventeligt. I forhold til indre generalisering var det således, at udover at klienterne var udvalgt efter overordnede kriterier (demensdiagnose *eller* klinisk demens *og* BPSD, *og* magtanvendelsesproblematikker *og/eller* arbejdsmiljøproblematikker), var de igennem en assessment, hvor jeg vurderede, om klienten og problemstillingen var egnet til musikterapi. Det kan derfor diskuteres, om undersøgelsen indirekte måler min evne til at vurdere dette, men da fokus for denne undersøgelse er, om magtanvendelse og arbejdsskader *kan* forebygges ved hjælp af musikterapeutisk intervention, så mener jeg en rimelig konklusion er, at ja, det kan det, men derudfra kan ikke generaliseres, at det gælder i alle tilfælde. I et randomiseret forsøg ville der muligvis være forekommet cases med negativ udgang, men det ville være fagligt/etisk problematisk at tilbyde en behandling som musikterapi, uden at vurdere, om behandlingen egner sig til klienten. En anden mulighed for at undersøge dette nærmere, er at analysere cases, hvor klienten opfylder de overordnede kriterier, men hvor assessment viser, at musikterapi ikke vil være en egnet behandling.

I forhold til, hvorvidt mine konklusioner giver indsigt i eller udvikler en teoretisk forståelse, der kan belyse samme problem i en anden kontekst, er der to forhold jeg vil trække frem. Det ene er behandlingen af BPSD, og det andet er tværfagligt arbejde ud fra temaerne: kommunikation, indre følelsesliv, sociale relationer og organisatoriske forhold.

Behandling af BPSD

Lolk & Gulmann (2006) påpeger, at BPSD kan behandles ved at uddanne plejepersonalet og afpasse pleje- og omsorgstilbuddet til den enkelte demensramte, så kravene til den demensramte reduceres. Hvis ikke dette har tilstrækkelig effekt, kan medicinsk behandling komme på tale. Med baggrund i litteratur, der dokumenter at musikterapi kan reducere BPSD (Kverno et al., 2009, Hulme et al., 2009, Wall & Duffy, 2009), mener jeg også, at musikterapi som psykoterapeutisk behandling kan være en mulighed for behandling. Mine fund peger på, at indre følelser, der ikke udtrykkes verbalt, kan være

årsag til BPSD. I forvejen er det velkendt at BPSD kan have andre årsager fx fysisk sygdom (Nationalt Videnscenter for demens 2011b), og dette må selvklart udelukkes først. Traditionelt har psykoterapi ikke været betragtet som en mulig behandling af demensramte, da kognitive svigt vanskeliggør dette, men Kitwood (1999) udpeger interaktionerne validering, facilitering og holding, som terapeutiske interaktioner, der virker gennem at opfylde demensramtes psykosociale behov. Ridder (2007) uddyber, hvordan dette anvendes i musikterapeutisk psykoterapi. Derfor mener jeg, der er grund til at vurdere musikterapi som en mulig behandlingsform ved BPSD fremover.

Med baggrund i litteratur der dokumenterer effekten af musikterapeutisk pleje (Brown et al., 2001, Götell et al., 2002, 2003, 2008, Hamar et al. 2010, 2011) mener jeg også, der er grund til at vurdere dette tiltag som en mulig tilgang, hvor BPSD vanskeliggør personlige hygiejne. I Sverige, hvor forskningen har fundet sted, er der således allerede oprettet kurser for plejepersonale, i det man på svensk kalder 'Vårdarsong', for at imødekomme behov for denne tilgang.

Tværfagligt samarbejde

Ved at inddrage temaerne kommunikation, indre følelsesliv, sociale relationer og organisatoriske forhold i en integreret intervention mod magtanvendelse og arbejdsskader, mener jeg man når problemets rod, nemlig den demensramtes nedsatte evne til verbal kommunikation. Dette har konsekvenser for indre følelser, som ikke udtrykkes og forbliver ubearbejdet, og for sociale relationer, der reduceres og ikke opfylder psykosociale behov i tilstrækkelig grad. Etablering af ægte kommunikation er grundlaget og de organisatoriske forhold er rammerne udenom, der skal understøtte kommunikation under de vanskeliggjorte forhold. Musikterapi og plejepersonalets brug af musikterapeutiske teknikker er en mulighed for at bruge musikalske og kropslige måder at kommunikere på, der kan stimulere den demensramte til (igen) at indgå i interaktion med andre, så indre følelser kan deles og psykosociale behov opfyldes; dette er i modsætning til, i den bedste mening, at sænke kravene til den demensramte, ved fx at skærme denne for kontakt med medbeboere for derved øges den sociale isolation. Det står dog ikke på nogen måde i modsætningsforhold til brug af fx socialpædagogiske metoder; tværtimod mener jeg, de fire temaer går ud over den musikterapeutiske kontekst og er egnede som tværfaglig referenceramme for forebyggelse af følgerne af nedsat evne til kommunikation ved hjælp af flere forskellige former for interventioner. En model for dette kunne se ud som i figur 14:

Forebyggelse af følger af nedsat evne til kommunikation

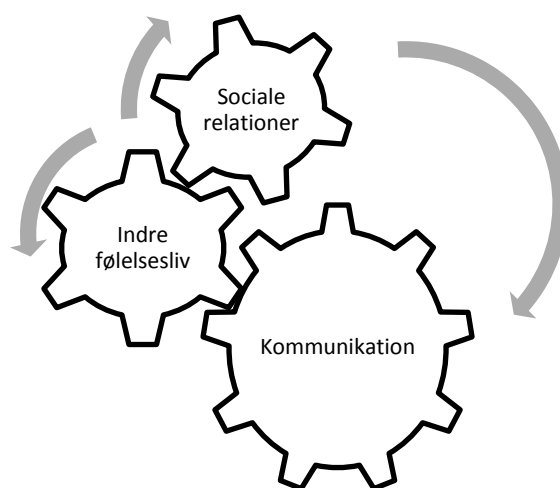


Fig. 14

8.4 Perspektivering

Udenlandsk litteratur dokumenterer, at musikterapi er en virkningsfuld behandlingsform ved BPSD, og musikterapeutisk pleje er en virkningsfuld tilgang til personlig pleje, der er vanskeliggjort af BPSD. Det vil være oplagt, at der iværksættes forsøg, der efterprøver dette under danske forhold, så danske demensramte og deres plejepersonale kan få glæde af disse behandlingsformer.

Mine fund indikerer endvidere, at musikterapi i kombination med at plejepersonalet bruger musikterapeutiske teknikker efter vejledning og undervisning af musikterapeuten, kan forebygge eller reducere magtanvendelse og arbejdsskader under visse forhold. En nøjere klarlægning af *hvilke* forhold, bør undersøges nærmere, og undersøgelser i større målestok bør sættes i værk for yderligere at undersøge og dokumentere værdien af musikterapeutisk intervention som forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskader. I forhold til praktisk anvendelse, vil det også være af betydning at undersøge, hvorvidt plejepersonalets brug af musikterapeutiske teknikker, *efter* en musikterapeutisk intervention, *alene* er i stand til at forebygge magtanvendelse og arbejdsskader på længere sigt.

En afprøvning i større målestok kunne fx foregå ved en undersøgelse i to sammenlignelige kommuner, eller to områder i samme kommune, hvor den ene er interventionsenhed og den anden er kontrolenhed. Her ville det være muligt både at indhente kvantitative data på individniveau, og triangulere dem med statistik om magtanvendelse og arbejdsskader på kommunal niveau. Det vil også være muligt at monitorere, hvorvidt indsatsen har virkning på længere sigt.

Det ville desuden være muligt at indhente forskellige former for kvalitative data, der belyser flere aspekter af såvel det musikterapeutfaglige arbejde, som den tværfaglige indsats. Dette kunne bidrage til en konkretisering af *hvordan* organisatoriske forhold hæmmer og fremmer forebyggelsen, og *hvilke andre forhold* der påvirker denne. Det ville også være muligt at undersøge cases, hvor en assessment *ikke* medfører tilbud om musikterapi, og dermed *konkretisere indikationer og kontraindikationer* for musikterapeutisk indsats yderligere.

Anden værdifuld viden ville være udvikling og afprøvning af flere konkrete musikterapeutiske teknikker, til brug i andre situationer med magtanvendelse end personlig pleje, fx at guide fra et rum til et andet ved hjælp af sang. Det ville også være af værdi at udvikle og afprøve musikterapeutens vejledning og overføring af musikterapeutiske teknikker til plejepersonalet, på et mere systematisk niveau, fx i form af vejledningsgrupper eller kurser efter svensk model.

Endelig ville det være af betydning at udvikle og afprøve en tværfaglig referenceramme for forebyggelsesarbejdet, en referenceramme der tager afsæt i et inkluderende værdisæt, hvor kommunikation, indre følelsesliv, sociale relationer og organisatoriske rammer spiller sammen, modvirker social isolation og bidrager til at demensramte får dækket deres psykosociale behov.

9.0 Evaluering af metode og proces

I dette afsnit vil jeg evaluere min overordnede metode, samt mine dataindsamlingsmetoder. Til slut vil jeg evaluere min proces.

9.1 Overordnet metode

Valget af fleksibelt design og multiple casestudier har passeret godt til den meget brede problemformulering jeg har haft. Især i analysen af de kvalitative data har det været nyttigt for mig, at kunne justere min metode for at få vigtige pointer fra virkelighedens verden kombineret med eksisterende teori; dette har været med til at give øget indsigt. Mit valg af, at litteraturgennemgangen kom før analysen, kan til gengæld have bevirket, at litteraturfundene har styret, hvad jeg så efter og derved have overset noget, der ikke tidligere er beskrevet i litteraturen; omvendt mener jeg, det har styrket undersøgelsens validitet, at det var muligt at pege på overensstemmelse mellem litteraturfund og praksis.

9.2 Brug af spørgeskema

AMA skemaet er som nævnt i afsnit 4.2 udarbejdet på baggrund af et valideret måleinstrument NPI, og er afprøvet i et pilotprojekt, hvor besvarelserne blev trianguleret med besvarelse af NPI (Hyldgaard, 2010a), men det er ikke valideret i sig selv. Før brug af spørgeskemaet i større målestok, hvor der fx indgår statistiske beregninger, ville en egentlig validering være en yderligere sikkerhed for skemaets validitet og reliabilitet.

Min praktiske erfaring var, at pga ferie, kurser mm. besvarede færre personer skemaet ved 2. undersøgelse end ved første. Dette er ikke tilfredsstillende, og en mulighed for at undgå dette kunne være, på forhånd at planlægge hvilke personer, der har mulighed for at indgå i undersøgelsen. Det ville også være relevant på forhånd at vurdere, relevansen af fx nattevagters besvarelser, afhængig af hvad det er, der ønskes belyst.

9.3 Indsamling af case data

Disse bestod primært af godkendte behandlingsoplæg, sessionsnoter og mødereferater.

Behandlingsoplæggene var meget systematiske, og gav de data jeg havde behov for, men sessionsnoter og mødereferater bar præg af at være hurtigt nedskrevet i hverdagen, og data, som jeg anså for vigtige, kom ikke altid helt frem. Jeg ville have opdaget dette på et tidligere tidspunkt, hvis jeg havde foretaget en prøveanalyse inden alle datasæt blev indsamlet, men da casene foregik sideløbende, var dette ikke rigtig muligt. Jeg har kompenseret ved at skrive casenoter, da jeg gennemgik rådata og medtage noterne som en del af de udførlige beskrivelser (bilag 10,11 og 12)

9.4 Refleksion over processen

At skrive dette projekt har været både spændende og lærerigt. Det, der især har gjort det spændende, er at jeg har valgt en problemstilling indenfor social- og sundhedsvæsenet, som jeg selv anser for meget vigtigt at finde nye løsninger på, og hvor jeg mener, musikterapeuter kan bidrage. Det, der har gjort det lærerigt, er at projektet har bestået af en proces i tre dele – pilotprojekt – dataindsamling – rapportskrivning – over 1½ år af mine to år som kandidatstuderende. Det har ud over den faglige læring, givet mig erfaring med planlægning og afvikling af længerevarende projekter. Det at stå for alle led på egen hånd, har bidraget meget til min praktiske erfaring med, hvordan projekter kan gribes an.

Til gengæld har det til tider været ensomt at arbejde alene. Selvom jeg har fået utrolig god vejledning og støtte af min vejleder, kunne de uformelle diskussioner, der er mulighed for i en projektgruppe, have bidraget til yderligere indsigt i emnet. En aftale med en eller flere medstuderende om gensidig sparring ville have rådet bod på dette, men for at det skulle få nogen virkning, skulle aftalen være indgået allerede fra starten af projektet, så kendskab til hinandens projekter kunne være opbygget undervejs.

Efterskrift

Kommentar til Dilemma i Sygeplejersken 10.2011, s. 11

I dilemmaet, hvor Ingers datter klager over sin mors soignering, overvejer personalet på plejehjemmet at ansøge kommunen om tilladelse til at fastholde Inger i hygiejnesituationen. Inger er 89 år og har Alzheimers. Hun forstår ikke, når Birgitte, hendes kontaktperson, vil hjælpe hende med personlig hygiejne; derfor stritter hun imod og virker nu usoigneret.

Alzheimers er en sygdom i hjernen, der medfører forstyrrelser i hjernens kognitive funktion. En af de funktioner, der kan blive ramt, er evnen til at tolke verbal kommunikation. Når den evne mistes, giver forklaringer ingen mening. Når Birgitte derfor forklarer Inger at hun skal vaskes, kæmper Inger måske for at tolke meningen bag ordene, og når det ikke lykkes, bliver hun forvirret og bange og stritter imod. I stedet for ord kan Birgitte forsøge med kropsholdning, mimik og en sang, som Inger godt kan lide, at fange Ingers opmærksomhed og formidle, at der skal ske noget rart. Når opmærksomheden er etableret, skal Birgitte fortsætte med at synge eller tralle for at holde Ingers opmærksomhed fast, mens hun hjælper hende med hygiejnen. Det er uden betydning, at Birgitte undlader at sige til Inger, hvad hun gør; Inger forstår jo alligevel ikke ordene, de forvirrer hende bare. Hvis hun i stedet kan få Inger med på selv at synge eller tralle, mens hun bliver vasket, får de en hyggelig og afslappet stund sammen.

Hvis Birgitte ikke ved, hvilke sange Inger godt kan lide, så spørg hendes datter. Hun kan sikkert komme med gode ideer. Birgitte må prøve sig frem med hvilke sange, der fungerer bedst og derefter bruge den samme sang som indledning hver gang; så opfatter Inger efterhånden den som signal til bad og ved hvad der skal ske. Det kaldes at give et 'cue'. Det afgørende er ikke, om Birgitte er god til at synge, men at hun bruger sangen i samspil med Inger; dvs. at hun synger eller traller i et roligt tempo og med passende lydstyrke, så Inger føler sig beroliget, men alligevel opmærksom. Ved at regulere tempo og lydstyrke, kan den rette balance opnås. Det kaldes at regulere arousalniveau. Det at synge for demensramte under plejen kaldes 'musikterapeutisk pleje' eller MTC (music therapeutic care). Det er en teknik der er udviklet gennem forskning i Sverige, dens effektivitet er veldokumenteret (Brown et al., 2001, Götell et al., 2002, 2003, 2008, Hamar et al., 2010, 2011) og der er allerede etableret kurser for plejepersonale i Sverige. Musikterapeutisk pleje er desuden beskrevet i en artikel i Sygeplejersken 2010/14 s. 62 (Hyldgaard, 2010a).

Dilemmaet mellem at undlade omsorg eller fastholde demensramte i hygiejnesituationen er et etisk dilemma; men det belaster også Birgitte og hendes kollegers arbejdsmiljø, ligesom det er særdeles ubehageligt og ydmygende for Inger og andre demensramte, enten at undvære hygiejne eller blive fastholdt. Sang og musik brugt med omtanke og i tværfagligt samarbejde med musikterapeuter, kan vise nye veje til løsning af dilemmaet. Jeg har for nylig skrevet kandidatspeciale i musikterapi om emnet: Musikterapi og demens - forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskader. Specialet kan rekvireres ved henvendelse til a.hyldgaard@email.dk

Litteraturliste

- Brown, S., Götell, E. & Ekman, S. (2001). Singing as a therapeutic intervention in dementia care. I: *Journal of Dementia Care, July/August*, s. 33-37.
- Brucia, K. (2005). Data Analysis in Qualitative Research. I: Wheeler, B.: *Music Therapy Research. Second Edition*. Gilsum: Barcelona Publishers, s. 179-186.
- Chatterton, W., Baker, F., Morgan, K. (2010): The singer or the singing: who sings individually to persons with dementia and what are the effects? I: *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Dec 01; 25 (8): 641-9 (78 ref)*.
- Choi, A., Lee, M.S., Cheong, K., Lee, J. (2009): Effects of group music intervention on Behavioural and Psychological Symptoms in Patient with Dementia. a pilot-controlled trial. *International Journal of Neuroscience*, 119, s. 471- 481.
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A., Gorbain, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurologi*. Vol. 44, no 12. Lippott, Williams and Wilkins. USA.
- Ewen, R.B. (2003): *An Introduction to the Theories of Personality. Sixth Edition*. London: Lawrence Earlbaum Associates, Publishers.
- Götell, E., Brown, S., Ekman, S. (2002): Caregiver singing and Background Music in Dementia Care. I: *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 24, s. 195 – 216. Sage Publications.
- Götell, E., Brown, S., Ekman, S. (2003): Influence of Caregiver Singing and Background Music on Posture, Movement, and Sensory Awareness in Dementia Care. I: *International Psychogeriatrics, Vol 15, No. 4, s. 411-430*. International Psychogeriatrics Association.
- Götell, E., Brown, S., Ekman, S. (2008): The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care. *International Journal of Nursing Studies, (46) s. 422 – 430*.
- Hamar, L.M., Emami, A., Götell, E., Engström, G. (2010): The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. I: *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x
- Hamar, L.M., Emami, A., Engström, G., Götell, E. (2011): Finding the key to communion – Caregivers' experience of 'music therapeutic caregiving' in dementia care: A qualitative analysis. I: *Dementia* <http://dem.sagepub.com/content/early/2011/01/04/1471301210392994>
- Hulme, C., Wright, J., Crooker, T., Oluboyede, Y., House, A. (2010): Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try to access: a systematic review. I: *International Journal of geriatric Psychiatry. Volume 25, Issue 7, p. 756-763*.
- Hyltdgaard, Å. (2010 a): *Kan musikterapi og musikterapeutisk pleje forebygge magtanvendelse I plejen af demensramte? Et pilotprojekt til udarbejdelse af en protokol*. Aalborg: Institut for musikterapi. Upubliceret 8.sem. projekt.
- Hyltdgaard, Å. (2010 b). Musikterapeutisk pleje kan forebygge magtanvendelse. *Sygeplejersken, 14/2010, s.62-66*. Kbh: Dansk Sygeplejeråd
- Hyltdgaard, Å & Ridder, H.M.O. (2011): Musikterapi og magtanvendelse I gerontopsykiatrien. Protokol til en undersøgelse. *Musikterapi i psykiatrien*.

- Jacobsen, A.F. (2008): Musikterapeutisk vejledning i tværfagligt samarbejde. I: *Dansk Musikterapi*, 5 (2)
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens*. Frederikshavn: Dafolo Forlag.
- Kverno, KS., Black, BS., Nolan, MT., Rabins PV. (2009): Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. I: *International Psychogeriatrics*, 21:5, p. 825-843.
- Kørner, A., Lauritsen, L., Lolk, A., Abelskov, K., Christensen, P., Nilsson, F.M. (2008). The Neuropsychiatric Inventory – NPI.Validation of the Danish version. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol.62, no. 6-2008. UK: Informa Healthcare.
- Lolk, A. & Gulmann, N.C. (2006). Psykofarmakologisk behandling af psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser ved demens. *Ugeskrift for læger* 168(40), s. 3429-3432.
- Lovbekendtgørelse nr. 941 af 01.10.2009 (2009). §§ 124 - 136. Udtræk d. 17.05.2010 af <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=126342>
- Madsen, L. H., Hyldgård, Å.(2006). *Vi skal gå hånd i hånd. Et hermeneutisk litteraturstudie af anvendelsen af sang i validering hos demensramte*. Aalborg: Institut for Musikterapi. Upubliceret opgave.
- Madsen, L. H., Hyldgård, Å.(2008). *Her i vores hus er glæde. En undersøgelse af muligheden for at udvikle musikkulturen på boafsnit for at øge demensramtes trivsel*. Aalborg: Institut for Musikterapi. Upubliceret opgave.
- Madsen, L. H., Hyldgård, Å. (2009). *Musikterapeutens rolle i musikterapeutisk pleje af demensramte*. Aalborg: Institut for Musikterapi. Upubliceret bachelorstudie.
- Nationalt Videnscenter for demens (2011a). *Psykiatriske symptomer*. Udtræk d. 22.03.2011 fra <http://videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme>
- Nationalt Videnscenter for demens (2011b). *Årsager til Psykiatriske symptomer*. Udtræk d.22.03.2011 fra <http://videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme>
- Raglio, A., Bellini, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M.C., Villani, D.,Trabucchi, M. (2008): Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. I: *Alzheimer Dis Assoc Disord*. Vol.22, no 2, april-juni. USA: Lipincot, Williams & Wilkins.
- Ridder, H.M.O. (2003): *Singing Dialouge*. Institute for Music and Musictherapy. Aalborg.
- Ridder, H.M.O. (2005). *Musik og Demens*. Klim. Århus.
- Ridder, H.M. (2007). En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier. I: L.O. Bonde (Red.) *Musik og Psykologi. Psyke og Logos*, 2007(1). Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ridder, H. M. & Ottesen, Aa. M. (2008): Udformning af forskningsprotokol – musikterapi med frontotemporalt demensramte. I: *Musikterapi i psykiatrien*. Årsskrift 5. Aalborg: Musikterapiklinikken.
- Robson, C. (2002). *Real World Research*. Second Edition. UK: Blackwell Publishers
- Servicestyrelsen (2009). *Socialpædagogisk Praksis i Demensomsorg forebygger magtanvendelse*. Odense: Servicestyrelsen
- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). *National Handlingsplan for demensindsatsen*. Kbh: Socialministeriet.
- Styrelsen for Social Service (2006). *Reglerne om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten i Servicelovens kapitel 21. En Evaluering*. Odense: Styrelsen for Social Service.

Svansdottir, H. B., & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4) s. 613-621. ??

Sygeplejersken (2011). Dilemma: Når datteren klager over sin mors manglende soignering. *Sygeplejersken nr. 10.2011*, s. 11.

Truet, RWK., Lam, LCW.(2006). A Preliminary Study of the Effects of Music Therapy on Agitation in Chinese Patients with Dementia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 16.87-91. Hong Kong.

Vink, AC., Birks, J., Bruinsma, MS., Scholten, RJPM., (2009): Music therapy for people with dementia. I: *The Cochrane Collaboration*. Udtræk d. 14.02.2011 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003477/abstract.html>

Vogel, A., Waldorff, F.B., Waldemar, G. (2010). Impaired Awareness of Deficits and Neuropsychiatric Symptoms in Early Alzheimer's Disease: The Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). I: *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 22, s. 93-99.

Wall, M., Duffy, A. (2009): The effects of music therapy for older people with dementia. I: *British Journal of Nursing*, Vol 19, no. 2, p 108-113.

Wigram, T. (2004). *Improvisation*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wikipedia. (2011): *Neuropsykiatri*. Udtræk d. 23.03.2011 fra <http://www.sv.wikipedia.org/Wiki/neuropsykiatri>

Figuroversigt

1. Caseoversigt
2. Oversigt over rådata i samtlige cases
3. Analyseproces
4. AMA måling af adfærd hos fru A
5. AMA måling af magtanvendelse hos fru A
6. AMA måling af arbejdsskade hos fru A
7. AMA måling af adfærd hos fru B
8. AMA måling af magtanvendelse hos fru B
9. AMA måling af arbejdsskade hos fru B
10. AMA måling af adfærd hos hr. E
11. AMA måling af magtanvendelse hos hr. E
12. AMA måling af arbejdsskade hos hr. E
13. Musikterapi og samarbejde mellem musikterapeut og plejepersonale som forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskader
14. Forebyggelse af følger af nedsat evne til kommunikation

Bilagsoversigt

1. Skriftlig information til pårørende
2. Anmodning om tilladelse til videooptag
3. Case manager
4. AMA spørgeskema
5. Oversigt over dokumentation
6. Kvalitativ livshistorie
7. Musikalsk livshistorie
8. Retrospektiv beskrivelse af session
9. Oplæg til evalueringsmøde med plejepersonale
10. Udførlig beskrivelse, fru A
11. Udførlig beskrivelse, fru B
12. Udførlig beskrivelse, hr. E

I onlineversionen er bilagene ikke medtaget.

De kan rekvireres efter aftale med forfatteren på a.hylgaard@email.dk