

Musikterapeutiske umiddelbare møder

Et autoetnografisk studie af en miljøterapeutisk
tilgang til demensplejen

Kandidatspeciale af Nina Lomholt Andersen

Musikterapi

Humanistisk fakultet, Aalborg Universitet

Vejleder: Hanne Mette Ochsner Ridder

Antal normalsider: 62,6 (150.285 anslag)

Referencestil: APA

Maj, 2018

Abstract

This master thesis aims to study a phenomenon which I have decided to call *music therapeutic immediate meetings* (MIM). This idea was based on experiences from my 9th semester internship at a gerontopsychiatric nursing home. In this thesis I investigate how music therapeutic methods, interventions and competences are applied in MIM with people with dementia, which influence it has on the people and their surroundings and what the relationship is between environmental therapy and these meetings.

Theory about dementia and person-centered approach is presented along with a review of environmental therapy in relation to music therapy and dementia. The investigation was based on a phenomenological approach and the data was collected using an autoethnographic method and semi-structured interview. Data consisted of five narratives based on MIM experienced in my internship as well as two interviews with experienced music therapists. The interviews were focusing on the music therapists' experiences with immediate meetings and their thoughts about the influence of these meetings. Narratives and interviews were analyzed using thematic coding and the findings divided into several themes.

The conclusion of the thesis is that MIM consists of two types of factors; underlying factors related to the music therapists' knowledge and reflections, and visible factors including the behaviour of the person with dementia, the interventions made by the music therapist and the reaction from the person with dementia. These findings are related to interaction as the overall element influenced by both visible and underlying factors and thereby supporting a person-centered approach. MIM supports a safe environment for the person with dementia and has a positive influence on agitated behaviour because of the recognition of music and the music therapists' framework. In conclusion MIM are characterized as a specific environmental method in a framework I decided to call environmental based music therapy, which includes focus on the environment, the person with dementia in the environment and the relation to this person. Based on the findings in this thesis a definition of MIM is invented:

Unscheduled meeting containing music therapeutic interventions and positive interactions, based on assessment of the person with dementia's present psychosocial needs; grounded in the music therapists' professional competences, knowledge and reflections.

Indhold

Abstract.....	1
1 Introduktion.....	1
1.1 Indledning.....	1
1.2 Problemfelt	2
1.3 Disposition	4
1.4 Forforståelse	4
1.5 Menneskesyn og værdigrundlag.....	5
1.6 Præsentation af Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem.....	6
1.7 Begrebsafklaring	8
1.7.1 Umiddelbare møder.....	8
2 Teori.....	11
2.1 Litteraturgennemgang	11
2.1.1 Søgekriterier	12
2.1.2 Resultat af litteratursøgning	13
2.1.3 Litteratur om miljøterapi og demens	14
2.1.4 Litteratur om musikterapi og demens.....	15
2.1.5 Opsamling på litteraturgennemgang	16
2.2 Demens.....	16
2.2.1 Alzheimers sygdom.....	17
2.2.2 Vaskulær demens	17
2.2.3 Frontotemporal demens.....	18
2.2.4 Alkoholrelateret demens	18
2.2.5 Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)	19
2.3 Personcentreret omsorg.....	20
2.4 Ramme, regulering og relation i musikterapi.....	23
2.5 Miljøterapi.....	24

2.5.1 Miljøterapi og demens.....	25
2.5.2 Musik- og miljøterapi i forbindelse med demens.....	26
2.5.3 Opsamling på teori om miljøterapi.....	27
3 Metodologi.....	28
3.1 Problemformulering	28
3.2 Videnskabsteori.....	28
3.3 Det kvalitative forskningsparadigme	29
3.4 Fænomenologi.....	29
3.5 Etnografi.....	30
3.6 Autoetnografi	30
3.7 Tematisk kodning.....	31
3.8 Ethiske overvejelser	32
4 Dataindsamling.....	33
4.1 Præsentation af empiri til analyse	33
4.2 Udarbejdelse af autoetnografiske narrativer	34
4.3 Interviewundersøgelse.....	35
4.4 Interviewguide.....	36
5 Analyse	40
5.1 Autoetnografiske narrativer.....	40
5.2 Analysemetode	45
5.3 Analyse del 1: Indhold	46
5.3.1 Kodning af narrativer	46
5.3.2 Kodning af interviews	47
5.3.3 Centrale temaer	47
5.3.4 Opsamling på analyse del 1.....	54
5.4 Analyse del 2: Betydning	55
5.4.1 Betydning	55

5.4.2 Genkendelse	56
5.4.3 Centrale udsagn	57
5.4.4 Betydning for andre.....	58
5.4.5 Opsamling på analyse del 2.....	58
5.5 Analyse del 3: Sammenhænge	59
5.5.1 Miljøterapi.....	59
5.5.2 Ledelse	59
5.5.3 Perspektiver på umiddelbare møder	59
5.6 Opsamling på analysen.....	60
6 Diskussion	61
6.1 Sammenfatning.....	61
6.2 Fra intervention til interaktion.....	61
6.3 Ramme, regulering og relation i MUM.....	62
6.4 Hvilken type behandling er MUM?	63
6.5 MUM i et miljøterapeutisk perspektiv	64
6.6 MUM i et fagpolitisk perspektiv	65
6.7 Revurdering af begrebet	66
6.8 Anbefalinger for brug af MUM.....	66
6.9 Diskussion af anvendte metoder	67
7 Konklusion	69
8 Perspektivering.....	70
Litteraturliste.....	71
Bilag.....	76

Liste over figurer

Figur 1. Kitwoods blomst (Kitwood, 1999, p. 90)	21
Figur 2. Fordeling af koder i analysen af MUM	54
Figur 3. Indhold og forløb af MUM	55
Figur 4. Model for MUM	63
Figur 5. Placering af MUM i en miljøterapeutisk kontekst.....	67

Liste over tabeller

Tabel 1. Oversigt over litteratursøgning	13
Tabel 2. Resultat af litteratursøgning	14
Tabel 3. Positive interaktioner (Kitwood, 1999).....	22
Tabel 4. Skema til autoetnografisk beskrivelse af MUM.....	34
Tabel 5. Interviewguide til undersøgelse af MUM	37
Tabel 6. Interviewguide om betydning af MUM	38
Tabel 7. Kodebog for narrativer	47
Tabel 8. Kodebog for interview	47
Tabel 9. Interventioner i MUM	49
Tabel 10. Analyse af refleksioner	52

1 Introduktion

"Jeg vil ha' min cigaret!" K sidder ved spisebordet, lænet frem som om han vil rejse sig. Han taler højt og i et kommanderende tonefald.

Jeg er netop kommet ind i spisestuen og sætter mig ved siden af K. Jeg begynder at spille "vi skal gå hånd i hånd" på min medbragte røde harmonika, K begynder straks at synge med. Efter sangen taler vi lidt om hans ungdom. K er sunket mere ned i stolen, men rejser sig nu. En SOSU-medarbejder, der sidder ved det tilstødende bord, siger i sjov til K: "Vil du holde tale?", "Næææ.." svarer K lidt opgivende og sætter sig igen. Jeg begynder at synge "så længe jeg lever". K synger med og læner sig tilbage i stolen med let lukkede øjne. (uddrag af narrativ 3)

1.1 Indledning

I en rapport konkluderer Ældrekommissionen (2012) at to ud af tre plejehjemsbeboere har en eller anden form for demens, og tal fra Nationalt Videnscenter for Demens (2018) viser at antallet af mennesker med demens ventes at stige betydeligt de kommende årtier. Dette hænger sammen med et stigende antal ældre mennesker og højere levealder. Andre prognoser mener dog at forekomsten af demens vil stagnere på et tidspunkt, som følge af bedre helbred og højere uddannelsesniveau hos den ældre del af befolkningen end tidligere. Tal fra Danmarks statistik og *World Alzheimer Report* anslår at der i Danmark var 87.000 mennesker med demens i år 2017 (Nationalt Videnscenter for Demens, 2018). Upåagtet hvad udviklingen af dette tal bliver i fremtiden har mennesker med demens brug for behandling, omsorg og pleje. På grund af den store udvikling af velfærdsteknologi vil mennesker med fysiske handicaps og somatiske sygdomme i fremtiden i højere grad kunne blive i eget hjem. Omsorgen for mennesker med en demenssygdom består i høj grad af kontakt og der vil, også i fremtiden, være et overvejende flertal af mennesker med demens på landets plejehjem (Ældresagen, 2018).

I dette speciale er fokus på personer med demens og som bor på plejehjem. I forbindelse med en demenssygdom oplever nogle mennesker adfærdsforstyrrelser i form af vandren, uro, manglende initiativ eller ændret adfærd, mens andre får psykiatriske symptomer i form af angst, hallucinationer og vrangforestillinger (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016c). Alle disse

symptomer er særdeles ubehagelige både for personen med demens, men også for pårørende og plejepersonale.

To nyere meta-reviews påviser at musikterapi har positiv effekt på en række af de symptomer som kan optræde i forbindelse med demenssygdomme (van der Steen et al., 2017; Zhang et al., 2017). Udover kontrollerede effektstudier forskes i hvordan plejepersonale kan anvende musikinterventioner i deres tilgang til mennesker med demens under vejledning af en musikterapeut (Beer, 2016), og i et igangværende projekt på Aalborg Universitet arbejder en forskergruppe med at udvikle manualer for personafstemt interaktion med særligt fokus på musik og musikalske parametre (Ridder, 2017).

En opgørelse fra Dansk Musikterapeutforening viser at der i 2016 var mindst 28 musikterapeuter der arbejdede med mennesker med demens. Tallene melder ikke noget om hvor stor en del af dette arbejde der foregår på plejehjem. Men da en stor del af beboerne på landets plejehjem har demens må det antages at en stor del af det musikterapeutiske arbejde foregår der. Der er store forskelle i ansættelsesvilkår og funktionsbeskrivelser for musikterapeuter rundt i landet. Nogle er ansat på ét plejehjem, mens andre er ansat i en central enhed i kommunen og derfor har musikterapi på flere plejehjem. I dette speciale vil jeg have fokus på hvordan musikterapi anvendes når musikterapeuten er tilknyttet ét plejehjem.

1.2 Problemfelt

Casevignetten i indledningens start stammer fra min praktik på musikterapiuddannelsens 9. semester. Min praktik foregik på Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem i efteråret 2017 og varede 4 måneder. Jeg havde i min praktik forventning om en sessionsbaseret tilgang hvor jeg på forhånd planlagde, hvem der skulle have musikterapi hvornår. Men jeg oplevede at planlagte sessioner var svære at udføre i praksis, enten fordi borgeren sov, modtog hjælp til personlig pleje eller deltog i planlagte aktiviteter.

Spontane møder, hvor musikken havde en aktiv rolle, opstod mere og mere i takt med at jeg lærte stedets beboere at kende. Dog fokuserede jeg størstedelen af min dokumentation på de planlagte individuelle musikterapiforløb da praktikken lægger op til at have enten individuelle eller gruppeforløb. Gennem praktikken voksede min interesse for afdelingernes miljø som helhed, og jeg oplevede at mit musikterapeutiske arbejde, udenfor de planlagte sessioner, var meget betydningsfuldt. Derfor er min interesse at undersøge anvendelsen af musikterapi som ikke er baseret på forløb og sessioner. Jeg ser et behov for at tydeliggøre den faglighed der ligger bag at møde et menneske med demens i musikken på en måde som favner dem i lige præcis deres individuelle behov her og nu. I mødet med K, som blev præsenteret i den

indledende vignet, er det tydeligt for andre at se at jeg synger og spiller, og at han er med. Men jeg vil gerne undersøge nærmere hvad det er for faglige valg, der ligger bag musikterapeutens sangvalg, ageren i rummet, valg af samtaleemne og hvilken betydning dette har for den enkelte person med demens.

Musikterapeut Niseema Marie Munk-Madsen skrev i 1998 en artikel om det at være musikterapeut på et psykiatrisk plejehjem og hvordan hun var gået væk fra den traditionelle psykoterapeutiske tilgang med musikterapeuten som den primære terapeutiske kontakt, og havde en taget en mere miljøterapeutisk rolle. Denne artikel inspirerede mig meget.

”hensigten med dette bidrag er snarere at pege på nogle endnu temmelig udforskede muligheder for musikterapeuter for at fungere i miljøterapien i danske institutioner, samt at medvirke til at flytte grænserne for vores måske lidt for snævre faglige profilering” (Marie Munk-Madsen, 1998, p. 69).

Dette citat beskriver ret præcist min undren. Der er i dag stor interesse for hvordan musikterapi kan arbejde systemisk med f.eks. andre faggrupper og pårørende. Der er også fokus på musikterapiens relevans for omsorgskultur, lydmiljø og arbejdsmiljø (Stige & Ridder, 2016). Denne tilgang viser en anden, og mere samfunds- og miljøorienteret, vinkel på musikterapien med den Gary Ansdell (2002) betegner som *konsensusmodellen*, og som i højere grad har fællestræk med psykoterapien, og især er baseret på individuelle forløb i et lukket terapeutisk rum.

Efter min praktik, hvor jeg til tider følte mig frustreret over at musikterapi struktureret i sessioner og planlagt på forhånd ikke lod sig udføre i praksis, var det opløftende at finde ud af at andre også arbejder på denne mere miljøorienterede måde. Måske min manglende forberedelse på dette har sammenhæng med at denne tilgang ikke er særligt beskrevet og dokumenteret i litteraturen endnu? Derfor vil dette speciale omhandle musikterapi i miljøet med mennesker med demens som bor på plejehjem. Situationerne er spontant opståede. Jeg havde ikke planlagt, at nu skulle K have musikterapi. Jeg så et behov og reagerede på dette med mine musikterapeutiske kompetencer og metoder, og herved opstod et musikterapeutisk umiddelbart møde. Med dette speciale vil jeg undersøge disse musikterapeutiske umiddelbare møder samt hvad der er af eksplicit og implicit viden om emnet.

For at have et tydeligt afgrænset emne, og overholde specialets sideomfang, er fokus på musikterapeutens opfattelse. Der er derfor ikke inddraget borgernes og omsorgspersonales opfattelse af musikterapeutiske umiddelbare møder.

1.3 Disposition

Nærværende speciale består af ti kapitler: I kapitel 1 præsenteres grundlaget for specialets undersøgelsesfelt og en begrebsafklaring af umiddelbare møder. Kapitel 2 indledes med en literaturgennemgang og indeholder derudover teori om demens, musikterapi og miljøterapi. Specialets problemformulering præsenteres i starten af kapitel 3 og efterfølges af metodologi. Kapitel 4 beskriver specialets empiriske grundlag og dataindsamlingsmetoder. Narrativer som er del af empirien præsenteres i starten af kapitel 5 og herefter følger analysen. Fund fra analysen diskuteres i kapitel 6 og sættes i relation til specialets øvrige afsnit. Efter diskussionen gives der i kapitel 7 en konklusion på specialet og i kapitel 8 en perspektivering. Til sidst findes specialets litteraturliste og bilag. Der henvises løbende til bilag i specialet.

1.4 Forforståelse

I det følgende præsenteres min forforståelse samt mit menneskesyn og værdigrundlag for at redegøre for min grundlæggende forståelse og tilgang til musikterapi og mennesker med demens.

Min interesse for, og erfaring med, ældre og demens går helt tilbage til før jeg kendte til musikterapi. Allerede som barn turnerede jeg på de lokale plejehjem med min harmonika og spredte musik og glæde til eftermiddagskaffe og festlige sammenkomster. Det var tydeligt for mig at der skete noget. Nogen smilede. Andre vippede med foden. Nogen sang med og gav højlydt udtryk for deres glæde ved musikken. Det fascinerede mig især at mennesker, som sad passivt i deres kørestol og så ud til at være i deres egen verden, pludselig lyste op i smil og, trods begrænsede kommunikative evner, brød ud i sang.

Flere år senere fik jeg arbejde på et plejehjem og gjorde her mine første erfaringer i at arbejde med mennesker med demens. Plejehjemmet jeg arbejdede på var indrettet med leve-bomiljøer, hvilket vil sige at beboerne kunne deltage i de daglige gøremål i det omfang de var i stand til. Plejehjemmet arbejdede ud fra "EDEN-alternative"-tankegangen, hvis hovedfokus er at forebygge ensomhed, hjælpeløshed og kedsomhed hos mennesker der bor på plejehjem (Thomas, 2007). Dette foregik blandt andet ved at der blev lavet mad på afdelingerne og der var mulighed for at gå i husets sansehave og lave havearbejde eller dufte til blomsterne. Der var også dyr på alle afdelinger som beboerne hjalp med pasning af. At have meningsfulde gøremål i dagligdagen, oplevede jeg, gjorde at beboerne følte sig inkluderet og valideret. Disse forskellige daglige gøremål var gode fælles aktiviteter som kunne imødekomme behov hos de ældre. Især hos beboere med demens havde kendte aktiviteter som at skrælle kartofler, fodre heste, let rengøring, kortspil osv. positiv indflydelse på deres velbefindende. Denne tilgang har

præget mit værdigrundlag i retning af en personcentreret tilgang hvor det psykosociale velbefindende er centralt. Dette uddybes nærmere i næste afsnit om mit værdigrundlag.

I mit arbejde indenfor ældreområdet var jeg også været en tid i hjemmeplejen. Jeg arbejdede som afløser og kom derfor ofte ud til mennesker jeg ikke havde mødt før. Jeg oplevede på egen krop hvordan mine udtryk havde indflydelse på det menneske jeg skulle hjælpe. Blev jeg usikker på hvad der skulle ske eller hvordan, så stod jeg med en borger som var endnu mere forvirret end da jeg kom. Derfor lærte jeg hurtigt at udstråle ro i samværet med borgerne. Jeg fandt også hurtigt ud af at samtalen for mange var mindst ligeså vigtig som de plejeopgaver jeg kom for at hjælpe med.

Før jeg startede på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet havde jeg lejlighed til at følge en musikterapeut i nogle dage. Hun var ansat i en central enhed og kørte rundt til plejehjem i hele kommunen. Alle klienter var mennesker med demens. De sessioner jeg observerede var individuelle og foregik alle på beboernes stuer. Noget af det jeg husker tydeligst fra denne lille observationspraktik er den store omskiftelighed. Hele tiden skiftende setting, nyt plejehjem, nyt personale. Som uerfaren udi musikterapiens verden var der mange nye indtryk at forholde sig til. Jeg oplevede et stort fokus på den individuelle borger og flere som bestemt profiterede af musikterapien.

I forbindelse med karrierevejledning på musikterapiuddannelsens 9. semester havde vi besøg af lederen af Demensenheden i Vejle Kommune. Dette oplæg gav mig endnu et perspektiv på hvordan musikterapien kan struktureres når musikterapeuten er tilknyttet mere end ét plejecenter, og hvilke opgaver der udføres udover de individuelle musikterapiforløb.

Sidst, men ikke mindst, har min 9.semesters praktik på Gug Gerontopsykiatrisk Plejehjem givet mig endnu et perspektiv på musikterapi og demens. Jeg er på en måde tilbage ved udgangspunktet; på et plejehjem med min harmonika. Men nu med en musikterapifaglighed og teoretisk viden i bagagen.

1.5 Menneskesyn og værdigrundlag

For at give indblik i min tilgang til mennesker med demens præsenteres her mit menneskesyn, min behandlingstilgang samt hvilken musikterapidefinition jeg arbejder ud fra.

Mit menneskesyn og ontologiske standpunkt bygger på en humanistisk og holistisk anskuelse. I det humanistiske menneskesyn har alle mennesker ret til frit at vælge, og de bærer bevidste og skabende kræfter i sig. Mennesket er et socialt væsen og afhængigt sine relationer og sit miljø. Det holistiske menneskesyn indbefatter at tage hånd om både krop og sind og samspillet mellem de to. Herved ses det hele menneske (Hammerlin & Larsen, 2012).

Dette menneskesyn relaterer sig også til min tilgang til mennesker med demens. Jeg er inspireret af demensforsker Tom Kitwood (1999) og hans tanker om personcentreret demensomsorg og et biopsykosocialt syn på demens. Jeg arbejder personcentreret i min tilgang til mennesker med demens, hvilket både mit musikterapeutiske arbejde og dette speciale vil bære præg af. Af samme årsag vælger jeg i mit speciale at omtale personer i de umiddelbare møder som *borgere* eller *mennesker med demens*. Dette ud fra et synspunkt om at mennesket ikke er sin sygdom, men et menneske med nogle udfordringer forårsaget af sygdom. Jeg har valgt ikke at anvende ordet klient om borgerne, da denne betegnelse ikke passer ind i den øvrige terminologi som anvendes på plejehjem. Jeg vælger at betegne settingen, hvori situationerne udspiller sig, som plejehjem, velvidende at ord som plejecenter eller demenscenter også kan anvendes. Med ordet plejehjem betones at der er tale om menneskers *hjem*.

Min behandlingstilgang baserer sig på en holistisk forståelse af musikterapiens betydning. I mit musikterapeutiske arbejde tager jeg udgangspunkt i den definition på musikterapi som findes hos Dansk Musikterapeutforening, og som netop har fokus både på det kropslige og det følelsesmæssige.

”Musikterapi er en videnskabeligt funderet behandlingsform, som bygger på musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Musikken anvendes i en proces, der har til hensigt at støtte og fremme fx kommunikation, personlig udvikling, dannelse af relationer, læring, genoptræning, fysisk stimulation eller afspænding samt følelsesmæssige oplevelser, udtryk og erkendelser” (Dansk Musikterapeutforening, 2016).

Denne definition giver åbenhed for at musikterapi kan udføres på mange måder, og rummer det som for mig er essentielt i mødet med mennesker med demens; kontakt og kommunikation. Underordnet om det er på verbalt eller nonverbalt plan.

Jeg ser det som en vigtig værdi at kende til og følge etiske principper i mit musikterapeutiske arbejde. De etiske principper er formuleret af Dansk Musikterapeutforening og indbefatter blandt andet tavshedspligt, anonymisering og ansvar for fagligt niveau (Ibid). Mine etiske overvejelser for dette speciale findes i afsnit 3.8.

1.6 Præsentation af Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem

I følgende afsnit præsenteres stedet jeg var i praktik og efterfølgende er blevet ansat som musikterapeut. På Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem bor 32 borgere som har en demenssygdom eller andre psykiatriske problemstillinger der gør at de har behov for specialiseret pleje og omsorg. Der bor endvidere otte borgere i et skærmet demensafsnit. Plejehjemmet modtager borgere både fra sygehusets gerontopsykiatriske afdeling, fra eget hjem og fra andre plejehjem. Borgere som

kommer fra andre plejehjem flyttes oftest på grund af, at deres adfærd ikke kunne håndteres på det pågældende sted. Den problematiske adfærd kommer i høj grad til udtryk ved adfærd som opfattes som forstyrrende, urolig eller udfordrende, såkaldt BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia).

De demenssygdomme som borgerne på stedet har er både de mest forekomne typer som Alzheimer, vaskulær demens og frontotemporal demens. Men alkoholrelateret demens forekommer også hos en del af borgerne. Mange af borgerne med denne demensform er yngre end de øvrige borgere på stedet og jeg har derfor stiftet bekendtskab med mennesker med demens med en aldersspredning fra 50 til 95 år.

Jeg oplever komplekse problematikker hos mange borgere på stedet. En stor del har en psykiatrisk overbygning på deres demenssygdom f.eks. i form af depression, angst, hallucinationer og andre neuropsykiatriske symptomer. Der er på stedet stor opmærksomhed på stimuli, og begrænsning af disse, hos borgere som udviser urolig/udadreagerende adfærd. Et andet fokuspunkt er regulering af arousal. Hos borgere, som personalet vurderer, ofte udviser udadreagerende adfærd udarbejder teamet et ”trafiklys” som er et risikovurderingsværktøj til vurdering af arousalniveau. I dette beskrives borgerens adfærd og mulige interventioner i tre trin:

Grøn: Den habituelle tilstand, borgeren er i normal arousal

Gul: Let øget arousal, borgeren begynder at vise tegn på urolig adfærd

Rød: Hyperarousal, borgeren er urolig og udadreagerende

Ved gul arousal er målet at undgå yderligere stigning i arousal, ved at foretage interventioner som kan bringe borgeren ned i arousal. Dette kan være i form af beskyttet nærvær, 1-1 kontakt, tilbud om gåtur eller andre tiltag som kan berolige den enkelte borger.

Plejehjemmets fysiske rammer består af fire grupper fordelt på to afdelinger. Afdelingerne er bygget op som firkanter med atriumgård i midten. Den ene afdeling består af fire lange gange, hvor alle stuer, kontor, køkken, spisestue osv. ligger fordelt på disse gange. Dette giver anledning til en del vandren rundt for nogle borgere, da de er nødt til at gå gennem en dør for at komme til et decideret rum. Endvidere giver disse lavloftede murstensgange nogle lydæssige udfordringer, da støj hurtigt spreder sig i hele afdelingen. Jeg oplevede at det var på denne afdeling der var mest uro. Blandt andet på grund af de fysiske rammer og dertilhørende problematisk lydmiljø.

Personalegruppen består af social og sundhedshjælper, -assistenter, pædagoger, socialpædagog, sygeplejersker, psykomotorisk terapeut, aktivitetsmedarbejder, rengøringspersonale, pedel samt ledelsen. Al plejepersonale har modtaget undervisning om demens og gør brug af

forskellige pædagogiske tiltag. Der arbejdes blandt andet med beskyttet nærvær og kontakt-øer (Borresen, Hansen, & Trangbæk, 2004). Endvidere afholdes løbende faglig sparring om borgere med særlige problematikker, og der er siden min praktik på stedet kommet yderligere fokus på tværfagligt samarbejde.

1.7 Begrebsafklaring

I følgende afsnit præsenteres første bud på en begrebsafklaring af umiddelbare møder. Begrebet vil løbende blive genovervejet gennem specialet. Den forståelse af begrebet, som er beskrevet her, er den der har dannet udgangspunkt for indsamling af data til specialet.

1.7.1 Umiddelbare møder

At nå frem til ovenstående begreb har været en lang proces. Det hele startede med at jeg blev opmærksom på min brug af musikterapeutiske kompetencer og interventioner når jeg mødte beboere i min daglige gang på plejehjemmet. Disse møder var ikke planlagte, de opstod bare ud fra det der var. Mine første ord på det der skete var *spontane møder* og siden har *impulsive møder* også været i spil. Selvom umiddelbar, spontan og impulsiv ved et opslag i ordbogen står beskrevet som hinandens synonymer rummer de for mig forskellige konnotationer. I rækken af synonymer til ordet spontan kan også nævnes intuitiv og uovervejet. Sidstnævnte ord har for mig et mere negativt ladet betydningsindhold. Ligeledes kan de andre ord give forskellige associationer afhængig af læseren. Jeg vælger derfor at anvende ordet umiddelbar om disse møder indeholdende musikterapeutiske elementer.

***Spontan* adj.**

Synonymer: impulsiv, instinktiv, naturlig, pr. instinkt, pr. intuition, ubevidst, umiddelbar, uoverlagt, uovervejet, ureflekteret, uvilkårlig
(Gyldendals synonymordbog, 2011)

***Umiddelbar* adj.**

Synonymer: direkte, impulsiv, spontan
(Gyldendals synonymordbog, 2011)

Et møde kræver deltagelse af mindst to personer. Jeg vil nu præcisere hvad jeg, i denne sammenhæng, forstår ved et møde. Først må det defineres at ordet møde, i dette begreb, er et substantiv. For at der kan være tale om et møde må begge parter være klar over tilstedeværelsen af hinanden og der må være en form for kontakt eller udveksling. Møderne kan have forskellige

grader af kontakt. I de narrativer, som er del mit speciales empiriske grundlag, er der verbal kontakt og således ikke tvivl om alle parterers bevidsthed om mødet, men møder kan også foregå nonverbalt hvilket dog gør dem mere omstændige at beskrive.

En anden variabel faktor ved umiddelbare møder er varigheden af dem. Demenscentrum Aarhus (DCA) præsenterer på deres hjemmeside hvad de kalder en ”on off teori” som tager udgangspunkt i Tom Kitwoods perspektiver på relationelle forhold samt en neuropædagogisk tankegang. Ud fra disse teorier påpeger de, at det kan være svært for mennesker med moderat til svær demens at gå ind og ud af relationer. Et umiddelbart møde må derfor være længere et ”hej” på gangen, da en sådan kontakt kan gøre personen med demens usikker, forvirret og efterlade vedkommende med en følelse af at være forladt (Demenscentrum Aarhus, n.d). Ved et umiddelbart møde skal der derfor være tale om et kvalitativt møde med en længerevarende relation på mindst et par minutter.

Et perspektiv på møder i musikterapi præsenteres af Anke Coomans i hendes Ph.D-afhandling *Moments of resonance in musical improvisation with persons with severe dementia*. *Moments of resonance* er blandt andet teoretisk funderet i Daniel Sterns teori om *moments of meeting*. Coomans undersøger *essential moments of meeting* (herefter kaldet mødeøjeblikke) i musikterapi med personer med svær demens, tilgangen er personcentreret.

”I always consider moments of meeting with persons with dementia as essential as long as they are addressing the person’s psychosocial needs[...]Findings showed how during the essential moments of meeting, the person with dementia could present herself in her most authentic way, within a genuine and respectful meeting with the music therapist” (Coomans, 2016, p. 225).

Mødeøjeblikke med mennesker med demens bliver her karakteriseret som essentielle under den forudsætning at de søger at møde et psykosocialt behov. En anden faktor som Coomans understreger som vigtig for mødeøjeblikke er fokus på her-og-nu. Ofte varer et mødeøjeblik kun ganske kort, hvilket dog ikke gør værdien mindre. Sammenholdt med umiddelbare møder er en af forskellene her at Coomans forskning baserer sig på individuelle musikterapi-sessioner i en mere planlagt ramme.

Essensen af umiddelbare møder er at de ikke er del af et planlagt og defineret behandlingsforløb baseret på sessioner. Med andre ord kan det umiddelbare møde beskrives som et ikke planlagt møde, hvis katalysator er musikterapeutens observationer og brændstoffet musikterapeutens kompetencer. Det umiddelbare møde foregår i miljøet, på borgerens stue, gangarealer eller opholdsstuer og tager udgangspunkt i den aktuelle situation.

For at tydeliggøre den faglighed der ligger i disse møder har jeg i løbet af processen udviklet begrebet til at være: Musikterapeutiske umiddelbare møder, herefter kalder MUM.

2 Teori

Nærværende del af specialet består af en litteraturgennemgang indenfor området miljøterapi, musikterapi og demens. Derefter præsenteres teori om demens. Dette efterfølges af tre tilgange som alle har fokus på psykosociale behov. Først præsenteres Tom Kitwoods teori om personcentreret omsorg. Efterfølgende Hanne Mette Ochsner Ridders teori om ramme, regulering og relation i musikterapi med personer med demens og sluttelig miljøterapi og miljøbehandling.

2.1 Litteraturgennemgang

Som det blev beskrevet i indledningen, kan miljøterapi indgå i sammenhæng med musikterapi i arbejdet med mennesker med demens. For at belyse anvendelsen af miljøterapi indenfor demensområdet, samt eventuelle koblinger med musikterapien, foretager jeg en integrativ litteraturgennemgang (Torraco, 2016). En integrativ gennemgang er kendetegnet ved at inkludere flere typer litteratur, heriblandt casestudier og andre kvalitative undersøgelser. Ligesom bøger, artikler, personlige beskrivelse og andet materiale der berører emnet, som er genstand for gennemgangen, kan inddrages. Da mit overordnede emne, MUM, kan betragtes som et nyt emne, er en integrativ litteraturgennemgang velegnet til at identificere viden om emnet. I overensstemmelse med min for forståelse om at MUM er et eksisterende, men ikke velbeskrevet fænomen, kan den integrative litteraturgennemgang:

“review new emerging topics that generate a growing body of literature that may include contradictions or a discrepancy between the literature and observations about the issue, which are not addressed in the literature” (Torraco, 2016, p. 404).

I en litteraturgennemgang foretaget på musikterapiuddannelsens 8. semester undersøgte jeg hvilken virkning musikterapi har på agiteret adfærd hos mennesker med demens, og i hvor høj grad personcentreret omsorg var repræsenteret i de fundne studier (Andersen, 2017). Gennemgangen tog sit udgangspunkt i to systematiske review (van der Steen et al., 2017; Zhang et al., 2017). I det nyeste Cochrane Review fra 2017 undersøger van der Steen og kolleger både musikterapi og musikbaserede terapeutiske interventioner og konkluderer at mindst fem sessioners musikterapi muligvis har en positiv effekt på depression, hvorimod der ikke kan påvises nogen effekt på agiteret adfærd. Generelt større effekt af musikterapi i behandling af symptomer på demens ses i Zhang et al., 2017. I dette review undersøger forskerholdet om musikterapi forbedrer kognitive og adfærdsmæssige funktioner, og resultaterne peger på at musikterapi har effekt på behandling af urolig adfærd og angst.

Med afsæt i denne viden vil min litteratursøgning her folde sig ud og identificere litteratur omhandlende musikterapi, miljøterapi og demens. Jeg har kendskab til to ældre artikler omhandlende musikterapi og miljøterapi. Jeg foretager kædesøgning ud fra deres litteraturlister.

Jeg anvender følgende søgeord:

- ✚ Dementia
- ✚ Music therapy
- ✚ Environmental therapy
- ✚ Milieu therapy

I forbindelse med søgning i databaser anvender jeg *wildcard search terms*, hvilket vil sige at jeg tillader flere endelser på mit søgeord (Abbott, 2016). F.eks. miljø* hvor stjernen i slutningen af ordet udvider min søgning til at indbefatte alle ord hvis præfix er miljø, så både ord som miljøterapi og miljøbehandling vil fremmekomme i søgningen. Jeg vælger denne form for søgning da der ikke er en entydig begrebsbrug indenfor miljøterapi, demens og gerontopsykiatri. Endvidere tyder mængden af litteratur på at være lille og derfor ønskes en bred søgning.

2.1.1 Søgekriterier

Der har gennem tiden været skiftende syn på demens og hvordan mennesker med demens skal behandles. I 1990'erne opstod et paradigmeskift blandt andet på baggrund af Tom Kitwood og hans bog *En revurdering af demens* (1999). På baggrund af dette paradigmeskifte og mit fokus på den biopsykosociale tilgang til demens vælger jeg at afgrænse min søgning til at omhandle litteratur fra 1990 og fremefter.

Jeg startede med at anvende ordet gerontopsychiatry i min søgning. Men som det beskrives af Gulmann (2001) har gerontopsykiatri sit udgangspunkt i den almene psykiatri og er ikke officielt et speciale indenfor psykiatrien. Jeg valgte derfor i min søgeproces at begrænse min søgning til at omhandle demens, da beboerne på plejehjemmet hvor jeg har indsamlet min empiri alle har en demenssygdom og jeg dermed ville udbrede min søgning mere.

Ved søgning i internationale databaser fremkommer litteratur på mange sprog. I denne gennemgang ekskluderes derfor studier som ikke er på: dansk, engelsk, norsk eller svensk.

Artiklerne er udvalgt ved læsning af overskrifter og abstracts, det viste sig hurtigt at meget af den fremsøgte litteratur ikke var relevant. I Tabel 1 ses en oversigt over udførte søgninger. Tallet i parentes ved udvalgte angiver antal dubletter.

Nr	Database	Søgeord	Søgekriterier	Hits	Udvalgte	Dato
1	Scopus	Gerontopsychiat* AND "music therap*"	Efter 1990	24	0	1/3-18
2	Kædesøgning (Munk-Madsen, 1998)			2	1	13/3-18
3	ProQuest	dement* AND "environmental therapy"	Efter 1990	29	2	15/3-18
4	ProQuest	"music therapy" AND "environmental therapy"	Efter 1990	12	2 (2)	15/3-18
5	Medline	"music therapy" AND "milieu therapy"	Sprog: engelsk Efter 1990	3	1(1)	16/3-18
6	Medline	"music therapy" AND "milieu therapy" AND de-	Efter 1990 Sprog: engelsk	1	1 (1)	16/3-18
7	PsycINFO	"music therapy" AND "milieu therapy"	Efter 1990	9	2 (1)	16/3-18
8	ProQuest	"music therapy" AND "milieu therapy" AND de-	Sprog: engelsk Efter 1990	40	1	16/3-18
9	Ebscohost (Cinahl, RILM, Academic search Pr.)	"music therapy" AND "milieu therapy" AND de-	Efter 1990	3	1 (1)	16/3-18
10	Springerlink	Dement* AND "music therapy" AND "milieu therapy"	Sprog: engelsk Efter 1990	17	2	16/3-18
11	Kædesøgning (Aasgaard, 1998)			10	0	16/3-18

Tabel 1. Oversigt over litteratursøgning

2.1.2 Resultat af litteratursøgning

Titel	Type	Mål	Resultat
Grasel, E., Wiltfang, J., & Kornhuber, J. (2003). Non-drug therapies for dementia: An overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i> , 15(3), 115–125.	Oversigtsartikel	Beskrive mål, principper og bevis for effekt for musikterapi, kunstterapi, bevægelsesterapi, reminiscensterapi, hukommelsestræning, realitetssorientering, valideringsterapi, self-maintenance-terapi, adfærdsterapi, miljøterapi og personalettræning	Udbytte af non-farmakologiske terapiformer er ofte baseret på studier uden kontrolgruppe. Der er behov for randomiserede, kontrollerede studier for at bevise effekt.

Memmott, J., & Clair, A. A. (2008). <i>Therapeutic Uses of Music with Older Adults</i> (2. ed.). Silver Spring, Md: American Music Therapy Association.	Bog	Give information om brug af musik og musikterapi med ældre mennesker	
Strong, J. V. (2017). Music Therapy, Applications in Geropsychology. In <i>Encyclopedia of Geropsychology</i> (pp. 1594–1600). Springer, Singapore.	Opslag i encyklopædi	Beskrive brugen af musikterapi indenfor gerontopsykiatri	
Bechgaard, Birgitte (red.) (1992): <i>Miljøterapi</i> . Hans Reitzels Forlag A/S, København, Danmark. ¹	Bog	Beskrive brugen af miljøterapi i Danmark	
Munk-Madsen, N. M. (1998). Musikterapeut i en miljøterapeutisk institutionskultur. <i>Nordisk Tidsskrift for Musikterapi</i> , 7(1), 65–69.	Artikel	Beskrive egne erfaringer og tanker om musikterapiens anvendelsesmuligheder på et psykiatrisk plejehjem med et miljøterapeutisk fokus	
Aasgaard, T. (1998). Musik-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! <i>Nordisk Tidsskrift for Musikterapi</i> , 7(2), 168–171.	Kommentar til artikel	Kommentere på Munk-Madsen (1998). Understrege musik-miljøterapiens berettigelse og manglende kortlægning og teoriudvikling på området.	

Tabel 2. Resultat af litteratursøgning

I Tabel 2 ses resultatet af litteratursøgningen. Yderligere tre fund blev ekskluderet ved nærmere gennemlæsning (Crowe, 2009; Guimón, 2004; Palm, Köhler, Schwab, Bartholomeyczik, & Holle, 2013). Årsagen hertil var litteraturens type, den ene var et book review, den anden havde ikke mennesker med demens som målgruppe og den tredje var en forskningsprotokol.

Herunder gennemgås den fundne relevante litteratur med fokus på miljøterapi og musikterapi indenfor demensområdet.

2.1.3 Litteratur om miljøterapi og demens

I en artikel af Grasel, Wiltfang, & Kornhuber (2003) gives et overblik, baseret på overview-studier og meta-analyser, over non-farmakologiske terapier og deriblandt musikterapi og

¹ Denne kilde beskrives nærmere i afsnit 2.5 om miljøterapi.

miljøterapi. Der er ikke tale om en sammenhæng mellem de forskellige terapier, og da musikterapi kun er sporadisk beskrevet, vælger jeg at fokusere på deres udlægning af miljøterapi.

I de gennemgåede studier om miljøterapi er der fokus på både de fysiske og sociale omgivelser og det beskrives at: "Milieu therapy represents the most comprehensive field of non-drug therapy options for dealing with dementia" (Grasel et al., 2003, p. 120). Studierne om miljøterapi inddeles i tre kategorier efter hvad de fokuserer på.

- 1) Indretning af det fysiske miljø
- 2) Alle terapier, deriblandt musikterapi, kan karakteriseres som miljøterapi så længe de skaber forandring i de fysiske eller sociale miljø for mennesker med demens.
- 3) Specifik miljøterapeutisk forandring: Reduktion af hvid støj.

Grasel et al., (2003) påpeger at det ikke var muligt at finde kontrollerede studier, og forslår at der er behov for uddybende studier med større deltagerantal, for at sige noget om effekten af miljøterapeutiske metoder.

2.1.4 Litteratur om musikterapi og demens

I min gennemgang af musikterapi vælger jeg at have fokus på graden af planlægning, da dette relaterer sig til umiddelbare møder. Memmott & Clair (2008) skriver om terapeutisk brug af musik til ældre mennesker med demens. I bogen fokuseres mest på planlagt musikterapi som er organiseret i sessioner. Det beskrives hvordan musikterapiinterventioner tager udgangspunkt i en individuel assessment for at muliggøre deltagelse for personen med demens ud fra dennes behov og funktionsniveau. Det beskrives også hvordan musikterapi kan anvendes i situationer med f.eks. agiteret adfærd. Herved er der ikke tale om planlagt musikterapi, men en intervention som sker fordi adfærd og behov opstår. Denne tilgang uddybes ikke nærmere, men beskrives på lige fod med sessionsbaseret musikterapi.

Strong (2017) skriver om planlægning af musikterapi indenfor gerontopsykiatrien:

"The form of a music therapy session often depends on the setting and the population; there is no "typical" music therapy session. Music therapy with individuals who have more severe disabilities may be dictated primarily by the individual and his or her needs on the day of session, rather than by an external structure imposed by the therapist." (Strong, 2017, p. 1595).

Der tages udgangspunkt i de aktuelle behov, men i en planlagt session. Strong refererer til studier hvor plejepersonale anvender musik i deres tilgang til borgere med demens og herved oplever mindre agitation og aggressiv adfærd. Her er musikterapeuten facilitator for anvendelse af musik. Selve musikterapien er dog defineret som planlagte sessioner.

2.1.5 Opsamling på litteraturgennemgang

Mængden af litteratur der kombinerer musikterapi og miljøterapi indenfor demensområdet er meget begrænset, som det kommer til udtryk via de foretagne søgninger. En større mængde studier undersøger miljøterapi og demens, men en stor del af disse er ikke relevante for dette studie. De få hits i søgningerne som indeholder både demens, musikterapi og miljøterapi behandler de to terapier separat. Med gennemgangen her er givet et overblik over hvordan de udvalgte kilder ser på musikterapi og miljøterapi indenfor demensområdet med fokus på specialets undersøgelsesfelt, musikterapi med en miljøterapeutisk tilgang.

2.2 Demens

Demens opstår i forbindelse med en lang række sygdomme der kan ramme hjernen, og som primært forekommer hos ældre mennesker. Læren om sygdomme i alderdommen, herunder demenssygdomme, kaldes geriatri, mens gerontopsykiatri betegner det område, der vedrører psykisk sygdom hos ældre mennesker. Personer som over en periode har neuropsykiatriske symptomer kan henvises til gerontopsykiatrien for udredning og behandling (Gulmann, 2001). I følgende afsnit beskrives de mest forekomne sygdomme som er årsag til demens.

Ifølge World Health Organization (WHO) er demens den syvende mest forekommende dødsårsag på verdensplan, og det anslås at 50 mio. mennesker har en demenssygdom. Det er generelt svært at fastslå forekomsten af demenssygdomme da mange tilfælde ikke er diagnosticerede. Ud fra *World Alzheimer Report* fra 2015 estimeres det at 87.000 personer i Danmark havde en demenssygdom i år 2017 (Nationalt Videnscenter for Demens, 2018).

Demensbegrebet dækker over en lang række sygdomme i hjernen og er en samlet betegnelse for svækkelse af multiple kognitive funktioner. For at anvende betegnelsen demens skal funktionsniveauet være forringet i forhold til tidligere, derfor kan udviklingsforstyrrelser ikke betegnes som demens. Ved demens ses især svækkelse af hukommelse, sprog, dømmekraft og orientering. I diagnosekriterierne fra ICD-10 skal følgende kriterier være opfyldt for at stille diagnosen for en demenssygdom:

- 1) Svækket hukommelse
- 2) Tilstrækkelig bevidsthed til at vurdere kriterium 1
- 3) Svækket emotionel kontrol, motivation eller social adfærd
- 4) Symptomerne skal have stået på i et halvt år eller mere

Disse diagnosekriterier er fra 1994 og ikke helt i overensstemmelse med hvordan demenssygdomme diagnosticeres i dag. ICD-10 bærer præg af de symptomer som optræder ved Alzheimers sygdom og er derfor ikke dækkede for det brede spekter af demenssygdomme som kendes i dag. Der er de sidste 10-20 år udviklet bedre og mere præcise metoder til diagnosticering af

demenssygdomme, hvilket bevirker at alle kriterier i ICD-10 ikke nødvendigvis optræder når i diagnosen stilles. Endvidere har sygdommene forskellige symptombilleder og Waldemar & Lolk, (2016) pointerer at: ”betegnelsen demens kan opfattes som stigmatiserende” (Ibid., p. 103) pga. de vidt forskellige symptombilleder afhængig af hvilken sygdom der er tale om. DSM-V, som er den nyeste vejledning fra den amerikanske psykiatriorganisation, arbejder med begreberne *minor neurocognitive disorder* og *major neurocognitive disorder*. I Danmark fastholdes demensbegrebet dog stadig. En opdatering af ICD diagnosesystemet er foregået de seneste år og ICD-11 forventes at udkomme i år (Ibid.).

Demens er ikke i sig selv en sygdom, men anvendes som paraplybegreb for over 200 sygdomme som kan give demenssymptomer. Den oftest forekommende årsag til demens er Alzheimers sygdom. Det skønnes at 50% af alle tilfælde af demens skyldes denne sygdom. Ca. 20% af de som diagnosticeres med en demenssygdom har vaskulær demens. Lewy-body-demens og frontotemporal demens udgør hver ca. 10%, mens andre sygdomme udgør de sidste 10% af tilfældene af demens. (Waldemar & Lolk, 2016).

2.2.1 Alzheimers sygdom

Alzheimers sygdom hører til den kategori af demenssygdomme som er neurodegenerative. Sygdommen er kendetegnet ved en snigende debut, hvor symptomerne udvikler sig gradvist, ofte over mange år. Sygdomsforløbet varer i gennemsnit 8-10 år, dog med individuelle variationer. Det mest kendetegnende symptom for Alzheimers sygdom er svækkelse af hukommelsen. Især den episodiske hukommelse svækkes som følge af atrofi af hjernen, men også funktioner som dømmekraft, planlægning, overblik og sproglige funktioner kan rammes. Nedsatte sproglige funktioner hænger sammen med at den semantiske hukommelse også svækkes, hvilket blandt andet kan gøre det svært at finde korrekte navneord (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016d). Den kognitive svækkelse kan også medføre ændringer i personlighed og adfærd, ligesom en stor del får depressive symptomer eller andre psykiske symptomer. Særligt problematisk er adfærdsændringer der kan betegnes som *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* (Waldemar & Lolk, 2016). Dette beskrives nærmere i afsnit 2.2.5.

2.2.2 Vaskulær demens

Denne demenstype ligger udenfor gruppen af neurodegenerative sygdomme, da den skyldes vaskulære forandringer i hjernen. Disse forandringer kan være opstået som følge af blødninger i hjernen store kar, hvid substans-læsioner, mangelfuld ilttilførsel til hjernen eller andre cerebrovaskulære sygdomme (Frederiksen, 2017). Der skal foretages CT eller MRI scanning for at diagnosticere vaskulær demens (Waldemar & Lolk, 2016). Selvom vaskulær demens ofte opstår

akut forekommer også en del forløb hvor der i starten kun ses let kognitiv svækkelse som ikke kan karakteriseres som demens. Dette kan udvikle sig gradvis eller i trin så svækkelserne på et tidspunkt bliver så store at der er tale om demens (Frederiksen, 2017). Symptomerne på vaskulær demens er blandt andet af neurologisk karakter i form af eksempelvis afasi, parese og forstyrrelser i synsfeltet. En af kriterierne for diagnosen er også kognitiv svækkelse af blandt andet hukommelsen. Hvilken type sygdom der er årsag til diagnosen, har også indflydelse på sygdommens forløb og symptomer. Hvis der er tale om småkarssygdom, blødning i hjernens dybereliggende små blodkar som følge af f.eks. forhøjet blodtryk, ses generelt langsomme mentale funktioner, koncentrationsbesvær og apati, dog vil evnen til at genkalde noget indlært være bevaret. Mange mennesker med vaskulær demens oplever også ændringer i deres følelsesliv og bliver grådlabile eller får depression (Nationalt Videnscenter for Demens, 2017b).

2.2.3 Frontotemporal demens

Denne demenstype skyldes en af de neurodegenerative sygdomme som rammer hjernens frontal- og tindingelapper. Det er den hyppigst forekomne demenstype hos yngre mennesker og debutalderen derfor også tilsvarende lav, oftest mellem 55 og 65 år. Levetiden varierer fra få år og til 12-15 år. (Johannsen, Gottrup, & Stokholm, 2017).

Demenstypen inddeles i tre undertyper, en adfærds- og to sproglige varianter.

- ✚ Adfærdsvariant: Ændringer i personlighed og adfærd.
- ✚ Semantisk demens: Svækket evne til at forstå ord og begrebers betydning samt svigtende ordforråd. Senere i forløbet også adfærds-mæssige ændringer.
- ✚ Progressiv ikke-flydende afasi: Besværet tale med grammatiske og fonologiske fejl, bevaret forståelse af enkeltord og begreber.

I min praktik havde jeg berøringsflade med borgere med adfærdsvarianten af frontotemporal demens, derfor beskrives denne type her yderligere.

Ved adfærdsvarianten af frontotemporal demens er symptomerne blandt andet impulsstyret adfærd, manglende empati, ligegyldighed samt manglende fornemmelse for sociale normer. Manglende hæmning f.eks. i form af uhæmmet rygning og indtag af søde sager er også del af symptombilledet. Kendetegnende for mennesker med denne type demens er at de ikke har sygdomsindsigt (Nationalt Videnscenter for Demens, 2017a).

2.2.4 Alkoholrelateret demens

Dette område er ikke veldefineret og det er endvidere uklart om skaderne ved et for højt og langvarigt alkoholforbrug er vedvarende eller kan aftage igen ved afholdenhed. Det er også

svært at skelne mellem hvilke skader der skyldes alkohol og hvilke der skyldes den usunde livsstil som ofte følger med et alkoholmisbrug, heriblandt fejlnæring, rygning, vitaminmangel og leverskader. Der findes ikke specifikke diagnosekriterier for hvornår demens er forårsaget af alkoholmisbrug, dog rummer det amerikanske diagnosesystem DSM-V en mulighed for at diagnosticere demens forårsaget af alkoholmisbrug (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016a).

2.2.4.1 Wernicke-Korsakoffs syndrom

Hos kroniske alkoholmisbrugere kan opstå mangel på thiamin (B1-vitamin) som forårsager den akutte tilstand *Wernickes encephalopati*. Dette er en kritisk tilstand, hvor dødeligheden er op imod 20%, hvis den ikke behandles. Tilstanden kan behandles ved at give store mængder af thiamin. 85% af dem som har ubehandlet *Wernickes encephalopati* udvikler Wernicke-Korsakoffs syndrom (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016e). Der er en overvægt af tilfælde i 50-60 årsalderen (Kopelman, Thomson, Guerrini, & Marshall, 2009). Syndromet medfører svind i mellemhjernen og frontallapperne. Der ses hukommelsestab både på ny indlæring og på at huske tilbage i tiden (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016e). Dog er den procedurale hukommelse bevaret, og herved evnen til f.eks. påklædning og madlavning. En vigtig faktor ved denne form for demens er at tage hånd om patientens alkoholmisbrug så deres tilstand ikke forværres (Kopelman et al., 2009).

2.2.5 Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Som beskrevet i de foregående afsnit får nogle mennesker i løbet af deres demenssygdom nogle ganske ubehagelige symptomer. BPSD er af International Psychogeriatric Association defineret som: ”symptomer på forstyrret perception, tankeindhold, stemningsleje eller adfærdsforstyrrelser, der hyppigt forekommer hos patienter med demens” (Waldemar & Lolk, 2016, p. 115). Årsagerne til BPSD er oftest biologiske faktorer, men opgivelserne har også betydning for sværhedsgraden af symptomerne. De psykiske symptomer ved BPSD er:

- ✚ Depressive symptomer
- ✚ Angst
- ✚ Hallucinationer
- ✚ Vrangforestillinger
- ✚ Apati

De adfærdsmæssige symptomer er:

- ✚ Agitation/aggression (omkringvandren, gentagen spørgen, råben, verbal og fysisk aggression)
- ✚ Uhæmmet adfærd
- ✚ Motorisk uro
- ✚ Irritabilitet (Waldemar & Lolk, 2016)

Nogle symptomer ses mere end andre ved bestemte demenssygdomme, f.eks. opstår vrangforestillinger, agitation og hallucinationer ofte et stykke inde i et Alzheimer sygdomsforløb (Nationalt Videnscenter for Demens, 2016b).

Sammenfattende for BPSD kan siges at det påvirker livskvaliteten for den syge såvel som personer i dennes omgangskreds. Det er en svær belastning for både pårørende og omsorgspersoner. Det pointeres at god pleje og omsorg er den væsentligste behandling ved BPSD, farmakologisk behandling i form af antidepressiva, antipsykotika og antidemensmedicin anvendes dog også. Dog skal det tilføjes at psykofarmaka har begrænset eller ændret effekt hos mennesker med demens, og samtidig må bivirkninger tages i betragtning (Waldemar & Lolk, 2016). Dette understøttes af den Nationale klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens som i sine anbefalinger skriver:

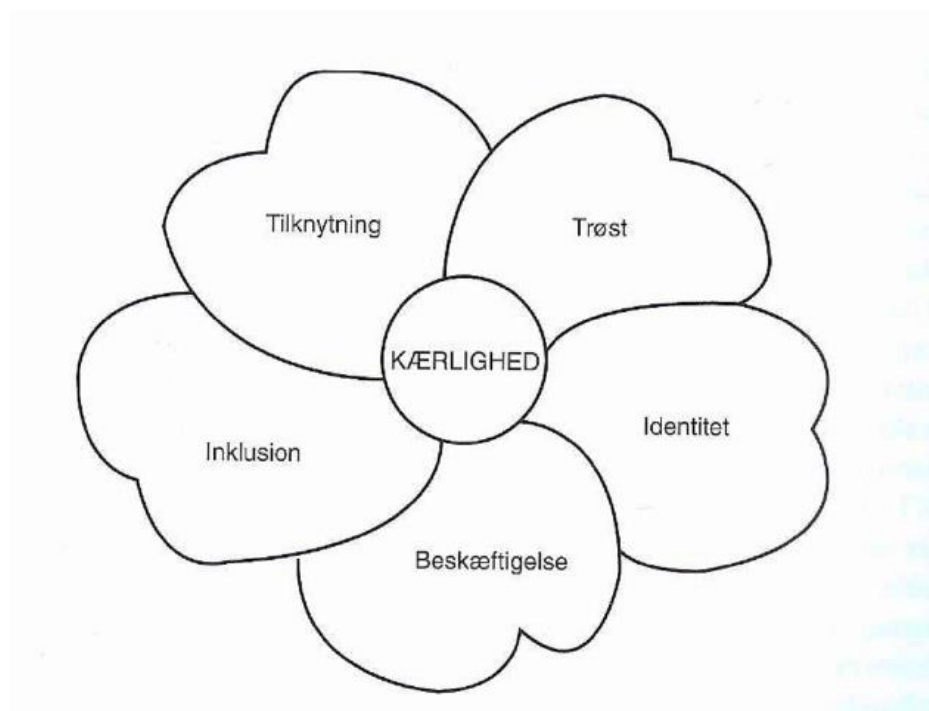
”Det anbefales, at ikke-farmakologisk behandling er førstevalg ved adfærdsændringer og psykiske symptomer ved demens (behavioural and psychological symptoms and signs of dementia, BPSD)” (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Ikke-farmakologisk behandling dækker over en lang række metoder og tiltag blandt andet indenfor det pædagogiske og terapeutiske område. Ud fra et biopsykosocialt syn på demens, som er den tilgang jeg selv har, er adfærdsmæssige symptomer et udtryk for psykosociale behov der ikke er dækkede. Dette leder videre til en præsentation af metoder som arbejder med at opfylde psykosociale behov.

2.3 Personcentreret omsorg

Teorien om personcentreret omsorg stammer fra demensforsker Tom Kitwood, som i 1997 skrev bogen *En revurdering af demens – personen kommer i første række* (oversat til dansk i 1999). Bogen var revolutionerende for synet på mennesker med demens og hele omsorgskulturen. Der er tale om en tværfaglig tilgang hvor Kitwood inddrager både biomedicinske, socialpsykologiske og kulturelle aspekter. Med Kitwoods bog opstod et nyt paradigme; den biopsykosociale forståelse som især fokuserer på relationer. Personcentreret omsorg tager udgangspunkt i at mennesker med demens har nogle essentielle psykologiske behov. Disse behov

placerer Kitwood i en blomst med kærlighed i midten som det centrale behov. De andre behov overlapper hinanden, da opfyldelse af et behov også medvirker til delvis opfyldelse af andre behov. Blomsten ses i figur 1.



Figur 1. Kitwoods blomst (Kitwood, 1999, p. 90)

De psykologiske behov skal mødes på en kvalitativ måde og et af kardinalpunkterne i den personcentrerede omsorgspraksis er: ”hvordan man forbedrer kvaliteten af interaktion” (Kitwood, 1999, p. 96). Her er en nærmere definition på sin plads, og Kitwood skriver:

”Interaktion er ikke et spørgsmål om blot at respondere på signaler, men om at fange de betydninger, andre viderekommunerer; det indebærer refleksion, forudelse, forventning og kreativitet” (Kitwood, 1999, p. 96).

Han medgiver dog at denne opfattelse af interaktion må modereres for at tage højde for kognitiv svækkelse. En mere generel definition på ordet interaktion findes i psykologisk-pædagogisk ordbog: ”vekselvirkning, gensidig påvirkning, samspil” (*Psykologisk-pædagogisk ordbog*, 2012). Ud fra disse to perspektiver på ordet interaktion, kan overordnet siges at der er tale om en gensidighed, hvor der responderes på andres signaler både på et kommunikativt og refleksivt niveau, med andre ord: et socialt samspil bestående af interaktioner.

For at skabe positive interaktioner skitserer Kitwood 12 forskellige typer interaktion, han understreger at der kun er tale om en foreløbig liste. I Tabel 3 ses de 12 typer og en kort beskrivelse af deres indhold.

Anerkendelse	At hilse på vedkommende, lytte opmærksomt, have øjenkontakt,
Forhandling	Spørge hvad personen har lyst til f.eks. "er du parat til at stå op?"
Samarbejde	At personen ikke får en passiv rolle i omsorgssammenhæng, men hvor egne evner og initiativ inkluderes
Leg	Oplevelser og aktiviteter som har værdi i sig selv.
Timalering	Interaktioner af sanselig eller sensuel karakter, f.eks. massage. Skabe kontakt, beroligelse og velbehag uden at stille krav
At feste	Oplevelse af glæde, omsorgsgiver og -modtager har samme stemning
Afslapning	Mange mennesker med demens har et stort socialt behov, og kan bedst slappe af hvis der er andre i nærheden.
Validering	Forsøg på at forstå personens referenceramme også hvis denne er kaotisk, respondere på følelsesmæssigt plan
Omfavnelse (holding)	Tilbyde et trygt psykologisk rum for svære emotioner. Her kan sårbarheden blottægges. Også fysisk omfavnelse
Facilitering	Igangsætte en meningsfuld interaktion.
Skabelse	Personen med demens tilfører noget til det sociale miljø, f.eks. begynder at synge eller danse
Given	Personen med demens giver noget, viser omtanke, taknemmelighed, tilbyder hjælp. Personen viser omsorg for den omsorgsgivende.

Tabel 3. Positive interaktioner (Kitwood, 1999)

De første syv typer interaktion rummer positivt indhold, de tre efterfølgende; validering, omfavnelse og facilitering er af mere psykoterapeutisk karakter. I de to sidste typer har personen med demens den ledende rolle, i modsætning til de andre typer hvor vedkommende er den modtagende. Med disse 12 typer interaktioner gives inspiration til hvordan positivt personarbejde kan udføres og være medvirkende i en personcentreret demensomsorg. Endvidere lægges vægt på hvordan demens og deraf følgende symptomer forstås. I den personcentrerede omsorg lægges vægt på at forstå personens værdier og evner, og adfærdsændringer, som agitation, bør ses som forsøg på kommunikation og udspringer af uopfyldte behov (Kitwood, 1999). Nyere studier har vist at personcentreret omsorg kan mindske urolig og agiteret adfærd hos mennesker med demens (Livingston et al., 2014) og at agiteret adfærd bedst reduceres hvis omsorgsgiveren ser adfærden fra borgerens synspunkt og som et uopfyldt behov (Stein-Parbury et al., 2012)

2.4 Ramme, regulering og relation i musikterapi

I musikterapi med mennesker med demens arbejdes også med psykosociale behov. Professor i musikterapi Hanne Mette Ochsner Ridder (2003, 2014, 2016) har udviklet en tilgang som bygger på tre faktorer: Ramme, regulering og relation. Disse er relateret til tre hovedproblematikker som mennesker med demens særligt har:

- ✚ Genkende og fokusere
- ✚ Holde fokus og selvregulere
- ✚ Kommunikere og indgå i relationer

Der kan i musikterapien arbejdes med disse problematikker gennem det som Ridder betegner musikterapeutens 3 R'er.

2.4.1 Ramme

For at skabe genkendelse i musikterapien, kan man etablere en ramme om sessionerne ved at anvende en fast start- og slutsang. Herved bliver musikken et cue, som kan lede til genkendelse af konteksten. Med musikken kan mennesket med demens lettere genkende situationen og når situationen føles velkendt kan vedkommende også føle sig tryk. Musikken bliver et fælles tredje hvorigennem der kan opbygges en tryk relation.

2.4.2 Regulering

Mennesker med demens har svært ved at selvregulere da deres nervesystem svækkes af demenssygdommen. De bliver let overstimulerede og kommer derved i høj arousal. Denne tilstand kaldes også for hyperarousal, her aktiveres kamp/flugt reaktion i hjernen fordi der sker en aktivering af det sympatiske nervesystem. Når en person er hyperaroused reagerer vedkommende pr. instinkt og det er svært at falde til ro igen og komme ud af tilstanden.

Modpolen til hyperarousal er hypoarousal hvilket betegner en tilstand med lav arousal. Her vil personen trække sig ind i sig selv og være passiv og svær at få kontakt til. Ved begge tilstande kan musik anvendes til at berolige eller stimulere så personen får et afbalanceret arousalniveau. Musik indeholder regulerende elementer som musikterapeuten bevidst anvender for at skabe ro eller aktivitet, tilpasset behovet. *ISO-princippet* anvendes også til at regulere ud fra. Her vælger musikterapeuten musik som matcher personens tilstand og regulerer væk fra denne tilstand i en entrainment-proces, ved f.eks. at øge musikkes tempo, dynamik eller ændre harmoni, for at stimulere og dermed regulere ud af lavarousal-tilstand.

2.4.3 Relation

Formålet med at skabe relation i musikterapien er at opfylde psykosociale behov. Til at skabe relation i musikterapi arbejdes især med validering og holding, som hører til de psykoterapeutiske interaktioner. Musik kan give en følelse af samhørighed og er også et socialt fænomen som kan være funderet i personens historie og kultur og give oplevelser sammen med andre. Musikterapeuten må have fokus på både den nære relation til mennesket med demens og på den større kontekst som vedkommende befinder sig i, da begge dele med medvirkende til at definere identiteten. Ofte anvendes musik med særlig personlig betydning, men der kan også arbejdes med kommunikativ musikalitet i form af nonverbale og ekspressive udtryk (Ridder, 2016b).

2.5 Miljøterapi

I det følgende afsnit præsenteres forskellige vinkler på miljøterapi og sættes i sammenhæng med musikterapi og demens.

”Miljøterapi handler om at gøre miljøet terapeutisk og udnytte de muligheder, der ligger i dagligt samvær, rutiner og aktiviteter. Der findes ikke nogen éntydig og enkel model” (Rafaelsen, 1992, p. 30).

Ovenstående citat stammer fra den første danske antologi om miljøterapi (Bechgaard, 1992). Flere psykologer og psykiatere har bidraget til bogen, hvis overordnede ramme er psykodynamisk. Da bogen er den første af sin art i Danmark beskrives de opstillede synspunkter i bogen ikke som endegyldige, men som oplæg til kommende praksisformer og teorier (ibid). I de forgange år er en del ny litteratur om miljøterapi kommet til og flere retninger er opstået. Miljøterapi kan være funderet i forskellige psykologiske retninger. Et eksempel på en retning er den kognitive miljøterapi (Holm & Oestrich, 2006) og en anden den mentaliseringsbaserede (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Psykolog Torben Schjødt & speciallæge i psykiatri Torben Heineskou (2007) præsenterer en bredere forståelse af miljøterapi med afsæt i psykodynamisk tænkning. De lægger op til at miljøterapeutiske principper kan anvendes indenfor langt flere områder end det psykiatriske, som er der, hvor miljøterapi anvendes mest. Forfatterne påpeger endvidere at til trods for at nærmest alle psykiatriske institutioner har miljøterapi som en del af deres behandlingstilbud, så er det svært at forklare hvad miljøterapi er. De foreslår denne definition af miljøterapi:

”en behandlingsmodel, karakteriseret ved bestræbelsen på bevidst at tilrettelægge den samlede sum af organisatoriske, psykologiske, sociale og kulturelle påvirkninger, således at institutionen som helhed og relationerne heri fremmer psykisk udvikling” (Schjødt & Heineskou, 2007, p. 17).

Psykolog og psykoterapeut Birthe Juul Christensen (2017) beskriver en ny vinkel på miljøterapi med sin bog: *Overlevelse – Neuroaffektiv miljøterapi for pædagoger og andre professionelle*. Bogen omhandler neuroaffektiv miljøterapi i arbejdet med psykisk sårbare unge. Den neuroaffektive tilgang og bevidsthed om regulering af nervesystemet, mener jeg dog bestemt også sin berettigelse i arbejdet med mennesker med demens.

”Det handler ikke om at styre deres adfærd udefra og bede dem om selv at falde til ro, men om at lade dem erfare det gennem den måde, man er sammen med dem på.” (Christensen, 2017, p. 37).

Det miljøterapeutiske arbejde ligger i måden at være sammen på, og i den neuroaffektive miljøterapi er forståelsesrammen hjerne, nervesystem og arousaltilstande. Christensen skriver om forudsætningen for at regulere arousal:

”først og fremmest må man skabe kontakt. Reaktionen fra det autonome skaber kun afspænding, hvis det sker i kontakt ” (Christensen, 2017, p. 38).

Jeg ser denne tilgang som brugbar til mennesker med demens som også har behov for regulering i forbindelse med adfærdsmæssige symptomer på demens.

2.5.1 Miljøterapi og demens

Beskrivelser af miljøterapi indenfor demensområdet er meget lidt beskrevet i dansk sammenhæng. Vender vi derimod blikket mod nabolandet Norge, har miljøbehandling en central rolle i behandlingen af symptomer ved demenssygdom. Miljøbehandling fokuserer på at fysiske og psykosociale forhold skal være hensigtsmæssige, og for at skabe denne ramme anvendes blandt andet miljøterapeutiske metoder (Aldring og helse, 2017).

”Miljøbehandling dreier seg om hvordan fysiske, psykiske og sosiale forhold kan tilrettelegges for å oppnå trivsel, mestring og personlig vekst” (Wogn-Henriksen, 2007 efter Kvamme, 2017, p. 139)

I Norge knyttes miljøbehandling sammen med personcentreret omsorg, hvilket også kommer til udtryk i ovenstående citat.

Aldring og Helse opstiller følgende mål for miljøbehandling af mennesker med demens:

-  Skabe trivsel, livskvalitet og positivt indhold i hverdagen
-  Bidrage til at forebygge og reducere angst, uro og depressive symptomer
-  Sætte den enkelte i stand til at bruge sine ressourcer maksimalt
-  Bidrage til at opretholde selvstændighed så længe som muligt

Miljøbehandling til mennesker med demens arbejder på flere niveauer. Der er de aktiviteter og tiltag som anvendes i hverdagen, f.eks. sang i plejesituationer samt miljøterapeutiske metoder som reminiscens og sansestimulering. Der er også et mere strukturelt niveau som skal sikre den individuelle tilpasning og opfølgning på tiltag.

Der er forskellige former for rammebetingelser i den norske model for miljøbehandling. Der fokuseres både med de fysiske rammer i form af indretning, lys, farvevalg osv. Det fysiske miljø tilrettelægges så det er mest overskueligt, hensigtsmæssigt og kan støtte egen funktions- evne. Endelig arbejdes også med det psykosociale miljø, hvor det tilsigtes at skabe en positiv atmosfære hvor borgerne føler sig inkluderede og trygge (Aldring og helse, 2017). Ordet miljøbehandling bliver brugt på forskellige måder og kan, som det kommer til udtryk i ovenstående, dække over både fysiske og psykosociale rammebetingelser, symptomfokuseret arbejde med individuelle borgere og anvendelse af miljøterapeutiske metoder (Kvamme, 2017).

2.5.2 Musik- og miljøterapi i forbindelse med demens

Efter at have set på miljøterapi i forbindelse med demens, præsenteres nu en sammenhæng mellem musikterapi, miljøterapi og demens.

I Sundhedsstyrelsens tema om musik og demens berøres emnet miljøbehandling som del af musikaktiviteter. Miljøbehandling kan i den sammenhæng bestå i individuel musiklytning, skabelse af et bestemt lydmiljø med musik og spil-med aktiviteter som stimulerer til bevægelse og leg. Ifølge denne beskrivelse af miljøbehandling er der fokus på fællesskab, velvære, underholdning og træning og ikke på relation (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Jeg vender nu tilbage til den artikel som kort blev præsenteret i starten. Niseema Marie Munk-Madsen, (1998) beskriver i artiklen *Musikterapeut i en miljøterapeutisk institutionskultur* sit arbejde på et psykiatrisk plejehjem. Den psykoterapeutiske tilgang, som ellers er fremherskende, mener Munk-Madsen i mange tilfælde ikke er i tråd med arbejdsgivere og institutions ønsker til en musikterapeut. Så hvordan kan man ellers indgå i behandlingsarbejdet? Munk-Madsen beskriver hvordan hun har omdefinert sin musikterapeutiske profil fra at være behandler til at være specialiseret miljøterapeutisk medarbejder. Herved trækker hun sig væk fra det traditionelle syn på musikterapeutisk arbejde med musikterapeuten som primær terapeutisk kontakt. I stedet betoner hun vigtigheden af at være facilitator for musiske aktiviteter som kan bidrage til kontakt mellem borger og kontaktperson. Derudover beskriver hun sine musikterapeutiske kompetencer:

” 1) min evne til at iagttage og evt. tolke beboeres non-verbale udtryk. 2) viden om den æstetiske dimensions vigtighed og potentielle helende virkning. 3) viden om muligheden for kontakt og udvikling i non-verbale aktiviteter. 4) samt min evne til at formidle ovenstående” (Marie Munk-Madsen, 1998, p. 67).

Trygve Aasgaard (1998) udfolder sine tanker om musik-miljøterapi i en kommentar til Munk-Madsens artikel. Aasgaard mener at miljøterapibegrebet, på daværende tidspunkt, kun blev anvendt indenfor psykiatrien, men at der findes en del tavs viden på området, hvilket Munk-Madsen også antyder i sin artikel. Aasgaard foreslår en foreløbig definition af musik-miljøterapi:

”Musikk-miljøterapi er en systematisk prosess der musikk brukes for å fremme helse i et definert miljø innenfor eller utenfor institusjoner.” (Aasgaard, 1998, p. 168).

Ordet *helse*, som i større grad anvendes i Norge end i Danmark, uddyber Aasgaard ved at knytte ordet livskvalitet på. Så miljøet kan, ud fra denne definition, være medvirkende til at fremme livskvalitet.

2.5.3 Opsamling på teori om miljøterapi

Flere perspektiver på miljøterapi er foreløbigt præsenteret og ligeledes hvordan miljøterapi anvendes i samspil med musikterapi. I litteraturgennemgangen blev det, i en oversigtsartikel om miljøterapi, beskrevet at alle typer terapi kan være miljøterapi, hvis de skaber forandring i det fysiske og sociale miljø for mennesket med demens. Ved denne formulering forstår jeg forandring til det bedre. Beslægtet tilgang ses i de norske beskrivelser af miljøbehandling. Her skal de fysiske, psykiske og sociale forhold tilrettelægges, så de giver trivsel og personlig vækst for mennesket med demens. Et lignende mål ses i Aasgaards definition af musikmiljøterapi, hvor terapien skal fremme livskvalitet. Der tegner sig dermed et overordnet mål for miljøterapien: Bedre vilkår på både fysisk, psykisk og socialt plan, hvilket samlet set kan bidrage til øget livskvalitet.

3 Metodologi

Som det er kommet til udtryk i de foregående afsnit, er temarammen for mit speciale indenfor musikterapi, miljøterapi og demens. Med de erfaringer jeg fik i min praktik på Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem, overraskede det mig hvor meget musikterapi jeg lavede mellem de planlagte sessioner. Det jeg gjorde, var ikke ligesom det der stod i litteraturen, men jeg oplevede at det havde en betydning. Disse spontant opståede situationer, som jeg efterfølgende fik sat ord på som umiddelbare møder og siden specificeret til MUM, er omdrejningspunktet for mit specialets problemformulering. Denne præsenteres herunder og efterfølges af en redegørelse for hvilken metodologi der danner grundlag for besvarelse af problemformuleringen.

3.1 Problemformulering

Hvordan anvendes musikterapeutiske metoder, interventioner og kompetencer i umiddelbare møder med mennesker med demens som bor på plejehjem?

- Hvilken betydning har musikterapeutiske umiddelbare møder for mennesker med demens og deres omgivne miljø?
- Hvilke sammenhænge er der mellem musikterapeutiske umiddelbare møder og en miljøterapeutisk tilgang?

3.2 Videnskabsteori

Videnskabsteori udspringer af filosofien og omhandler vores forståelse af hvilken viden vi kan tilegne os og hvordan. Ontologi betegner *hvad* vi kan vide noget om. I relation til dette kortlægger epistemologien *hvordan* vi finder ud af noget (Hiller, 2016).

For at besvare min problemformulering, og undersøge MUM, tager jeg afsæt i en undersøgelse af enkelttilfælde, og der er derfor tale om ideografisk videnskab (Hougaard, 2004). For at belyse disse enkelttilfælde foretages en kvalitativ undersøgelse. Til at undersøge MUM vil jeg anvende en eksplorativ tilgang, for netop gennem en kvalitativ metode kan jeg komme ind til fænomenets kerne.

3.3 Det kvalitative forskningsparadigme

Kvalitative metoder er særdeles anvendt indenfor samfunds- og humanvidenskab. Den kvalitative forskning beskæftiger sig med den menneskelige erfarings *kvaliteter* og beskrivelse, forståelse og fortolkning af disse. Modsat den kvantitative forskning som har fokus på kvantitet og søger efter kausale sammenhæng mellem variable. (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Denzin & Lincoln, 2011). Den kvalitative forskning har en lang historie bag sig og har gennemgået en del forskellige faser. Der er både den fortolkende tilgang som blandt andet kommer til udtryk i hermeneutikken. Senere kom bevidstheden om forskerens subjektivitet og tanker om hvorvidt traditionelle forskningskrav, som generaliserbarhed, bør bortfalde indenfor den kvalitative forskningstradition (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Det kvalitative forskningsparadigme er kendetegnet ved at rumme mange metoder og anvende flere metoder til at belyse samme genstandsfelt. Når kvalitative forskningsprojekter designes er der tre væsentlige faktorer.

- 1) Forskningen foregår i naturalistiske omgivelser eller den virkelige verden. Forskeren forsøger på ikke at ændre eller forstyrre det fænomen som undersøges.
- 2) Designet er fleksibelt og afhænger af forskningsprocessen. I kvalitativ forskning er designet ikke fastlagt og ufravigeligt, men kan ændre sig i takt med at processen skrider frem og lade sig føre af fund.
- 3) Formålsbevidst udvalg. De deltagere som udvælges til studiet er dem, hvor der sker noget særligt, hvor kvaliteter af musikterapien kan undersøges (Wheeler & Kenny, 2005).

Genstandsfeltet for dette speciale er MUM og for at undersøge dette anvendes en fænomenologisk tilgang.

3.4 Fænomenologi

Fænomenologi stammer fra græsk og kan forklares som: ”læren om det, der kommer til syne eller fremtræder for en bevidsthed” (Jacobsen, Tanggaard, & Brinkmann, 2015, p. 217). Fænomenologien danner grundlag for forskellige empiriske forskningsmetoder, heriblandt etnografi. I fænomenologien arbejdes med at lade vores videnskabelige forforståelse stå i baggrunden så fænomenet træder frem (Jacobsen et al., 2015) og man dermed kan undersøge den levede oplevelse (Forinash & Grocke, 2005). Forinash & Grocke (2005) skelner mellem to slags fænomenologi; den reflektive, som fokuserer på forskerens egen oplevelse, og den empiriske, som fokuserer på andres oplevelse. De understreger endvidere værdien af fleksibilitet og åbenhed som

gør det muligt at studere kompleksiteten af fænomener, og dermed give en dybere forståelse for hvad der sker i det kliniske arbejde. Flere metoder er fænomenologisk inspirerede, heriblandt etnografi (Jacobsen et al., 2015), som beskrives i næste afsnit.

3.5 Etnografi

Etnografi har sine rødder i antropologien hvor det i starten var eksotiske kulturer som især blev studeret. Det var etnografens mål at blive et accepteret medlem af gruppen og deltage i det kulturelle liv, for herefter at rapportere til den vestlige verden om disse, for dem, fremmede kulturer. Centralt for denne tilgang er at individerne blev studeret gennem meget lang tid og et kritikpunkt i denne forbindelse er, hvorvidt etnografen forstyrrer den naturlige setting med sin tilstedeværelse og deltagelse. Et modargument til dette er at relation er nødvendigt for at indsamle den fuldstændige oplevelse. I den forbindelse må effekten af ens tilstedeværelse derfor kortlægges (Robson & McCartan, 2016). Feltnotater udgør ofte en vigtig brik i etnografi, herigennem integreres oplevelse, mulig tolkning, idéer og sansninger og de tegner et billede af de tidligere trin i analyseprocessen, da disse sker allerede under indsamlingen (Stige, 2005).

I og med jeg allerede indgår i den kultur jeg vil undersøge, vælger jeg at anvende en autoetnografisk tilgang, som er beskrevet herunder.

3.6 Autoetnografi

Autoetnografisk metode tog form op gennem 1980'erne og opstod ved at etnografer begyndte at fokusere på egen erfaring. Det erfarede og observerede blev herved selvrefleksivt (Baarts, 2010). Metoden kan ses som både proces og produkt. Det at udarbejde en autoetnografisk tekst igangsætter en refleksiv proces samtidig med at et produkt opstår (Ellis, Adams, & Bochner, 2011).

Selve begrebet autoetnografi kan deles i tre. Den første del "auto" er den latinske betegnelse for "selv" og henviser til forskeren som genstandsfelt og repræsenterer et introspektivt fokus. Ordet "etno" betyder "kultur" og henviser til den kontekst hvori de studerede og forskeren befinder sig og hermed er der tale om ekstrospektion. "Graf" henviser til den proces hvor de personlige erfaringer og observationer bliver til videnskab, via kvalitativ undersøgelse og systematik. Ligesom metoden er både proces og produkt så sker dataindsamling, i form af genkaldelse af hukommelsen, samtidig med analysen (Ellis et al., 2011).

Vægtningen mellem autoetnografiens tre dele afgør hvilken type autoetnografisk studie der fremkommer. Et stort fokus på "auto" beskæftiger sig hovedsageligt med selvudforskning mens "etno" mere undersøger hvad der sker, og i dette inddrager egne erfaringer, for at

analysere de beskrevne begivenheder. Nogle orienterer sig mest mod ”grafi” og dermed den videnskabelige proces og hvordan man gennem denne genererer viden (Baarts, 2010).

I dette speciale arbejder jeg med autoetnografiske tekster i form af narrativer, da jeg via den selvrefleksive proces, som er i autoetnografien, får belyst både introspektive og ekstrospektive sider af MUM.

Forskerens hukommelse og oplevelser som datagrundlag har både fordele og ulemper. Chang (2008) beskriver at en af fordelene er at man som forsker er privilegeret med et indgående og holistisk kendskab til sine data. Dette muliggør dybdegående analyse og fortolkning af empirien. Autoetnografi udføres med en bevidsthed om at hukommelsen kan være behæftet med fejl og at andre muligvis har oplevet den beskrevne episode anderledes. Med hensyn til reliabilitet og validitet, som ellers er garantier for forskningsmæssig kvalitet, er disse begreber, i deres oprindelige betydning, svært overførbare til autoetnografien. Reliabilitet kan i forbindelse med autoetnografi forklares som ”faktuel evidens”. Hvad er mit evidensgrundlag som forfatter, og er jeg sikker på at det beskrevne er præcis det som skete for mig? Validiteten af en autoetnografisk tekst kan vurderes ud fra hvor sandsynlig den skønnes at være. Der skal være sammenhæng i fortællingen og den skal skabe forbindelse mellem læser og forfatter (Ellis et al., 2011).

Da fokus i autoetnografi i høj grad er på selvet kan det være svært, som læser, at skelne mellem fiktion og virkelighed. Baarts (2010) argumenterer for at selvet ikke ren fiktion, da det er socialt konstrueret og afhænger af andre. Hermed kan man via autoetnografisk metode ”lære om det generelle gennem det partikulære (Baarts, 2010, p. 156).

3.7 Tematisk kodning

Til at analysere specialets empiri anvendes tematisk kodning. Det er en generisk tilgang til analyse af kvalitative data og som beskrives af Robson & McCartan (2016). Forfatterne anbefaler at analysen indledes på et tidligt stadie i projektet og at man allerede under dataindsamlingen bør se efter mulige temaer og sammenhænge. Generering af koder kan foregå induktivt ved interaktion med data eller på baggrund af en forudbestemt ramme. Robson og McCartan inddeler analysen i fem faser. De fem faser er ikke skarpt adskilte, men skal ses som en proces hvor der arbejdes frem og tilbage mellem de forskellige trin.

1. Gøre sig bekendt med data via transskription og genlæsning af data. Notere indledende idéer.
2. Indledende kodning. Her inddeles data i meningsfulde grupper, samme data kodes flere gange hvis de passer ind i flere koder.

3. Identificer temaer. Koder samles i temaer og eventuelt revideres de første koder. Nogle koder kan også ende med at være temaer i sig selv.
4. Konstruer tematiske sammenhænge. I denne fase samles temaer i større netværk f.eks. ud fra et teoretisk grundlag eller deres indhold.
5. Integration og fortolkning af data. Sammenligning af forskellige aspekter f.eks. ved hjælp af tabeller og fortolkning af mønstre som er fundet i analysen. Eksempler på tilgange i denne fase kan være at tælle frekvensen af bestemte begivenheder i data, opbygge kæder af logiske sammenhænge og skabe teoretisk og begrebsmæssig sammenhæng (Robson & McCartan, 2016, p. 469).

Det påpeges af Robson og McCartan at kodning og tematisk analyse er centralt i mange kvalitative tilgange, dog er tematisk kodning ikke knyttet til et bestemt teoretisk perspektiv. En fordel ved denne type analyse er at den er fleksibel og løbende kan tilpasses så det vigtigste fra data kommer til at træde frem, og analysen dermed bliver et argument i relation til mine undersøgelsesspørgsmål (Robson & McCartan, 2016).

3.8 Etiske overvejelser

Dette speciale bygger på data fra min praktik og omhandler borgere på stedet. Jeg har derfor taget forskellige etiske forholdsregler for at leve op til den danske persondatalov, som var gældende under indsamling af data, og den nu gældende databeskyttelsesforordning á 25. maj 2018 (Datatilsynet, 2018). Data er anonymiseret ved at fjerne navn, alder, oplysninger om diagnoser, nationalitet og andre personhenførbare informationer. Lederen på Gug Gerontopsykiatrisk plejehjem har givet tilladelse til at stedet nævnes ved navn, og endvidere gennemlæst narrative og godkendt, at indholdet lever op til gældende lovgivning.

4 Dataindsamling

Mit empiriske grundlag for dette speciale er baseret på oplevelser fra førnævnte praktik, hvor jeg havde følgende individuelle forløb:

- ✚ 12 sessioner med en mand med alkoholrelateret demens
- ✚ 14 sessioner med en kvinde med alkoholrelateret demens
- ✚ 11 sessioner med en mand med frontal- og vaskulær demens
- ✚ 12 sessioner med en mand med alzheimers demens i svær grad
- ✚ Seks sessioner med en mand med alkoholrelateret demens

Foruden de individuelle forløb havde jeg fællessang en gang om ugen, hvor omkring halvdelen af husets borgere, nogle pårørende og plejepersonale deltog. Endvidere tilbragte jeg meget tid med at være sammen med borgerne i afdelingernes opholdsstuer, og forholdt mig åben til hvad der opstod i nuet. Jeg er efter praktikken blevet ansat på mit praktiksted og arbejder fortsat med nogle af de individuelle forløb. De individuelle sessioner havde jeg tilladelse til at optage på video, og udover det havde jeg følgende skriftligt materiale.

- ✚ Egne notater skrevet efter sessionerne
- ✚ Behandlingsoplæg
- ✚ Journalnotater og evaluering af forløb (skrevet i stedets journalsystem)
- ✚ Notater om ”umiddelbare møder” formet som casevignetter
- ✚ Erindringer om ”umiddelbare møder”
- ✚ Supervisionsnotater
- ✚ Logbogsnotater skrevet løbende gennem praktikken

For at holde en åben tilgang til mit specialeemne foretog jeg en omfattende dataindsamling. Den danner et samlet grundlag for at jeg vælger at fokusere på MUM. Det er således mine notater og erindringer om umiddelbare møder som danner grundlag for specialets data. For at undersøge om MUM også opleves af andre, supplerer jeg mine data med to interviews, med erfarne musikterapeuter indenfor demensområdet, og får derigennem andres perspektiv på fænomenet.

4.1 Præsentation af empiri til analyse

Med afsæt i mine notater og observationer fra praktikken har jeg anvendt autoetnografisk metode til at skrive narrativer som har fokus på MUM. Disse danner mit empiriske grundlag og er udvalgt fordi de viser det fænomen jeg gerne vil undersøge. For at jeg kan få en forståelse

for MUM ønsker jeg at tilpasse min metode til det empiriske materiale, herved kan jeg bedst udfolde møderne. Det kræver at min tilgang er præget af åbenhed og nysgerrighed. En sådan tilgang beskriver Jacobsen, Tanggaard, & Brinkmann (2015) som vigtig for at opnå gode fænomenologiske forskningsresultater. For at bevare denne åbenhed er valgt et fleksibelt design.

Min empiri består af to typer data. Først er der narrativer som beskriver MUM mellem mig som musikterapeut og demensramte borgere på plejehjem. Metoden narrativerne er konstrueret på er autoetnografisk. Autoetnografi udspringer, som tidligere beskrevet, af etnografi som er en empirisk metode. Metoden er fænomenologisk inspireret (Jacobsen et al., 2015) hvilket er i overensstemmelse med undersøgelsens formål; at opnå en dybere forståelse for hvad der sker i MUM. Den anden type empiri er interviews som er foretaget efter nedskrivning af mine narrativer, og hvor forståelsen af umiddelbare møder tager udgangspunkt i den begrebsafklaring som blev præsenteret i afsnit 1.7.1.

4.2 Udarbejdelse af autoetnografiske narrativer

At arbejde med autoetnografi er som tidligere beskrevet både en proces og et produkt. Jeg startede ned at nedskrive oplevelser af MUM som jeg umiddelbart huskede situationen. I denne proces startede narrativerne med at være en form for casevignetter som siden udviklede sig med mere righoldige beskrivelser. Ved løbende at vende tilbage til narrativerne kunne jeg tilføje flere detaljer efterhånden som de kommer frem i min erindring. Jeg observerede i processen med at nedskrive narrativerne at beskrivelser som ligger længst tilbage i tid, rummer en større mængde tanker, sansninger og refleksioner end konkret beskrivelse af hvad der skete. Dette opfatter jeg som den naturlige hukommelsesproces og det som træder frem i beskrivelserne er dermed det som jeg anser for det essentielle i de umiddelbare møder.

Undervejs i skriveprocessen valgte jeg at indsætte mine beskrivelser i et skema som er opdelt i ekstrospektiv; observationer af hvad der sker. Samt introspektiv; overvejelser i øjeblikket, forforståelse og efterfølgende refleksion. I Tabel 4 ses skemaet som jeg anvendte til at skrive narrativer i.

Observationer (etno)	Overvejelser (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion

Tabel 4. Skema til autoetnografisk beskrivelse af MUM

Denne inddeling gjorde min indre dataindsamling mere målrettet og bidragede til øget saturation i narrativerne. Alle narrativer er skrevet i nutid og 1. person hvilket er med til at underbygge den autoetnografiske fortælling. Narrativerne præsenteres i afsnit 5.1.

4.3 Interviewundersøgelse

For at undersøge anvendelsen af MUM, og hvordan andre anskuer denne tilgang til musikterapien, foretog jeg interview med to erfarne musikterapeuter som begge arbejder med mennesker med demens på plejehjem. I de følgende afsnit omhandlende interview anvendes jeg betegnelsen umiddelbare møder da de endelige begreb MUM først opstod efter interviewene.

Interviewundersøgelsen tog udgangspunkt i Kvale & Brinkmann (2015) som deler interviewundersøgelsen op i syv faser:

1. Tematisering: Formulering af undersøgelsens formål
2. Design: Planlægning af interviews faser og interviewguide
3. Interview: Gennemførelse af interview
4. Transskription
5. Analyse
6. Verifikation: Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed for undersøgelsen
7. Rapportering

4.3.1 Udarbejdelse af interviewundersøgelse

Der er her tale om en mindre interviewundersøgelse, hvor interviewdata er en af flere vinkler på specialets undersøgelsesfelt; umiddelbare møder. Tematiseringen er derfor allerede afklaret med afsæt i min forforståelse og problemformulering. Undersøgelsens design bestod i at jeg, med sparring fra min vejleder, udvalgte to erfarne musikterapeuter som har fast ansættelse på et plejehjem og derfor sandsynligvis har oplevet umiddelbare møder i deres arbejde.

4.3.2 Etik i forbindelse med interviewundersøgelse

I forskningsinterview skal etiske spørgsmål overvejes i alle undersøgelsens faser. Jeg vil her redegøre for mine etiske overvejelser vedrørende den følgende interviewundersøgelse. Informanterne er på forhånd informeret om undersøgelsens formål og emnet for mit speciale. Jeg vurderer ikke at interviewet kan have negative konsekvenser for deltagerne, derimod kan der være fordelagtige konsekvenser i form af øget refleksion om undersøgelsens emne.

I den udarbejdede samtykkeerklæring står at informanten er anonym. Dette er valgt for at styrke anonymiteten af de informationer jeg får i interviewene. Dog ønskede den ene informant at deltage med navn og anonymiserede sine beskrivelser under interviewet. I transskriptionerne er personhenførbare data anonymiserede eller udeladt. Transskription af interviews er vedlagt i bilag 3 til vejleder og censor.

4.4 Interviewguide

Til selve udførelsen af interviewet udarbejdede jeg en interviewguide (se bilag 2). Der var to formål med interviewet: 1) at beskrive andre musikterapeuters umiddelbare møder. 2) belyse hvilken betydning disse møder har for personen med demens og det omgivne miljø. For at få en så detaljeret beskrivelse af de umiddelbare møder som muligt tog jeg udgangspunkt i samme skema som mine autoetnografiske narrativer er skrevet i. Hermed fik jeg belyst både observationer, overvejelser, forforståelse og refleksioner.

Jeg foretog et semistruktureret interview og spørgsmålene i interviewets første del er udarbejdet for at få belyst alle sider af det umiddelbare møde. Jeg startede med et indledende spørgsmål: ” Kan du huske en situation hvor du har haft et umiddelbart møde?” Dette kan åbne op for spontane og mangfoldige beskrivelser. Kolonne et til tre kører sideløbende og bevæger sig fra det deskriptive til det mere reflekterende. Disse spørgsmål er af typerne; opfølgende, sonderende og specificerende. Mod slutningen af beskrivelsen af et umiddelbart møde anvendte jeg hvorfor-spørgsmål for at åbne op for mere reflekterende tanker om den beskrevne situation (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte ikke at give eksempler på umiddelbare møder fra min egen praksis da dette kunne influere på hvilke møder informanterne valgte at beskrive. Set ud fra autoetnografien kunne dette dog være en mulighed. Chang, 2008 beskriver hvordan både det at skrive autoetnografiske tekster men også at læse andres kan vække ens selvrefleksion og dermed bidrage til yderligere perspektiver. Jeg havde dette med som mulighed i min interviewguide, men mit ønske var at informanterne spontant fortalte om et umiddelbart møde som stod stærkt i deres erindring, uden at det var influeret af mine eksempler. Herved håbede jeg at få en mere bred beskrivelse af undersøgelsesfeltet. I Tabel 5 ses den del af interviewguiden som blev anvendt til beskrivelse af MUM.

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende re- fleksion
Hvad skete der?	Hvad tænkte du?	Hvor godt kender du ham/hende?	Hvad tænker du om det nu?
Hvad gjorde du?	Hvad mærkede du?	Hvordan vidste du det?	Hvorfor gjorde du det?
Hvordan startede det?	Hvordan reagerede du/din krop?	Har du flere eksempler på det?	

Kan du beskrive det nærmere/ sige noget mere om...?	Hvordan oplevede du det?	Er det sket før?	Hvilken betydning tror du at det havde for...?
	Hvilke overvejelser gjorde ud?	Hvorfor gjorde du det?	

Tabel 5. Interviewguide til undersøgelse af MUM

Anden del af interviewet omhandler betydningen af umiddelbare møder. Interviewspørgsmålene tager udgangspunkt i mine forskningsspørgsmål, som er genereret ud fra specialets problemformulering. Forskningsspørgsmål er formuleret i teoretisk og akademisk sprog, mens interviewspørgsmålene afspejler interviewpersonens hverdagssprog (Kvale & Brinkmann, 2015). Et forskningsspørgsmål bliver derfor til flere spørgsmål i interviewguiden som det ses i Tabel 6. Den samlede interviewguide findes i bilag 2.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Hvordan anvender musikterapeuter umiddelbare møder i deres arbejde?	Hvordan strukturerer du musikterapien på din arbejdsplads? Tænker du over denne måde at bruge musikterapien på i din arbejdsdag? Hvor meget tid bruger du på umiddelbare møder i din arbejdsdag? Er det (umiddelbare møder) noget du aktivt tænker ind i dit arbejde?
Hvilke musikterapeutiske interventioner og kompetencer anvender musikterapeuter i et umiddelbart møde med mennesker med demens?	Se andet skema

Hvilken betydning har umiddelbare møder for mennesket med demens og deres omgivne miljø?	Hvad mener du om det (umiddelbare møde) der skete? Hvilken betydning tænker du det har for borgeren/klienten? Er der andre det har betydning for? Giver begrebet umiddelbare møder mening for dig med den forståelse du har nu?
--	---

Tabel 6. Interviewguide om betydning af MUM

4.4.1 Interviewdeltagere

Den første informant ønsker at være anonym. Vedkommende har mange års klinisk erfaring indenfor ældre- og demensområdet. Dette interview benævnes efterfølgende som interview 1.

Den anden informant er Poul Ilsøe. Han er ansat som musikterapeut i Mariagerfjord Kommune og arbejder hovedsageligt på Demenscenter Skovgaarden i Hadsund. Demenscenter Skovgaarden har stort fokus på at anvende musik i tilgangen til borgere med demens. De deltager i post doc Aase Marie Ottensens forskningsprojekt om brugen af sang og musik i demensomsorgen og har blandt andet uddannet personale til at være musikambassadør, for at øge implementeringen af sang og musik på stedet. Poul Ilsøe er erfaren musikterapeut og har arbejdet en del år indenfor demensområdet. Dette interview benævnes efterfølgende som interview 2

4.4.2 Iscenesættelse af interview

Interviewene blev afholdt på Aalborg Universitet på datoerne 6/4 og 10/4. Informanterne havde på forhånd fået information om interviewets formål og indhold, samt fået tilsendt samtykkeerklæring. Til selve interviewene startede informanterne med at underskrive samtykkeerklæring og interviewet startede herefter. Interviewene blev optaget med lydoptager. Det første interview havde en varighed på 26 minutter og det andet 36 minutter.

4.4.3 Transskription

Efter interviewene blev disse transskriberet af mig. Der er transskriberet direkte fra lydoptageren, og udelukkende med fokus på mening. Derfor er pauser i samtalen og fyldord som øøh, hm og lignende ikke nedskrevet i transskriptionen. Den færdige transskription blev sendt til

informanterne pr. mail for at få deres godkendelse og eventuelle kommentarer og rettelser. Begge informanter har godkendt transskriptionerne uden yderligere kommentarer eller rettelser.

5 Analyse

5.1 Autoetnografiske narrativer

De fem narrativer som er del af mit speciales empiriske grundlag præsenteres på de følgende sider. Narrativerne skal læses horisontalt på tværs af kolonnerne for at få indblik i både det introspektive og det ekstrospektive sideløbende med fortællingens kronologiske forløb. Den udgave af narrativerne som indgår her er en yderligere anonymiseret udgave end de oprindelige. Der har derfor indgået flere oplysninger i analysen end dem der kan ses i narrativerne her.

5.1.1 Narrativ 1

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion
K går søgende rundt på gangene og spørger alle på sin vej efter en cigaret. Han er en kraftig mand og med en dyb og gennemtrængende stemme. Jeg tager min røde harmonika på maven og går K i møde på gangen. Han har lige været i nabogangens opholdsstue for at sørge efter en cigaret. Jeg hilser, og K spørger mig efter en cigaret. K går tilbage mod afdelingens opholdsstue og jeg følger med ham. Vi går ved siden af hinanden på den lavloftede murstensgang. Jeg begynder at spille ”vi skal gå hånd i hånd” mens vi går roligt hen af gangen. K begynder nu at synge, dog ikke teksten som vi kender den, men på sit oprindelige modersmål. Vi forsætter hen af gangen. J, en velklædt ældre herre kommer gående mod os. Da vi passerer et kontor kommer en sygeplejerske ud. J rækker armene frem og smiler. Deres blikke mødes og de nikker til hinanden. J og sygeplejersken tager dansefatning og de får sig en svingom til musikken midt på gangen. Endnu en beboer, P, er blevet draget af musikken og slutter sig til os på gangen. For enden af gangen går døren op og ind kommer end ældre kvinde. Hun mødes af P med en stort smil, det er hans hustru som kommer på besøg. De omfavner hinanden og får sig en lille dans. I mellemtiden har J og sygeplejersken sagt tak for dansen og er gået videre og K har stoppet sin sang og er gået ind i den tilstødende opholdsstue. Jeg går ned i dynamik og retter fokus mod P og hans hustru der står tæt samme, stadig dansende. Jeg spiller omkvædet færdigt med ritardando mod slutningen. ”Hvor er det dejligt” udbryder Ps kone inden de sammen går mod hans stue. Jeg svarer med et smil: ”ja”.	K har brug for kontakt, han gør rundt og leder efter personale både for at få sin cigaret men også for at få kontakt. Det er sjældent han går i nabogangens opholdsstue så jeg tolker at han er gået derhen fordi han ikke til sit behov opfyldt på sin egen afdeling. Jeg vælger at møde ham for at møde hans behov og undgå at hans spørgen efter cigaretter eskalerer. Jeg overvejer om det er problematisk at jeg spiller i den lavloftede gang og jeg ved at lyden spredes ud til de omkringliggende gange og beboerstuer. Jeg bliver overrasket over denne pludselige opblomstring fra K og især over sangteksten. Yes, tænker jeg da sygeplejersken imødekommer Js impuls til dans. Jeg er helt overvældet over at denne lille sang pludselig har udviklet sig til at involvere tre beboere, en pårørende og en sygeplejerske. Der er mange at holde styr på. Jeg tænker et øjeblik hvem kvinden min er, men hendes hilsen med P giver mig svaret. Jeg overvejer hvor længe jeg skal forsætte musikken mens P og hans kone danser. Jeg føler mig helt fyldt af glæde.	K har næsten lige røget, men det kan han ikke huske pga. sin demenssygdom. Jeg har en kort stund forinden set K på i afdelingens opholdsstue og hørt ham spørge højlydt efter cigaretter. K bliver meget vred, højtråbende og urolig hvis hans behov ikke mødes. Han finder bedst ro hvis der er en sammen med ham. P er flyttet ind på plejehjemmet kort forinden og jeg har ikke mødt hans hustru før	Det er første gang jeg observerer at K har et særligt forhold til denne sang. Føler K at kontakten med ham forsvandt da de andre kom til?

5.1.2 Narrativ 2

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion
I opholdsstuens sofa sidder A og ved siden af ham ligger hans guitar. Jeg har netop sat mig med min harmonika på den anden side af sofabordet overfor A. Jeg hører nu en velkendt lyd af uforståelige ord i let syngende tonefald. Det er R der kommer ind i rummet. R går rundt og taler på et, for mig, ukendt sprog. Han kommer hen og sætter sig i sofaen meget tæt på A. Jeg flytter As guitar fra sofaen så han kan flytte lidt væk fra R, men han bliver siddende. Jeg begynder at spille ”perleporten” på min harmonika og både A og R synger med på sangen. Jeg famler lidt på harmonikaen efter et par akkorder og begynder at synge en gospelsang: ”Amen”. A synger lidt med på sangen, han er rykket lidt frem på sofaen og ser nu mere åben ud i sit ansigt.	A ser lukket ud i sit ansigt og jeg får tanken at A måske vil slå på C, fordi han har overtrådt hans intimsfære. Måske forstår A ikke min intention med at flytte guitareren. Jeg prøver at skabe et fælles opmærksomhedspunkt for at bløde stemningen op. Jeg bliver glad da både A og R synger med og tænker at det er lykket at finde en sang som matcher dem begge. Jeg er meget opmærksom på at holde aktiviteten i gang, da jeg stadig er lidt usikker på As velbefindende i situationen. Min hjerne kører på højtryk for at komme i tanke om en sang der passer til situationen. Jeg tænker på salmer, danske sange, populærmusik og gospel. Når frem til at gospel kunne være en mulighed, tænker hvilke sange jeg kan. ”Amen” er den første der falder mig ind.	A har jeg tidligere haft musikterapi med. Han har været en dygtig guitarist og spillet i forskellige grupper. R er flyttet ind på plejehjemmet kort forinden og min viden om ham begrænser sig til at jeg ved han har været aktiv i et religiøst miljø. A føler sig nogle gange sig truet. Han er meget mimikfattig og det er derfor svært at tolke hans ansigtsudtryk. Dette har tidligere gjort mig utryg, da A i starten af det musikterapiforløb jeg havde med, havde en del udadreagerende adfærd. Jeg har tidligere spillet perleporten med A, hvor han har spillet guitar. Og det har været en sang der kunne nå ind til ham når han var urolig og svær at komme i kontakt med.	Det beskrevne er det der står klarest i min hukommelse. Jeg spillede efterfølgende et par sange mere og endnu en beboer sluttede sig til. Til slut siger jeg til R: ”Vil du med R, skal vi se om kaffen er klar?”. R rejser sig og vi følges ud af lokalet.

5.1.3 Narrativ 3

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion
K spørger højlydt efter en cigaret. Han sidder ved spisebordet, lænet frem som om han vil rejse sig. Han taler højt og i et kommanderende tonefald. Jeg sætter mig ved siden af K ved spisebordet i opholdsstuen og begynder at spille ”vi skal gå hånd i hånd” på min harmonika. K begynder straks at synge med. Han synger på sit modersmål. Efter sangen taler vi lidt om hans hjemland. K er sunket lidt mere ned i stolen, men rejser sig nu. En SOSU-assistent siger i sjov til K ”vil du holde tale?” ”Næææ..” svarer K og sætter sig igen. Jeg begynder at synge ”så længe jeg lever”. K synger med og læner sig tilbage i stolen med let lukkede øjne.	Jeg tænker at K føler sig lidt udenfor da han er den eneste der sidder ved bordet og ved bordet ved siden af sidder en del personale med deres formiddagskaffe.	K har faste rygetider, men svært ved at forstå og acceptere denne behovsudsætning Jeg ved fra tidligere at K er glad for sangen ”vi skal gå hånd i hånd” Jeg har før oplevet at K rejser sig op når han kommer i kontakt med minder eller erindringer. Det er som om han prøver at flytte sig væk fra dem. Jeg ved fra Ks deltagelse i den ugentlige fællessang at han er særligt glad for ”så længe jeg lever”	

5.1.4 Narrativ 4

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion
A går rundt på afdelingens gange. Han har allerede passeret mig nogle gange bærende på forskellige ting. Jeg går ind i aktivitetsrummet for at stemme husets guitar og hente instrumenter til musikterapi med en anden beboer. A kommer ind i rummet med sin guitar og en kop kaffe. Jeg hilser på A og han sætter sig ved siden af mig med sin guitar. Jeg spørger ham om vi skal spille. Det vil han gerne. Jeg hjælper A med at sætte kaffekoppen fra sig i vindueskarmen. Vi sidder ved vinduet i det store aktivitetsrum. A spiller forskellige akkorder men ser ud til at være generet af at guitaren ikke stemmer. Jeg spørger A om jeg skal stemme hans guitar, og han rækker den til mig. Jeg lægger min egen guitar fra mig og stemmer As guitar. A får den stemte guitar tilbage og begynder at spille en akkordrundgang. Jeg støtter hans spil med min stemme og holder rytmen med en maracas. Ind i mellem holder A lange pauser og sidder og ser på det vægmaleri som er i rummet. Det forestiller et landskab med marker, en snoet vej og nogle huse let skjult bag store træer. Jeg følger hans blik en tid og siger så: ”hist hvor vejen slår en bugt”. A siger: ”ja, hist hvor vejen slår en bugt” hvorefter han fløjter lidt af melodien. Han sidder lidt og spiller kromatiske nedgange på guitaren og starter så en bluesrundgang. Jeg finder en rammetromme og spiller med. Jeg stryger mine hænder over trommeskindet så det lyder som whiskers på en lilletromme. Der kommer nu mere flow i As spil. Akkorderne bliver mere klangfyldte og A udvider sit akkordspil. Ind i mellem fløjter han et par toner. Det bliver til en længere blues med små improvisationer. På et tidspunkt ser A over på mig og læner sig lidt frem som tegn til afslutning. Han bliver siddende længe efter musikken er slut. Efter at have siddet en tid i stilhed siger jeg tak for musikken og spørger A om han vil blive siddende. ”Ja” svarer A og bliver roligt siddende mens jeg forlader rummet.	Jeg er overrasket over hvor velbevarede hans evne til at spille guitar er, det er længe siden jeg har set og hørt ham spille sidst. Jeg er opmærksom på A mens jeg stemmer guitaren, da jeg tidligere har oplevet at han enten går eller glemmer hvad vi laver mens stemmer guitaren. Han virker dog meget rolig og bliver siddende. Kan ikke helt finde ud af om det at jeg holder en rytme forstyrrer ham. A ser meget taknsom ud, og jeg er i tvivl om jeg skal afbryde hans tanker ved at sige noget eller bare rumme hans følelser med min tilstedeværelse. Jeg tænker at nu er A i sit es. Han har fået aktiveret nogle ressourcer og hans musik kommer tilbage til ham. Det overrasker mig at vi spiller så længe og jeg tænker på om det bliver for meget for ham. A taler ikke meget og jeg prøver også at begrænse mine ord. Det er musikken vi er sammen om, og jeg er meget opmærksom på at give plads og tid til at A kan sidde i ro med sine tanker. Tænker på hvor længe jeg skal blive siddende, han ser ud til at være langt væk i sine tanker.	A går mange runder på gangene, ofte bærer eller skubber han rundt med vogne og andet som var han på arbejde. Jeg kender A godt da jeg tidligere har haft et musikterapi-forløb med ham. Jeg har tidligere spillet med A, hvor han har holdt rytmen med tromme eller rytmeæg og ved at han er meget rytmisk anlagt. Jeg har tidligere oplevet A sidde længe og kigge på et billede af sin hustru med et trist og længselsfuldt udtryk i øjnene.	Der optræder flere sange i dette umiddelbare møde. Jeg kan ikke huske hvilke. Det nedskrevne her er det jeg husker som det centrale. Der skete flere ting, men disse står utydeligt i min erindring og er derfor ikke medtaget her.

5.1.5 Narrativ 5

Observationer (etno)	Overvejelse (auto)	Forforståelse	Efterfølgende refleksion
Else går hvileløst rundt på afdelingen. Hun er træt og er mange gange blevet fulgt til sin sofa for at hvile. Så snart hun virker til at være faldet ro over hende og personalet forleder stuen rejser Else sig og vandrer rundt igen. Else taler meget, er tydeligt forvirret og spørger blandt andet hvor hendes mor er. Jeg møder hende i opholdsstuen og spørger om vi skal følges ind til hende. Det vil Else gerne. Hun lægger sig på sofaen og jeg sætter mig ved hendes hoved. Else taler meget, spørger efter sin mor, komplimenterer mit hår, siger hun snart skal gå. Den ene tanke afløser den næste i en konstant strøm. Jeg begynder at synge ”jeg ved en lærkerede” meget roligt men stadig med så meget kraft at Else opfanger det midt i sin egen tale. Jeg vælger at synge videre, gentager første vers nogle gange. I mellem versene spørger Else mig om noget med mit hår. Svarer med et ”mmm” og synger videre. Else begynder nu at nynne med på sangen. Efter endnu et par vers går jeg over til at nynne. Jeg stryger Else let over håret. Jeg sidder endnu noget tid hos Else, nynner ganske stille.	Jeg kan mærke uroen i min egen krop. Elses konstante strøm af spørgsmål og tanker. Hvor meget skal jeg svare på? Føler mig fanget i hendes strøm af spørgsmål. Tænker hun har brug for den omsorg og tryghed som en mor kan give. Jeg prøver derfor at opfylde det behov gennem rolig sang og blid berøring.	Jeg taler ofte med Else når jeg møder hende på afdelingen og kender hende derfor ret godt. Hun taler ofte om at hun vil hjem, enten til sin mor eller mand og spørger hvor hendes børn er henne.	

5.2 Analysemetode

Specialets analyse består af tre dele: Den første del beskriver indholdet af MUM og knytter sig til problemformuleringens hovedspørgsmål. Anden del fokuserer på betydningen af MUM og relaterer sig til problemformuleringens første underspørgsmål. Tredje del er rettet mod problemformuleringens andet underspørgsmål om sammenhænge mellem MUM og en miljøterapeutisk tilgang.

Når der i analysen henvises til citater fra interviews angives det med citationstegn og *kursiv*, efterfølgende angives hvilket interview der er tale om samt linjenummer, eksempelvis (interview 1, 34-37). Narrativerne er nummeret som på de foregående sider.

Herunder præsenteres den metodiske fremgangsmåde for analysen.

Analysen bærer præg af min induktive tilgang til fænomenet MUM og tilpasses derfor løbende for at få belyse fænomenet bedst muligt. Til dette anvendes en tematisk kodning.

Første trin i min tematiske kodning foretog jeg allerede under dataindsamlingen, da en force ved autoetnografiske tekster er det indgående kendskab til dem. Da jeg nedskrev narrativerne foretog jeg det første analytiske valg. Ud fra min viden om autoetnografi valgte jeg at inddele narrativerne i en ekstrospektiv og tre introsektive kategorier, som beskrevet i afsnittet om udarbejdelse af narrativerne. Hermed opstod de første kodeidéer i samspil med mit grundige kendskab til datamaterialet.

Til analysen af narrativer og interviews benytter jeg Nvivo som er et softwareprogram til kvalitativ dataanalyse. Programmet håndterer min data og kan administrere mine koder og den kodede tekst, og ud fra dette analysere på sammenhænge og repræsentation af de genererede koder. Jeg har især anvendt funktionen *nodes* under kodning af datamaterialet og lavet flere niveauer af koder med funktionen *parent node* og *child node*. Jeg startede med at analysere på narrativerne for at komme ned i selve situationerne og finde ud af deres indhold.

Jeg startede selve analyseprocessen med at lave mindmaps med de elementer jeg, ud fra mit kendskab til data, tænkte var tilstede i et umiddelbart møde. I analysen foretog jeg flere slags kodninger. Først en datastyret kodning for at kategorisere indholdet af data. På baggrund af denne kodning udførte jeg begrebs- og teoristyret kodning på udvalgte temaer. Dette understøttes af mit valg af metode, som netop lægges op til fleksibilitet i analysen, for at belyse data bedst muligt i henhold til min problemformulering.

5.3 Analyse del 1: Indhold

5.3.1 Kodning af narrativer

Mindmap som ses i bilag 4a dannede udgangspunkt for første kodning, nogle koder ændrede navn, andre blev slettet og nye kom til gennem den første kodning, så jeg efter kodningen af de fem narrativer stod tilbage med de koder som ses i Tabel 7.

Kode	Beskrivelse
Adfærd (borger)	Hvad gør borgeren?
Behov	Hvilke behov tolker musikterapeuten at borgeren har?
Intervention	Hvad gør musikterapeuten?
Andet	Bevægelser, mimik, gestik
Musikalsk	Sang og musik
Verbal	Hvad siger musikterapeuten?
Reaktion	Reaktioner på interventioner og adfærd
Borger	Hvordan reagerer borgeren?
Musikterapeut	Hvordan reagerer musikterapeuten?
Refleksion	Hvilke overvejelser og sansninger har musikterapeuten?
Efter	Efter det umiddelbare møde
Under	Mens det umiddelbare står på
Viden	Hvilken viden trækker musikterapeuten på?
Faglig	Kendskab til sygdomsforløb, aktuel tilstand, særlige behov mv.
Livshistorie	Anvendelse af livshistorie, familieforhold og lignende
Observationer	Observationer musikterapeuten har gjort vedrørende borgeren

Tidligere relation	Anvendelse af erfaring fra tidligere relation med borgerne, f.eks. musikterapiforløb eller andet samvær.
--------------------	--

Tabel 7. Kodebog for narrativer

5.3.2 Kodning af interviews

På samme måde som med narrativerne startede jeg analysen af interviewene med at lave et mindmap (se bilag 4b) med de idéer jeg havde til kodningen på baggrund af det kendskab jeg, efter gennemførelse og transskription af interviewene, havde. I første kodning af interviewene anvendte jeg de koder som jeg havde fundet frem til i narrativerne. Det var sværere at skelne mellem de forskellige koder i interviewene, da den verbale kommunikation, der er i et interview, er mere ustruktureret. Samtidig med at interviewene blev kodet, med de fundne koder fra narrativerne, opstod også nye koder som belyste betydningen af umiddelbare møder og hvordan de adspurgte musikterapeuter arbejder. En vinkel som også kom frem i begge interviews var den mere fagpolitiske. Disse synspunkter blev kodet i en selvstændig kategori og vil blive behandlet i diskussionen.

Efter kodning af de to interviews, både med koderne om indhold af umiddelbare møder og med fokus på betydning, omstændigheder og mere fagpolitiske synspunkter, endte jeg ud med de koder som ses i Tabel 8. Denne kodning præsenteres i analysens del 2.

Kode	Beskrivelse
Betydning	Hvilken betydning har umiddelbare møder for borgeren og for andre?
Forståelse af umiddelbare møder	Hvordan forstår musikterapeuterne begrebet umiddelbare møder?
Hvordan opstår umiddelbare møder?	Hvad er indgangen til dem?
Kompetencer	Hvilke kompetencer anvender musikterapeuten i umiddelbare møder?
Miljøterapi	Udsagn om miljøterapi
Sessionsbaseret	Synspunkter om strukturering af musikterapi
Teori	Teori som musikterapeuterne henviser til

Tabel 8. Kodebog for interview

5.3.3 Centrale temaer

Efter kodning af narrativer og interviews genererede jeg i Nvivo en oversigt over al tekst der var inkluderet i de individuelle koder. Selve kodningsarbejdet kan ses i bilag 5. Det skal her bemærkes at samme tekststykker optræder flere gange, da den genererede rapport fra Nvivo viser alle kodningslag så sekvenser som først har været en overordnet kategori og siden er blevet delt

op i *child nodes* optræder to gange. Det illustrerer også processen som sker gennem den tematiske kodning.

I det følgende afsnit gennemgås det kodede materiale, en kode af gangen, for at finde frem til centrale temaer og tendenser. Efterfølgende identificeres sammenhænge mellem temaerne.

5.3.3.1 Adfærd

Koden adfærd giver et billede af hvad der er optakten til et umiddelbart møde og der kan ud fra adfærden reflekteres over borgerens behov. Gennemgang af koden adfærd tegner et billede af at der i høj grad er vandrende adfærd; borgeren vandrer rundt på gangene, vil hjem eller er dørsøgende. Eksempler på dette findes i narrativ et, fire, fem samt interview et og to. Den adfærd der er optakt til MUM, som beskrives i datamaterialet, kan overordnet karakteriseres som ambulerende. Anden fremtrædende adfærd er vrede, både latent og ved at borgeren taler meget højlydt eller råbende, som det er tilfældet i narrativ to og tre samt interview to. Et eksempel på et MUM hvor borgeren er vred præsenteres herunder. Narrativet er fra interview 2.

Narrativ – Fru Larsen

Fru Larsen er vred og står på gangen og råber. Hun vil ikke modtage personalets hjælp. Musikterapeuten kommer ind og ser denne situation. Han tænker: nu tager jeg en chance. Han stiller sig op bag hende og begynder med kraftig energi at synge "Der er et yndigt land". Fru Larsen vender sig og begynder at synge med på linjen "det står med brede bøge". De synger sammen verset færdigt og musikterapeuten siger: " nå fru Larsen, nu har vi sunget nationalsangen, så kan vi godt sætte os ned igen" hvorefter hun sætter sig afslappet på en stol.

5.3.3.2 Interventioner

Koden intervention indeholder underkategorierne musikalsk, verbal og andet. De fleste MUM starter med en verbal intervention hvor musikterapeuten hilser på borgeren. I nogle tilfælde er borgerens arousalniveau så højt at det er nødvendigt at regulere før anden kommunikation er muligt, som det er beskrevet i narrativet med fru Larsen.

I Tabel 9 ses et overblik over de musikalske interventioner og hvorvidt metoden er aktiv eller receptiv samt et sammendrag af verbale og andre interventioner.

Musikalske interventioner	Verbale interventioner	Andre interventioner
• Aktive metoder: • Improvisation • Velkendt musik sunget med kraftig energi • Velkendt musik sunget stille • Receptive metoder: • Musiklytning til yndlingsmusik • Sang/spil af musik der formodes at være velkendt	• Hilsen • Spørgsmål som inviterer til samvær • Validering • Hvilken musik vil du høre? • Samtale om livshistorie	• Følger med borgeren (går sammen) • Møder • Sætter sig sammen med borgeren • Rolig fremtoning

Tabel 9. Interventioner i MUM

De umiddelbare møder kan være *"en dans med vitalitetsaffekter"* (Interview 1, 93). Nogle interventioner kan ikke konkret skilles fra hinanden, da de er del af en kontinuerlig udveksling af vitalitetsformer. *"at kunne se mennesket og tune ind og ville det. Kunne vise en intention med samværet, at jeg vil gerne dig rigtig meget. Måske i mere koncentreret form end nogle af de andre."* (Interview 1, 98-99). Det er ikke alt der kan opstilles i konkrete interventioner, noget handler om interpersonelle forhold, afstemning og vitalitetsformer. Selve samværet er en masse små interventioner som har borgeren i centrum.

For at undersøge kvaliteten af interventionerne nærmere fortog jeg en teoristyret analyse af interventioner med udgangspunkt i Kitwoods 12 positive interaktioner. Dette foregik ved at generere et dokument med den samlede tekst for koden intervention og analysere dette ud fra Kitwoods 12 positive interaktioner. De gennemgående interaktioner som findes i interventionerne er:

-  Anerkendelse
-  Forhandling
-  Validering
-  Omfavnelse (holding)
-  Facilitering

Denne analyse viser at positive interaktioner kan anvendes som forklaringsmodel for interventionerne som finder sted i MUM. Forholdet mellem intervention og interaktion diskuteres i afsnit 6.2.

5.3.3.3 Behov

Kun meget få behov er eksplicit formuleret i data. Tre ord træder dog frem i kodningen af behov: Kontakt, omsorg, tryghed. Dog mener jeg at stadig at koden er relevant at have med, da behov fremtræder implicit via de andre koder. Jeg vurderer det er vigtigt at have fokus på behov, for fagligt at kunne argumentere for MUM.

5.3.3.4 Viden

”det er jo lettere når man kender dem” (Interview 1, l. 61).

Koden *viden* har fire underkoder: *faglig viden*, *livshistorie*, *observationer* og *tidligere relation*. Meget af denne viden går forud for interventioner og er retningsgivende for hvordan et umiddelbart møde udvikler sig. Et eksempel på betydningen af musikterapeutens kendskab til borgerne ses i narrativ 2, hvor min viden om As musikpræferencer fra en tidligere relation, samt kendskab til Rs livshistorie, gør det muligt at finde et fælles opmærksomhedspunkt via musikken. I de to interviews ses også flere eksempler på værdien af forudgående kendskab til borgerne.

”Eller en der er helt vildt opkørt for eksempel, en borger jeg havde, og så vide at hun er helt vild med Julio Iglesias og så gå over og sætte det på. Det var sådan en spontan interaktion, som selvfølgelig sker i kraft af, at jeg kender hende, og vi havde haft hende oppe på en konference.” (Interview 1, l. 166).

Forudgående kendskab til borgeren kan også være opnået via musikterapiforløb, som det f.eks. er tilfældet med A i narrativ 3 og 4. Her bygger min viden på tidligere relation som er foregået i et planlagt musikterapiforløb.

Noget viden kan indhentes ved at læse journaler, og fra samtaler med personale og pårørende. Dog fylder observationer og den viden man får via samvær ved borgene også meget i den samlede viden, som herved er en stor del af grundlaget for MUM.

5.3.3.5 Refleksion

Indsamlingen af de refleksive tanker, som fandt sted under og efter MUM, ligger i den intropektive del af autoetnografien. I første kodning blev refleksionerne delt op i to underkategorier, under og efter. Ved gennemgang af data for koden refleksion vidste det sig at være nødvendigt med endnu en kodning da refleksionerne omhandlede forskellige parametre. Jeg foretog derfor

en kodning af data fra koden refleksion. Temaerne er inspireret af de koder jeg i forvejen har anvendt. Jeg har valgt at inddrage alle data i nedenstående skema, for at give et tydeligt indblik i hvilke refleksioner der finder sted i MUM. Analysen er foretaget ved at generere et dokument indeholdende al tekst der er kodet som refleksioner. På dette dokument er kodningen foretaget. I Tabel 10 ses analysen af refleksioner og hvilke temaer de relaterer sig til.

Refleksioner	Tema
<i>Jeg tolker at han er gået derhen fordi han ikke fik sit behov opfyldt på sin egen afdeling. Jeg vælger at møde ham, for at møde hans behov og undgå at hans spørgen efter cigaretter eskalerer.</i>	Behov Mål Regulering
<i>Jeg overvejer om det er problematisk at jeg spiller i den lavloftede gang og jeg ved at lyden spredes ud til de omkringliggende gange og beboerstuer.</i>	Lydmiljø
<i>Første gang jeg observerer at K har et særligt forhold til denne sang.</i>	Musikpræferencer
<i>Overvejer hvor længe jeg skal forsætte musikken</i>	Regulering
<i>Føler K at kontakten med ham forsvandt da de andre kom til?</i>	Relation
<i>A måske vil slå på R, fordi han har overtrådt hans intimsfære.</i>	Behov Relation
<i>Måske forstår A ikke min intention med at flytte guitaren.</i>	Kommunikation
<i>Jeg prøver at skabe et fælles opmærksomhedspunkt for at bløde stemningen op.</i>	Regulering Relation
<i>Tænker at det er lykket at finde en sang som matcher dem begge.</i>	Behov Intervention
<i>Jeg er meget opmærksom på at holde aktiviteten i gang, da jeg stadig er lidt usikker på As velbefindende i situationen.</i>	Behov Intervention
<i>Prøver at finde en sang der passer til situationen. Jeg tænker på salmer, danske sange, populærmusik og gospel. Når frem til at gospel kunne være en mulighed, tænker hvilke sange jeg kan. "Amen" er den første der falder mig ind.</i>	Intervention Musikpræferencer
<i>Tænker at K føler sig lidt udenfor</i>	Behov
<i>K rejser sig op når han kommer i kontakt med minder eller erindringer Det er som om han prøver at flytte sig væk fra dem.</i>	Regulering
<i>Ser ud til at være generet af at guitaren ikke stemmer</i>	Behov
<i>Kan ikke helt finde ud af om det at jeg holder en rytme forstyrrer ham.</i>	Intervention
<i>Jeg er i tvivl om jeg skal afbryde hans tanker ved at sige noget eller bare rumme hans følelser med min tilstedeværelse.</i>	Relation
<i>Jeg tænker at nu er A i sit es</i>	Behov
<i>Jeg tænker på om det bliver for meget for ham.</i>	Regulering

<i>Jeg er meget opmærksom på at give plads og tid til at A kan sidde i ro med sine tanker.</i>	Regulering
<i>Tænker på hvor længe jeg skal blive siddende</i>	Relation Behov
<i>Tænker hun har brug for den omsorg og tryghed som en mor kan give</i>	Behov
<i>Der tror jeg meget det er den her opmærksomhed på kommunikativ musikalitet og at man også tør være stille med borgeren, og man tør bruge sig selv og kunne mærke efter. Han virker lidt oppe at køre den her borger, som jeg sidder og drikker kaffe med. Måske er der egentlig brug for at jeg tager nogle pauser og trækker vejret stille og roligt med ham, og bare bliver her og har sådan en ankerfunktion.</i>	Relation Regulering Behov
<i>Det er meget intuitivt og kunne mærke efter, hvor er borgeren nu. Og mod-overføring, hvad mærker jeg i min krop lige nu? Og er det hensigtsmæssigt? Og hvis ikke, det er jo sådan noget der foregår i et millisekund, skal jeg så prøve at gøre noget der kan rykke ham et andet sted hen?</i>	Behov
<i>Man skal være opmærksom på hvad det er for en kontekst man er i. Hvis det er ude på gangen, så skal man måske også beskytte borgeren lidt og sige hvis vi nu skal ind i noget dybere eller de begynder at tale om noget der er rigtig svært så kan det være fint, om muligt, at gå et mere beskyttet sted hen.</i>	Etik Behov

Tabel 10. Analyse af refleksioner

De temaer som fremkom, ved yderligere kodning af data omhandlende refleksioner, viser at nogle temaer går igen i flere refleksioner. De temaer der fremkom, er her listet op efter frekvens, så de der optræder flest gange står øverst.

-  Behov
-  Regulering
-  Relation
-  Intervention
-  Musikpræferencer
-  Lydmiljø
-  Kommunikation
-  Etik

Som det fremgår af ovenstående, forudsætter de refleksioner, som foregår under et MUM bred faglig viden og kompetencer. Først og fremmest prøver musikterapeuten at identificere hvilke behov borgeren har, da dette er angivende for hvilke interventioner der benyttes. At der er så stor repræsentation på behov i refleksioner under et MUM viser noget om musikterapeuternes faglighed og understøtter min antagelse fra tidligere om, at tanker om behov er en vigtig faktor

i umiddelbare møder, men at de er indlejret i refleksionerne som sker under samværet, og eventuelt baseret på forudgående viden om borgeren.

Det intuitive er også en faktor i umiddelbare møder: *”Det er meget intuitivt og kunne mærke efter, hvor er borgeren nu”* (Interview 1, 54). Dette er også en del af musikterapeutens faglighed og det at reagere intuitivt, kan anses som et forudgående element til refleksion.

”Det er sådan en dans eller forhandling med sig selv, med udgangspunkt i borgerens signaler, og i at kunne bruge sine sanser, og kunne sanse borgeren. Hvad er det jeg ser her hos borgeren? Og så lave en lynhurtig analyse inde i sig selv. Kunne mærke efter i kraft af sin erfaring.” (Interview 1, 57-59).

At mærke efter, analysere og reflektere, både før, under og efter kan ud fra disse fund betegnes del af musikterapeutens faglige refleksioner og kompetencer.

5.3.3.6 Reaktion

Koden reaktion er delt op i to. Den ene del vedrører borgerens reaktioner, hvilket vil sige de synlige reaktioner som musikterapeuten oplever. Den anden del er musikterapeutens reaktioner. Det kan både være fysiske, verbale eller musikalske reaktioner men det kan også være indre følelsesmæssige reaktioner.

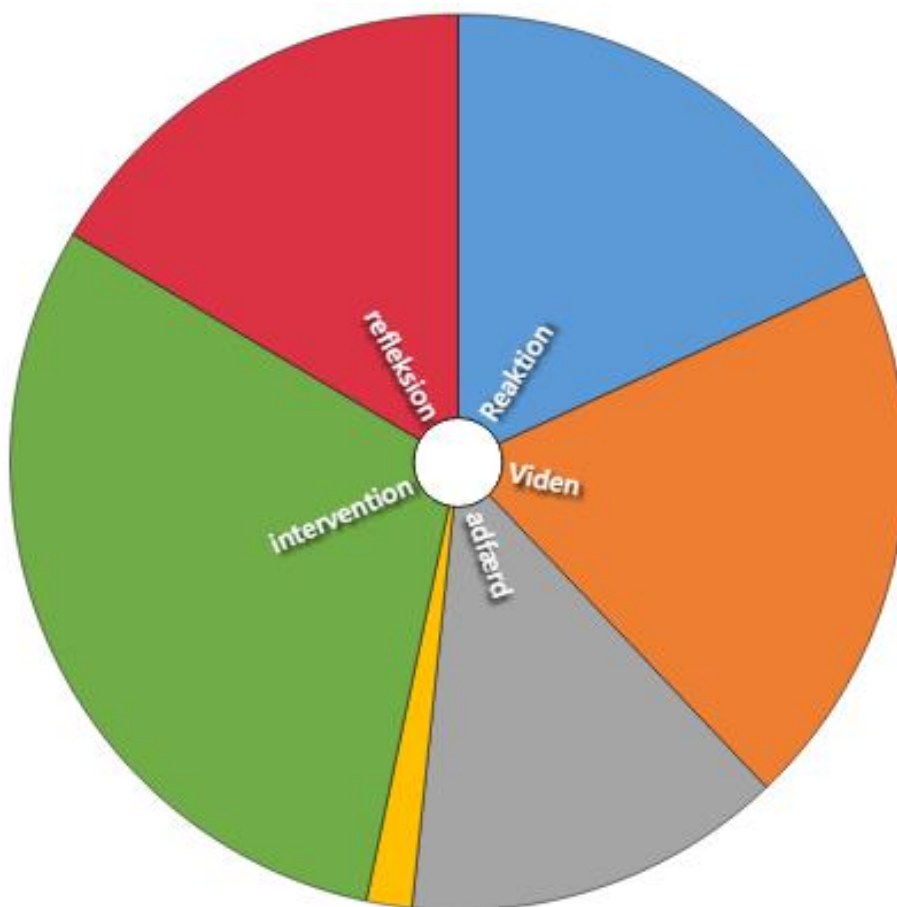
Koden *reaktion musikterapeut* er kun fundet i narrativerne. Dette kan hænge sammen med at fokus i interviewene lå mere på det ekstrospektive og at interviewguiden ikke var udformet til at belyse musikterapeutens reaktioner på umiddelbare møder men mere deres faglige perspektiver på dem.

I de autoetnografiske narrativer er flere gange beskrevet min egne fornemmelser og reaktioner på det som udspiller sig i de umiddelbare møder. Reaktionerne for musikterapeuten relaterer sig mest til kropsfornemmelser og følelser. Der ser to centrale reaktioner. Den ene er glæde og overraskelse, den anden uro og usikkerhed.

Det er flere gange, i både narrativer og interviews, beskrevet hvordan interaktion med en borger også påvirker de andre borgere. Som i narrativ 1 hvor det der startede som et forsøg på at regulere K ned, så spørger efter cigaretter ikke eskalerede og gjorde ham yderligere urolig. Denne musikalske intervention, som foregik på gangen, lokkede andre borgere til. Der var dermed reaktion, ikke kun fra K som interventionen var rettet mod, men også fra J og P som blev tiltrukket af musikken. Borgerne reagerer ofte på musikalske interventioner ved at synge med, og hermed er kontakten mellem musikterapeut og borger etableret. Alt efter situation reagerer borgerne herefter ved enten at blive afslappede eller ved at være aktive i yderligere interaktion med musikterapeuten.

5.3.4 Opsamling på analyse del 1

Efter hovedsageligt at have arbejdet i tre første faser i den tematiske kodning præsenteres her sammenhænge mellem de fremkomne koder. I Figur 2 vises et cirkeldiagram over de anvendte koder for at give et billede af hvilke elementer MUM består af, og hvad fordelingen af dem er. Her træder det tydeligt frem, hvor stor en del af de MUM der afhænger af musikterapeutens viden og refleksion. Det er overvejelser der går forud for interventioner og søger at imødekomme den adfærd som udvises eller det psykosociale behov der gives udtryk for. Ud af analysen fremkom det at der arbejdes på to niveauer og at der er en sammenhæng mellem de forskellige koder. Den gule del af diagrammet viser andelen af koden behov.



Figur 2. Fordeling af koder i analysen af MUM

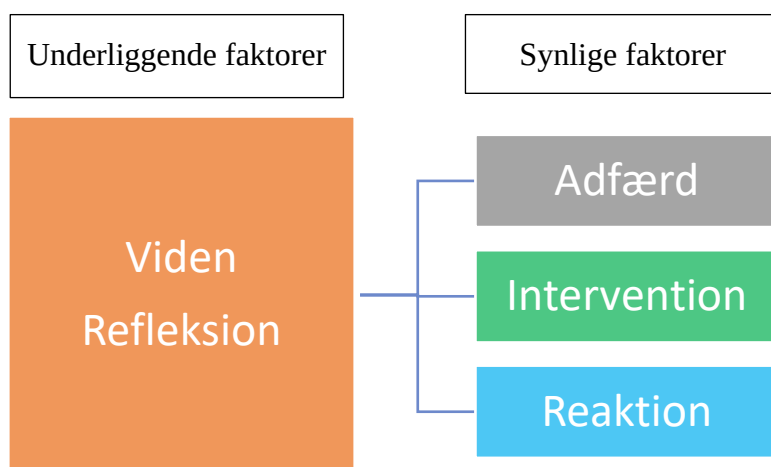
De elementer som er i et musikterapeutisk umiddelbart møde kan samles i to temaer.

- ✚ Synlige faktorer: adfærd, interventioner, reaktioner
- ✚ Underliggende faktorer: viden, refleksioner, behov, reaktioner

De synlige faktorer er det der sker i situationen, det som i autoetnografien betegnes det ekstrospetive. Dog bæres disse af nogle underliggende faktorer som påvirker udviklingen af de synlige faktorer. Jeg har fundet ud af at behov og mål er indlejret i kategorien refleksion. Målet med et MUM former sig i det øjeblik mødet opstår. Musikterapeuten gør nogle observationer

og refleksioner om de aktuelle behov, og målsætningen bliver dermed at dække disse behov. Det sker i form af at regulere borgeren ud af en urolig tilstand eller skabe et forum med musik og glæde. Reaktionen kan både være synlige i form af f.eks. at synge med, men de kan også være følelsesmæssige indre reaktioner.

Opsummerende kan forløbet af et MUM beskrives ved, at det starter med at musikterapeuten oplever en adfærd som får vedkommende til at foretage nogle interventioner, hvilket fører en reaktion med sig. Disse ting sker på baggrund af viden og de refleksioner som musikterapeuten gør undervejs. Forløb og indhold af MUM er illustreret i Figur 3 som hermed samler de fundne koder i temaer.



Figur 3. Indhold og forløb af MUM

5.4 Analyse del 2: Betydning

Efter at have kortlagt selve indholdet af MUM, undersøges nu problemformuleringens andet underspørgsmål:

Hvilken betydning har musikterapeutiske umiddelbare møder for mennesker med demens og deres omgivne miljø?

5.4.1 Betydning

Et af formålene med at lave interviews var at inddrage andre musikterapeuters syn på betydningen af MUM og det at arbejde med en mere åben tilgang, hvor det ikke er bestemte borgere på bestemte tidspunkter i planlagte sessionsforløb.

Som jeg fandt ud af, ved at se på adfærd, var at især ambulerende og vrede fremtrædende i de undersøgte MUM. I den forbindelse er der behov for at borgeren reguleres ned. Med musikken flyttes fokus fra noget ubehageligt og erstattes af noget velkendt og meningsfuldt. Her udfoldes

de elementer som kan belyse betydningen af musikterapeutiske umiddelbare møder, der tages udgangspunkt i de to interviews.

Narrativ – Kurt

Kurt, som tidligere er kommet i dagcenteret, er flyttet ind på demenscenteret, men søger ofte tilbage til dagcenteret, da dette er trygt og velkendt for ham. Når han skal tilbage til sin afdeling, f.eks. for at spise, vil han ikke med. Musikterapeuten kender ham fra dagcenteret og møder ham med sangen "det syder af fusel (hjemmebrønderiet)" Ved sangens omkvæd får energien i musikken Kurt til at rejse sig fra stolen og musikterapeuten siger: "det er godt Kurt, kom du med mig" hvorefter de følges mod afdeling, stadig syngende.

5.4.2 Genkendelse

Et element som træder frem, er den store grad af genkendelse hos borgerne med demens, som beskrives i interview 2. Her forklares hvilken betydning musikterapeuten vurderer at mødet i narrativet har for Kurt: *"det en indgang til ham som han forstår og han kan bruge, og han genkender og han nyder."* (Interview 2, 31)

Genkendelse finder sted når det umiddelbare møde bygger på tidligere relation og musikterapeutens viden og observationer på mennesket med demens. Dette træder frem i analysens foregående del. Genkendelse kan både være i form af et velkendt stykke musik, det kan være musikterapeuten som person der bliver genkendt eller en gentagen situation. Ofte er der et samspil mellem faktorerne.

I forlængelse af narrativet med Kurt sker der følgende som relaterer sig til genkendelse: *"Når jeg nu møder ham på den gang hvor han bor, så gør han sådan en bevægelse med armen, man kan næsten kalde det som en slags dirigent. Hans måde at dirigere på, ligesom at han forventer nu går vi i gang med at synge. Så han har en god, hvad skal man sige, overføring på det at synge og spille og lave nogle lidt frække sange[...] Så han forbinder mig med noget positivt og med sangen."* (Interview 2, 41-45)

Her starter genkendelsen ved synet af musikterapeuten og denne kædes sammen med sang og musik. Der er en værdi i at blive kædet sammen med noget specifikt, som tilmed forbindes med noget glædeligt og behageligt.

"Så jeg repræsenterer noget som livsglæde og lykkefølelse, måske?" (Interview 2, 192)

Endnu et perspektiv på genkendelse er at det i interview 2 beskrives, hvordan musikterapeuten også er tilknyttet dagcenteret og derfor er en velkendt og tryk relation for mennesket med demens, den dag de ikke længere kan bo i eget hjem og flytter ind på demenscenteret. Dette giver også musikterapeuten et værdifuldt kendskab til livshistorie, musikpræferencer og anden viden som er særdeles brugbar i forbindelse med en progredierende demenssygdom. Denne viden om f.eks. musikpræferencer anvendes i MUM, hvor der er behov for regulering eller at skabe en tryk base.

I analysens første del fandt jeg ud af, at tidligere relation i flere tilfælde har betydning for udviklingen af det MUM. Ligeledes er genkendelse med til at etablere relation, hjulpet på vej af de cues som musikken kan være. Ydermere er der tale om en positiv relation i og med at musikterapeuten forbindes med behagelige situationer.

”alle beboerne ved hvem Poul er[...] Poul repræsenterer noget positivt.” (Interview 2, 184-185).

I forlængelse af det tidligere citat om genkendelse kan ovenstående citat bidrage til forståelsen af hvilken betydning MUM har. Musikterapeuten repræsenterer noget positivt og i samspil med det benytter musikterapeuten velkendt musik, som kan hjælpe erindring om relationen på vej.

5.4.3 Centrale udsagn

Centrale udsagn om betydningen af umiddelbare møder er her stillet op.

-  Positive interaktioner
-  Selvværd
-  Være del af fællesskab (om musik)
-  Livsglæde
-  Lykkefølelse
-  Psykosocial trivsel
-  Styrker kommunikationsevne

Musikterapeuternes perspektiv på betydningen af umiddelbare møder fokuserer i høj grad på generelt velbefindende. Der lægges i mindre grad vægt på betydningen i forhold til at reducere symptomer på demens. Positive interaktioner og psykosocial trivsel er begreber som stammer fra Tom Kitwoods teori om personcentreret demensomsorg, mens andre ord som livsglæde og lykkefølelse blandt andet ses i den norske model for miljøbehandling (se afsnit 2.5.1).

5.4.4 Betydning for andre

Af de to interviews fremgår det at MUM kan have betydning for andre end den eller de borgere som er del af mødet. I interview 1 tales om musikterapi i plejesituationer, og hvilken betydning det kan have at musikterapeuten går med i en plejesituation: *”det er jo altid godt for plejepersonalet at se borgeren. At der sker noget med borgeren”* (Interview 1, 174). I narrativet med fru Larsen har det betydning for borgerne der bor på samme afdeling som hende at hun nu er faldet til ro. Det giver dem et mere behageligt miljø og det giver mulighed for at de kan være fælles om den efterfølgende musik.

I forhold til mine egne narrativer vil jeg her komme med min vurdering af betydningen for andre. I narrativ 1 deltager en pårørende. Ved dansens afslutning siger hun: *”hvor er det dejligt”* (Narrativ 1). Ligeledes deltager en sygeplejerske, som tilbyder sig som dansepartner. De bliver dermed begge inddraget i de positive interaktioner som finder sted. At danse sammen er en almen menneskelig og positivt ladet aktivitet som sygeplejerske, borgere og pårørende deltager i med lige forudsætninger. Det er en meningsfuld aktivitet for alle. For P og hans hustru var det et kærligt møde som sendte dem videre med opløftet stemning og det havde derfor en betydning for deres relation og samvær. For sygeplejersken gav mødet et nyt perspektiv på en borger og en stund med glæde og aktivitet i den travle hverdag.

”Jeg begynder at synge ”så længe jeg lever”. K synger med og læner sig tilbage i stolen med let lukkede øjne.” (Narrativ 3)

I narrativ 3 får det umiddelbare møde også en betydning for personalet i og med de ser hvilken påvirkning musikken har på K. Det at musikken gør ham rolig har også en betydning i forhold til personalets arbejdsmiljø, da K's gentagne spørgen efter cigaretter og urolige adfærd er svær for personalet at møde og rumme i mange timer dagligt.

I forlængelse af analysens første del og repræsentationen af viden og refleksion i musikterapeutiske umiddelbare møder, har de umiddelbare møder også en betydning for musikterapeuten ved at bidrage med yderligere indhold til kategorierne viden og relation.

5.4.5 Opsamling på analyse del 2

MUM har betydning for borgernes generelle velbefindende, især på det psykosociale plan. Møderne kan også have betydning for andre som er tilstede i miljøet. Medbeboere på plejehjemmet som får et fællesskab om musikken, pårørende som får en god stund og borgeren med demens som oplever genkendelse af musik, personer eller situationer.

5.5 Analyse del 3: Sammenhænge

Hvilke sammenhænge er der mellem musikterapeutiske umiddelbare møder og en miljøterapeutisk tilgang?

Denne del af analysen relaterer sig til problemformuleringens andet underspørgsmål, som er præsenteret herover, og fremhæver perspektiver på miljøterapi som optræder i de to interviews.

5.5.1 Miljøterapi

Musikterapeuten i interview 1 kommer, på eget initiativ, ind på miljøterapi og anvender dette begreb om den ikkeplanlagte musikterapi, hvor musikterapeuten er tilstede i miljøet, afstemmer med borgerne og er en relationel rollemodel for personalet. Sammenhængen mellem musikterapi og miljøterapi beskrives som *”musikterapeutisk miljøterapi. Eller musikmiljøterapi, som også de tænker i Norge”* (Interview 1, 160). Her henvises også til musikterapeutens fokus på det generelle lydmiljø, og de miljøtiltag som musikterapeuten ellers kan deltage i. F.eks. aften-sang, udsyngning eller facilitering af musiklytning ud fra borgernes præferencer. Det har også betydning for den miljøterapeutiske tilgang hvilket miljø plejehjemmets ledelse ønsker der skal være.

5.5.2 Ledelse

Ledelse er et element som begge musikterapeuter understreger som en vigtig faktor i deres arbejde. Ledelsen skal bakke op om musikterapien. Der er behov for formidling til personalet og for at der fra ledelsens side er fokus på psykosociale behov og at der lægges værdi i denne form for arbejde.

Ovenstående er i tråd med de norske tanker om miljøbehandling som blev præsenteret i afsnit 2.5.1 og Trygve Aasgaards definition af musik-miljøterapi der har fokus på brug af musik til at fremme helse indenfor eller udenfor et defineret miljø, hvilket et plejehjem må siges at være. Her vægtes både de individuelle miljøterapeutiske tiltag og metoder, samt det organisatoriske perspektiv i form af ledelsens rolle i miljøterapien.

5.5.3 Perspektiver på umiddelbare møder

Da umiddelbare møder er mit eget forsøg på at begrebsliggøre den musikterapi som sker i miljøet og dens betydning, ønskede jeg andres perspektiv på ordet. Derfor omhandlede nogle af spørgsmålene i interviewet musikterapeuternes forståelse af umiddelbare møder som begreb. Musikterapeuten i interview 1 kalder umiddelbare møder for et strukturelt begreb, som kan sættes ned over forskellige former for praksis eller interventioner, men pointerer at indholdet af dem er uklart. Dog overvejes det om begrebet kan anvendes som forklaringsmodel eller

forståelsesramme, til andre faggrupper, om de processer som finder sted og vigtigheden af at være i situationer og mærke efter.

Musikterapeuten i interview 2 mener at begrebet giver mening og supplerer med at kalde det musikterapi i nuet. Han omtaler meget af det der sker som spontant, og understreger vigtigheden af at musikterapeuten tør gribe nuet.

5.6 Opsamling på analysen

Analysen har behandlet tre områder af fænomenet musikterapeutiske umiddelbare møder:

-  Indhold
-  Betydning
-  Sammenhænge

I analysen, med fokus på indholdet af MUM, fandt jeg frem til at regulering og relation er centrale faktorer i et MUM. Møderne sker ud fra den adfærd som observeres, interventioner som udføres og reaktioner herpå. Samtidig har musikterapeutens viden og løbende refleksioner indflydelse på udviklingen af MUM. Endvidere kan musikterapeutens forudgående kendskab til borgeren være medvirkende til at der skabes en form for ramme i situationerne. Dette leder videre til analysens anden del, betydning. Det har en betydning for borgere med demens at de oplever meningsfyldt samvær, f.eks. i form af genkendelige sange og relationer. I analysens sidste del fandt jeg frem til at den måde de to musikterapeuter, og jeg selv, arbejder på har fællestræk med den norske model på miljøbehandling, både på det individuelle og organisatoriske niveau.

6 Diskussion

6.1 Sammenfatning

Specialets udgangspunkt var de umiddelbare møder som opstår når musikterapeuten er tilstede i miljøet og tager hånd om her-og-nu behov ved hjælp af sine musikterapeutiske kompetencer; regulering, afstemning, nonverbal kommunikation med mere. Litteratur om musikterapi, miljøterapi og demens er fremsøgt. Gennemgangen viste at dette felt er meget lidt beskrevet. Teori om demens, miljøterapi, personcentreret omsorg og musikterapi er præsenteret. Efter præsentation af metode, blev analysen foretaget ud fra data bestående af fem autoetnografiske narrativer og to semistrukturerede interviews. Analysens første del belyste indholdet af MUM og fandt frem til at der arbejdes med to typer faktorer: Synlige faktorer i form af det der sker, samtale, musik og gestik og underliggende faktorer der vedrører musikterapeutens faglige viden og refleksioner relateret til de synlige faktorer. Dette influerer blandt andet på valg af intervention. Betydningen af MUM blev undersøgt i analysens anden del. Her viste genkendelse sig at være centralt i mange MUM, og den overordnede betydning blev beskrevet som livskvalitet. Tredje del af analysen behandlede sammenhængen mellem MUM og miljøterapi. Dette belyste musikterapiens mange muligheder med en miljøterapeutisk tilgang, både for borgere og plejepersonale. Endvidere blev vigtigheden af et miljømæssigt fokus fra ledelsens side understreget. I det følgende afsnit diskuteres analysens fund ud fra et personcentreret, et musikterapeutisk, et miljøterapeutisk og et fagpolitisk perspektiv.

6.2 Fra intervention til interaktion

I analysens første del er der i kodningen valgt ordet intervention om det musikterapeuten gør. En teoribaseret analyse viste dog at dele af Kitwoods positive interaktioner også indgik i interventionerne. Dette fund diskuteres i her.

Intervention defineres i psykologisk-pædagogisk ordbog som:

”indgreb, mellemskomst, mægling; i psykoanalytisk terminologi: det psykoterapeuten gør ved el. siger til klienten” (*Psykologisk-pædagogisk ordbog*, 2012).

Ud fra den forståelse er der i de analyserede MUM tale om terapeutiske interventioner. Som det kom frem i analysen af interventioner, rummer disse en række af Kitwoods positive interaktioner; anerkendelse, forhandling, validering, omfavnelser og facilitering. Også andre af de positive interaktioner er i spil, f.eks. leg, i form af musikalske aktiviteter som har værdi i sig

selv. Også oplevelse af glæde, som er kendetegnet ved interaktionen *at feste*, vil opstå i sammenhænge hvor musik er involveret.

Men hvornår er der tale om intervention og hvornår interaktion? Hvis jeg holder fast i definitionen om at interventionen er det terapeuter gør ved eller siger til klienten, så vil det at musikterapeuter sætter sig hos borgeren, taler med vedkommende og synger for/med ham eller hende være interventioner. Musikken anvendes som indgreb i en situation og er noget der påføres klienten. Interventionen går fra terapeuter til borgeren. Hensigten med en intervention er at behandle en problematik hos klienten. Ofte kommer der respons på denne intervention og kommunikationen bliver derved tovejs. Som beskrevet i teori afsnittet 2.3 er interaktion et socialt samspil. Et MUM indeholder interventioner, ellers ville det ikke være terapeutisk. Men de består i høj grad også af interaktioner. Fordi musikterapeuter har en faglig bevidsthed om positive interaktioner og personcentreret tilgang, er dette en del af musikterapeutens viden som influerer på MUM. Interaktion er dermed både del af de underliggende faktorer og de synlige faktorer. At der er sammenfald mellem interventioner og nogle af Kitwoods positive interaktioner peger på at en intervention også kan karakteriseres som en interaktion. Jeg vælger dog at beholde betegnelsen intervention om det musikterapeuter gør, da denne er med til at understrege at MUM er baseret på musikterapeutiske metoder.

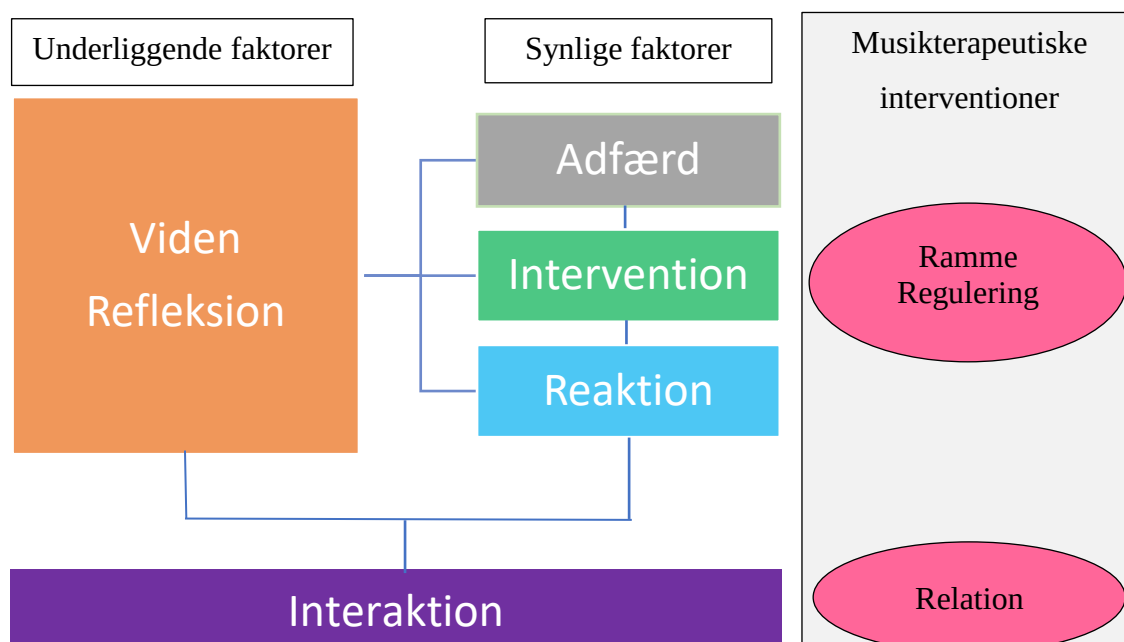
6.3 Ramme, regulering og relation i MUM

Betydningen af MUM viste sig at indbefatte genkendelse som en måde at skabe trykthed. Genkendelse er en del af rationalet bag at skabe ramme i musikterapien, som det blev beskrevet i afsnit 2.4 om ramme, regulering og relation i musikterapien.

Med afsæt i dette mener jeg at kunne argumentere for, at MUM kan indeholde en form for ramme, som er funderet i tidligere relation, viden og refleksion. Selvom der ikke er tale om planlagte musikterapisessioner kan det at musikterapeuter har sin daglige gang på stedet, har kendskab til de enkelte borgere, deres livshistorie, musikpræferencer og andet, være med til at skabe en form for ramme. Rammen er ikke ligeså tydelig som ved et struktureret musikterapi-forløb, da samme mængde rammeskabende elementer ikke er tilstede. Men stadig er rammeopbygning muligt og kan være en del af MUM.

I mange MUM benyttes interventioner som har til formål at regulere borgeren ud af en urolig tilstand. Dette sker blandt andet ved at matche borgerens udtryk eller tilbyde velkendt musik. En tryk ramme og afbalanceret arousal er grundlaget for relation og med disse to faktorer opfyldt, kan der i MUM opstå en relation mellem borger og musikterapeut, som bygger på interaktion faciliteret af musikterapeutiske interventioner. Sammenhængen er anskueliggjort i

Figur 4. Den er en videreudvikling af figuren over indhold og forløb af MUM som blev præsenteret i afsnit 5.3.4. Figuren viser hvorledes interaktion sker som del af både de underliggende og de synlige faktorer. Boksen til højre viser hvor de musikterapeutiske interventioner, som er med til at skabe ramme, regulering og relation, optræder i MUM.



Figur 4. Model for MUM

6.4 Hvilken type behandling er MUM?

Når musikterapi ikke er organiseret i sessioner, men mere er del af en miljøterapeutisk tilgang, så rejser der sig nogle spørgsmål om hvornår musikterapi kan karakteriseres som behandling. Ken Bruscia (2013) opstiller fire praksisniveauer for musikterapi. Disse er baseret på behandlingsniveauer som medicinsk, rekreativt, psykoterapeutisk og økologisk. Her vil jeg placere MUM på praksisniveauet intensivt (intensive). På dette niveau har musikterapien en central rolle og kan give store positive forandringer for borgeren. På dette niveau kombineres ofte flere typer af behandling f.eks. det økologiske område med fokus på at forbedre tilstanden for klienten i de fysiske og sociokulturelle omgivelser. Dette bidrager til et mere holistisk syn på behandling, hvilket efter min mening også stemmer overens med den tilgang jeg selv har anvendt. Dette har også lighedstræk med Kitwoods teori om en personcentreret tilgang, som må indbefatte hele omgangen med mennesket med demens. MUM giver måske ikke store forandringer på længere sigt, men kan hjælpe mennesket med demens ud af en ubehagelig følelse her-og-nu. Musikterapeut Orii McDermott (2014) skriver om den manglende langtidseffekt at meningsfuld kontakt og samvær med andre i musikterapien er mere afgørende end potentiel langtidseffekt af musikterapi. Det er betydningen af her-og-nu, der er vigtig.

Dette er endnu et argument for at MUM har sin berettigelse i arbejdet med mennesker med demens som bor på plejehjem. Den kontinuerlige opfyldelse af meningsfuld kontakt er vigtig og kan forgå f.eks. i form af MUM, både når der er behov for akut regulering ved BPSD og for at bidrage til et miljø med psykosocial trivsel og livsglæde.

6.5 MUM i et miljøterapeutisk perspektiv

De undersøgte MUM tager alle udgangspunkt i plejehjemmets åbne miljø udenfor borgernes egne stuer. MUM kunne dog også tænkes at foregå på borgerens stue, som det blandet andet beskrives i interview 2. Musikterapien tager udgangspunkt i hvad der sker i miljøet her og nu. Som det blev beskrevet i den teoretiske gennemgang af miljøterapi, er definitionerne mangeartede og forståelsen af hvad miljøterapi egentlig indebærer, ligeså. Jeg låner mig op af Schjødt & Heineskous definition på miljøterapi:

”en behandlingsmodel, karakteriseret ved bestræbelsen på bevidst at tilrettelægge den samlede sum af organisatoriske, psykologiske, sociale og kulturelle påvirkninger, således at institutionen som helhed og relationerne heri fremmer psykisk udvikling” (Schjødt & Heineskou, 2007, p. 17).

Min forståelse er at miljøet både indbefatter de enkelte borgere og plejehjemmet som helhed. En lignende forståelse for miljøterapien ses i den norske model for miljøbehandling til personer med demens, hvor målsætningen blandt andet indebærer livskvalitet, forebyggelse/reduktion af uro og fokus på opretholdelse af ressourcer og selvstændighed (se afsnit 2.5.1). I den norske miljøbehandling virker det til at være personalet som udfører de miljøterapeutiske tiltag, som i høj grad er baseret på en personcentreret tilgang.

Målsætningerne for miljøbehandling har ligheder med de fund jeg gjorde om betydningen af MUM. Målet jævnfør Schjødt & Heineskous definition er psykisk udvikling. For mennesker med demens er der desværre ikke så meget udviklingsperspektiv, men udskiftes sidste del af definitionen med ordene psykosocialt velbefindende, kan det være opskriften på en behandlingsmodel, hvor musikterapi og MUM i høj grad kan have sin berettigelse.

Den neuroaffektive retning af miljøterapien, som blev præsenteret i afsnit 2.5, er i min optik den der har størst sammenhæng med MUM. Den neuroaffektive miljøterapi har en bevidsthed om arousal og vigtigheden af at regulere nervesystemet og at dette kun kan ske gennem kontakt. Det er min opfattelse at fokus på mennesket vægtes højere end fokus på miljøet i denne tilgang. Samme opfattelse har jeg af MUM.

Den ene af de adspurgte musikterapeuter kom i interviewet på eget initiativ ind på miljøterapi i forbindelse med beskrivelsen af sine arbejdsmetoder. Her dukkede to begreber op: miljøterapeutisk musikterapi og musikmiljøterapi. Sidstnævnte stammer fra Norge og er Aasgaards definition af begrebet, som er præsenteret tidligere i specialet. Ud fra synspunkterne præsenteret af Aasgaard (1998) mener jeg at MUM kan betegnes som musik-miljøterapi.

Dog rummer betegnelsen musik-miljøterapi for mig mere fokus på miljøterapi end på musikterapi, hvilket jeg mener tilsidesætter en del af den musikterapeutiske faglighed og det musikterapien kan. Hensigten med musikterapi er blandt andet at fremme dannelse af relationer samt at skabe kontakt og kommunikation via musikken, jævnfør definitionen som blev præsenteret i specialets start, og som jeg identificerer mig med. Jeg vil betegne MUM som en konkret miljøterapeutisk metode, hvis overordnede ramme jeg foreslår at kalde miljøbaseret musikterapi, da der både er fokus på selve miljøet og borgeren i miljøet. I MUM er relationen særdeles vigtig, hvilket jeg ikke mener i så høj grad vægtes i den præsenterede litteratur om miljøterapi og miljøbehandling.

6.6 MUM i et fagpolitisk perspektiv

De to adspurgte musikterapeuter arbejder begge ud fra en åben tilgang, hvor det ikke på forhånd er bestemt hvilke borgere der modtager musikterapi, men hvor musikterapeuten befinder sig i miljøet og forholder sig åben for her-og-nu. Begge musikterapeuter argumenterer for denne åbne og miljøorienterede tilgang, da de mener det ikke er hverken hensigtsmæssigt eller muligt at planlægge musikterapiforløb med mennesker med demens. Den ene musikterapeut mener at sessionsbaseret musikterapi ikke er bæredygtigt indenfor demensområdet og i døgninstitutionsregi, både ud fra et økonomisk aspekt og pga. den ringe carry-overeffekt, som blandt andet er undersøgt af Ledger & Baker (2007). Den anden musikterapeut mener at indenfor dagcenterregi kan det måske godt lade sig gøre at planlægge, hvornår musikterapien skal foregå, men mange af dem som bor på plejehjem, har ikke forståelse for at noget skal ske på et bestemt tidspunkt.

Dagsformen på et plejehjem kan være meget forskellig fra dag til dag; borgere med svingende døgnrytme, tid til bad, toiletbesøg, besøg af pårørende og mange andre ting kan komme i vejen for den planlagte musikterapi. Selvfølgelig kan musikterapeuten her gå med i den pågældende situation hvis dette er oplagt, men jeg tænker at muligheden for et kontinuerligt forløb er større, hvis musikterapeuten er på plejehjemmet og løbende kan tilrettelægge ud fra de aktuelle behov.

Et andet aspekt af denne diskussion er det økonomiske. Nogle musikterapeuter er ansat på kommunal basis og skal derfor dække flere af kommunens plejehjem, hvilket besværliggør

en så stor grad af tilstedeværelse i miljøet. Endvidere ville det for mange kommuner nok være økonomisk uoverskueligt at ansætte musikterapeuter på alle plejehjem.

Med udgangspunkt i min egen erfaring fra min praktik på et gerontopsykiatrisk plejehjem, mener jeg her at en miljøorienteret tilgang og brug af MUM er velegnet. På gerontopsykiatrisk plejehjem har nogle borgere udadreagerende adfærd, kommer i konflikt med hinanden og der kan opstå håndgemæng eller vold. På denne type afdelinger har flere borgere et meget stort behov for kontakt og hjælp til regulering. Her kan MUM være end metode til at imødekomme disse behov.

6.7 Revurdering af begrebet

Efter at have undersøgt og belyst begrebet MUM vil jeg nu, på baggrund af mine fund, lave en revurdering af begrebet.

De to interviewede musikterapeuter kom med deres vurdering, hvilket gav mig en indikation af at begrebet giver mening. Det blev pointeret af den ene musikterapeut at begrebet var lidt ukonkret. Dette kan hænge sammen med at jeg i min interviewguide kun bruger betegnelsen *umiddelbare møder* og ikke *musikterapeutiske umiddelbare møder*. Derfor blev begrebet i løbet af analyseprocessen specificeret ved at tilføje musikterapeutiske foran. Jeg mener også at denne tilføjelse giver begrebet en faglig styrke og understreger et behandlingsmæssigt aspekt.

Med afsæt i specialets fund vil jeg her give et bud på en definition af musikterapeutiske umiddelbare møder:

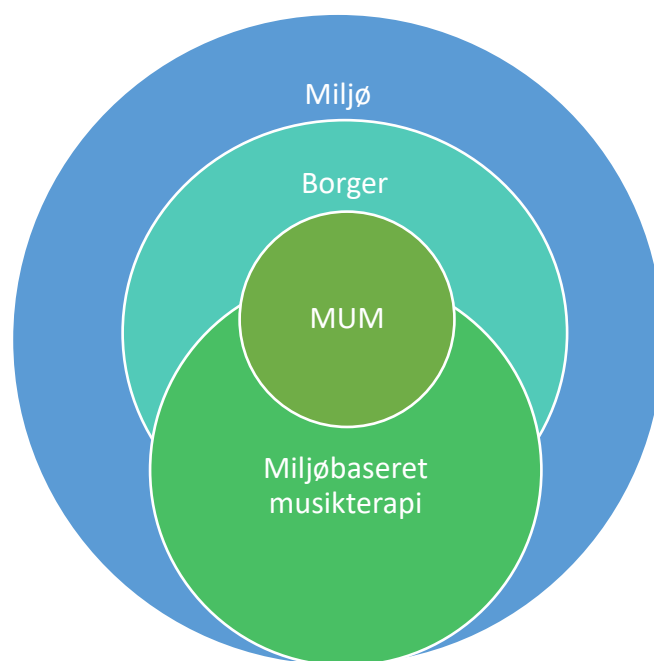
Ikke planlagt møde indeholdende musikterapeutiske interventioner og positive interaktioner, foretaget ud fra af en vurdering af aktuelle psykosociale behov hos et menneske med demens; funderet i musikterapeutens faglige kompetencer, viden og refleksion.

Det musikterapeutiske umiddelbare møde opstår under forudsætning af en miljøorienteret tilgang, en åbenhed for her-og-nu og en organisatorisk planlægning der giver plads til denne tilgang. Som præsenteret i foregående afsnit, forslår jeg betegnelsen miljøbaseret musikterapi til at beskrive denne tilgang, som arbejder ud fra de aktuelle behov i miljøet, både på individuelt, relationelt og overordnet plan.

6.8 Anbefalinger for brug af MUM

Med afsæt i specialets undersøgelse vil jeg her komme med mine egne anbefalinger for brugen af MUM.

Tidligere i diskussionen introducerede jeg betegnelsen miljøbaseret musikterapi. Denne tilgang mener jeg er anvendelig på plejehjem for mennesker med demens, og i høj grad hvis der er tale om gerontopsykiatrisk plejehjem eller tilsvarende. Jeg ser MUM som en anvendelig metode til at varetage psykosociale behov og arbejde med relation hos personer med demens. Metoden kan anvendes som ”brandslukker” i situationer med urolig adfærd, men kan også bidrage til livskvalitet i hverdagen. Der er dog også visse forbehold at tage. Alle møder vil naturligvis ikke være lige umiddelbare, hvis der vælges en udelukkende miljøbaseret tilgang til musikterapien. Ligeledes er der etiske hensyn at tage, hvis musikterapien foregår i det åbne miljø. Min anbefaling er derfor at MUM anvendes som del af en systemisk helhed med både miljøbaseret og individuel musikterapi. De to tilgange kan informere hinanden, som jeg fandt frem til i analysen. Viden som musikterapeuten har fået ved et individuelt forløb kan være af afgørende betydning i et MUM og ligeledes kan viden hentet fra MUM være indgangen til et individuelt musikterapiforløb. I Figur 5 ses placeringen af MUM i en miljøterapeutisk kontekst. Illustrationen viser at miljøbaseret musikterapi har fokus på både miljøet og borgeren i miljøet og en metode i den miljøbaserede musikterapi er MUM, hvis hovedfokus er på borgeren der befinder sig i miljøet.



Figur 5. Placering af MUM i en miljøterapeutisk kontekst

6.9 Diskussion af anvendte metoder

At foretage et kvalitativt studie indeholder også overvejelser om undersøgelsens validitet, reliabilitet samt generaliserbarhed. Som det blev beskrevet i afsnittet om autoetnografi er disse begreber svært overførbare da det er forskeren og dennes oplevelser der er datakilden. Validitet

og reliabilitet for dette studie må derfor begrundes via mit samlede evidensgrundlag som er præsenteret løbende gennem specialet, først med forforståelse, præsentation af miljøet hvor data er indsamlet, datagrundlag og endelig de autoetnografiske narrativer. Denne metode viser min indsigt i min empiri på flere planer, hvilket er en styrke og samtidig giver autoetnografien mig mulighed for at udarbejde data som specifikt fokuserer på det fænomen jeg ønsker at undersøge. At anvende autoetnografisk datamateriale rummer dog også visse ulemper. Jeg er stærkt biased i forhold til at foretage min analyse, hvilket kan bevirke at jeg har overset potentielt vigtige temaer (Robson & McCartan, 2016).

En markør i forhold til validitet indenfor autoetnografien er hvorvidt det beskrevne giver mening for andre. Her bidrager de udførte interviews til validiteten af narrativerne da disse bekræfter at MUM også giver mening for andre. Dog rummer interviewene også validitetsmæssige udfordringer. Jeg har valgt informanterne ud fra at de anvender den type tilgang jeg gerne vil undersøge, og de er derfor biased i forhold til emnet. Deres kendskab til emnet er dog også en forudsætning for at få undersøge fænomenet, hvilket er i tråd med væsentlige faktorer for en kvalitativ undersøgelse, heriblandt formålsbevidst udvalg (Wheeler & Kenny, 2005). Da der er tale om et kvalitativt studie af et specifikt fænomen, og da specialet har et begrænset datagrundlag, kan der ikke tales om generaliserbarhed i forhold til begrebet MUM. Skulle begrebet og dets indhold undersøges yderligere ville det kræve en større interviewundersøgelse med flere informanter. Herved ville jeg opnå større datasaturation i forhold til andres oplevelse og forståelse af fænomenet.

7 Konklusion

Dette speciale tog sit udgangspunkt i en undersøgelse af begrebet musikterapeutiske umiddelbare møder og hvordan musikterapeutiske metoder, interventioner og kompetencer anvendes i disse møder.

En stor del af indholdet i et MUM er baseret på underliggende faktorer som rummer musikterapeutens faglige viden og refleksion. MUM indeholder også synlige faktorer i form af adfærd, interventioner og reaktioner. Det kan konkluderes at både receptive og aktive metoder benyttes i MUM samt at interventionerne er funderet i elementerne ramme, regulering og relation. Musikterapeutiske kompetencer er grundlaget for at sanse borgerens tilstand og behov, reflektere over dem, sætte dem i sammenhæng med teoretisk viden, tidligere observationer og andre elementer som kan bidrage til borgerens psykosociale velbefindende. De synlige og underliggende faktorer er begge medvirkende til at skabe positiv interaktion, og bidrager dermed til en personcentreret tilgang.

MUM har betydning for mennesker med demens, ved at musikken og musikterapeuten vækker genkendelse, og dermed skaber et trygt miljø. MUM har også en beroligende effekt på urolig adfærd, hvilket har betydning både for borgeren og det omgivne miljø, og i flere tilfælde får MUM andre borgere til at blive tiltrukket af musikken, så der bliver et fællesskab omkring dette.

Tilgangene til miljøterapi er mangeartede, men med udgangspunkt i en bred definition af miljøterapi, som en behandlingsmodel der arbejder med både det fysiske, psykosociale og organisatoriske miljø, kan ses flere sammenhænge med MUM. Ud fra denne miljøterapeutiske tilgang kan MUM betegnes som en konkret miljøterapeutisk metode, hvis overordnede ramme jeg foreslår at betegne miljøbaseret musikterapi. Dette begreb rummer fokus på både miljø og mennesket i miljøet, som det også er tilfældet med miljøterapi, og understreger samtidig den musikterapeutiske faglighed hvor der især er fokus på relation.

På baggrund af specialets undersøgelse fandt jeg frem til følgende definition på musikterapeutiske umiddelbare møder:

Ikke planlagt møde indeholdende musikterapeutiske interventioner og positive interaktioner, foretaget ud fra af en vurdering af aktuelle psykosociale behov hos et menneske med demens; funderet i musikterapeutens faglige kompetencer, viden og refleksion.

8 Perspektivering

Med dette speciale har jeg undersøgt betydningen af musikterapi med en miljøorienteret tilgang i demensplejen. På baggrund af specialets resultater vil jeg anbefale at musikterapeuters arbejdsmetoder, indenfor demensområdet, undersøges yderligere. Dette kan ses som et bidrag til at kortlægge musikterapiens anvendelsesmuligheder som andet, og mere, end en psykoterapeutisk behandlingsform. MUM er et eksempel på en specifik metode, der kan anvendes i en mere miljøorienteret og systemisk tilgang til musikterapien, som det er mit indtryk er den rolle musikterapeuten, i endnu højere grad, kommer til at indtage indenfor ældre- og demensområdet i fremtiden.

MUM er mit bidrag til at tydeliggøre de implicite faktorer i musikterapeutens arbejde. Herved kan andre faggrupper og beslutningstagere forhåbentlig få en større forståelse for hvad der sker i musikterapien, og hvorfor der er behov for en musikterapeut til at varetage opgaven.

Litteraturliste

- Aasgaard, T. (1998). Musikk-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 7(2), 168–171.
- Abbott, E. A. (2016). Reviewing the Literature. In B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Eds.), *Music Therapy Research* (pp. 56–65). Dallas: Barcelona Publishers.
- Ældrekommissionen. (2012). *Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*.
- Ældresagen. (2018). Beboere på plejehjem har som oftest demens. Retrieved May 18, 2018, from <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/demens/fakta/beboere-paa-plejehjem-er-som-oftest-demente>
- Aldring og helse. (2017). Miljøbehandling. Retrieved March 2, 2018, from <https://www.aldringoghelse.no/demens/miljøbehandling/>
- Andersen, N. L. (2017). *Hvilken effekt har musikterapi på agiteret adfærd? Litteraturgennemgang med fokus på repræsentationen af personcentreret omsorg og assessment-metoder anvendt i musikterapi til mennesker med demens og agiteret adfærd*. Aalborg Universitet.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2).
- Baarts, C. (2010). Autoetnografi. In L. Tanggaard Pedersen & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (Hans Reitz, pp. 153–164). Kbh: Hans Reitzel.
- Bechgaard, B. (1992). *Miljøterapi*. (B. Bechgaard, Ed.). Kbh: Hans Reitzel.
- Beer, L. E. (2016). The role of the music therapist in training caregivers of people who have advanced dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8131(August), 1–15.
- Borresen, M., Hansen, H. K., & Trangbæk, L.-E. (2004). *Socialpædagogik & Demens*. Odense: Styrelsen for social service.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (pp. 13–24). Kbh: Hans Reitzel.
- Bruscia, K. E. (2013). *Defining Music Therapy*. (K. E. Bruscia, Ed.). University Park: Barcelona.
- Chang, H. (2008). *Autoethnography as Method*. Left Coast Press.
- Christensen, B. J. (2017). *Overlevelse - Neuroaffektiv miljøterapi for pædagoger og andre professionelle*. Saxo publish.

- Coomans, A. (2016). *Moments of resonance in musical improvisation with persons with severe dementia*. Aalborg University.
- Crowe, B. J. (2009). Music: Promoting health and creating community in healthcare contexts. *Music Therapy Perspectives Research Library* Pg, 27(1).
- Dansk Musikterapeutforening. (2016). *Etiske principper*.
- Datatilsynet. (2018). Databeskyttelsesforordningen. Retrieved May 25, 2018, from <https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/lovgivning/>
- Demenscentrum Aarhus. (n.d.). On off teori. Retrieved March 23, 2018, from <http://www.demensvidensportalen.dk/content/overview/all/56/0>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4th ed., pp. 1–19). Sage.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An Overview. *Source: Historical Social Research Historische Sozialforschung*, 36(4138), 273–290.
- Forinash, M., & Grocke, D. (2005). Phenomenological Inquiry. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music therapy research* (pp. 321–334). Barcelona Publishers Gilsum, NH.
- Frederiksen, K. S. (2017). Vaskulær demens. *Ugeskrift for Læger*, 179(12), 516–521.
- Grasel, E., Wiltfang, J., & Kornhuber, J. (2003). Non-drug therapies for dementia: An overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15(3), 115–125.
- Guimón, J. (2004). *Relational mental health : beyond evidence-based interventions*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gulmann, N. C. (2001). *Praktisk gerontopsykiatri* (3. udg.). Kbh. : Hans Reitzel.
- Hammerlin, Y., & Larsen, E. (2012). *Menneskesyn i teorier om mennesket* (2. udgave). Århus : Klim.
- Hiller, J. (2016). Epistemological Foundations Of Objectivist and Interpretivist Research. In K. Murphy & B. Wheeler (Eds.), *Music Therapy Research: Third Edition*. Barcelona Publishers.
- Holm, L., & Oestrich, I. H. (2006). *Kognitiv miljøterapi*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning*. Dansk psykologisk forlag.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder* (pp. 217–239). Hans Reitzel.
- Johannsen, P., Gottrup, H., & Stokholm, J. (2017). Frontotemporal demens. *Ugeskrift for Læger*, 179(12).

- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (3. oplag). Kbh. : Munksgaard Danmark.
- Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I., & Marshall, E. J. (2009). The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2), 148–154.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udgave). Kbh. : Hans Reitzel.
- Kvamme, T. S. (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens. In K. Stensæth, G. Trodalen, & Ø. Varkøy (Eds.), *Musikk, handlinger, muligheter. Festskrift til Even Ruud* (pp. 137–148). Norges musikkhøgskole ; Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).
- Ledger, A. J., & Baker, F. A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11(3), 330–338.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6).
- Marie Munk-Madsen, N. (1998). Musikterapeut i en miljøterapeutisk institutionskultur. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 7(1), 65–69.
- Memmott, J., & Clair, A. A. (2008). *Therapeutic Uses of Music with Older Adults* (2. ed.). Silver Spring, Md : American Music Therapy Association.
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2016a). Alkoholrelateret demens. Retrieved May 17, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/alkoholrelateret-demens/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2016b). Psykiatriske symptomer. Retrieved May 17, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/symptomer-paa-demens/psykiatriske-symptomer/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2016c). Sygdomsforløb. Retrieved May 19, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/hvad-er-demens/sygdomsforloeb/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2016d). Symptomer og forløb ved Alzheimers sygdom. Retrieved April 4, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/alzheimers->

- sygdom/symptomer-og-forloeb-ved-alzheimers-sygdom/
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2016e). Wernicke-Korsakoffs syndrom. Retrieved May 16, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/alkoholrelateret-demens/wernicke-korsakoffs-syndrom/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2017a). Frontotemporal demens. Retrieved May 16, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/frontotemporal-demens/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2017b). Symptomer - vaskulær demens. Retrieved May 16, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/vaskulaer-demens/symptomer-vaskulaer-demens/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. (2018). Forekomst af demens i Danmark. Retrieved March 21, 2018, from <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark/>
- Palm, R., Köhler, K., Schwab, C. G., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2013). Longitudinal evaluation of dementia care in German nursing homes: the DemenzMonitor. Study protocol. *BMC Geriatrics*, 13(123).
- Psykologisk-pædagogisk ordbog*. (2012). Hans Reitzel.
- Rafaelsen, L. (1992). Miljøet og dets grupper. In B. Bechgaard (Ed.), *Miljøterapi* (pp. 30–49). Kbh: Hans Reitzel.
- Ridder, H. M. O. (2003). *Singing dialogue music therapy with persons in advanced stages of dementia a case study research design*.
- Ridder, H. M. O. (2014). Musikterapi med personer med demens. In L. O. Bonde (Ed.), *Musikterapi. Teori, Uddannelse, praksis, forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark* (pp. 314–330). Århus: Klim.
- Ridder, H. M. O. (2016a). Musik i et personcentreret perspektiv. In B. Stige & H. M. O. Ridder (Eds.), *Musikterapi Og Eldrehelse* (pp. 38–44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. O. (2016b). Musikterapi i en psykosocial demensomsorg i plejebolig. In B. Stige & H. M. O. Ridder (Eds.), *Musikterapi og Eldrehelse* (pp. 133–145). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. O. (2017). Igangværende forskning indenfor Musikterapi med personer med demens. Retrieved May 17, 2018, from http://www.musikterapi.aau.dk/cedomus/neuro-kognitive_forstyrrelser/demens/forskning/
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research*. Chichester: Wiley.

- Schjødt, T., & Heineskou, T. (2007). Miljøterapi- terapeutisk miljø. In T. Schjødt & T. Heineskou (Eds.), *Miljøterapi på dynamisk grundlag* (pp. 15–27). Kbh: Hans Reitzel.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2014). *Miljøterapibogen : mentalisering som holdning og handling*. (F. Skårderud, Ed.). Kbh. : Hans Reitzel.
- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., & Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404–424.
- Stige, B. (2005). Ethnography and ethnographically informed research. In *Music therapy research* (pp. 392–403).
- Stige, B., & Ridder, H. M. O. (2016). Tverrfaglig engasjement for musikk og musikkterapi. In B. Stige & H. M. O. Ridder (Eds.), *Musikkterapi Og Eldrehelse* (pp. 16–18). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strong, J. V. (2017). Music Therapy, Applications in Geropsychology. In *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 1594–1600). Springer.
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens*.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). Tema om musik og demens. Retrieved May 24, 2018, from <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-musik>
- Thomas, W. H. (2007). *Eden Alternative håndbogen : kunsten at opbygge menneskelige fællesskaber*. (W. H. Thomas, Ed.). Odense : Erhvervsskolernes Forlag.
- Torraco, R. J. (2016). Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. *Human Resource Development Review*, 15(4), 404–428.
- van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Waldemar, G., & Lolk, A. (2016). Demens. In O. Mors, M. Nordentoft, & I. Hageman (Eds.), *Klinisk Psykiatri* (Munksgaard, pp. 101–132). Kbh.
- Wheeler, B. L., & Kenny, C. (2005). Principles of qualitative research. In *Music therapy research* (Vol. 2, pp. 59–71). Barcelona Publishers Gilsum, NH.
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 1–11.

Bilag

Bilag 1: Samtykkeerklæring vedr. interview

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3a: Transskription af interview 1

Bilag 4b: Transskription af interview 2

Bilag 4a: Mindmap narrativer

Bilag 4b: Mindmap interview

Bilag 5: Kodninger

Bilag 6: Læringsportefølje