Projekt Forskerspirer 2018

Musikterapi og demens

Effekten af aktiv gruppemusikterapi for svært dementes sociale kompetencer

FORSKERSPIRER
TA' FORSKUD PÅ FREMTIDEN

Thea Holm Graversen
SUND
Risskov Gymnasium
Forskerkontakt: Kira Vibe Jespersen

Indholdsfortegnelse

Indledning 3

Problemformulering og formål 3

Afgrænsning 4

Baggrund 4

Social stimulation 4

Plasticitet 5

Metode 6

'the Verbal and Nonverbal Interaction Scale' 6

Metodiske overvejelser i opstillingen af VNVIS(m) og VNVIS(s) 10

Humør-rating ved brug af smileys 11

Metodiske forholdsregler 11

Projektets udførsel og tidsramme 12

Diskussion 13

Perspektivering 13

Tak 14

Litteraturliste 15

Websites 15

Fotomateriale 15

Bøger 15

Referencer 15

Bilag 1 17

Bilag 2 18

Bilag 3 19

Indledning

Antallet af demente stiger stødt sammen med gennemsnitsalderen, og det vil være almindeligt at have et dement familiemedlem i den nærmeste fremtid (Ridder, 2012). Der findes ingen medicinsk behandling af demens, og for mig fremstår syndromet som alderdommens skrækscenarie, der truer min identitet, selvstændighed, relationer og sociale kunnen. Det efterlader mig tilbage med en bitter undren: "Hvad er der tilbage, hvis demensen for alvor rammer?".

Imens den medicinale forskning forsøger at finde kliniske behandlingsformer for demens, er der nogle, der går en anden vej og prøver at dække dementes menneskelige behov, heriblandt musikterapeuter. Hvis der er én ting, der fascinerer mig, så er det musik.

Det kan påvirke mennesket på forunderlig vis, men helt specielt finder jeg det med demente. Kan musik påvirke noget så dybdegående som sociale kompetencer, der er essentielle egenskaber i opfattelsen som menneske? Netop ud fra denne undren udspringer mit projekt om, hvorvidt aktiv[1] gruppemusikterapi kan fremme sociale kompetencer hos svært demente.

Problemformulering og formål

Projektets formål er at undersøge, om aktiv gruppemusikterapi særligt kan fremme og muliggøre brug af sociale kompetencer hos svært demente ved at dække psykosociale behov, bryde social isolation og nedsætte BPSD[2] (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), hvilket er hypotesen, der arbejdes ud fra.

Fokus er rettet mod sociale kompetencer og specielt empati, da de spiller en stor rolle i social interaktion, og dermed den enkeltes muligheder for at indgå i et fællesskab, få opfyldt psykosociale behov (Ridder, 2012) og omgivelsernes accept som menneske (Lindvang & Beck, 2017). Derfor er min problemformulering følgende:

Ud fra teori om hjernens plasticitet og vigtigheden af social stimulation vil jeg, ved brug af 'the Verbal and Nonverbal Interaction Scale' (VNVIS) og smileys som humør-rating, undersøge effekten af aktiv gruppemusikterapi for svært dementes sociale kompetencer, herunder empati.

---

[1] Aktiv musikterapi: Patienten deltager aktivt i musikken. Passiv musikterapi: Patienten lytter til musikken eller forholder sig på anden måde passivt til musikken.

[2] Dette indebærer agitation, verbal og fysisk aggressivitet, depression, angst og apati (Sundhed; Ridder, 2012). BPSD kan også kaldes neuropsykiatriske symptomer.

Afgrænsning

Der er evidens, for at musikterapi og musikinterventioner leder til reducering af forskellige BPSD (Ridder, 2012; Goméz-Romero et al., 2014; Sakamoto et al., 2013; Raglio et al., 2015; Van der Steen et al., 2017; Gebauer & Vuust, 2013), og at aktive musikinterventioner udgør høje stimuli, øger socialisation, engagement og opmærksomhed (Pedersen et al., 2017), samt at det i højere grad reducerer BPSD end passive musikinterventioner, forårsager følelsesmæssige forbedringer (Sakamoto et al., 2013), engagerer sociale funktioner, øger kommunikation, social samhørighed og fremmer empatiske relationer (Raglio et al., 2015).

Musik er et godt middel til social kontakt og samhørighed for demente, da det kan genopbygge residuale kognitive og emotionelle funktioner (Sakamoto et al., 2013) muliggøre socialinteraktion og kommunikation, hvilket kan aflede deres opmærksomhed fra miljømæssige og emotionelle signaler, der provokerer agitation (Pedersen et al., 2017).

Derfor finder jeg det relevant at afgrænse mit fokus mod aktiv musikterapis effekt på sociale kompetencer (SK), herunder empati.

Yderligere opfattes det, at muligheden for at indgå i sociale interaktioner og kommunikation fremmes ved gruppe musikterapi, da det øger kognitive færdigheder, mindsker angst og bevarer sproglige færdigheder (Ridder, 2012).

Da kun få studier har undersøgt effekten af musikterapi for ældre demente (Goméz-Romero et al., 2014), samt at der er store uenigheder i hvor høj grad musikinterventioner og musikterapi nedsætter BPSD og fremmer SK, at der søges flere undersøgelser omhandlende effekten af aktive musikinterventioner (Gebauer & Vuust, 2013), dets ”social outcomes” og effekt på ”emotionel well-being” (van der Steen et al., 2017), så undersøges effekten af aktiv gruppemusikterapi (AGMT) ift. normal pleje, og ikke individuel aktiv musikterapi, som der søges (Sakamoto et al., 2013).

Baggrund

Social stimulation

De store kognitive tab hos svært demente(SD) skaber problemer i udførelsen af sociale funktioner, det at indgå i et fællesskab og forblive et selvstændigt individ over tid (Goméz-Romero et al., 2014). Dette har store konsekvenser for individets livskvalitet, generelle selvopfattelse og

omgivelsernes accept af det som menneske (Beck & Lindvang, 2017). BSPD og nedsatte SK kan føre til social isolation (Goméz-Romero et al., 2014), hvilket ved 50% af demente plejebeboere fører til depression (Ridder, 2012). Brugen af SK vanskeliggøres også af SD's begrænsede selvregulering[3], der ligeså leder til social isolation.

Derfor er SD er afhængige af andres hjælp og skal være under regelmæssig overvågning (VfD). Projektet bygger ovenpå Kitwoods omsorgsteori; dækkede psykosociale behov nedsætter BPSD, og hans teori om fællesskab som et grundlæggende menneskeligt behov (Ridder, 2012; Beck & Lindvang, 2017).

Forudsætningen for empati kan opnås gennem musik, da man via musik kan synkronisere sig med andre individer gennem sansninger, følelser og sindsstemninger. Dette giver fornemmelse af andres følelsesmæssige tilstand (Beck & Lindvang, 2017). AGMT giver mulighed for at indgå i et samspil med andre mennesker i situationer, hvor kognitive tab og BPSD vanskeliggør social stimulation, og det kan dække psykosociale behov ved "(…)*at skabe en ramme og regulere, for at personen oplever motivation til at indgå i relation"* (Beck & Lindvang et al.,2017).

Musikterapeuter kan gennem dyadisk regulering[4] skabe relation til SD, forhindre angst, social isolation og bringe dem i en tilstand af tryghed og balance. Dette kan kompensere for SD'es dårlige forudsætninger for at selvregulere og tager højde for deres lave stresstærskel ved at balancere deres aurosalniveau (ibid.). Musik påvirker den emotionelle aurosal (Gebauer & Vuust, 2013) og fra et psykologisk perspektiv ses de største resultater af musikinterventioner mod neurologiske sygdomme i relationer til bl.a. humør (Alfredo Raglio et al., 2015; Ridder, 2012).

Plasticitet

Neurale netværk, herunder dannelsen af synapser, påvirkes af det ydre miljø, og hjernen er derfor plastisk. Dermed er det nødvendigt for SD at indgå i socialt samvær for at bibeholde og evt. forbedre SK, da kun stimulerede og kontinuerligt brugte neurale netværk styrkes og bevares i

[3] Selvregulering: Regulering af sig selv på et kognitivt, kropsligt og følelsesmæssigt plan. Her benyttes selvreguleringsstrategier mod at opnå balance og få 'afløb'. Fx strategier mod overstimulation. *"Ved manglende selvregulering opstår der et misforhold mellem personens indre autonome respons og omgivelserne"* (Beck & Lindvang, 2017)

[4] Dyadisk regulering "*Omsorgsperson tager ansvar og afstemmer sig med personen gennem indlevelse og intuition"* (Ridder, 2017) Tovejs regulering gennem en relation, der foregår gensidigt (Beck & Lindvang, 2017).

hjernen (Payne, 2010). Dertil skal de siges, at mange studier viser, at "music-making" påvirker hjernens plasticitet både kort- og langsigtet (Gebauer & Vuust, 2013). Aktiv musikterapi muliggør altså brugen af SK, da det stimulerer det tilhørende neurale netværk.

Metode

Projektet er et RCT-studie med et parallelt design, hvor 2 grupper af SD indgår i henholdsvis AGMT og aktiv samtalegruppe, der fungerer som kontrolgruppe og opfattes som normal pleje. Begge interventioner er aktive og udføres i grupper, hvilket udligner implikationer. Her arbejdes hypotetisk-deduktivt, da det forventes, at AGMT vil fremme SK og nedsætte BPSD i større grad end normal pleje. Forsøget strækker sig over en periode på 6 uger, hvor forsøgspersonerne kontinuerligt vil indgå i to ugentlige interventioner af 35 min[5]. De to ugentlige interventioner er valgt mod at opnå større koncentreret effekt og for at opnå en vis sammenhæng mellem interventionerne og dermed danne en kortvarig rutine for forsøgspersonerne.
Det er vigtigt at få flest mulige forsøgspersoner med i forsøget for at kunne vise en statistisk forskel.

'the Verbal and Nonverbal Interaction Scale'

Jeg vil benytte egne udarbejdede VNVIS(m) til at videoanalysere testgruppens kommunikative adfærd (KA) og SK og VNVIS(s) ligeledes til kontrolgruppen. De baserer sig på en VNVIS udviklet af Williams (Engström et al., 2011). Den kvantitative observationsmetode kan afklare dementes verbale og nonverbale kommunikationsniveau og SK, da SK er en forudsætning for at kunne kommunikere socialt verbalt og nonverbalt. 2 kategorier er tilføjet til den oprindelige VNVIS: Empatisk og ikke empatisk KA, så der i alt opstilles 4 overkategorier: Social, asocial, empatisk og ikke-empatisk KA. Yderligere er social og asocial KA inddelt i to underkategorier: Verbal og nonverbal KA. Hver intervention videooptages passivt i 10 min i midten af sessionen, der opnås ved at et kamera[6] filmer alle forsøgspersoner, deltagende personale og eventuelle musikterapeut fra et stativ. Observationen bliver herved skjult for de SD, og overstimulation eller høj aurosal grundet uvante situationer og nye mennesker påvirker ikke forsøgets resultater.
Videooptagelserne bliver inddelt i intervaller af 1 min, hvor der scores point for hver KA (score =

[5] Baseret på typisk sessionslængde med demente hos musikterapeut, Svend Eeg.
[6] Antallet af kameraer afhænger af størrelsen på samplet

1), der opstår i intervallet og ingen for udeblivelse af KA (score = 0) (Engström et al., 2011). Scoren fra underkategorierne, nonverbal og verbal samles til overkategorierne: Social og asocial KA. Videomaterialet analyseres individuelt af 3 observatører, for at menneskets selektive opmærksomhed ikke skal påvirke resultatet (Schultz Larsen, 2013).

En stigning i scoren i løbet af perioden indenfor social- og empatisk KA opfattes som forbedring af generelle SK og empati. Et fald i scoren over perioden af asocial og ikke-empatisk KA opfattes som nedsættelse af BSPD.

Socialt verbal	Socialt nonverbal	Asocialt verbal	Asocialt nonverbal	Empatisk	Ikke-empatisk
Sammenhængende Kommunikation	Rolig eller afslappet	Bander eller vrisser	Anspændt	Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Upassende smil
Relevant kommunikation	Virker interesseret eller opmærksom	Irrelevant kommunikation	Virker ligeglad	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin
Positiv affekt	Smiler	Usammenhængende	Stirrer tomt ud i luften	Virker interesseret	Virker ligeglad
Spørger til en anden	Søger passiv kontakt (øjne)	Råber	Negativ affekt	Søger passiv kontakt (øjne)	Utålmodig eller egoistisk adfærd
Griner	Søger aktiv kontakt(handling)	Kommunikation giver ikke mening	Utålmodig eller egoistisk adfærd	Søger aktiv kontakt (handling)	Råber
Bruger anden persons navn	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin	Upassende smil	Bruger anden persons navn	Bander eller vrisser
Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Positiv affekt				
Nynner	Bevæger kropsdel til musikken				
Synger	Trommer				**VNVIS(m)**

Socialt verbal	Socialt nonverbal	Asocialt verbal	Asocialt nonverbal	Empatisk	Ikke-empatisk
Sammenhængende Kommunikation	Rolig eller afslappet	Bander eller vrisser	Anspændt	Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Upassende smil
Relevant kommunikation	Virker interesseret eller opmærksom	Råber	Virker ligeglad	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin
Positiv affekt	Smiler	Usammenhængende	Stirrer tomt ud i luften	Virker interesseret	Virker ligeglad
Spørger til en anden	Søger passiv kontakt (øjne)	Irrelevant kommunikation	Negativ affekt	Søger passiv kontakt (øjne)	Utålmodig eller egoistisk adfærd
Griner	Søger aktiv kontakt(handling)	Kommunikation giver ikke mening	Utålmodig eller egoistisk adfærd	Søger aktiv kontakt(handling)	Råber
Bruger anden persons navn	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin	Upassende smil	Bruger anden persons navn	Bander eller vrisser
Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Positiv affekt				
Spørger passende	Skifter blikket mod personen, der taler				
Responderer på spørgsmål					**VNVIS(s)**

Følgende observationsskema indeholder definitioner af 10 observationer, hvor større uddybelse er nødvendigt. Dette er opstillet mod at nedsætte afvigelserne mellem de 3 observatørers resultater.

Observation	Definition
Relevant kommunikation (verbal)	Situationsfornemmelse indgår i dette. Individet kommunikerer om noget, der har sammenhæng til situationen/snakken. Eller som på anden vis har relevans for individet selv eller for andre ift. situationen. Her ses refleksion om hverdagen, tidligere liv og andre dybere emner også som relevante.
Irrelevant kommunikation (verbal)	Mangel på situationsfornemmelse indgår i dette. Ingen sammenhæng til situationen/samtalen Pludselige indskydelse, som ”jeg har sovet 8 timer”, uden videre forklaring eller kobling til tidligere situation/forhold ses som irrelevante. Upassende kommunikation hører også hertil. Her er selve kommunikationen og sætningerne forståelige. Så snart der er tvivl, om dette, da opfattes det som usammenhængende kommunikation og *ikke* irrelevant kommunikation.
Positiv affekt (nonverbal)	Ved tilstedeværelsen af følgende KA på samme tid (indenfor 1 min) opfattes det, at individet er påvirket af positiv affekt: - ”Smiler”, ”rolig eller afslappet” og ”virker interesseret eller opmærksom”. Indebærer positive følelsesstemninger.
Negativ affekt (nonverbal)	Ved tilstedeværelsen af følgende KA på samme tid (inden for 1 min) opfattes det, at individet er påvirket af negativ affekt: - ”Anspændt”, ”utålmodig eller egoistisk adfærd” og ”virker ligeglad” Indebærer negative følelsesstemninger.
Sammenhængende kommunikation	Kommunikationen skal være tydelig forståelig. Ved mindste tvivl om betydningen og hensigten af kommunikationen, da opfattes det som usammenhængende kommunikation.
Usammenhængende kommunikation	Selve kommunikationen, betydningen og hensigten af den er uklar. Ved mindste tvivl om betydningen og hensigten af kommunikationen, da opfattes det som usammenhængende kommunikation.

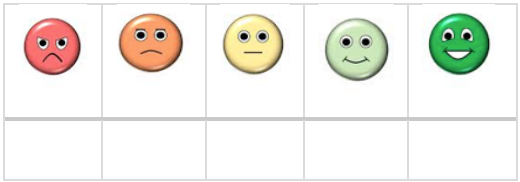
Søger passiv kontakt (øjne)	Individet søger først passiv kontakt, når det selv tager initiativet eller gør det uopfordret. At søge passiv kontakt opfattes som at søge kontakt uden at udføre en aktiv kropslig handling. Dette kan fx være ved at fange en anden persons blik eller smile direkte til en anden person med øjenkontakt.
Søger aktiv kontakt (handling)	Individet søger først aktiv kontakt, når det selv tager initiativet eller gør det uopfordret. En aktiv kropslig handling er fx at tage en andens hånd, gå hen mod en person for at skabe kontakt eller give et kram.
Positiv affekt (verbal)	Ved tilstedeværelsen af følgende 3 KA opfattes det, at individet responderer positiv affekt: VNVIS(m): ”Griner”, ”Nynner” og ”Synger” VNVIS(s): ”Griner”, ”Responderer på spørgsmål” og ”Spørger passende”. Her skelnes mellem de to VNVIS’er. Indebærer positive følelsesstemninger.
Negativ affekt (verbal)	Ved tilstedeværelsen af følgende 3 KA opfattes det, at individet responderer negativ affekt: - ”Bander eller vrisser”, ”Råber” og ”Irrelevant kommunikation” Her skelnes ikke mellem de to VNVIS’er. Indebærer negative følelsesstemninger.

Metodiske overvejelser i opstillingen af VNVIS(m) og VNVIS(s)

For at opnå et RCT-studie, er de to analysemodeller holdt så ens som muligt, så en sammenligning ville kunne udføres. De to analysemodeller indeholder 38 ens observationer, hvilket kan ses i bilag 1. De resterende er helt konkrete observationer af adfærd, der er speciel for den enkelte intervention. Derudover har jeg stræbt efter at opstille lige mange observationer indenfor hver kategori, for at alle kategorier måles efter samme vilkår og dermed er lettere sammenlignelige.

Humør-rating ved brug af smileys

Dette er en kvantitativ metode, hvor forsøgspersonerne ud fra spørgsmålet *"Hvordan har du det?"* skal sætte kryds ved den smiley, der afspejler deres humør bedst. Dette udføres før og efter alle interventioner. Metoden er enkel, da SD skal kunne indgå, og kvalitative interviews med forsøgsdeltagerne eller omsorgspersoner fravælges, da det vil give flere implikationer.



VNVIS skal ses sammen med den individuelles humør, da det ville udligne implikationer vedrørende menneskers forskellige måder at kommunikere, signalere og udtrykke emotioner, og hvordan aktiviteten påvirker dem. Musik påvirker emotionelle aurosal (Gebauer & Vuust, 2013 og humør (Alfredo Raglio et al., 2015; Ridder, 2012). Derudover er der sammenhæng mellem social stimulation, det at indgå i et fællesskab, humør og emotioner, så dette ville kunne sige noget om, hvorvidt forsøgspersonerne er blevet socialt stimuleret, og hvilken effekt selve musikterapien har for humøret og eventuelle livsglæde. Rating med smileys bruges ved smertebehandling (Change-pain), hvilket metoden bygger ovenpå.

Metodiske forholdsregler

De følgende metodiske forholdsregler er opstillet på baggrund af andre studier eller for at fjerne implikationer.

- Musikken vælges af forsøgsdeltagerne, da selvvagt musik har størst effekt (Ridder, 2012; Gebauer & Vuust, 2013; Sakamoto et al., 2013) og har positiv effekt på agitation hos SD (ibid.; Pedersen et al., 2017).
  Såfremt dette ikke er muligt, udvælger musikterapeuten ud fra tidsmæssig relevans ift. forsøgspersonernes ungdomsår.
- Interventioner og humør-rating skal foregå om formiddagen mellem klokken 10 og 11 for at undgå mads påvirkning af aurosalniveauet i det autonome nervesystem (Sakamoto et al., 2013).

- Projektet udføres på forsøgspersonernes plejehjem, da et balanceret aurosalniveau muliggør opbygning af relation og kontakt, hvilket er en forudsætning for at føle sig integreret i fællesskaber og få dækket psykosociale behov (Ridder, 2012)
- Personale deltager i interventionerne, da det skaber tryghed. Derudover viser studier, at det har større positiv indflydelse på humør og SK (ibid.)

Projektets udførsel og tidsramme

Projektets udførsel består overordnet af 4 faser.

1. Udvælgelse af sample – 2 uger

   Et pilotprojekt udføres for at sikre, at de to opstillede VNVIS'er er verificerbare[7]. Deltagende plejehjem udvælges, hvorefter forsøgspersonerne til test- og kontrolgruppen findes ud fra kriteriet, svær demens (Vdf). Herefter fordeles forsøgspersonerne ud i det to grupper via tilfældighedsprincippet.

2. Forsøgsperiode - 6 uger

   Interventionsforløbene starter.

3. Efterbehandling – 2 uger

   Observationsskema gennemgås for alle 3 observatører og detaljer ift. observationsmulighederne i VNVIS'erne forklares. Jeg behandler resultaterne fra humør-rating'en med statistiske værktøjer. Interne og eksterne ligheder og forskelle hos grupperne undersøges. Observatørernes resultater sammenlignes ved en uafhængighedstest og behandles som VNVIS'en af Williams (Engström et al., 2011).

4. Sammenligning af metoder og vurdering – 2 uger

   Ved verificering af VMVIS'erne sammenlignes resultaterne fra begge metoder. Ud fra disse resultater vurderes det, om AGMT fremmer SK, herunder empati, hos SD.

Tidsrammen for projektet er 12 uger, og budgettet ses i bilag 2.

[7] Forskellige observatørers resultater har p-værdi under 5% ved uafhængighedstest.

Diskussion

Metodens faglige tyngde problematiseres, da jeg selv har opstillet VNVIS(m), VNVIS(s) og til dels humør-rating'en. Det øger den interne validitet, fordi jeg selv har designet metoden og sørget for, at fokus er SK og empati hos SD. Standardiserede analysemodeller har større faglig tyngde, men det var ikke muligt at finde. Trods dette øges metodens faglige tyngde, da en praktiker, musikterapeut Svend Eeg (se bilag 3), og en teoretiker, Kira Vibe Jespersen har vurderet VNVIS(m) og VNVIS(s). Det kan kritiseres, at verificerbarheden af VNVIS(m) og VNVIS(s) ikke er testet ved et pilotforsøg, dog udføres det i 1. fase.

Det er kritisk ud fra et neurologisk perspektiv, at forsøgets forløbstid kun er på 6 uger, da "music-making" har vist sig både at have kortsigtet og langsigtet påvirkning af den neurale plasticitet (Gebauer & Vuust, 2013). Det kan diskuteres, hvordan effekten af AGMT skal ses, og forløbstiden bygger i stedet ovenpå et studie, der finder, at kun kontinuerligt udførte musikinterventioner har effekt over længere tid (Sakamoto, 2013).

Yderligere er samplets udefinerede størrelse problematisk, da forsøgets repræsentativitet ikke kan vurderes. Samplets størrelse kan dog aldrig nå en repræsentativt størrelse, der kan generaliseres sikkert ud over større befolkninger, da forsøgspersonerne kun er fra 1 plejehjem, da andet ikke er realiserbart for 20.000 kr. Her undersøges effekten for alle neurogenerative demenssygdomme, da individualisering af behandlingsformer ift. demenssygdomme er urealistisk på plejehjemmene. Dette bevirker at resultatet bliver mindre specifikt.

Det ville være interessant at have et større neuropsykologisk fokus. Det kunne fx undersøges, hvorvidt dopamins interaktion med oxytocin under AGMT (Gebauer & Vuust, 2013) har effekt på dementes sociale kompetencer og livsglæde.

Perspektivering

Musikterapi kan ikke kun bruges til behandling af demente. Det har vist sig at have gavnlig effekt for mennesker vis hverdag påvirkes af vidt forskellige sygetilstande: Autisme, ADHD, posttraumatisk stress, angst og kroniske smerter (Beck & Lindvang, 2017). Derudover gør musikterapi også gavn for pårørende og omsorgsgivere (ibid.), og det har dermed bredere effekt end farmakologiske behandlinger. Dertil er det interessant, hvorfor brugen af nonfarmakologiske interventioner som musikterapi ikke er mere omfattende, da der netop findes evidens for dets

gavnlige effekt. Dog kan det tænkes, at brugen af disse typer behandlinger vil vokse i fremtiden med den stigende individualisme og spiritualisme, der allerede ses i dag. Det er afgørende for brugen af nonfarmakologiske interventioner, at det bliver en del af sundhedsvæsnet, da det i dag kræver en vis økonomisk kapital, og tilbuddet er derfor ikke gældende alle.

Tak

Først og fremmest vil jeg sige stor tak til min forskerkontakt, Kira Vibe Jespersen, Postdoc på Center for Music in the Brain. Derudover vil jeg takke min biologilærer, Marianne Yates fra Risskov Gymnasium, Svend Eeg, free lance musikterapeut, og min koordinater, Benjamin Kristensen fra Risskov Gymnasium.

Litteraturliste

Websites

Change Pain: Billedbibliotek:
http://www.change-pain.dk/grt-change-pain-portal/286601839.jsp (Change-pain), besøgt d. 29/10/18

Nationalt Videnscenter for Demens: Demensgrader:
http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/hvad-er-demens/sygdomsforloeb/demensgrader/ (VfD), besøgt d. 24/10/18

Rønholt, F. & Hansen-Nord, G.: Demens, adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer (BPSD):
https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/tilstande-og-sygdomme/demenssygdomme/demens-adfaerdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-bpsd/
(Sundhed), besøgt d. 24/10/18

Fotomateriale

Nationalt Videncenter for Demens: Musikterapi øger livskvalitet ved demens:
http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2016/03/musikterapi-oeger-livskvalitet-ved-demens/, besøgt d. 27/10/18

Bøger

Larsen, O.S. (2015-2016): *Psykologiens veje*. Systime. 2. Udgave 2. Oplag. ISBN 978-87-616-7121-9

Beck, B.D. & Lindvang, C.(Red.) (2017): *Musik, krop og følelser-neuroaffektive processer i musikterapi.* Frydenlund Academic. 1. Udgave, 1. Oplag. ISBN 978-87-7118-749-6.

Referencer

Engström, G., Marmstål, L., Williams, C. & Götell, E. (2011). Evaluation of communication behavior in persons with dementia during caregivers' singing. Licensee PAGEPress, Italy
Nursing Reports 2011; 1:e4. doi:10.4081/nursrep.2011.e4

Gebauer, L. & Vuust, P. (2013). Music Interventions in Health Care. Danish Sound Innovation Network, DTU, Kongens Lyngby.

Goméz-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríquez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E.M. & González-López-Arza, M.V. (2014). Benefits of music on behavior disorders subjects diagnosed with dementia: A systematic review. Neurologia. 2017; 32:253-263.

Payne, M.A. (2010). ”Use-It-or-Lose-It”? Interrogating an Educational Message from Teen Brain Research. Australian Journal of Teacher Educating. Vol 35, 5, August 2010.

Pedersen, S.K.A., Andersen, P.N., Lugo, R.G., Andreassen, M. & Sütterlin S. (2017). Effects of music on Agitation in Dementia: A Meta-analysis. Front. Psychol. 8:742. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00742

Raglio, A., Attardo, L., Gontero, G., Rollino, S., Groppo, E. & Granieri, E. (2015). Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. World J Psychiatr. 2015 March: 22;5(1):68-78.

Ridder, H.M.O. (2012). Forskning i musikterapi: Personer med demens. Dansk Musikterapi, 9(1), 3-12.

Ridder, H.M.O. (2017). Selvregulering og dyadisk regulering i musikterapi med demensramte. Frydenlund Academic, København. ISBN 978-87-7118-749-6.

Sakamoto, M., Ando,H. & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. International Psychogeriatric. 25:5,775-784.

van der Steen, J.T., van Soest-Poortvliet, M.C., van der Wouden, J.C., Bruinsma, M.S., Scholten, R.J.P.M. & Vink, A.C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database og Systematic Reviews 2017, issue 5. Art. No. CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.

Bilag 1

Social verbalt	Social nonverbalt	Asocial verbalt	Asocial nonverbalt	Empatisk	Ikke-empatisk
Sammenhængende Kommunikation	Rolig eller afslappet	Bander eller vrisser	Anspændt	Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Upassende smil
Relevant kommunikation	Virker Opmærksom eller interesseret	Irrelevant kommunikation	Virker ligeglad	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin
Positiv affekt	Smiler	Usammenhængende	Stirrer tomt ud i luften	Virker interesseret	Virker ligeglad
Spørger til en anden	Søger passiv kontakt (øjne)	Råber	Negativ affekt	Søger passiv kontakt (øjne)	Utålmodig eller egoistisk adfærd
Griner	Søger aktiv kontakt(handling)	Kommunikation giver ikke mening	Utålmodig eller egoistisk adfærd	Søger aktiv kontakt (handling)	Råber
Bruger anden persons navn	Hjælper/trøster et andet individ nonverbalt	Upassende grin	Upassende smil	Bruger anden persons navn	Bander eller vrisser
Hjælper/trøster et andet individ verbalt	Positiv affekt				**VNVIS(g)**

Bilag 2

Udgift	Kr. pr. session/i timen	Beskrivelse	I alt
1 Musikterapeut	1400 kr. pr. session (AGMT) (Inkl. kørsel og forberedelse)	12 sessioner 1400 kr. x 12	16.800 kr.
3 Observatører	200 kr. i timen	4 timer x 3 200 kr. x 4 x 3	2.400 kr.
			19.200 kr.

Musikterapeutens løn pr. session. baseres på løn ved et nuværende projekt af musikterapeut, Svend Eeg.

Bilag 3

Del af mailkorrespondance med Svend Eeg.

Fra: Svend Eeg [mailto:svend@eegmusikterapi.dk]
Sendt: 21. oktober 2018 14:29
Til: 'Thea Graversen'
Emne: SV: Forskerspirer projekt: Musikterapi og demens

Hej Thea.

Allerførst synes jeg det er rigtig flot fundet frem til med din ide og diverse vurderingsgrundlag,m scalering mv. Et rigtig interessant område som der helt sikkert er "fremtid" i at udforske. Der er meget fokus på både kvalitative og kvantitative undersøgelser på dette område.

Nu er jeg jo ikke klar over hvorledes og hvorvidt du forklarer div udtryk i VNVISerne, men for eksempel

- Hvor meget eller hvor lidt skal der til for at kalde noget *sammenhængende kommunikation, relevant kommunikation, etc.* Generelt vil det være godt at definere alle udtryk hvor man kan være i tvivl. Modsat kan man jo kun nynne eller ikke-nynne, eller råbe eller ikke-råbe, så de er jo logiske nok (i hvert fald hvis der registrereres én gang for nyn, eller råb i løbet af en session).

Jerg skynder mig at sende dette foreløbigt. Vender tilbage senere. Du er velkomme til specifikke /uddybende spørgsmål.

Venlig hilsen og god arbejdslyst

Svend