

# Musikterapi i palliativ omsorg på plejehjem

Hanne Mette Ochsner Ridder

## Abstract

Musikterapi anvendes ikke blot på hospice, men også ved palliativ omsorg på basisniveau på plejehjem. Der findes en del forskning og evidens for musikterapi på hospice, til gengæld er musikterapi i palliativ omsorg på plejehjem sparsomt beskrevet. I artiklen gives et kort overblik over forskning, og herudover inddrages to-spors-modellen som teoretisk fundament for det musikterapeutiske arbejde. Begrundelse og henvisningskriterier for musikterapi opsummeres, og som illustration på det musikterapeutiske arbejde beskrives et musikterapiforløb med Alma på snart 100 år, der bor på plejehjem. Casen er fra et større forskningsprojekt og dokumenteres med både kvantitative og kvalitative data. Det konkluderes at det kræver en særlig faglighed for personale, herunder musikterapeuter, der arbejder med palliativ omsorg på basisniveau, at de som en del af deres arbejde både må kunne rumme den enkelte patient/plejehjemsbeboer, men også den kontekst, vedkommende lever i, og ud fra to-spors-modellen både må have den nærtstående død for øje, og samtidig bekræfte livet.

## Nøkkelord

Musikterapi, palliativ omsorg, demens, to-spors-modellen, livskvalitet.

”Alma, som indenfor et par år kan holde sin 100 års fødselsdag, bor på plejehjem. Hun er under udredning for demens og er i perioder hallucineret og psykotisk, og ser og taler med imaginære personer. Men Alma husker mange ting, og hun er ofte verbal relevant. I de perioder, hvor Alma er psykotisk, er hun meget vred, skælder ud og råber, og virker meget forpint. Gerontopsykatrien er blevet kontaktet, og personalet og demenskonsulenten overvejer, hvorvidt der er tale om en Lewy-body demens – eller en psykiatrisk lidelse, idet Alma så vidt vides altid har haft ’et svært sind’” [1].

## Palliativ omsorg på basisniveau

Når Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer palliation er det en meget bred forståelse af det, at være døende, som ikke kun er afgrænset til den terminale fase. Der indgår ikke en præcisering af patientgruppen, men er fokus på grundlæggende behov som fx behovet for stadig at leve et liv med en høj grad af livskvalitet. I WHO's definition nævnes døden ikke, til gengæld formuleres den palliative behandling som det at leve livet *med* en livstruende sygdom. Dette gælder ikke bare for patienten selv, men ligeledes for pårørende.

“Den palliative behandling, pleje og omsorg er en indsats, som skal forbedre livskvaliteten for mennesker og deres familie, der lever med en livstruende sygdom.

Indsatsen sker ved at forebygge og lindre lidelsen ved tidlig afdækning og klar vurdering af sygdommen samt behandling af smerter og andre problemer af fysisk, psykosocial og åndelig karakter” [2].

På *Hospice Forum Danmarks* hjemmeside, som er en informationsportal for hospicetanken og palliativ indsats i Danmark, beskrives palliativ omsorg som en indsats der omfatter en bekræftelse af livet, smertelindring, psykologisk og åndelig omsorg samt støtte til pårørende. Dette er uddybet i følgende punkter:

### **Palliativ omsorg**

- bekræfter livet og betragter døden som en naturlig proces,
- hverken fremskynder eller udsætter døden,
- lindrer smerte og andre symptomer,
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter,
- tilbyder støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden,
- tilbyder støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet [3].

Ifølge Dansk Selskab for Palliativ Medicin, DSPaM, som blev stiftet i 2003, skelnes der mellem palliation på et specialiseret niveau, som varetages af personale på hospice, i palliative teams og specialafdelingen på hospitaler, og palliation på basisniveau og som foregår i eget hjem, på plejehjem og på hospital [4]. Denne artikel beskriver palliation på basisniveau som det forventes varetaget af personale på ethvert dansk plejehjem i forhold til ældre der lever med livstruende sygdomme. Her kan musikterapi få en særlig betydning i forhold til at sætte fokus på plejhjemsbeboerens psykosociale behov, fx i de sidste faser af en demenssygdom, og med en glidende overgang til den terminale fase. Som det netop er tilfældet med Alma, som beskrives i det indledende citat, og som vi senere vil vende tilbage til.

### **Musikterapi på hospice og plejehjem**

I den tværfaglige indsats på St Christopher's Hospice ved London, der kan betegnes som det første moderne hospice og som blev oprettet i 1967, tilbydes både individuel og gruppe-musikterapi [5]. I Danmark er der i 2011 tretten hospices med tre nye undervejs. På 6 af disse er der ansat en musikterapeut, og interessant nok er dette kun på de jyske<sup>1</sup> hospicer: KamillianerGaarden (Aalborg), Hospice Vendsyssel (Frederikshavn), Sct. Maria Hospice Center (Vejle), Hospice Djursland (Rønde), Anker Fjord Hospice (Hvide Sande) og Hospice Sydvestjylland (Esbjerg). På nogle af de øvrige hospicer har der i perioder været musikterapiprojekter, nemlig på Sct. Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Hospice Sjælland, Arresødal Hospice, Hospice Søholm, samt som hjemmebesøg ved Smerteklinikken i Holbæk.

Den første kandidat i musikterapi, som i 1999 blev ansat på et dansk hospice, er Marianne Bode, som efter et fire-måneders praktikforløb og efterfølgende specialeskrivning blev ansat på KamillianerGårdens hospice i Aalborg. Det er betegnende for hospicebevægelsens helhedstænkning at der i høj grad tænkes tværfagligt. Eksempelvis har KamillianerGården i Aalborg på deres hjemmeside anført at deres medarbejderstab består af følgende stillingskategorier: sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, læge, præst, fysioterapeut, økonom, køkkenassistent, socialrådgiver, koordinator for frivilligt arbejde, psykolog og musikterapeut.

Det afspejler i al tydelighed at der for at imødekomme hospicepatienternes behov tages udgangspunkt i et bredt tværfagligt samarbejde med henblik på at bidrage til sammenhæng og livskvalitet for den enkelte. Denne tværfaglighed er unik, og det må konstateres at den ikke er gældende for typiske plejehjem i Danmark, hvor der fx sjældent ansættes medarbejdere med en længerevarende akademisk uddannelse som fx psykologer eller musikterapeuter med henblik på at varetage kontakt i dagligdagen. Plejehjem og hospice er på ingen måde det samme og dækker ikke samme behov. Dog vil hver plejhjemsbeboer, som det også sker for Alma, efter et tidsrum skulle tilbydes palliativ pleje på basisniveau. Grænserne for hvornår det sker, kan være udtalte og uklare,

---

<sup>1</sup> Det skal i denne sammenhæng nævnes at den danske 5årige kandidatuddannelse i musikterapi har til huse i Jylland på Aalborg Universitet.

med mindre der er tale om et tydeligt skift i indsatsen fra personalets side ved fx akut sygdom med dødelig udgang.

### **Forskning i musikterapi og palliation**

Inden jeg beskriver musikterapeutisk palliativ omsorg vil jeg først give en kort introduktion til forskningen i dette felt. For at udvikle den palliative medicin skriver P. Sjøgren i lederartiklen i det danske *Ugeskrift for Læger*, hvor temaet er palliativ medicin som et selvstændigt medicinsk speciale, at det er væsentligt at ”der skabes akademiske miljøer, der kan initiere og stimulere forskning, udvikling og undervisning” [6]. I en artikel i samme temanummer diskuterer Sjøgren og Grønvold forskningsmetoder, og problematiserer anvendelsen af RCT-studier inden for det palliative område, da det kan være ”nødvendigt at være både pragmatisk og kreativ i valg af forskningsmetoder og design, ligesom kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder ofte er hensigtsmæssige” [7]. De fremhæver at forskning der omhandler patienternes og pårørendes psykosociale og åndelige/eksistentielle problemer bedst udforskes ved hjælp af kvalitative forskningsmetoder:

”Den palliative indsats er meget andet end symptomlindring, og et væsentligt element i den palliative forskning vedrører patienternes og de pårørendes psykosociale og åndelige/eksistentielle problemer. Mange af disse problemstillinger må studeres med kvalitative metoder. Det gælder for eksempel omsorgens åndelige dimension, patienters og pårørendes værdighed samt interpersonelle relationer i familien med videre” [7, s. 3741].

I forhold til musikterapeutisk forskning i palliation beskriver den australske musikterapeut Claire O’Callaghan [8] de første empiriske forskningsstudier og tager her udgangspunkt i Baileys undersøgelse af cancerpatienter fra 1983. Patienterne viser sig at være mindre anspændte og angst, humørmæssigt mere positivt stemte og som havende mere energi, når de lytter til sange, der bliver *sunget* for dem, frem for *optagelser* af de samme sange. I en anden undersøgelse fra 1985, hvor Baily gennemgik 465 cancerpatienter som fik musikterapi, fandt hun at de generelt berettede om en reduktion i smerte, bedre humør og bedre evne til at kommunikere. I en undersøgelse fra 1989 finder Whittall at 8 hospicepatienter, som får musikterapi ud fra en bestemt metode der omfatter ledsaget billeddannelse (guided imagery) og åndedræts- og afspændingsøvelser, var mindre angst.

O’Callaghan [8] giver en grundig oversigt over nyere forskning, hvor hun skelner mellem objektivistisk og konstruktivistisk forskning. Den objektivistiske forskning består af RCT-studier, og her kan samlet konkluderes at musikterapi viser en positiv effekt i forhold til følgende variable: humør, livskvalitet, afslapning, det diastoliske blodtryk (hviletrykket), velvære og glæde, og viser sig at reducere ubehag, puls, smerte, depression, angst og frygt. En nyere undersøgelse af Rob og kolleger viser bl.a. at coping og det, at kunne tage initiativ, bedres ved aktiv musikterapi [9]. I forhold til den konstruktivistiske forskning refererer O’Callaghan til en lang række studier hvor fokus er på patienternes subjektive oplevelse af musikterapi med anvendelse af kvalitative forskningsmetoder som fænomenologi, hermeneutik og grounded theory. Denne forskning viser hvordan musikterapi kan reducere oplevelsen af modgang, kan bekræfte lysten til livet samt skabe positive sociale, spirituelle og emotionelle oplevelser [8].

Jeg har ikke kunnet finde frem til effektstudier vedr. musikterapi og palliation på *plejehjem*. I bogen ’Musik & Demens’ [10] gives i et kapitel om ’Musikterapi med døende demensramte’ en gennemgang af den sparsomme litteratur der beskriver klinisk praksis i forhold til emnet, og her refereres bl.a. til musikterapeut Ruth Brights arbejde gennem en lang årrække med demensramte i

Australien. Musikterapi i palliativ omsorg på *hospice* og med cancerpatienter i forskellige stadier er udover O'Callaghans litteraturgennemgang omfattende beskrevet i Aldridge [11], Bonde [12], Dileo og Loewy [13] og Hartley & Payne [14].

### Sorgarbejdets to spor

En artikel, der ifølge O'Callaghan [8] satte skub i en bred international interesse for anvendelsen af musik og musikterapi i palliativ pleje, er en artikel fra 1978 i det canadiske lægetidsskrift. Artiklen er skrevet af musikterapeut Susan Monro sammen med læge Balfour Mount [15], som bl.a. specialiserede sig i palliation på førnævnte St Christopher's Hospice i London. Munro & Mount nævner følgende henvisningskriterier til musikterapi for patienter i palliativ pleje:

- ekstrem angst,
- foruroligende isolation/tilbagetrækning,
- sproglige barrierer,
- problemer med at interagere med andre, samt
- uudholdelig smerte [15, s.1030].

De beskriver hvordan de multidimensionale kvaliteter, som musik har, kan anvendes i musikterapi med henblik på at berøre flere planer af bevidstheden, og de giver en række eksempler på hvordan musik kan anvendes på et fysisk, psykologisk, socialt og spirituelt plan.

Munro & Mount henviser i deres arbejde til Kübler-Ross teori om 5 følelsesmæssige stadier eller mentale tilpasninger som den døende patient gennemgår [16]. Psykiater Elisabeth Kübler-Ross interviewede over 500 døende patienter og har ud fra dette materiale beskrevet 5 faser i dødsprocessen. Kübler-Ross model for dødsprocessen har parallel til teorier om krise eller sorg, hvor der er tale om at skulle gennem en konfrontation med sit tab (og en viden om at man skal dø) og at dette medfører en kæde af reaktioner i en særlig bearbejdningsproces. I sit kandidatspeciale på musikterapiuddannelsen knytter Bente Knudsen [17] mange års arbejde med musikterapi inden for ældreområdet sammen med en gennemgang af udvalgte teorier om sorg. Bl.a. gennemgår hun psykoanalysens sorgteori, hvor kærlighed forklares som en binding af libidinøs energi. Når en person oplever et tab kan et vellykket sorgarbejde til sidst frigøre personen fra bindingen til det mistede objekt. Dette 'Trauerarbeit', som er beskrevet af Freud tilbage i 1917, foregår i en langsommelig og fortløbende proces, og kun ved konfrontation med tabet kan den sørgende frigøre sig fra sorgen.

Overført til en forståelse af den proces, terminalt syge må igennem, vil den døende fx som Kübler-Ross (1969) beskriver det, igennem en proces hvor reaktioner som *benægtelse* vil afløses af *vrede*, derefter *forhandling*, som handler om at forsøge at finde en anden udvej, og når det viser sig, at det ikke kan lade sig gøre, må den syge gennem en *depressiv* fase, for måske til sidst at opleve en *accept* af tabet eller af at se sin egen nærtstående død i øjnene. Som modsætning til disse måder at forstå sorgarbejde på som faser i dødsprocessen, tager Knudsen udgangspunkt i to-spor-modellen:

"Sorgarbejdet formuleres som en vekselvirkning mellem to spor. Tabsorientering og genoprettelse, *følelsesforløsning og mestring*. Der bygges bro mellem Freudiansk forståelse, tilknytningsteori (Bowlby) samt kognitiv stress teori" [17, s.34].

Knudsens primære kilde til beskrivelse af to-spor-modellen er Stroebe & Schuts bog "Death Studies" fra 1999, som også anvendes i danske sammenhænge af fx Maja O'Connor fra Århus Universitet som forsker i gerontologi og krise- og traumepsykologi. Modellen beskriver en

vekselvirkning mellem de to tilsyneladende helt modsatrettede processer i forhold til at møde sorgen og fokusere på tabet, *eller* at fokusere på hvordan man slipper sorgen og lever videre. Det ene spor svarer til det traditionelle sorgarbejde hvor personen dykker ned i de smertefulde følelser omkring sorgen og visheden om den nærtstående død. I det andet spor ses der væk fra sorgen og personen genopretter sin hverdag og finder sig tilrette i et liv som måske er meget tæt på at være slut, men som stadig kræver at leves. Bente Knudsen, som der her refereres til, har desuden beskrevet det musikterapeutiske forløb med Alma, som senere inddrages som caseeksempel i denne artikel.

### **Hvorfor musikterapi?**

Den første sans, der udvikles hos et foster, er høresansen, og spædbørn er i stand til at genkende stemmer, lyde eller musik som de har hørt, mens de lå i livmoderen [18]. Vi kan ikke lukke af for hørelsen, på samme måde som vi kan lukke øjnene, og selv i dyb søvn kan vi høre. Alligevel er vi i stand til at lukke lyde ude. Vi kan vænne os til urets tikken, computerens summen eller strømmen af biler på gaden, og vi kan også rette vores opmærksomhed mod nogle bestemte lyde, eller en bestemt samtale, mens vi ikke ænser andre lyde og dialoger [18]. At kunne høre lyde, toner, klange og rytmer er vigtigt for menneskets overlevelse, hvad enten det drejer sig om at forholde sig til faresignaler eller orientere sig i den moderne trafik, i en fortids urskov eller i mørke. Men herudover er det høresansen, der forbinder os med andre mennesker, ligesom den er vigtig i forhold til hvordan vi bevæger os og holder balancen. Den har således en stor betydning for kommunikation med andre. Om dette skriver den tyske neurolog Manfred Spitzer [19] at vi bruger hørelsen når vi kommunikerer med vores omverden. Som enhver opmærksomhedsfunktion er hørelsen aktiv, og især når vi lytter til musik er denne aktive side af opmærksomheden vigtig. Begreber som melodi og harmoni, rytme og form, klang og timing/tidsstrukturer opstår først via hjerneprocesser når vi aktivt oplever musik [19, s.21]

Ligesom hørelsen beskrives som vores først udviklede sans, beskrives hørelsen som den sidste sans, vi mister. Dette fremhæver Marianne Bode i artiklen 'Hørelsen er det sidste, vi mister' der giver et indblik i hendes arbejde som musikterapeut på hospice [20]. Når den døende ikke længere har kræfter eller mulighed for at være aktiv på andre måder, kan selve dét, aktivt at lytte til musik, være en måde at være sammen med et andet menneske på. Har den døende kræfter til det, kan sang eller spil på instrumenter sammen med andre danne grundlag for musikterapien. Hvorfor musik kan være et vigtigt redskab i terapi i palliativ pleje har Sanfi & Bonde [21] opsummeret som følger:

- Musik kan påvirke den døende fysisk, psykisk, spirituelt og socialt
- Terapeutisk brug af musik kan tilpasses den døendes individuelle behov
- Musik kan udtrykke, afspejle og rumme kompleksiteten i vores følelser på en symbolsk måde
- Musik kan ændre vores følelser, skabe særlige stemninger og transformere oplevelser af lidelse og afmagt til noget meningsfuldt
- Musik kan skabe en tryk ramme, hvori svære følelser og tanker kan udtrykkes, rummes, tilnærmes og bearbejdes
- Musik appellerer til de raske sider af den døende og kan skabe en ramme, hvor f.eks. pårørende og personale er på lige fod
- Musik kan skabe samhørighed og nærhed mellem mennesker
- Musik har en særlig evne til at fremkalde billeder, følelser, stemninger og minder, og musik kan ændre vores opfattelse af tid og sted
- Musik kan være en nøgle til kontakt med egen kreativitet og egne ressourcer [21].



I musikterapi i palliativ omsorg anvendes både aktive og receptive teknikker. Aktiv musikterapi indbefatter aktiviteter og processer hvor man spiller, synger, komponerer eller opfører musik i forskellige rammer fx:

- At vælge/synge sange
  - Brug af temaer i sange som afsæt for samtale relateret til den døendes følelser, tanker, livshistorie, den aktuelle situation, mm
- Sangskrivning
  - Tanker, følelser og erindringer kan udtrykkes/bearbejdes i en æstetisk form
- Improvisation på instrumenter og/eller med stemmen
  - Via improvisation kan lettelse, håb eller ambivalente og svære følelser og tanker blive udtrykt, spejlet og rummet – og evt. gøres til genstand for verbal bearbejdning

Receptiv musikterapi indbefatter aktiviteter og processer hvor patienten lytter til indspillet eller levende musik i forskellige rammer fx:

- Musiklytning m/u verbal instruktion med fokus på
  - afspænding/hvile, smertelindring, regulering af følelser, regulering af vejrtrækning, bearbejdning af problemstillinger
- Musikalsk erindring/livshistorie
  - Målrettet brug af specifikke sange og musikværker med en speciel betydning i den døendes liv, fx sange fra barndommen, den første forelskelse, bryllup osv. (se Sanfi & Bonde [21]).

### **Musikterapiens mange funktioner**

I forhold til musik og kultur beskriver Kulturministeriet i Danmark musik som central:

”Musik indtager i alle samfund en helt central funktion som bærer af kulturelle værdier og normer”  
(Kulturministeriet 2010).

Musikken kan bevidst bruges som en bærer af kulturelle værdier og normer, og kan anvendes til at ’farve’ stemninger og beskrives ofte som havende miljøterapeutisk karakter. Musikterapeuten er bevidst om hvordan musik inddrages i fx morgensang, fællesarrangementer og koncerter, samt hvordan baggrundsmusik eller receptive musikoplevelser påvirker stemning og lydmiljø. I et længerevarende praktikforløb på 9. semester beskriver musikterapistuderende Barbara Harbo Ilskov hvordan hun 3 dage om ugen står for morgensang på hospice Sydvestjylland.

Kl. ca. 9.30 spiller jeg rolig morgenstemningsmusik på gangen mellem de to patientafdelinger som signal til at der snart er morgensang. Når personale og patienter er klar, synger vi 2-3 sange sammen. Sangene er typisk fra højskolesangbogen, og det er forskelligt hvem der foreslår hvad vi skal synge. Jeg sidder ved klaveret, mens deltagerne står eller sidder hvor det passer bedst. Efter sangene går de ansatte videre med deres arbejde, og hvis situationen lægger op til det, fortsætter jeg med at spille for patienter og pårørende.

Udbyttet af musikterapien afhænger af humør, antal deltagere og af spontane input. Nogle gange er stemningen glad og let, og der vælges sange der understreger dette. Andre gange er stemningen trykket, og der vælges sange med stærke temaer, og deles spontant følelser og minder, som vækkes af sangene [22].

Morgensangen i ovenstående beskrivelse får en vigtig funktion i forhold til at styrke fællesskabet uanset om man er patient/plejhjemsbeboer, personale, pårørende eller frivillig. For

musikterapeuten giver morgensangen mulighed for at få indblik i hvad der rører sig på afdelingen og for at vise sin tilstedeværelse med henblik på dagens øvrige musikterapeutiske arbejde. Herudover giver morgensangen iflg. Ilskov mulighed for at give positive og meningsfulde oplevelser for alle deltagere, løfte stemningen, skabe et rum, hvor musikken og sangteksterne er talerør og åbner for snak om teksterne. Samtidig markerer morgensangen som et fast ritual starten på dagen samt højtider og årstider. Den får karakter af et kontinuerligt forløb, hvilket er i kontrast til livet for den døende som består af konstante brud på kontinuiteten.

Hele rammen omkring morgensangen og den musik, der vælges, kan beskrives som bærer af de kulturelle værdier og normer der afspejles på det enkelte hospice. En mere komprimeret udgave som kulturbærer kan fx være til gudstjenester, hvor de åndelige værdier får en central plads. En særlig form er de såkaldte Taize-gudstjenester der som udgangspunkt favner vidt forskellige kristne baggrunde, og mest er kendt for de meget meditative sange, som nu også indgår i Den Danske Salmebog.

Musikterapien dækker herudover mange andre funktioner. Udover at patienter kan tilbydes individuel musikterapi på deres stue kan pårørende tilbydes musikterapi. Musikterapi kan foregå i grupper og til fællesarrangementer, og både på hospice og plejehjem deltager musikterapeuten oftest i udsyngning når en borger er død, og evt., som forberedelse til dette og til selve begravelsen, at hjælpe den døende med selv at vælge musikken.

En musikterapeut der arbejder med palliativ omsorg må således både kunne arbejde i det individuelle rum samt i større sammenhænge til arrangementer af meget forskellig karakter. Samtidig må musikterapeuten i flg. to-spors-modellen kunne opfange hvilken proces det er mest hensigtsmæssigt at understøtte for den enkelte. På den ene side kræves det at kunne være til stede med et andet menneske, der er i dyb sorg. For at være nærværende må terapeuten forholde sig til og/eller rumme sin egen sorg og død. På den anden side må terapeuten kunne bakke op og være nærværende når patienten har brug for at holde fri fra det belastende sorgarbejde.

### **Henvi sning til musikterapi**

Henvi sning til musikterapi vil typisk være en direkte henvendelse ud fra en tværfaglig vurdering. Ofte vil der i teamet være fokus på særlige problemstillinger som gør musikterapi egnet, fx hvor det er vanskeligt at opnå verbal kontakt eller ved en særlig interesse for musik.

Formålet med den musikterapeutiske indsats er at imødekomme patientens og de pårørendes behov (Sanfi & Bonde 2010). Generelt kan henvi sning til musikterapi af patienter i palliativ omsorg være begrundet i behov som kan være relateret til processer der drejer sig om *både* følelsesforløsning og mestring hvilket er beskrevet i to-spors-modellen. Henvi sning kan således med henblik på *følelsesforløsende mål* være motiveret ud fra behov for ...

- at udtrykke og bearbejde følelser og tanker relateret til sygdommen og den forestående død
- at erindre episoder i livshistorien og udtrykke/bearbejde uafklarede følelser relateret til disse
- sorgarbejde
- at afklare værdier og forhold til pårørende
- at få følgeskab i mødet med situationer og tilstande der er angstfyldte.

Henvi sning kan *samtidig*, og med henblik på *mestringsrelaterede og genoprettende mål*, være motiveret ud fra behov for ...

- smertelindring
- afspænding/hvile
- at opleve et frirum fra sygdom
- at fokusere på den døendes og pårørendes livskvalitet
- at forbedre stemningslejet, herunder at reducere angst og stress
- at erindre episoder i livshistorien der bekræfter personens identitet og selvværd
- at lette samvær og kommunikation med pårørende.

### Case: Musikterapeutisk forløb med Alma

I det følgende vil jeg illustrere musikterapeutisk arbejde i palliativ omsorg med en casebeskrivelse. Alma, som kort er introduceret i indledningen af artiklen, er henvist til musikterapi med henblik på at lindre og få mere klarhed over tiltagende psykose. Hun bor på plejehjem, og der er ikke hos hverken personalet eller musikterapeuten taget et valg om at yde en palliativ omsorg. Ved starten af forløbet forventes Alma stadig at have mange år at leve i, men sidst i forløbet bliver det dog tydeligt at Alma er ”mere og mere svækket” [1]. Fra samtaler med personalet samt fra Almas journal ved musikterapeuten at Alma kort før sin død ”i stigende grad gav udtryk for at hun ønskede at dø og begyndte at undsige sig mad, drikke og medicin” [1].

Alma beskrives som værende meget glad for musik. Hun har sunget meget og ”kender alle sangene” [1]. Da musikterapiforløbet påbegyndes i september 2010, medicineres Alma med Citalopram og Mirtazapin (som er antidepressive midler) og Seroque (mod sindslidelse). Alma husker og genkender musikterapeuten fra gang til gang, og hun virker umiddelbart venlig, ’levende’, imødekommende, nærværende og motiveret. I en beskrivelse af den musikterapeutiske metode skriver Bente Knudsen [1] følgende.

”Der var en god kontakt med Alma fra starten af forløbet, og det var ’nemt’ at etablere et musikalsk samvær. Det at udfolde sig musikalsk var netop Almas styrke og ressource igennem hele forløbet. Alma talte ofte med en imaginær person – ”ham” – og det var et tema og en udfordring at finde måder at håndtere denne imaginære person på, både for Alma og mig som terapeut.

Musikterapisessionerne blev tilbudt på faste tidspunkter 2 gange om ugen og foregik i Almas lejlighed. Den primære musikterapeutiske metode var sang, men også spil på instrumenter fungerede godt – især var Alma glad for at spille på tromme til sangene.

Alma kendte og genkendte så mange sange, og hendes glæde ved at synge, og den struktur sangene gav hende kunne ofte ’overmande’ det som var ’tungt’ og destruktivt. Og netop de to modsatte aspekter blev et centralt tema: Almas umiddelbare glæde/udfoldelse og nærvær, kontra en form for destruktivitet og forpinthed. Bevidstheden om sangenes regulerende funktion i forhold til arousalniveau<sup>2</sup> var vigtigt metodisk.

Ved hjælp af sangene – eller min blotte tilstede værelse – kunne Alma rummes<sup>3</sup> nonverbalt, når hun var hallucineret eller trist. En enkelt gang formåede Alma at bruge min sang som container for sin vrede og afmagt.

Alma reminiscerede ofte på baggrund af sangene, og jeg havde høj grad af fokus på det aspekt – musikalsk som verbalt. ”Der er lys i lygten, lille mor” var en sang, som Alma flere gange vendte tilbage til. Udover at sangen formidler en struktur i kraft af det gentagne omkvæd, så var den også med til at stimulere erindringen og initiere korte snakke om Almas far og mor samt episoder/stemninger fra

<sup>2</sup> Vedr. musikterapi og arousalregulering; se Ridder (2007)

<sup>3</sup> Vedr. musikterapi og psykodynamiske teknikker som holding, validering og facilitering; se Ridder (2007)



Almas barndom. Salmen ”Fred hviler over land og by” sang vi ofte – den vakte positiv reminiscens – og gav ro.

Ved hjælp af cues – første linie eller ord i en sang – blev den musikalske kontakt skabt – og de fleste sessioner blev afrundet med et slutcue i form af ”I skovens dybe stille ro”, som Alma i flg. personalet forbandt med afslutning, idet sangen havde fungeret som sådan i andre sammenhænge i Almas liv” [1].

Alma har deltaget i 12 musikterapisessioner på 6 uger. Da musikterapeuten skal vurdere Almas udbytte af musikterapiforløbet skriver hun følgende:

”Alma havde en så umiddelbar glæde ved at udfolde sig musikalsk, så hun – når hun havde det godt – nød musikterapien meget, udfoldede sig igennem sang og instrumentspil (tromme) – huskede sange spontant og i det hele taget var meget aktiv og nærværende. Jeg oplevede Alma tryk ved både den personlige og den musikalske kontakt fra starten, og opbygning af en terapeutisk alliance var således uproblematisk.

Men Alma var i indimellem dybt hallucineret og forpint; det oplevede jeg især i slutningen af forløbet. De gange var Alma så forpint, at hun havde svært ved at rumme musikalsk intervention. Adspurgt, gav Alma dog udtryk for at jeg gerne måtte være der – så det var jeg. Det drejede sig om forholdsvis lange sessioner, og typisk var det muligt at opnå konstruktiv kontakt og musikalsk samvær i sidste del af sessionen. Jeg har således oplevet Alma i musikterapien ’bevæge sig’ fra en hallucineret og forpint tilstand til en tilstedeværelse her og nu – og en ’lethed’. Jeg har oplevet at ankerpunkter som min blotte tilstedeværelse, evt. fysisk kontakt (holde i hånd) og sange, har ’løftet’ Alma tilbage til virkeligheden. Jeg har set Alma gå fra at være vred og hallucineret i starten af sessionen til efter session at sidde i fællesrummet og veltilpas synge nogle af de sange, vi havde sunget i sessionen.

Om forløbet også var med til at forstærke nogle af de ’svære’ følelser Alma havde? Jeg har oplevet at sessionerne var med til at skabe et ’rum’ for Almas angst. Jeg har overordnet oplevet at de musikterapeutiske sessioner ’virkede’ i nuet – og umiddelbart efter gav Alma overskud og bidrog til at styrke hendes ressourceområder” [1].

Musikterapiforløbet med Alma, som foregik i Vejle Kommune, indgår i en pilotundersøgelse [23] der forventes afsluttet i 2011. De plejehjem, der indgik i dataindsamling, skulle udvælge to beboere, hvoraf den ene fik musikterapi med det samme, og den anden kom på venteliste. Alma startede med musikterapiforløbet og i figur 1-3 ses de kvantitative målinger der blev foretaget *før* (DataPoint-1) og *efter* (DataPoint-2) de 6 ugers musikterapi. Disse målinger vil ved undersøgelsens afslutning indgå i en større pulje i en randomiseret, kontrolleret undersøgelse.

I Almas tilfælde ses at hendes fysisk-aggressive agiterede adfærd (målt vha. CMAI; Cohen-Mahnsfield Agitation Inventory) falder fra *før* til *efter* musikterapien (se figur 1). Ligeledes falder den fysisk ikke-aggressive, den verbalt aggressive og den verbalt ikke-aggressive agiterede adfærd. Den samlede numeriske værdi i fht. agiteret adfærd er 40 *før* musikterapien påbegyndes, og 23 en uge *efter* at musikterapien er afsluttet. Det vurderes i høj grad som positivt at der ses dette fald i agiteret adfærd hos Alma.

[Indsæt figur 1]

**Figur 1:** Fire grupper af agiteret adfærd *før* (DP-1, grå søjle) og *efter* (DP-2, sort søjle) 6 uger med 12 musikterapisessioner.

Det er Almas kontaktperson der via et telefoninterview bedes forholde sig til de 29 spørgsmål om agiteret adfærd. Hun bedes ligeledes forholde sig forstyrrelsesgraden af denne adfærd. Her vurderes den fysisk-aggressive adfærd at forstyrre lige meget *før* og *efter* musikterapiforløbet, og den fysisk ikke-aggressive adfærd vurderes til slet ikke at forstyrre. Til gengæld vurderes Almas verbale adfærd at forstyrre mere *efter* musikterapiforløbet, især den verbalt-aggressive adfærd. Det vurderes som negativt at den agiterede adfærd virker mere forstyrrende på kontaktpersonale, men det må konstateres at det kun er en svag stigning som samlet stiger fra 11 *før* musikterapien til 16 *efter*.

[Indsæt figur 2]

**Figur 2:** Forstyrrelsesgraden af agiteret adfærd *før* (DP-1, grå søjle) og *efter* (DP-2, sort søjle) 6 uger med 12 musikterapisessioner.

De tre variable der måles på i undersøgelsen er: agiteret adfærd (CMAI), livskvalitet (ADRQL) og medicinering. Der viste sig ingen forandring i medicinering over de 6 uger. Til gengæld sås en stigning i den samlede numeriske livskvalitetsscore som er 296 *før* musikterapiforløbet og 334 *efter*. Det vurderes som positivt at Almas livskvalitet viser en stigning fra *før* til *efter* musikterapien.

[Indsæt figur 3]

**Figur 3:** Den samlede numeriske livskvalitetsscore (ADRQL) er 296 *før* (lys søjle) og 334 *efter* (mørkegrå søjle) 6 uger med 12 musikterapisessioner.

Disse foreløbige tal kan naturligvis ikke stå alene, og vil indgå i et større kontrolleret effektstudie.

Casen med Alma illustrerer musikterapeutisk omsorgsarbejde på plejehjem som foregår i gråzonen mellem almindelig pleje og omsorg, og en decideret palliativ indsats. Musikterapeuten har ikke umiddelbart fokus på den forestående død, da Alma trods sin høje alder, ikke viser tegn på at være døende. Musikterapien har ifølge musikterapeuten givet Alma overskud og bidraget til at styrke hendes ressourceområder, og har ifølge de kvantitative målinger reduceret urolig adfærd og øget livskvalitet. Musikterapeutens har hele forløbet igennem haft fokus på at hjælpe Alma til at finde ro, særligt når hun er hallucineret, hvilket ligeledes kan være afgørende i arbejdet med personer der tydeligt er i den terminale fase.

”Selvom dataindsamlingen stoppede, fortsatte Alma i musikterapi i et par måneder med ugentlige sessioner og enkelte afbrydelser pga. ferier. Alma døde i slutningen af januar 2011. De sidste par gange var Alma meget træt og blundede i sessionen – det var ikke sket før. Men hun var ikke sengeliggende under nogen sessioner og var ikke som sådan terminal de sidste gange jeg var der. De sidste to gange bød jeg kun ind med sang og ’tilstedeværelse’ hvor begge dele var afstemt hendes tilstand” [1].

## Konklusion

I artiklen beskrives musikterapi i palliativ omsorg på basisniveau. For at kunne beskrive feltet inddrages forskning og litteratur der ligeledes omfatter musikterapi på hospice, men der sættes fokus på palliativ omsorg for beboere på plejehjem, hvor musikterapeuten kan byde ind med en lang række funktioner. I musikterapien har terapeuten fokus på at udtrykke og bearbejde følelser, på

livshistorie og erindring, og på at rumme den angst, der udtrykkes. Samtidig arbejdes på at finde afspænding og hvile, finde glæde og livskvalitet, bekræfte personens identitet og bidrage til at kunne indgå i samvær med andre. Således kan musikken, om det drejer sig om sang, spil på instrumenter eller musiklytning, være et meget vigtigt redskab til at yde en palliativ omsorg hvor formålet er at dække grundlæggende psykosociale behov. Det kræver en særlig faglighed for personale der arbejder med palliativ omsorg på basisniveau da de som en del af deres arbejde både må kunne rumme den enkelte patient/plejehjemsbeboer, men også den kontekst, vedkommende lever i, og ud fra to-spors-modellen både må have den nærtstående død for øje, og samtidig bekræfte livet.

### Tak til:

- Alma, som her er anonymiseret, samt hendes pårørende.
- Bente L. Knudsen, som er Cand.mag. i musikterapi og siden 2008 er ansat som musikterapeut i Vejle Kommune.
- Senior Service, Vejle Kommune, som har bidraget til dataindsamling til det forskningsprojekt, Alma indgår i.

### Referencer

1. Knudsen BL. Afrapportering af musikterapiforløb i forbindelse med pilotprojektet: Effekten af individuel musikterapi på livskvalitet, agiteret adfærd og medicinering hos personer med demens. RCT samt multiple cases. Se Ridder & Stige, 2011. Alle personhenførbare data i teksten er ændret af hensyn til den demensramte persons identitet. 2011.
2. WHO 2002, i Hospiceforums oversættelse. Hospiceforum [Internethjemmeside]. [www.hospiceforum.dk](http://www.hospiceforum.dk). Hentet 19.04.2011.
3. Hospiceforum [Internethjemmeside]. [www.hospiceforum.dk](http://www.hospiceforum.dk). Hentet 19.04.2011.
4. DSPaM, Dansk Selskab for Palliativ Medicin. *Program for Det Gode Hospice i Danmark*. En skitse til hospice som en del af den palliative indsats. 2009 udgave. [Internethjemmeside]. [www.palliativmedicin.dk](http://www.palliativmedicin.dk). Hentet 19.04.2011.
5. St Christopher's Hospice [Internethjemmeside]. [www.stchristophers.org.uk](http://www.stchristophers.org.uk). Hentet 19.04.2011.
6. Sjøgren P. Palliativ medicin – et selvstændigt medicinsk speciale? Leder. *Ugeskrift for Læger*, 169(44), s.3735. 2007.
7. Grønvold M & Sjøgren P. Forskning i palliativ indsats. *Ugeskrift for Læger*, 169(44), s.3740-42. s.41. 2007.
8. O'Callaghan C. Objectivist and constructivist music therapy research in oncology and palliative care: an overview and reflection. *Music and Medicine*, 1(1), s. 41-60. 2009.
9. Robb SL, Clair AA, Watanabe M, Monohan PO, Azzouz F, Stouffer JW, et al. A non-randomized controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer. *Psycho-Oncology*, 17, s. 699-708. 2008.
10. Ridder HM. *Musik & Demens. Musikterapi og musikaktiviteter med demensramte*. Århus: Forlaget Klim. 2005.
11. Aldridge D (Ed.). *Music Therapy in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers. 1999.
12. Bonde LO. *The Bonny Method of guided Imagery and Music (bmgim) with Cancer Survivors. A Psychological Study with focus on the Influence of BMGIM on Mood and Quality of Life*. PhD thesis, Aalborg University. Tilgængelig på internetsiden: [www.mt-phd.aau.dk/organisation/Past+PhD+researchers/](http://www.mt-phd.aau.dk/organisation/Past+PhD+researchers/). 2005.
13. Dileo C & Loewy JV. *Music Therapy at the end of Life*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books. 2005

14. Hartley N & Payne M. *The Creative Arts in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers. 2008.
15. Munro S & Mount B. Music Therapy in Palliative Care. *Canadian Medical Association Journal*, 119, November 4. 1978.
16. Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillian. 1969.
17. Knudsen BL. *Sorg & Livsmod. "Livsmodsgruppe" i Plejeboligregi – et Musikterapeutisk Bidrag*. Specialeafhandling i Musikterapi, Aalborg Universitet. 2008.
18. Bonde LO. *Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi*. København: Samfundslitteratur. 2009.
19. Spitzer M. *Musik im Kopf. Hören, musizieren, verstehen und erleben im neuronalen netzwerk*. Stuttgart: Schattauer. 2006.
20. Bode M. Hørelsen er det sidste, vi mister. Artikel skrevet af Karin Dahl Hansen, *Kristeligt Dagblad*, 29. juli 2002.
21. Sanfi I & Bonde LO. *Serie 6: Musikterapi inden for det palliative behandlingsområde. DVD: Musikterapi i Danmark*. Aalborg: Institut for Kommunikation. 2010.
22. Ilskov BH. Email-korrespondance vedr. Beskrivelse af Ilskovs musikterapeutiske arbejde på hospice. 2009.
23. Ridder HM & Stige B. A Joint Research protocol for Music Therapy in Dementia Care. *Proceedings of the 13<sup>th</sup> WFMT World Congress of Music Therapy*. July 5-9, 2011, Seoul, Korea. 2011.
24. Ridder HM. En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier. I L.O. Bonde (Ed) *Musik og Psykologi. Psyke og Logos, 2007(1)*. København: Dansk Psykologisk Forlag. 2007.