

Først og fremmest dokumenterer denne undersøgelse, at musikterapi udgør en integreret del af behandlingen på adskillige psykiatriske institutioner i både hospitals- og socialpsykiatrien.

- Niels Hannibal -



Niels Hannibal

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d. grad i 2001. Har siden været adjunkt på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet. I perioder har han også fungeret som studieleder. Foruden dette har Niels Hannibal arbejdet som klinisk musikterapeut og udført forskning på musikterapiklinikken.

Beskrivelse af patientpopulatio- nen i klinisk musikterapi

på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003 - juli 2004

Niels Hannibal

Resumé: Denne artikel indeholder præsentation og analyse af data indsamlet på 5 psykiatriske institutioner i Danmark, der har musikterapi i behandlingen. Formålet med undersøgelsen er dels at beskrive den patientgruppe der modtager musikterapi i psykiatrien, og dels undersøge om enkelte variable kan prædiktere drop-out fra behandlingen. Både demografiske, psykiatriske og terapeutiske data indsamles fra 91 patienter, der har modtaget musikterapi i perioden august 2003 til juli 2004. Undersøgelsen viser, at i denne gruppe rekrutteres patienterne overvejende fra hospitalerne, de har ofte enten skizofreni lidelser eller personlighedsforstyrrelser. 16 % dropper i gennemsnit ud af behandlingen. Der var ingen enkelte variable, der prædikterede drop-out fra behandlingen.

Indledning

Denne artikel præsenterer resultaterne af det første forsøg på at fremstille en samlet beskrivelse og undersøgelse af hvem, der modtager musikterapeutisk behandling i psykiatrien i Danmark. En tidligere undersøgelse på musikterapeutiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus (Hannibal et al. 2005) viste, at patienter med diagnoser inden for ICD-10 kategorierne F 20 (skizofreni o.l.) og F 60 (personlighedsforstyrrelser) procentvis var den altdominerende målgruppe. Dette bekræfter delvist den kliniske erfaring, vi har gjort, at disse patienter, der almindeligvis betragtes som vanskelige at hjælpe gennem psykoterapi, modtager musikterapi. Den omtalte undersøgelse undersøger ikke effekten af behandlingen. I stedet rettes fokus mod, hvor længe og hvor stabilt patienter deltager i behandlingen. Grunden til dette fokus udspringer af følgende hypotese: Stabilt frem-

møde er indikation for kompliance med behandlingen, hvilket igen indikerer en positiv grad af behandlingsalliance og motivation fra patientens side. At patienterne møder frem til behandlingen og overholder behandlingskontrakten, fortæller ikke noget om det udbytte, de potentielt måtte få med behandlingen. I nærværende artikel er det hensigten at benytte disse data til at undersøge, om enkelte variable kan prædiktere drop-out fra behandlingen.

Musikterapiens målgruppe udgøres primært af patienter, der enten ikke kan profitere af, eller som ikke kan motiveres til verbal terapi, og af patienter, der behøver terapeutisk bistand både som indledende og opfølgende tiltag i forbindelse med indlæggelse.

Musikterapi i Danmark har eksisteret i psykiatrien i mere end 15 år, og musikterapeuter med stillinger indenfor det psykiatriske felt har dannet en arbejds- og forskningsgruppe

Indgår i undersøgelsen	Psykiatriske Sygehus, Frederiksborg Amt Horsens Sygehus, Psykiatri Marielund Vejle Amt (socialpsykiatri) Nykøbing Sjælland Aalborg Psykiatriske Sygehus
Indgår ikke i undersøgelsen	Retspsykiatri/Enggårdens Nykøbing Sjælland Social Psykiatrien Århus N Social psykiatrien Århus S Skt. Hans Hospital Psykiatriskur depil, Landssygehuset, Tórshavn

Skema 1: Institutioner med musikterapi i behandlingen

kaldet MIP (Musikterapeuter I Psykiatrien). MIP-gruppen mødes regelmæssigt 2 til 3 gange om året, og det er fra denne gruppe data til undersøgelsen er indhentet: I gruppen deltager musikterapeuter fra både hospitals-, distrikts- og socialpsykiatrien. Gruppen havde i starten af 2003 repræsentanter fra institutioner nævnt i skema 1. I denne undersøgelsen indgår data fra fem ud af ti steder, hvor der udføres musikterapi. I undersøgelsen indgår både data fra social- og hospitalspsykiatrien, og i skema 1. ses hvor.

På baggrund af denne gruppe har det i undersøgelsen været muligt at opnå en hidtil uset stor undersøgelsespopulation (n=91). Dette øger reliabiliteten af undersøgelsens fund i forhold til tidligere undersøgelser. Men det er også klart, at det vil være muligt i fremtiden at indsamle en endnu større population, hvis alle institutioner med musikterapi bidrager med data.

Undersøgelsen indeholder demografiske, psykiatriske og terapeutiske data, og har foruden ovennævnte fokus set på fremmøde og drop-out fra behandlingen. Data er blevet indsamlet retrospektivt og er genereret ud fra journaldata og registreringer foretaget af musikterapeuterne.

Inklusions- og eksklusionskriterier for undersøgelsen

I MIP-gruppen har der været flere diskussioner om hvilke inklusionskriterier, der skulle gælde for patienter i denne undersøgelse. Specielt er

de krav, der skulle stilles til terapiens ramme, diskuteret. Problemstillingen var, at flere musikterapeuter arbejder med en relativt løs kontrakt med deres patienter – således forstået, at en fast aftale om et længere forløb ikke er mulig, da dette ofte vil skabe modstand mod behandlingen, da patienterne ikke kan overskue at forpligte sig. Da et af undersøgelsens formål er at undersøge drop-out, har det været nødvendigt at udelade helt åbne grupper. Det kræves, at patienterne som et minimum er forpligtet en uge frem. Det kan med rette indvendes, om det overhovedet giver mening at tale om drop-out inde for disse rammer, da patienten sandsynligvis ikke vil opleve fravær som et brud på en kontrakt med de psykologiske implikationer, en sådan dynamik kan medføre. Men for at muliggøre, og på realistisk vis registrere, musikterapien som den udføres, blev følgende inklusionskriterier vedtaget for, hvilke patienter der indgår:

- Patienter, der er indlagt eller i ambulans behandling.
- Patienter i behandling i socialpsykiatrien ved undersøgelsens start.
- Alle forløb med en aftalt tidsramme, hvor der som minimum er aftalt at mødes en uge frem.

Eksklusionskriterier:

- Alle åbne individuelle eller gruppeforløb.

Demografiske data	Psykiatriske data	Terapeutiske data
1. Alder	1. Diagnose (ICD-10)	1. Tidligere verbalterapeutisk erfaring
2. Køn	2. Henvisende instans	2. Tidligere musikterapeutisk erfaring
3. Uddannelse	3. Ambulant/indlagt ved terapistart	3. Samtidig anden terapeutisk behandling
4. Beskæftigelse	4. Ambulant/indlagt ved terapiophør	4. Terapiform (individuel/gruppe)
	5. Medicinsk behandling ved terapistart	5. Antal assessmentsessioner
	6. Medicinsk behandling ved terapistop	6. Assessment af egnethed
	7. NCE-behandling	7. Terapiens ramme
		8. Session nr. ved undersøgelsens start
		9. Session nr. ved undersøgelsens ophør
		10. Antal sessioner planlagte
		11. Antal sessioner aflyst pga. klient
		12. Antal sessioner aflyst pga. terapeut
		13. Antal Sessioner aflyst pga. afdeling
		14. Startmåned og år
		15. Slutmåned og år
		16. Årsag til afslutning
		17. Drop-out

Skema 2: Oversigt over hvilke data der indgår i undersøgelsen

Databeskrivelse

I undersøgelsen indgår tre typer af data: Demografiske data, såkaldt psykiatriske data og terapeutiske data. I skema 2 ses alle data-kategorier:

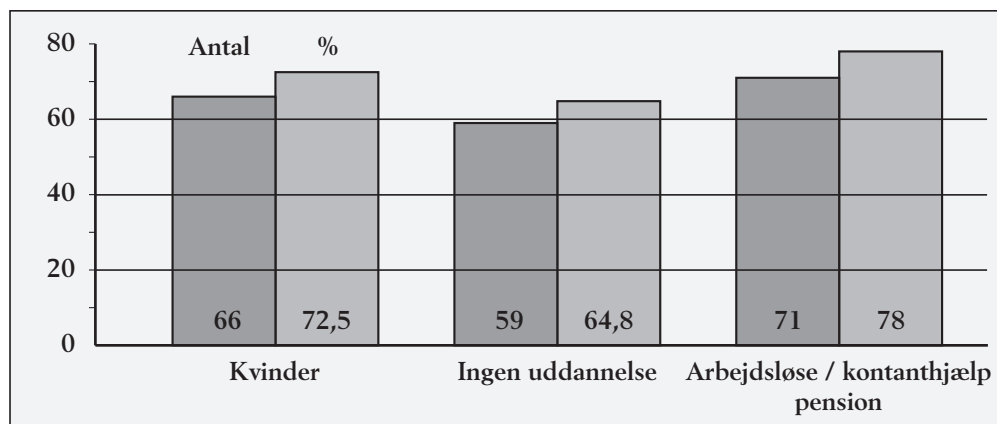
Behandling af data

Data er behandlet med Excel regneark og SPSS. I SPSS er der udregnet multinomial logistisk regression med drop-out som afhængig variabel, set i forhold til uafhængige

variable fra alle tre kategorier. Desuden beskrives aldersfordelingen samt frekvensen af diagnoser ud fra ICD-10.

Præsentation af demografiske fund

I denne analyse er følgende demografiske data registreret: Alder, køn, grad af uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Som det ses i figur 1 er der en stor overrepræsentation af kvinder (72,2%), en relativt stor repræsentation af personer uden uddannelse



Figur 1: Demografiske data for de 91 deltagere.

	Middelværdi	Median	Standardafvigelse
Aldersfordeling	35,28	36	39,80

Skema 3: Aldersfordeling

(64,8%), samt mere end tre fjerdedele, der er uden tilknytning til arbejdsmarkedet (78%). Aldersfordelingen (skema 3) er relativt høj, med en middelværdi på 35,8. Dog er der en vis spredning i alder (standardafvigelse = 39,8).

Samlet viser data en dominans af kvindelige patienter, at to tredjedele ingen uddannelse har ud over folkeskolen, at mere end tre fjerdedele er uden for arbejdsmarkedet, og at den gennemsnitlige alder er relativt høj.

Præsentation af psykiatriske fund

I denne analyse er følgende psykiatriske data registreret: Patienternes diagnose (ICD-10), henvisende instans (hospitals afd./di strikts psykiatri), om patienterne behandles ambulant eller er indlagt ved terapiens start og ved terapiens ophør, om de modtager medicinsk behandling ved terapiens start og ved terapiens ophør, samt om de har modtaget NCE-behandling.

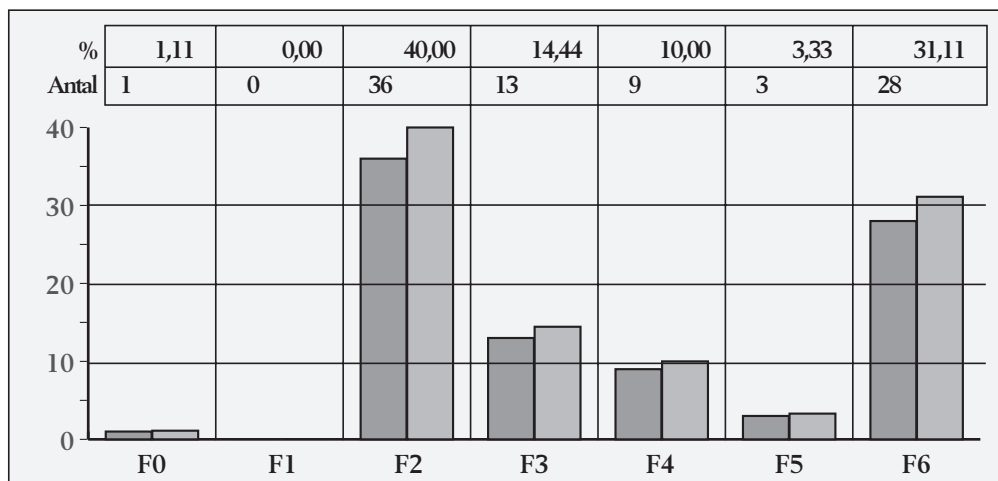
Diagnoser

I figur 2 ses fordelingen af de patienter, der har modtaget behandling i undersøgelsesperioden. F 0-F 6 på x-aksen står for diagnosegrupperne F 00-F 60.

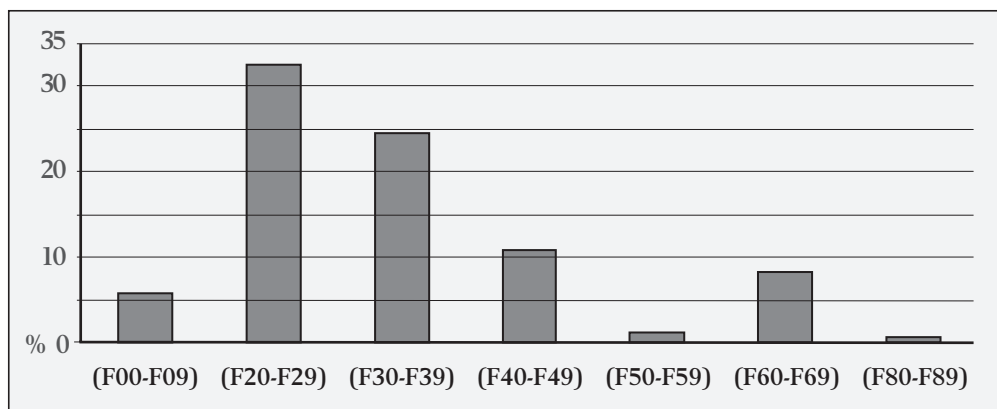
Kendetegnede for fordelingen er, at F 20-gruppen udgør 40% og F 60 udgør 31%, mens F 30 og F 40 udgør henholdsvis 14% og 10%, og endeligt at de øvrige grupper udgør 0 til 3%.

Sammenlignes med antallet af patienter på landsplan i 2003 (figur 3) ses det at F 30- og F 00- diagnoser er stærkt underrepræsenterede, mens F 60-gruppen er overrepræsenteret.

Hvad denne skævhed skyldes, besvares ikke i denne undersøgelse, men fordelingen bekræfter en tidligere undersøgelse fra musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus (Hannibal 2005). Mulige hypoteser er, at disse patienter dels kan profitere af musikterapi, da de kan have vanskeligt ved verbale terapiformer og dels, at kognitive behandlingsmetoder i stor grad anvendes til



Figur 2: Fordeling af diagnosegrupper.



Figur 3: Fordeling af diagnosegrupper på landsplan (n=29.504).

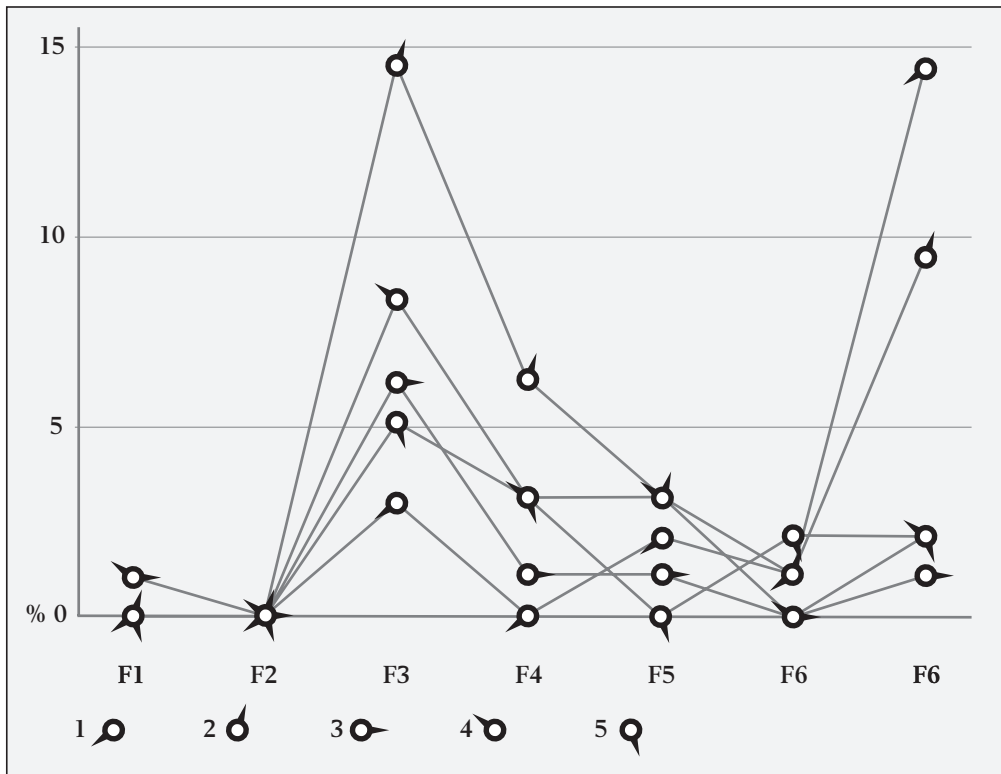
patienter med affektive lidelser (F 30) og angsttilstande (F 40).

I figur 4 beskrives fordelingen af diagnoser på de 5 forskellige behandlingsinstitutioner der indgik i undersøgelsen. Her skiller specielt institution 2 og 5 sig ud. På institution 2, der har langt det største flow af patienter, ses også flest forskellige kategorier af diagnoser. Her anvendes musikterapien bl.a. som intervention i kortere forløb i den første fase af behandlingen som led i et bredere tilbud til nyindlagte patienter. På institution 5 anvendes musikterapi som en del af en multiterapeutisk intervention i behandlingen af borderline personlighedsforstyrrelser. Derfor ses et markant højere antal patienter inden for F 60-gruppen.

Samlet giver disse data indtryk af, at musikterapi har en behandlingsprofil i forhold til diagnosegrupper. Patienter med diagnoserne F 20 og F 60 er traditionelt betragtet som vanskelige at skabe en behandlingsalliance med, eller i for ringe psykisk tilstand til at profitere af terapeutisk behandling. At så mange patienter fra disse grupper behandles med musikterapi, rejser selvfølgelig spørgsmålet om, hvilket terapeutisk udbytte den musikterapeutiske behandling giver. Her kan bl.a. henvises til casebeskrivelser i dette og tidligere årsskrifter.

Øvrige psykiatriske data

I figur 5 ses følgende: 3/4 af patienterne henvises til musikterapi gennem hospitalerne. Patienterne er således enten indlagte eller ambulante, men kommer ikke fra socialpsykiatrien. Det vil sige, at en fjerdedel henvises fra socialpsykiatrien, og det betragtes som positivt i forhold til ønsket om, at integrere musikterapien som en del af den opfølgende behandling i socialpsykiatrien. Det ses videre, at 43% af patienterne er i behandling i ambulant regi ved terapiens start, mens 61% er i ambulant behandling ved terapiens afslutning. Hvorvidt musikterapiforløbene har en betydning i forhold til patienternes evne til at klare sig i egen bolig, kan ikke vurderes her. Men der synes at være en tendens til, at patienter, der modtager musikterapi, fortsætter denne behandling efter udskrivelsen. Dette tyder på, at patienter i musikterapi udvikler en behandlingsalliance, der motiverer dem til at fortsætte behandlingen. Som forventet modtager langt den største del af patienterne medicinsk behandling både ved begyndelsen og afslutningen af terapien. I betragtning af at 70% af patienterne har enten skizofreni og lignende tilstande samt alvorlige personlighedsforstyrrelser, er dette ikke overraskende. Endelig ses det, at meget få modtager NCE-behandling¹. Dette skyldes formentlig den lave repræsentation af patienter, der er målgruppe for denne behandling.



Figur 4: Diagnosegrupper/behandlingsinstitutioner.

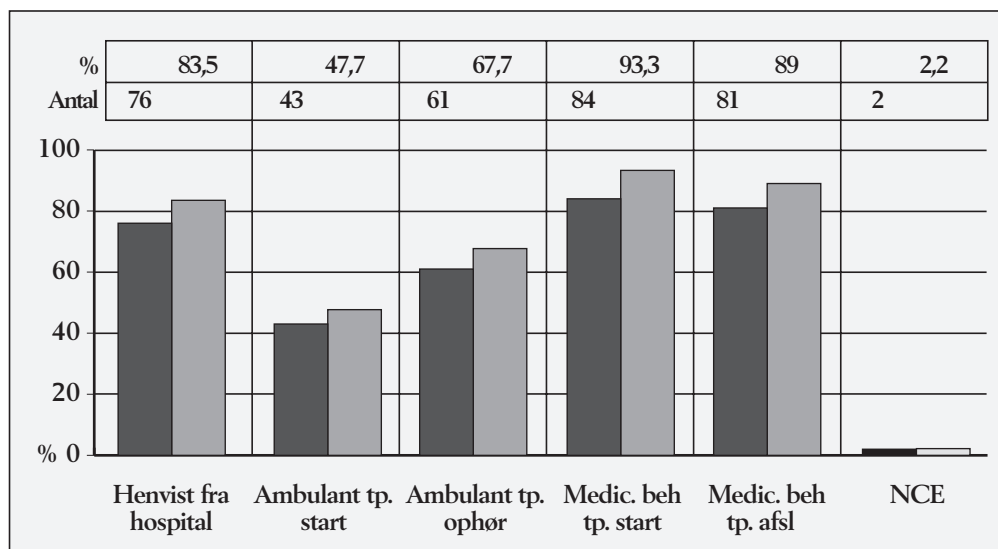
Præsentation af fund fra de "terapeutiske" data

I denne analyse indsamledes terapeutiske data ud fra følgende spørgsmål: Har patienterne tidligere verbalterapeutisk og musikterapeutisk erfaring? Modtager de anden samtidig terapeutisk behandling? Er terapien et individuelt eller et gruppeforløb? Er der en fast ramme for behandlingen, eller er aftalen en session frem? Antal planlagte og aflyste sessioner (fra patienten, terapeut og afdeling)? Årsag til forløbets afslutning? Terapeuten vurdering af om patienten var droppet ud. Andre data blev indsamlet, men kunne ikke anvendes.

1) NCE-behandling: Narco-curacit-elektrostimulations-behandling, også kaldet elektrochok

I figur 6 ses følgende: Over halvdelen af patienterne havde tidligere verbalterapeutisk erfaring (58%), og en femtedel havde musikterapeutisk erfaring (20%). Ligeledes modtog halvdelen samtidig anden terapeutisk behandling (52%). Videre ses det, at gruppe-musikterapi udgør den mest dominerende behandlingsform (61,5%). Endelig ses det, at tre fjerdele (73,3%) accepterer en fast terapeutisk ramme, mens resten modtager terapi uden at have en fast kontrakt.

Da en så stor del af patienterne modtager anden terapeutisk behandling samtidig med musikterapi, understreger dette vanskeligheden med at undersøge musikterapiens behandlingseffekt. Omvendt fortæller det, at musikterapi i praksis tilsyneladende fungerer i samarbejde med andre terapeutiske interventioner.



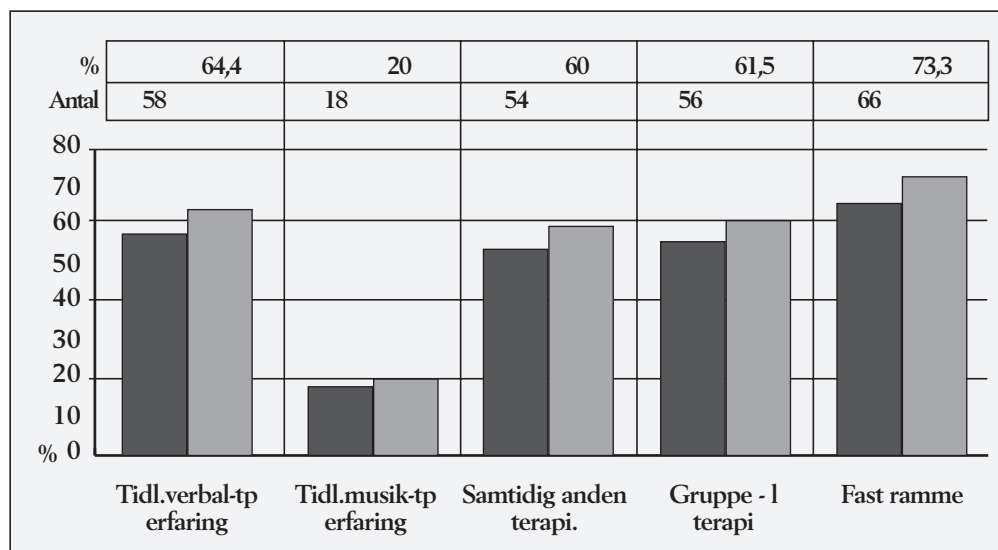
Figur 5: Øvrige psykiatriske data.

Sessioner og drop-out

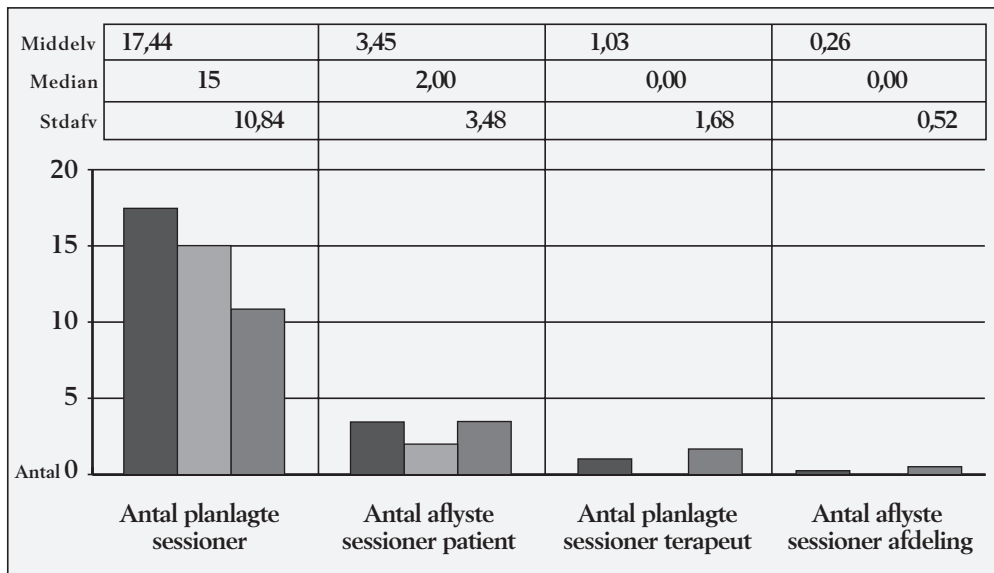
I denne analyse har fokus været rettet mod mængden af given terapi i forhold til udeblivelse og drop-out. I figur 7 ses antallet af planlagte og aflyste sessioner i undersøgelsesperioden beskrevet i forhold

til middelværdi, median og standardafvigelse samlet for alle institutioner.

Det ses, at det gennemsnitlige antal planlagte sessioner er 17,44, og at 3,45 aflyses af patienterne. Det svarer til, at godt 20% af sessioner aflyses af patienterne.



Figur 6: Terapeutiske data

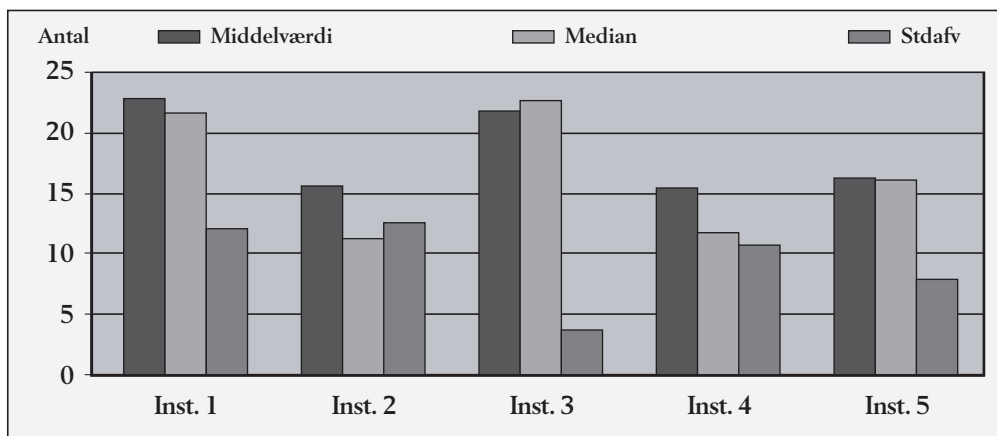


Figur 7: Antal planlagte og aflyste sessioner.

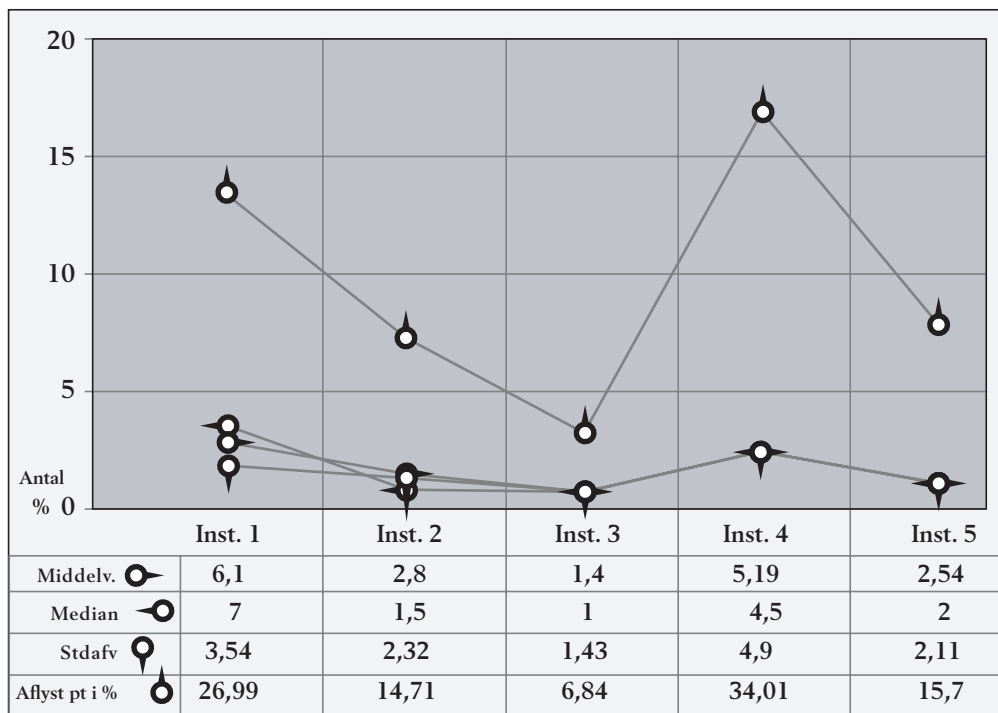
I figur 8 beskrives antal planlagte sessioner for hver institution, og her ses nogen forskel: Institution 1 og 3 har forløb, der gennemsnitligt er længere end de øvrige institutioners.

Figur 9 viser det antal sessioner, der aflyses af patienterne. Det ses, at institutionerne 1 og 4 har forholdsvis flere sessioner, der aflyses, end de øvrige institutioner 2, 3 og 5.

Figur 9 og 10 illustrerer, at antallet af planlagt sessioner ikke er identisk med høj fremmødestabilitet. Denne forskel skyldes, at der er forskel på fremmødestabiliteten ved patienter med forskellige diagnoser. I figur 10 vises antal aflyste sessioner for alle diagnosegrupper fordelt mellem de patienter, der dropper ud (drop-out) og de, der enten afslutter behandlingen eller er fortsat udover



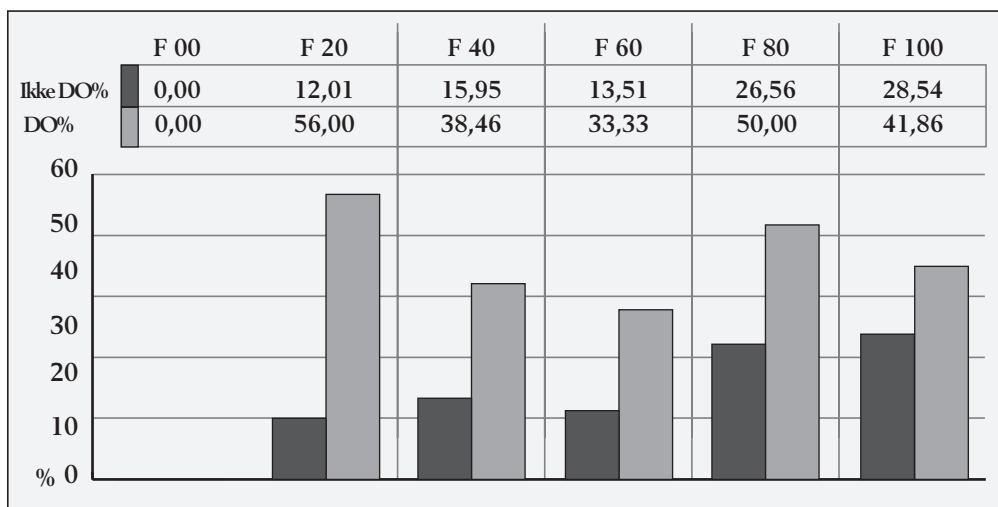
Figur 8: Antal planlagte musikterapisessioner ved hver institution.



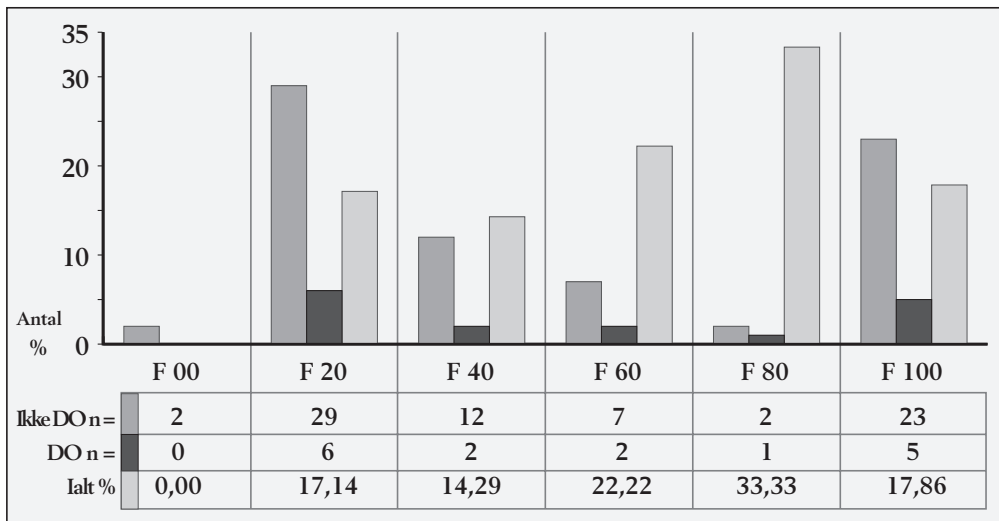
Figur 9: Antal sessioner aflyst af patienterne.

undersøgelsesperioden. Det bemærkes, at der er lav fremmødestabilitet hos patienter i gruppe F 20, hvilket synes at indikere en

forhåndsrisiko for drop-out, mens grupperne F 50 og F 60 generelt er mere stabile, selv om de bliver i behandlingen.



Figur 10: Antal sessioner aflyst af patienter der dropper ud (DO) og ikke (ikke-DO)



Figur 11: Antal DO og ikke-DO, samt DO i & for hver diagnosegruppe.

I figur 11 ses det faktiske antal patienter, der henholdsvis fuldfører behandlingen eller er i behandling undersøgelsesperioden ud. Det bemærkes, at specielt populationen for grupperne F 00 og F 50 er relativt små, hvorfor fundene som vist i figur 10 må betragtes som temmelig usikre.

I figur 12 sammenlignes drop-out ved de forskellige institutioner. Gennemsnittet for DO for alle patienterne er 16,26%. Standardafvigelsen er næsten lige så høj (15,52%), hvilket indikerer en uhomogen population. Som det ses, varierer DO noget, og specielt institution 4 har en stor frekvens af DO (40%).

Binær logistisk regression med drop-out som afhængig variabel

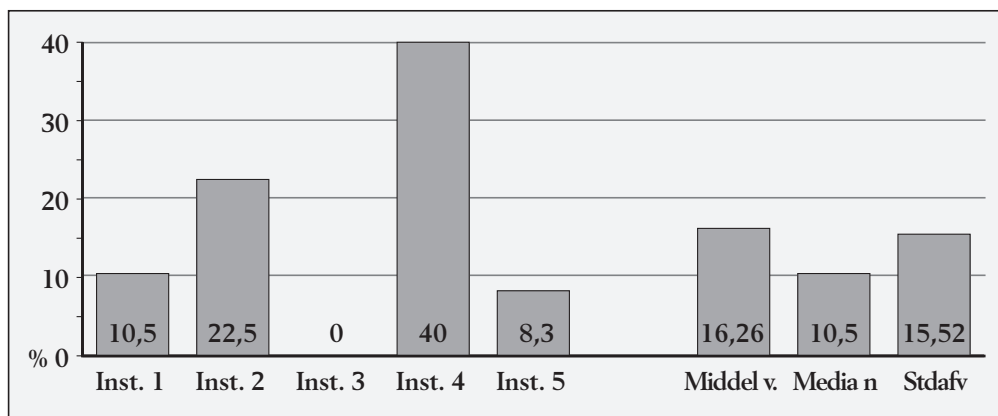
I denne analyse undersøges der for eventuelle variable, der kan fungere som prædiktorer for drop-out fra musikterapi. I det følgende er følgende parametre undersøgt:

Køn, uddannelse, beskæftigelse, medicinsk behandling ved terapi start, tidligere verbalterapeutisk erfaring, tidligere musikterapeutisk erfaring, samtidig anden behandling, terapiformen, terapiens

ramme, samt om patienten modtog flere end 20 sessioner i undersøgelsesperioden.

Samlet kan det konkluderes, at der ikke er nogen signifikant sammenhæng mellem afhængige variable og drop-out. Men der er to variable, der viser en forhøjet odds ratio:

14 patienter ud af de 16, der droppede ud, var kvinder, og 14 ud af 16, der havde modtaget mindre end 20 sessioner, droppede ud af behandlingen. Således viser denne analyse, at enkelte faktorer som antages at indikere risiko for drop-out, ikke viser sig her. Dette tolkes som indikator for, at musikterapi kan fungere med patienter af begge køn, uanset manglende uddannelse og beskæftigelse. Videre synes ingen af de "psykiatriske" variable at prædikere drop-out. Det spiller således ingen rolle, hvilken diagnose man har, hvor man henvises fra, om man er indlagt eller ej, eller om man modtager medicin. Endelig synes ingen af de terapeutiske variable at prædikere drop-out. Terapeutisk erfaring og samtidig anden behandling må således formodes at være en fordel, ligesom terapiens form og ramme ikke har indflydelse på drop-out. Endelig ses det, at de forløb hvor patienter



Figur 12: Drop-out i %.

Variabel	Signifikans	Odds ratio (CI 95 %)
Kvinder	0,225	2,696 (0,54-13,39)
Antal sessioner <20:0	0,057	8,168 (0,93-71,23)

Skema 4: Odds ratio for drop-out.

afslutter behandlingen før 20. session, oftere dropper ud. Dette er forventeligt, da kortere forløb medfører mindre tid til udvikling af en bæredygtig behandlingsalliance.

Konklusion

Først og fremmest dokumenterer denne undersøgelse, at musikterapi udgør en integreret del af behandlingen på adskillige psykiatriske institutioner i både hospitals- og socialpsykiatrien. Det dokumenteres, at patienter med alvorlige psykiatriske lidelser modtager musikterapi, og at 80% gennemfører behandlingen. Videre ses det, at musikterapi overvejende anvendes samtidig med andre behandlingsformer.

Undersøgelsen viser også, at drop-out ikke kan tilskrives enkelte af de her undersøgte variable alene. Dette er især vigtigt, da det understreger musikterapiens potentiale som psykoterapeutisk behandlingstilbud for en bred gruppe af patienter.

Litteratur

Hannibal, N. og Munk Jørgensen, P. (under publication) Investigation of the drop-out of music therapy treatment for psychiatric patients in the period 1993-2000.