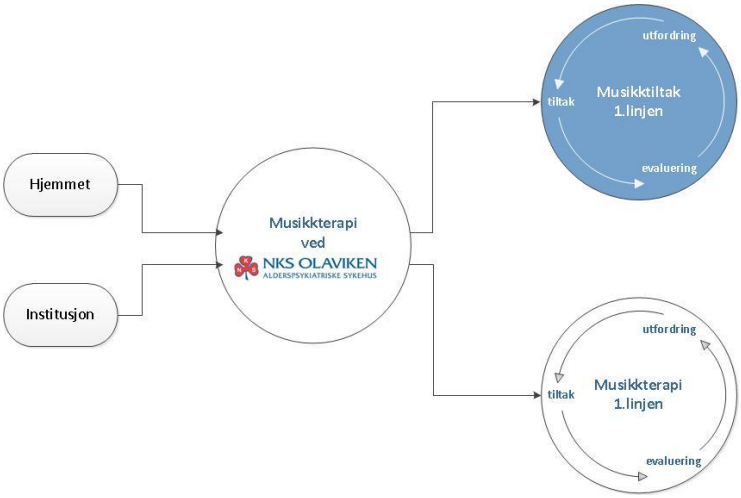
Samklang i alderspsykiatriske helsetjenester



Prosjekt 2012/1/0136

01.01.2012 – 31.12.2014

Sluttrapport

Forord

Sluttrapporten tar utgangspunkt i prosjektbeskrivelsen, prosjektplanen samt funn og resultater fra prosjektperioden.

I denne sluttrapporten er modellen for Samklang, altså svaret på prosjektet, brukt underveis for å visualisere beskrivelser.

Simen Krogstie Lagesen
Musikkterapeut
Prosjektleder ”Samklang i alderspsykiatriske helsetjenester”

Rapporten er ferdigstilt av:
Musikkterapeut Solgunn Knardal
Prosjektkoordinator Synnøve Skarpenes
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Erdal 13.02.2015

Sammendrag

Samklang i alderspsykiatriske helsetjenester har vært et prosjekt med fokus på utvikling av bruk av (i) og samhandling rundt (ii) musikkterapi og musikktiltak. Bruken og samhandlingen har skjedd på tvers av helsesektorer og -nivåer. Tilnærmingen har vært å strekke seg etter intern utvikling (1), ekstern utvikling (2), samt utvikling i grensesnittet mellom helsenivåer (3). Resultater ved intern utvikling har vært etablering av musikkterapi som en systematisk praksis (1); eksternt har man funnet at tiltak i større grad er basert på ildsjeler enn på systemnivå (2); Musikktiltak og musikkterapi i kunnskapsoverføring i grensesnittet har vært utfordrende grunnet mangel på etablering av system for denne type tilnærming til helse og livskvalitet (3). Et annet resultat er identifisering av flere modeller heller enn én modell som først foreslått. Konklusjon som svarer til prosjektets hovedmålsetting er at musikktiltak basert på musikkterapi viser potensiale som en ressurs i helsesektorer og -nivåer som kan og bør benyttes for å møte utfordringer i tilnærmingen til pasienter med alderspsykiatriske lidelser i Hordaland. Foreslått er et videre samarbeid på ledernivå for enda sterkere etablering på systemnivå.

Innhold

Kapittel 1: Bakgrunn for prosjektet

1.1. Eldre; en voksende brukergruppe med behov for helhetlige helsetjenester

1.2. Musikkterapi og helhetlige behandlingstilbud til eldre

1.3. Prosjektplanlegging

1.3.1. Målsettinger

1.3.2. Måloppnåelse

1.3.3. Prosjektgrupper

1.4. Finansieringskilder og finansieringsplan

Kapittel 2: Prosjektgjennomføring

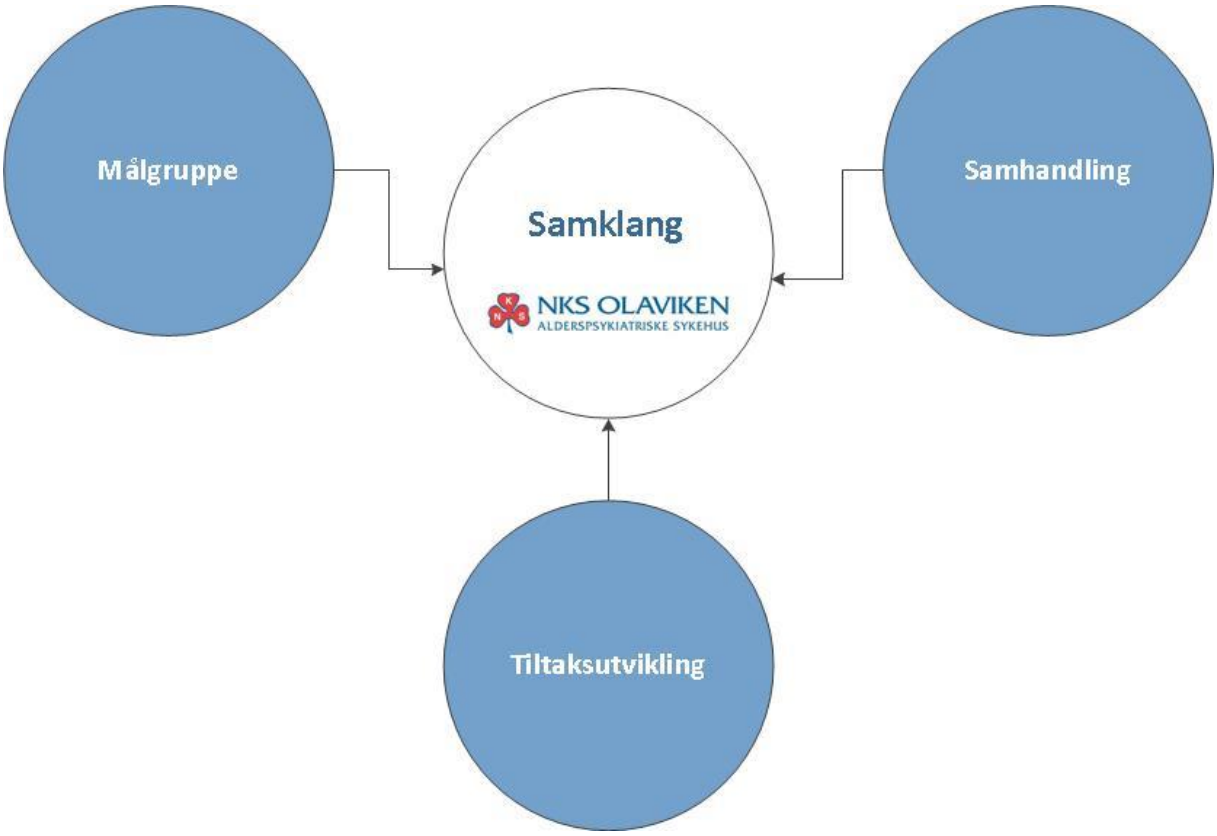
Kapittel 3: Oppsummering

3.1. Avslutning

3.2. Konklusjon

1. Bakgrunn

Bakgrunnen for prosjektet er basert på tre typer utfordringer og har innhold fra pasienter med alderspsykiatriske lidelser i Hordaland (1), Samhandling (2) og utvikling av musikkterapi og musikktiltak (3). Disse visualiseres nedenfor. NKS Olaviken har hatt et ønske om å svare til disse bakgrunnsutfordringene, dermed har prosjektet «Samklang» blitt foreslått.



1.1. Eldre; en voksende brukergruppe med behov for helhetlige helsetjenester

Samhandlingsreformen (St.meld. 47 2008-2009) slår fast at det er store helse- og omsorgsutfordringer i det norske helsevesen. Dette er blant annet knyttet til pasientenes behov for koordinerte tjenester levert av en samhandlende helsekjede. Tjenestene fremstår i dag som fragmenterte og suboptimaliserte. En årsak til dette er at de ulike helsenivåene har ulike fokus og målsetning for sin tjenesteyting; spesialisthelsetjenesten fokuserer på *medisinsk helbredelse* mens primærhelsetjenesten i større grad fokuserer på *pasientens funksjonsnivå og mestringsevne* (ibid:13). Dette hindrer tjenestekoordinering på tvers av helsenivåene og fører til at pasientene ikke får de koordinerte og helhetlige tjenestene de har behov for.

Kanskje den største helseutfordringen vi i Norge står overfor er knyttet til at gjennomsnittlig levealder i befolkningen er økende og antall eldre over 67 år vil fordobles fram mot 2050. For fremtidens helse- og omsorgstjenester vil dette fremme en rekke utfordringer særlig knyttet til det sykdomspanorama som er typisk for eldre pasienter (jmf St.meld. 47 2008-2009). En undergruppe av eldre pasienter som er i vekst, er eldre med alderspsykiatriske lidelser. Denne inkluderer blant annet personer med demenslidelser, angst og depresjon. Omsorgsplan 2015 slår fast at demenssykdommer utgjør en av de aller største omsorgsutfordringene vi står overfor med en dobling av antall mennesker med demenslidelser innen de neste 30 år (Demensplan 2015).

Flertallet av pasientene i sykehjem[1] har demenssykdom som hoveddiagnose eller som en av flere kroniske sykdommer som gir betydelig funksjonstap. Mange av pasientene med demens har tilleggssymptomer med adferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer. Pleie- og behandlingstilbudet til alderspsykiatriske pasienter ser i for stor grad ut til å være preget av inaktivitet i pasientgruppen og utstrakt bruk av vanedannende medikamenter. Dette til tross for at flere studier blant annet viser at nevropsykiatriske symptomer som utfordrende atferd ikke lar seg medisinere bort (Selbæk, Kirkevold, and Engedal 2007, 2008). De nasjonale føringene på området slik de blant annet er utformet i Omsorgsplan 2015 foreskriver økt bruk av ulike former for miljøbehandling/ikke-medikamentelle behandlingstilbud, i demensomsorgen. Musikktiltak og musikkterapi som tiltak i eldreomsorgen kan vise til dokumentert god effekt på pasientenes psykiske helse, livskvalitet og kognitive fungering (se under).

Foreslåtte prosjekt søkte derfor å utvikle en samarbeidsmodell for bruk av musikk som forebyggende og behandlende tiltak på tvers av helsenivåene. Dette for å sikre felles klinisk fokus i 1. og 2. linjen som vil sikre pasientene økt grad av kontinuitet og sammenheng i den totale tjenesteytingen.

En slik samarbeidsmodell skulle fremme helhetlige pasientforløp og vil ha som målsetning å koordinere og samordne;

- utredningspraksis i spesialisthelsetjenesten

[1] En studie fra norske sykehjem viste at 81% av pasientene hadde demens og 72% hadde klinisk signifikante symptomer på APSD (Adferdsmessige og Psykologiske symptomer ved demens) (Selbæk, 2006).

- tiltaksutvikling i primærhelsetjenesten
- form og innhold på kunnskapsoverføringen (klinisk) til primærhelsetjenesten

Det vi ser som et ikke tilstrekkelig utnyttet potensiale er å koble musikkterapeutisk utredning i spesialisthelsetjenesten med eksisterende anvendelse av musikk i sykehjem og på institusjoner i primærhelsetjenesten. Selv om kun et fåtall av sykehjemmene har ansatt egen musikkterapeut, anvendes musikk i daglig pleie og omsorg de fleste steder, i form av sangstunder, konserter, sang i pleiesituasjoner og i ulike former for musikk og bevegelses aktiviteter (Myskja 2005). En utfordring ved sykehjemmenes bruk av musikk kan synes å være at musikk ikke brukes systematisk og at ansvarlig medisinsk ekspertise ved institusjonene sjeldent vurderer bruk av musikk som del av ”behandlingstilbudet”. Ved at musikkterapi utvikles som en del av en tverrfaglig spesialistutredning vil vi kunne sikre at anbefalinger og forslag til videre oppfølging av den enkelte pasient blir videreført og fulgt opp i primærhelsetjenesten. Et faglig fokus på felles verktøy mente vi ville øke dialogen og samarbeidet mellom helsenivåene og medføre utvikling av felles kompetanse og praksis til gjensidig nytte for pasientens beste.

Samlet sett ville dette utgjøre en viktig tilvekst til det alderspsykiatriske tilbudet i Hordaland, og være i tråd med sentrale føringer for fremtidens helsetjenester slik de er beskrevet i Samhandlingsreformen ved å

- styrke lokal medisinsk kompetanse
- utforme tilbudene kommunene trenger
- fremme helhetlige behandlingstilbud
- tilby nødvendig kompetanse lokalt og etter BEON prinsippet

1.2 Musikkterapi og helhetlige behandlingstilbud til eldre

Musikkterapi (MT) er en profesjonell praksis som ser på forholdet mellom musikk og helse. Som 5-årig universitetsfag integreres kunnskap fra psykologi, medisin, samfunnsfag og humaniora, og det utvikles kunnskap om musikkterapi som profesjonell behandling i helsevesenet. Musikkterapeuten har det Antonovskij kaller et salutogenetisk menneskesyn, som betyr et fokus på det som holder mennesket friskt heller enn å finne årsaken til sykdom (Aasgard, 2006). Musikkterapeuten søker etter pasientens ressurser (Rolvsjord, 2007), og tar tak i disse slik at pasienten i størst mulig grad kan bidra i sin egen hverdag. Gode opplevelser,

gode relasjoner og en verdifull hverdag kan dermed bidra til å minske de tunge sidene ved hverdagen, som ved for eksempel angst og depresjon. I en musikalsk kontekst anvendes altså en *empowermentfilosofi* med fokus på ferdigheter, muligheter og friske potensialer heller enn manglende evner, uførhet og sykdom (Procter, 2005).

NKS Olaviken har siden 2004 drevet med nettverksarbeid med fokus på bruk av musikk i behandling og tilrettelegging for pasienter i eldreomsorgen. Musikkterapi (MT) som ikke-medikamentell og supplerende behandlingsmetode har siden 2008 vært brukt ved sykehuset, primært som aktiviserings- og stimuleringstiltak med hovedfokus på klinisk praksis i Olavikens to døgnavdelinger. NKS Olaviken har siden da hatt ansatt musikkterapeut i 60% stilling, og er med i nettverket ”Musikk og eldre”. Nettverket, som i 2008 ble startet opp av Griegakademiets Senter for Musikkterapiforskning (GAMUT) og Uni helse, er et nordisk nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om musikk, musikkterapi og eldre (www.helse.uni.no).

Våre erfaringer fra klinisk praksis tilsier at musikkterapi som behandlingsmetode i alderspsykiatrien er et godt supplement til andre etablerte behandlingsformer. Musikkterapi (MT) anvendt i alderspsykiatrien har vist seg å være en kilde til livskvalitet, er stemningsregulerende, stimulerer bevegelse, støtter kommunikasjon, kan bedre kognitiv funksjon, tar vare på identitet, er relasjonsforsterkende, stimulerer til mestring, frembringer minner, er smertelindrende, demper angst og skaper liv. Musikkterapi har ingen bivirkninger.

Våre positive erfaringer med MT som behandlingstiltak i alderspsykiatrien finner stor støtte i den økende faglitteraturen om emnet..

- Ved et forsøk ble det hos pasienter med Alzheimers målt en økning av melatonin-konsentrasjonen i blodet, både rett etter en periode på fire uker med musikkterapi og seks uker senere. Det er mulig dette funnet har en sammenheng med terapiens avslappende effekt på pasientene (Kumar et.al 1999).
- En annen indikator på musikkterapiens beroligende effekt, er blodtrykksforandringene målt ved langtidsbruk av musikkterapi (over 2 år). Her ble det funnet at det systoliske blodtrykket økte signifikant hos kontrollgruppen sammenliknet med terapigruppen (Takahashi, Matsushita 2006).

- Ved et randomisert kontrollert forsøk i 2007 deltok 28 pasienter med demensliknende symptomer i en cross over studie. I et 8 ukers program ble forsøkspersonene en gang i uken satt til å delta enten i musikkterapi eller til å se en passende film. MMSE (mini mental state exam) viste en signifikant forbedret kognitiv funksjon den neste morgenen hos pasientene i musikkterapigruppen (Bruer, Spitznagel & Cloninger 2007).
- Ridder (2003) viser en positiv effekt av sang hos personer med moderat/alvorlig demens som deltar i 20 musikkterapisesjoner fordelt på 4 uker. Deltagerne kommuniserer med musikkterapeuten tross moderat/alvorlig demens. Dette kan beskrives som en rekke kommunikative signaler som viser seg som en endring i grunnstemning, og bygger videre på en reseptiv deltagelse, deltagelse på et sosialt nivå, aktiv deltagelse, samt i en kommunikativ musikalitet og dialog. Hos deltagerne påvises en sammenheng mellom et avbalansert arousalnivå og mere intensive grader av kommunikasjon. Hos 5 av de 6 deltagerne så man et signifikant fall i puls etter perioden med musikkterapi (Ridder 2003).
- Musikkterapi viser seg å ha positiv effekt på nevrologiske degenerative sykdommer, spesielt Parkinsons sykdom (Lagesen 2009); Rytmisk auditiv trening har forbedret gangfunksjon (Thaut & McIntosh 2006), studie på stemmen hos pasienter med PS viste signifikant positiv effekt i MT-gruppe, men ikke i kontrollgruppe (Haneishi, 2001), emosjonelle funksjoner hadde tjent effekt av MT (Pacchetti, Mancini, Aglieri, Fundaro, Martignoni, & Nappi 2000). Fokus i MT for denne gruppen pasienter kan gjerne være identitet, mestring, bevegelse og kommunikasjon.
- MT har positiv effekt på personer med slag og afasi. De musikkterapeutiske metodene MIT og MMIT[2] ”er effektive for 75% av personer med afasi der man ikke kan uttrykke seg verbalt” (Baker & Roth 2004). Musikk her, støtter og fremmer hjernens nevroplastisitet. Det vil si å utvikle nye ferdigheter ved å bruke musikk til å maksimere pasientens uaffekterte/friske side etter f. eks. slag eller ved afasi (Baker & Roth 2004). Dette er en godt fungerende metode da enhver ny melodi skaper en ny kobling i hjernen.
- En studie med 10 hemisferiske slagpasienter viste at RAS[3] hadde stor virkning på gange (statistisk signifikans) (Thaut et.al 1999).

[2] Melodisk intonasjonsterapi (MIT) og modifisert melodisk intonasjonsterapi (MMIT)
[3] Rytmisk auditiv stimuli (RAS)

Et sentralt begrep i musikkterapien er *kommunikativ musikalitet* (KM), - en teori om at mennesket er født med en grunnleggende kapasitet til non-verbal kommunikasjon, gjennom lyd, bevegelse og rytme (Malloch og Trevarthen 2009). Musikkterapeuten anvender i behandling stor grad av non-verbal kommunikasjon i møtet med personer med eksempelvis kognitiv svikt. Med musikk som redskap, møtes terapeuten og personen på andre premisser enn den vanlige verbale kommunikasjonsmåten.

Ikke bare knyttes musikk til kommunikasjon. Den spiller også en rolle hva angår identitet, og kan skape fortellingen om et liv. Musikkopplevelser knyttes til konstruksjon av selvet, sosiale relasjoner, kulturell tilhørighet, og tid og sted (Ruud 1997; DeNora 2000). En sang av spesiell personlig karakter kan frembringe minner fra et liv og fra en spesiell situasjon. Ved for eksempel demens, kan en slik sang eller musikkstykke vekke til live erindringer om stemninger, lukter og bevegelse, og å hjelpe tilgang til minner gjennom følelser og engasjement. Å kommunisere slik musikkreminisens krever ikke et bevart verbalt språk. Å synge sammen er en annen måte å fortelle om sine livserfaringer på (Ridder (in press); Ridder 2005; Rolvsjord 1998).

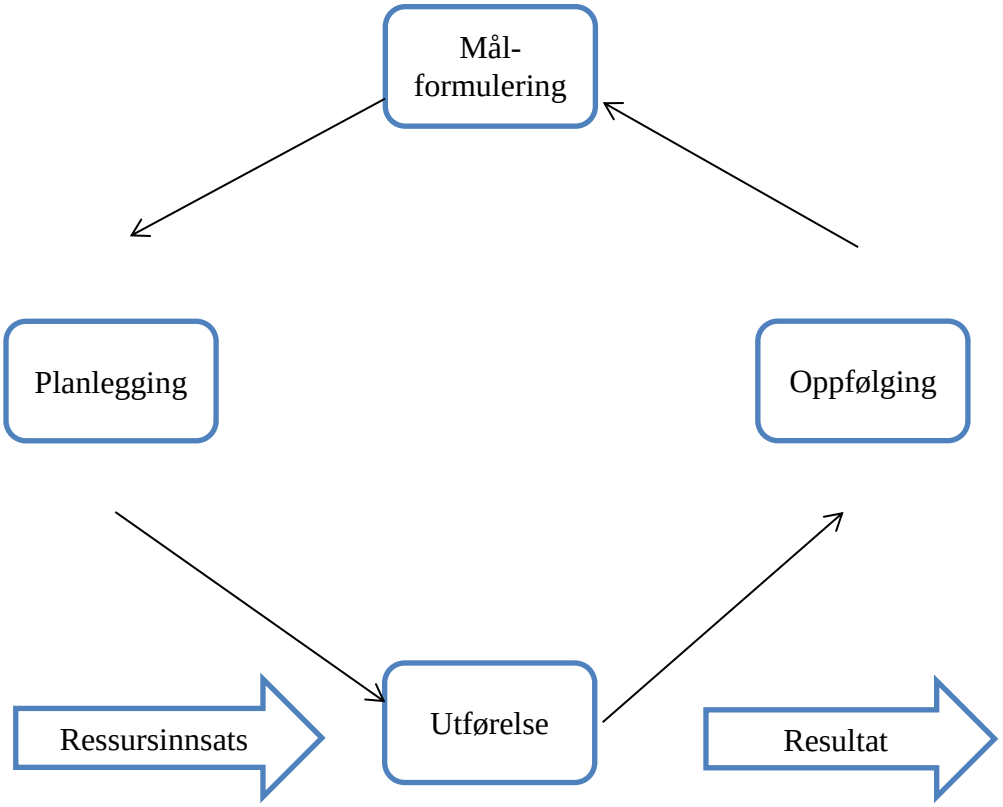
Musikkterapi har stort potensiale for eldre i omsorg både når det kommer til kommunikasjon og dialog, fysisk stimulering, kognitiv stimulering, sosial stimulering og atferdsregulering (Sherratt, Thornton, Hatton, 2004; Ridder, 2005; Holmes, 2006).

Man kan ut fra bakgrunnsbeskrivelsene se at det vil være tre kilder til interesser å ta hensyn til i måloppnåelsen i prosjektet. Disse er:

- En målgruppe i vekst,
- Samhandlingsutfordringer og –krav,
- Utvikling av musikkterapi og musikktiltak

Modellen prosjektet søker å forme skulle altså ta hensyn til disse tre målene.

1.3 Prosjektplanlegging



1.3.1 Målsettinger

Hovedmål:

Fremme psykisk helse og livskvalitet gjennom å utvikle samarbeidsmodell for systematisk anvendelse av musikkterapi og musikktiltak på tvers av helsenivåene i behandling av pasienter med alderspsykiatriske lidelser i Hordaland.

Delmål 1:

Utvikle musikkterapi som systematisk praksis i NKS Olavikens tverrfaglige alderspsykiatriske spesialistutredning (HUB).

Delmål 2:

Bidra til å systematisere og faglig styrke bruk av musikktiltak i primærhelsetjenesten i fylket (Hordaland).

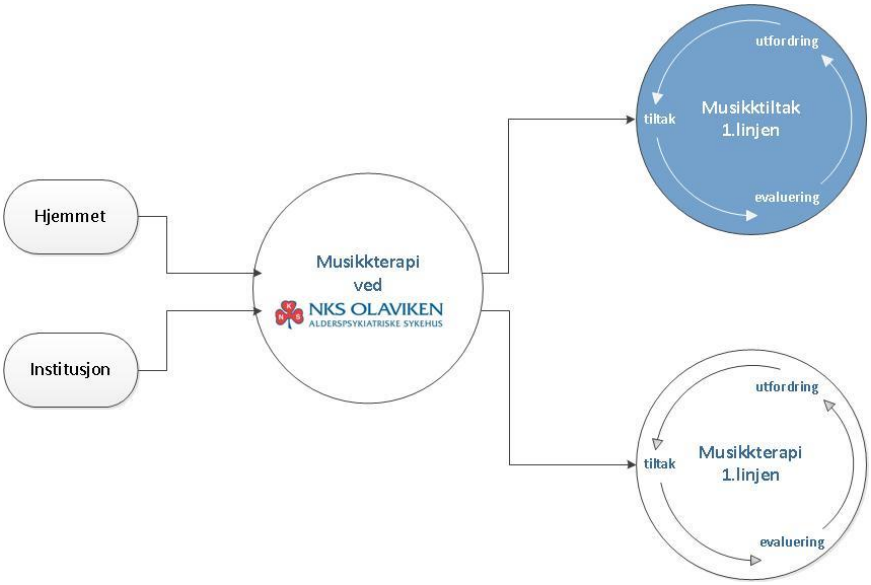
Delmål 3:

Samutvikle ny grensesnittspraksis med primærhelsetjenesten: Ny form for kunnskapsoverføring (dokumentasjon/ tverrfaglig samarbeidsnotat) mellom 1. og 2.linjetjenesten.

1.3.2 Måloppnåelse

Denne oversikten er en gjennomgang og forklaring på måloppnåelse.

Hovedmål:

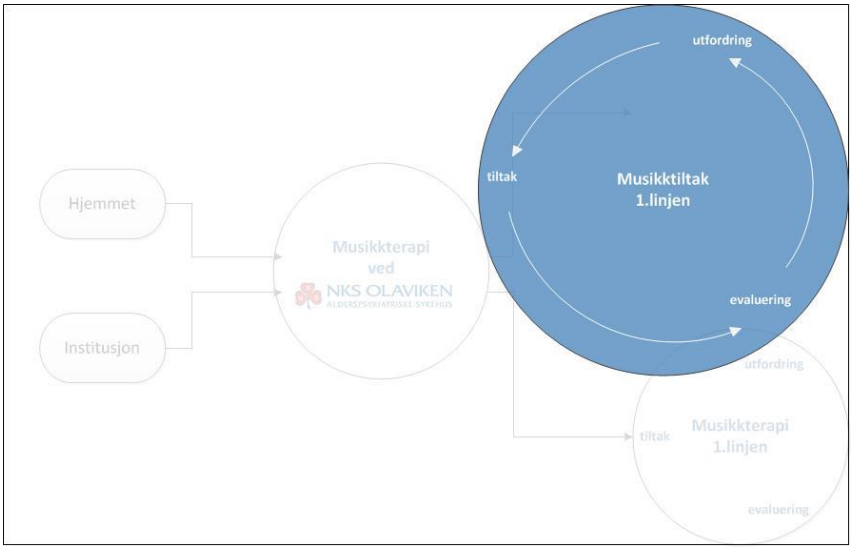


For å oppnå hovedmålsettingen, var det nødvendig å spesifisere utviklingsbehov og utviklingsmuligheter. Ettersom NKS Olaviken er et spesialisthelsetjenestetilbud, skal vi utøve og formidle spesialiserte tjenester til primærhelsetjenesten. For intern utøvelse, behøves intern utviklingsstrategi. Erfaringer med klinisk musikkterapi på Olaviken er grunnlaget for formidling og samarbeid med primærhelsetjenesten. Denne interne og eksterne virksomheten skal sammen resultere i 2 modeller for systematisk anvendelse av bruk av musikk på tvers av helsenivåene. For å få dette til, er det et behov for å dele opp i *delmål* for å synliggjøre utviklingsområder.

Delmål 1:

Sentralt for måloppnåelse er videre utvikling av form, hyppighet og grad av systematikk, og inkluderer kartlegging – interaksjon – dokumentasjon og formidling (sirkulært). Dette er intern tilrettelegging og plattformbygging for musikkterapeutisk prosess i en spesialisthelsetjenestekontekst.

Delmål 2:

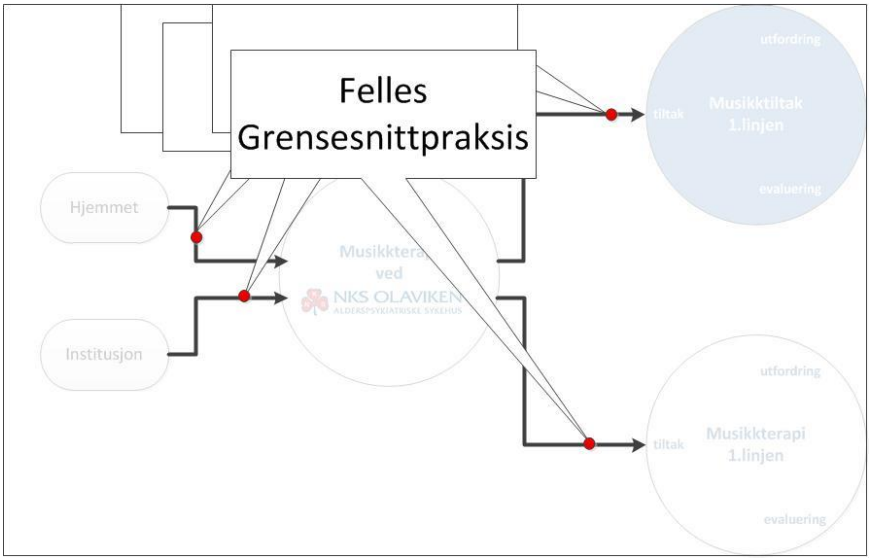


Etter samtaler med representanter fra «pilot-sykehjem» ble det kartlagt behov for formidling rundt bruk av musikk i primærhelsetjenesten. Dette var et ledd i å systematisere og faglig styrke bruk av musikktiltak i primærhelsetjenesten i fylket (Hordaland). For hver enkelt av sykehjemmene ble det laget en individuell formidling i form av kurs/ foredrag, og de ble tilbudt seminar. Videre ble det gjennom kartlegging identifisert behov for visning av

«samples» av musikkterapi, slik at personale kunne oppleve det, og som er base for revidering av samarbeidet hvis formål er måloppnåelse.

Neste steg her vil være å inkludere nytt pilotsykehjem som har musikkterapeut ansatt/tilknyttet.

Delmål 3:



Sentralt for måloppnåelse var samtidig (med delmål 1) samarbeidsutvikling med mottaker av resultatet av musikkterapeutisk prosess ved Olaviken, - primærhelsetjenesten, ved å formidle om Olavikens musikkterapitilbud og få innsikt i behov primærhelsetjenesten har: Hvordan samutvikler vi formidling av tiltak? *Musikkreferanseskjema* er nyttig i pasientoverføring til Olaviken. Skjemaet er evaluert og ble sett på mulighet for å inkludere informasjon om musikkrelatert bakgrunn i *bakgrunnsopplysningsskjema*. Utviklingen av et *tverrfaglig samarbeidsnotat* er essensielt for pasientoverføring til primærhelsetjenesten. I forlengelsen av dette, arbeides det kontinuerlig med utvikling av formidlingssamarbeid mellom musikkterapi og Marte Meo-metoden.

Disse tre delmålene mente vi skulle bidra positivt til å oppnå hovedmålsettingen i prosjektet. For å svare til delmålene har prosjektet hatt forskjellige arbeidsgrupper med forskjellig fokus.

1.3.3 Prosjektgrupper:

Sto for den praktiske gjennomføringen av prosjektet. Strategimessig besto denne gruppen av Prosjektleder, prosjektkoordinator og klinisk musikkterapeut. Funksjonelt består gruppen av 2 undergrupper:

Arbeidsgruppe 1, intern arbeidsgruppe:

Prosjektet ønsket å videreutvikle og gi større rom for musikkterapi i et tverrfaglig samarbeid i diagnostisering og utredning ved Norges eneste alderspsykiatriske sykehus. Dette inngår som del av NKS Olaviken satsing på økt bruk av Miljøbehandling og –tiltak slik de er nedfelt i sykehusets Strategiplan 2010-13.

De som medregnes i denne er:

- Prosjektleder, prosjektkoordinator, klinisk MT, Marte Meo-terapeut, fagansvarlig.

Rollen til denne gruppen er å sikre god intern utvikling av musikkterapitilbudet. Olaviken prioriterte interne ressurser til dette arbeidet hvis hovedmålsettinger var å:

- Utvikle systematikk og kvalitet i musikkterapitilbudet til alle relevante inneliggende pasienter. Dette inkluderer tilbud både om individualterapi og gruppeterapi.
- Sikre økt grad av systematikk i innhenting og anvendelse av referansemusikk[4] for den enkelte pasient ved innleggelse.
- Kvalitetssikre dokumentasjon i sykehusets tverrfaglige dokumentasjonsrapport
- Utvikle system for involvering og opplæring i bruk av musikk for målgruppen for det tverrfaglige teamet, inkludert avdelingsledere, i Olavikens døgnavdelinger.
- Utvikle praksis som knyttet musikkterapi og Marte Meo-metodikk sammen (se under). Dette inkluderer å avklare tekniske og juridiske forhold knyttet til å anvende film i overføring mellom helsenivåene.

Pr dags dato har Olaviken ansatt to faste 100% Musikkterapeutstillinger i hver sin i kliniske praksis for å sikre kapasitet til utviklingsarbeid og prosjektdeltagelse. Prosjektleder hadde ansvar for å sammenkalle arbeidsgruppen ved behov, samt sammen med KMT sørge for nødvendig dokumentasjon og rutineutvikling. Olaviken har også reservert avdelingsledelse, Marte Meo- og IT- kompetanse inn i prosjektgruppen.

[4] ”Referansemusikk”- innhenting (fra sykehjem/pårørende) den enkelte pasients foretrukne sanger/musikksjanger

Arbeidsgruppe 2, ekstern arbeidsgruppe:

NKS Olaviken ansatte ny musikkterapeut i 2011 med erfaring fra primærhelsetjenesten og bruk av musikk i sykehjem. Vi ønsket å foreta en kartlegging av utbredelse av bruk av musikk i PLOMS, før, under og etter oppstart "Samklang". Prosjektansatt KMT hadde ansvar for å faglig drifte en prosjektgruppe bestående av representanter fra 5 pilotsykehjem i fylket. Vi ønsket å involvere de 5 sykehjemmene som pr prosjektstart brukte NKS Olaviken mest, dette for å sikre felles pasientgrunnlag i prosjektperioden. Sykehjemmene, representert ved avdelingsledere, styrer eller fag/utviklingssykepleiere ble sentrale i å medutvikle de tjenestene (form og innhold) som de i størst mulig grad kunne nyttiggjøre seg av.

Denne gruppen besto av representanter fra 5 pilotsykehjem, i tillegg til representanter fra den strategimessige delen av prosjektgruppen:

- Pilotsykehjemsrepresentanter 1-5; Prosjektleder; Prosjektkoordinator; KMT.

Rollen til denne gruppen var å utforske og sikre måten musikkterapi og musikktiltak supplerer hverandre.

1: Olaviken hadde ansvaret i denne gruppen

2: Pilotsykehjemmene ga kunnskap om 1.linjen

Arbeidsgruppe 2 hadde følgende hovedmålsettinger;

- Etablere et utviklerforum på tvers av helsenivåene
- Foreta kartlegging av bruk av musikk i primærhelsetjenesten før, under og etter prosjektstart
- Lage et opplysingsopplegg hvor forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap på området gjøres tilgjengelig og anvendelig for 1.linjen (web + seminar)
- Utvikle system for å tilby primærhelsetjenesten faglig veilednings og støtte på feltet.

For NKS Olaviken og prosjektet "Samklang" var det særs viktig å samkjøre intern og ekstern praksis på området. IPL (intern prosjektleder) ville derfor også delta i arbeidsgruppe 2 sitt arbeid. Fra 2.halvår av prosjektperioden ville arbeidsgruppene også ha felles fokus på;

- Dokumentasjon av musikkterapi som del av tverrfaglig utredningsrapport fra spesialisthelsetjenesten
- Form og innhold på tilbakeføringsrutiner

- Utrede og utvikle bruk av film i tilbakeføring (se under)

Overordnet prosjektleder leder og koordinerer dette arbeidet. Han hadde også ansvar for å samle dokumentasjon fra prosjektet samt utarbeide sluttrapport for prosjektet innen utgangen av juni 2013.

Ressursgruppe

Tverrsektoriell gruppe hvis rolle var faglige innspill og rådgivning fra sitt respektive ståsted: Representant, *GAMUT*; Geir Olve Skeie, *Bergen HUS*; Ingrid Tvedt, *1.linjen; Prosjektleder*; *Klinisk musikkterapeut; Direktør* (*prosjektkoordinator som vara*) v/ NKS Olaviken.

Administrasjon

Hadde arbeidsgiveransvar og mandatoversikt v/ direktør Frode Wikne, økonomisk oversikt (budsjett og regnskap) v/ NKS Olavikens økonomiansvarlig, prosjektkoordinator og prosjektleder.

1.4 Finansieringskilder og finansieringsplan

Budsjett levert i ExtraWeb separat.

2. Prosjektgjennomføring

Utviklingsarbeidet i prosjektet Samklang har pågått kontinuerlig gjennom prosjektperioden. Gjennom møtepunkter i ekstern og intern arbeidsgruppe har arbeidet blitt presentert, gitt tilbakemeldinger på og ført videre. Vi fokuserer videre i rapporten på definerte delmål for prosjektet og gir rapport utifra disse.

Delmål 1:

«Utvikle musikkterapi som systematisk praksis i NKS Olavikens tverrfaglige alderspsykiatriske spesialistutredning (HUB).»

Musikkterapi har gjennom prosjektperioden blitt godt etablert som systematisk praksis i det daglige arbeidet på NKS Olaviken alderspsykiatriske Sykehus. Dette ved at pasienten gis

tilbud i grupper som fast oppsatte punkt i planen for uken. Som et ledd i kartlegging og kvalitetssikring av tilbudet, deltar musikkterapeut i tverrfaglige tiltaksmøter, for å kjenne til behandlingsforløpet pasienten er gjennom. Individuelle tilbud gis til pasienter som viser spesiell gunstig respons på og motivasjon ved musikk, eller der pasienten av ulike årsaker ikke er i stand til å benytte seg av tilbud i grupper, men likevel repsonderer på bruk av musikk eller sang i gitte situasjoner. Pasientens forhold til musikk blir kartlagt gjennom samtaler med pasienten, musikkpreferanseskjema, samtale med pårørende og ut fra tolking av pasientens reaksjoner og fortellinger i situasjoner der musikk blir brukt.

Ved sykehusets poliklinikk gis også musikkterapi som del av tilbudet innenfor arbeid i grupper for hjemmeboendemennesker med demens og deres pårørende. Her startet en med å prøve ut musikkterapi for en gitt gruppe. En har både ut i fra tilbakemeldinger fra brukerne av tilbudet, i tillegg til fagpersonenes opplevelser av prosessene opplevd musikkterapi som en gunstig del av dette tilbudet, og har således valgt å øke opp ved å bruke musikkterapi i flere grupper. Per dags dato er musikkterapeut med i 3 gående gruppeprosesser;

- Gruppe for pasienter og pårørende, tidlig i demensforløpet
- Gruppe for viderekomne, oppfølgingstilbud for pasienter /pårørende som har fulgt gruppeprosess tidligere
- Gruppe for yngre personer med demens (debut før fylte 65) og deres pårørende

En anser derfor musikkterapi som et etablert og verdifullt tilskudd til det faglige miljøet på NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Med et overordnet mål om å gi pasientene et helhetlig tilbud i en kombinasjon av medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak, der en etterstreber en grundig tverrfaglig kartlegging og tiltaksbygging for pasientens vei videre, er musikkterapi en viktig del av det komplette bildet.

Delmål 2:

> «Bidra til å systematisere og faglig styrke bruk av musikktiltak i primærhelsetjenesten i fylket (Hordaland).»

Prosjektet SAMKLANG ble startet ved å gi tilbud om et oppstartsseminar til alle institusjoner i fylket, fordelt på to undervisningssteder – Bergen og Stord. I Bergen ble seminaret gjennomført med 60 deltakere, mens seminaret på Stord ikke fikk nok påmeldte til at dette

kunne gjennomføres. Her ble gitt informasjon om musikkterapi og systematisk bruk av musikk i eldreomsorgen.

Videre var det gjort et utvalg av fem pilotsykehjem, de fem som hyppigst hadde pasienter innlagt på NKS Olaviken alderspsykiatriske Sykehus året før prosjektstart. På hvert sykehjem hadde en innledende møte der muligheter ble presentert fra prosjektleder og klinisk musikkterapeut, og sykehjemmet meldte sine ideer og behov knyttet til prosjektet. Deretter ble skreddersydd internundervisning gitt for en så stor personalgruppe som det var mulig å frisette, og en avtalte videre fremdrift.

Parallellt ble arbeidet både i ressursgruppen og i den eksterne arbeidsgruppen startet, både som kontrollorgan og som støtte til videreutvikling.

Den eksterne arbeidsgruppen møttes en gang årlig og var bestående av institusjonslederne i tillegg til musikkterapeutene i prosjektet. Her ble det gitt informasjon om og gode innspill til utfordringer og muligheter i dagens sykehjemsomsorg.

I ressursgruppen satt representant fra forskermiljø, musikkterapiutdanning, representant fra 1. linjetjeneste, prosjektets musikkterapeuter – samt representanter fra administrasjon ved NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus (direktør og koordinator), der faglige innspill og videreføringstanker ble utvekslet både knytte til fagmiljø og forsking, og også inn mot dialogen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å øke opp graden av musikk- og musikkterapitiltak i institusjonene.

Tidlig i perioden falt et av sykehjemmene ut av prosjektet, et valgte å leie inn musikkterapi-ressurs i en liten stilling fra nabokommunene. I de tre resterende sykehjemmene møtte en engasjerte representanter fra personale som allerede hadde gode erfaringer med og å bruke musikk, og som ønsket å lære mer. En avtalte å gi et institusjonsbesøk pr semester for å kunne holde en jevn kontakt, i tillegg til kontakt og besøk og oppfølging på bestilling. Likevel viste det seg at i en hektisk sykehjemshverdag ble det utfordrende for personalgruppene å jobbe systematisk og samlet nok til å kunne vise til konkrete resultater og bestillinger mellom hvert besøk.

Forventningene var ulike og arbeidspresset stort. En så derfor nødvendigheten av ildsjeler i personalgruppene som kunne drive prosjektet framover. Etter to år i prosjektet virket arbeidet til å stå «på stedet hvil», og en lagde en ny arbeidsmodell der en begrenset antallet involverte pasienter og avdelinger på hvert sykehjem. Klinisk musikkterapeut gjorde institusjonsbesøk to ganger i året og definerte arbeidsoppgaver for personalgruppene mellom hver gang. Dette i form for eksempel av å registrere musikkpreferansene til alle pasienter på en avdeling - også de som kom til etter hvert, gjennomgå dokumentasjonsrutinene for gjennomførte tiltak, lage miljøplaner eller ukeplaner for enkeltpasienter med musikktiltak som en del av disse. Her fikk personalgruppene konkrete tiltak som kunne gjennomføres og en oppnådde arbeidsgiver, engasjement og resultater. En opplevde likevel prosjektarbeidet som sårbart og personavhengig, men en hadde konstruktive og fruktbare dialoger ved tilbakeføring av pasienter fra Olaviken tilbake til sykehjemmene, og stor interesse for å utvide tiltaksforslagene rundt enkeltpasienter med sammensatte utfordringer.

En så derfor at å systematisk implementere gjennomførbare og individualiserte musikktiltak viste seg utfordrende uten å ha en ansvarlig musikkterapeut tilknyttet sykehjemmene. Personale går i turnus, skifter arbeidssted, og en opplever i perioder sykemeldinger som gjør at kontinuitet i tiltaksarbeid kan bli brutt dersom ikke arbeidet også på miljøtiltakssiden er nedfelt som foreskrevne rutiner. Å skape gode rutiner på tiltaksdokumentasjon varierte mye, og alle tre sykehjemmene anså at der fortsatt var en vei å gå. Å dokumentere kortfattet og deskriptivt nok til å gjøre tiltak overførbare hadde stor variasjon, og ble ansett til å ha et stort forbedringspotensiale.

Samtlige tre sykehjem hadde lederskifte enten på avdelingen eller for selve institusjonen, noe som gjorde at en måtte starte arbeidet «på ny frisk» alle steder. Vi så slik tydelig avhengigheten av enn solid lederforankring for gjennomføring av prosjektet. Behovet for frisetting av tidsbruk for ressurspersoner i institusjonen for å holde tråden i prosjektet kom også tydelig fram.

Vi så likevel at et grundig og engasjert arbeid ble gjort, og resultater ble meldt fra de ulike institusjonene:

- Hos alle tre resterende sykehjem ble det rapportert om senket terskel og økt motivasjon for å bruke musikk. Enkeltpersoner i personalgruppene fortalte om positive erfaringer med å bruke sang som tiltak i en-til-en-samhandlinger, og formidlet ønske om og motivasjon til å fortsette med det. Et sykehjem registrerte «Min sang» for alle pasienter og oppnådde preferansekunnskap om den enkelte som gav en fordel i kontakten med enkeltpasienter. En har fått fortalt historier fra personale som har oppnådd økt trygghet og mestring i potensielt vanskelige situasjoner som morgenstell, barbering, når pasienter har skullet legge seg osv – og selv opplevd å redde situasjonen ved å bruke preferert musikk
- Ett sykehjem arrangerte gitarkurs for de ansatte som ønsket dette
- Ett sykehjem meldte om positive tilbakemeldinger fra pårørende knyttet til synligheten av prosjektet med musikk i institusjonen. Pårørende følte seg involvert og gikk inn for å bidra aktivt, både med musikkopplysninger, og også for å komme til avdelingen til sine for å spille musikk. Dette økte igjen motivasjonen hos personalgruppen.

Delmål 3:

«Samutvikle ny grensesnittspraksis med primærhelsetjenesten: Ny form for kunnskapsoverføring (dokumentasjon/ tverrfaglig samarbeidsnotat) mellom 1. og 2.linjetjenesten.»

Gode dokumentasjonsrutiner har blitt etablert for det musikkterapeutiske arbeidet på NKS Olaviken alderspsykiatriske Sykehus. Musikkterapeutene rapporterer daglig i DIPS, i tillegg til at «Musikkterapi sammenfatning» følger pasienten som en del av epikrisen ved utskriving. Her beskrives hvordan pasienten har respondert på ulike tiltak med musikk, hvordan en har lagt til rette for å bruke musikk sammen med pasienten – og en gir også en liste over preferert musikk der dette ikke er beskrevet fra før. Videre følger tiltaksforslag knyttet til musikkbruk for og med pasienten. Disse rutinene stiller krav til musikkterapeuten i forhold til å sette seg inn i ressursene og gjennomføringsmuligheter for tiltak det enkelte sykehjem har, og tilpasse tiltakene deretter.

I noen tilfeller har vi fulgt opp tiltakene ved at musikkterapeuten har besøkt institusjonen for å veilede der pasienten er, noe som har vist seg å ha en god videreføringsverdi. Ved ett tilfelle har en brukt film av pasienten i musikalsk samhandling med musikkterapeuten for å synliggjøre effekten av systematikk i musikk som tiltak for en enkeltpasient. Å alminneliggjøre og skaffe eierskap til bruksvennlige tiltak har vist seg å kreve tidsbruk i større grad enn prosjektet har omfattet, likevel har en hatt en god gjennomføring av og engasjement rundt enkelte og definerte tiltak som personalgruppene har meldt de har hatt god nytte av.

3. Oppsummering

3.1 Avslutning:

Samklang ble etter endt prosjektperiode videreført ut 2014. I denne perioden hadde klinisk musikkterapeut en oppfølging i hver av de tre pilotsykehjemmene. Etter siste oppfølging fikk sykehjemmene selv ansvar for å ta kontakt med Olaviken ved behov for veiledning og videre oppfølging. Pr dags dato har ingen av sykehjemmene tatt kontakt.

3.2 Konklusjon:

NKS Olaviken anser prosjekt Samklang som vellykket i forhold til delmål 1 og 3. Når det gjelder delmål 2 viser det seg at institusjonene er avhengige av ildsjeler for å kunne drive musikkterapitiltak videre etter at Samklang ble avsluttet. Dessverre ser det ut for at slike «ildsjeler» ikke finnes alle steder. Da vil systematisering og konsekvent gjennomføring av foreslåtte tiltak falle ut. Når sykehjemmene i tillegg ikke har tilgang på egen musikkterapeut, viser det seg at det er utfordrende å systematisk følge opp tiltak med musikk som anbefales fra spesialisthelsetjenesten.