

<h2 style="text-align: center;">Netværksmøde</h2> <p style="text-align: center;">Foreningen af frivillige ved Hospice og frivillige ved Sct. Maria Hospice</p>		Dato
		Klokkeslæt
		Sted
Ordstyrer	Referent	Forplejning
Hanne Kaaberbøl	Ruth Syshøj	Diverse

Hanne Kaaberbøl startede dagens program med en varm velkomst til alle og præsenterede i samme åndedrag deltagere fra forskellige hospicer. Vi mønstrede 36 deltagere i alt, herunder 14 fra Sct. Maria Hospice.

Dagens første oplægsholder var musikterapeut *Marie Falk* med emnet:

**”Min arbejdsdag som musikterapeut på Sct. Maria Hospice”**

Marie indledte med at fortælle om indholdet af den 5-årige universitetsuddannelse som musikterapeut. Uddannelsen foregår på Aalborg Universitet og er både krævende og enestående, idet man på universitetsniveau anerkender, at musik - toner - stemmer - kan være et redskab i behandling af mennesker, som af forskellige årsager ikke er til at komme i kontakt med rent verbalt. Undervejs i oplægget blev vi helt på det rene med, at evne og øvelse i at improvisere er en vigtig disciplin.

Vi blev herefter gjort bekendt med begrebet *entrainment* (afstemning), som enkelt sagt betyder, at terapeuten tager udgang i patientens fysiske, psykiske, sociale og åndelige/eksistentielle situation - det hele menneske - og forsøger at tune sig ind på patientens "bølgelængde", herunder vejtrækning, puls og smerteniveau. Dette for via musikken/stemmen at lindre patientens tilstand og om muligt bringe lindring og ro.

*De musiske redskaber* kan være mange, men Marie benytter sig primært af sansula (afrikansk knipse-instrument), havtromme, klaver, sin stemme og særligt for Marie cello.

Det fysiske: Ved smertebehandling er udgangspunktet at finde lyde sammen med patienten, som beskriver smerten. Marie gav et eksempel på, hvor forfærdelig smerten kan lyde på en cello. Smertemusikken/lyden bruger terapeuten til at finde frem til en form for lindringsmusik/-lyd, så patienten får oplevelsen af ikke længere at være alene om smerten.

Det psykiske: Via patientens musikønsker kan det lykkes at danne en kobling til patientens tidligere identitet. De pårørende kan i den forbindelse være en stor hjælp ved at gøre opmærksom på musik eller sange, som patienten tidligere har sat pris på. Minder kan vækkes, livshistorien komme frem og terapeuten kan i gunstige tilfælde hjælpe patienten med at skrive en sang eller et brev til de efterlevende.

Det sociale: Det kan handle om sang på stuen sammen med pårørende, eller patienten kan have glæde af noget indspillet musik. Måske bliver der også talt om, hvad patienten ønsker sunget ved sin død/udsyngning.

Det åndelige/eksistentielle: Det er svært at beskrive, idet det på dette område i høj grad handler om noget mere eller mindre udefinerbart, men vi fik på vores egen krop lov til at opleve en guidet musikrejse til indspillet musik. Det var en meget emotionel oplevelse, som havde minde-elementer i sig.

I ugens løb (28 timer fordelt på 4 dage) har Marie mange andre terapeutiske/musiske muligheder. Fx at lave "ønskekoncert" eller musikandagt med præsten, sangtæner med frivillige, etablere mentale pauser for pårørende, etablere hvilepuls for det faste personale i forbindelse med mindestund for afdøde i ugens løb. Endelig bruger Marie klaveret i forskellige områder i huset til miljømusikterapi.

Marie formåede i løbet af formiddagen at give os et enestående indblik i de lindrende muligheder, der ligger i musikkens verden, når disse bliver administreret empatisk og med respekt for det enkelte menneskes situation og behov.

---

Efter en dejlig frokost fik vi besøg af *Marianne Jørgensen*, sygeplejerske på Sct. Maria Hospice og ekspert i "Delirium, en forvirringstilstand hos patienten"

Marianne indledte sit yderst informative og relevante oplæg med at slå fast, at delirium opstår i hjernen på grund af fysiske lidelser (smerter) eller andre fysiske ændringer i patientens liv (fx miljøskift). Man skelner mellem 3 former for delirium:

1. Hyperaktivitet som er præget af rastløshed, motorisk uro, agitation eller aggression og hallucinationer.
2. Hypoaktivitet, såkaldt stille delir, hvor patienten er stille og indadvendt, apatisk, søvngig. Denne form for delir kan være svært at diagnosticere, da den kan fejlforklages som demens eller sorg/depression.
3. Blandingsformer, hvor patienten har symptomer fra begge nævnte typer.

Terminal-delirium forekommer hos 85-95% af alle døende de sidste timer/døgn før døden og er en alvorlig og yderst lidelsesfuld sygdom, som bør lindres mest muligt - både af hensyn til den døende og de pårørende.

Årsagerne er mangfoldige og kan fx være overdosering af medicin, dehydrering, iltmangel, infektioner, blodmangel og nyre/leversvigt. Patientens hjerne kommer derved på overarbejde, så det er vigtigt, at plejepersonalet sørger for så rolige og trygge omgivelser som muligt. Det kan være vigtigt at informere om ugedag og tid på dagen, at undgå for mange aktiviteter, at tale fast, men venligt til patienten.

Marianne gav os mange eksempler på, hvordan en patient kan reagere, hvis der ikke er styr på behandlingen. (Bid, slag, angst for at blive forgiftet, ser dyr og mennesker, som ikke er til stede i rummet, yderst støjfølsom etc.).

Inden for de seneste år er der udviklet et screeningsredskab (CAM Screening). Enkelt sagt er det et skema, som sygeplejerskerne på Sct. Maia udfylder for alle patienter 3 gange i døgnet. Denne screening giver et klart billede af patientens tilstand og de markante ændringer, der kan opstå i løbet af ganske få timer.

Der findes forskellige former for *medikamentel behandling* af delirium. I de fleste tilfælde begyndes behandlingen med Serenase. Afhængigt af patientens øvrige medicinering og deliriøsitet kan der bringes anden form for medicin i spil.

Er patienten uafvendeligt døende kan det være nødvendigt at foretage palliativ sedering. Det betyder, at man i patientens sidste livstimer bringer patienten til at sove og dermed befrier patienten for de sidste lidelser, hvilket også kan have stor betydning for de pårørende.

Marianne afsluttede sit foredrag med en lille engelsk video, som med al tydelighed viste, hvad en patient og i dette tilfælde dennes hustru måtte kæmpe med, inden der blev sat en behandling i gang.

Mariannes foredrag var på alle måder en voldsom øjenåbner i forhold til nogle af de komplekse problematikker, plejepersonalet står overfor i den palliative indsats.

Hanne Kaaberbøl, Marianne Harboe og Solveig Kulia m.fl. afsluttede denne lærerige, informative og skønne dag med tak til alle medvirkende.