

KURÉREN

ORGAN FOR NORSK FORENING FOR STYRERE I ELDREOMSORGEN



«Omsorg for alvorlig syke og døende»

Tore-Kristian Lang

«Beklager. Vi har gjort alt vi kan for deg. Nå er det ikke mer vi kan gjøre.» Ikke få pasienter har hørt dette eller lik-

nende utsagn. Det virker skremmende og inngir en følelse av oppgitthet hos pasient og pårørende. I tillegg kommer

ofte at pasienter ansees som «ferdigbehandlet» og derfor plasseres i pasientkategorier og på institusjoner som deler av helseteamet trekker seg bort ifra. Det tragiske ved dette er at det skjer nettopp i en fase av livet der både pasient og pårørende har mer behov for hjelp og støtte enn noen gang. Holdningen som uttrykkes i slik tilbaketrekking, er mulig der pasienten er tingliggjort. Denne depersonaliseringen som ofte omtales som institusjonaliseringens demoni, blir tydelig der pasienter blir diagnoser, og døden omtales som feilfunksjon eller sammenbrudd i organer eller som resultat av mislykket behandling.

En ganske annen holdning preger den behandler som ser døden som naturlig del av livet, som avslutning på en lang og sammensatt livsprosess. Da er det vanskeligere å unngå å se den døendes mange og sammensatte behov, enn om en fokuserer på sykdommen alene. Da blir det selvsagt at det alltid er «mer vi kan gjøre», så lenge pasienten er i live.

Dersom pasienten ikke blir gjort til et tilfelle eller et sykesengnummer, fremstår han eller hun som en person som føler, tenker, tror, håper, lider og som både kan le og gråte.

God pleie av alvorlig syke og døende begynner med å møte pasienten som et fullverdig menneske så en ikke bare behandler symptomer og sykdom. Da investeres like mye i å avhjelpe psykisk, åndelig og sosial smerte, som den fysiske. Slik pleie er imidlertid bare mulig der pasienten selv respekteres og tas på alvor som en virkelig person med ansvar



for eget liv og livskvalitet.

En annen forutsetning er helsepersonellens faglighet som tilstreber symptomkontroll, primært frihet fra smerte, men samtidig også åndelig og emosjonell støtte for pasient og pårørende gjennom dødsprosessen og den ofte smertefulle avskjeden.

God pleie av døende tar sitt utgangspunkt i at hver enkelt person er unik. Dette medfører at omsorgsplanen utformes for å møte individuelle behov, på den måten som er mest naturlig for pasienten og familien. Dette gjelder alt fra det smerteykontrollerende medisinske, det særpregede sosiale, åndelige og kulturelle, til favoritt-suppen el.l. så langt en har mulighet. Det er muligens viktig her å minne om at også hos senil demente er personligheten til stede om enn rammene dens er forandrede og ferdigheter mistet.

Det er viktig for god pleie av alvorlig syke og døende at pasient, familie og personale har felles mål i å opprettholde pasientens livskvalitet og i å hjelpe pasient og familie til å oppnå tilstrekkelig frihet fra fysiske og andre bekymringer gjennom dødsprosessen, slik at pasient og familie kan oppnå det nivå av mental og åndelig forberedthet på døden, som vil være tilfredsstillende for dem. En søker m.a.o. på alle måter å holde pasienten på hans eller hennes høyeste funksjonsnivå men aldri imot pasientens vilje.

Gjentatte undersøkelser viser at døende lever sine siste måneder, uker og dager med større fylde og glede i en åpen, ærlig og ekte atmosfære, i motsetning til der taushetens allianse preger miljøet, og pasienten opplever seg isolert, snakket over hodet på, ja bent frem behandlet som psykologisk og sosialt sett død allerede.

Det er også overveldende klart at familiemedlemmer etter dødsfallet ikke er så plaget av skyldfølelse, intens smerte eller total psykisk blokkering hvis de har hatt tiden, plassen og motet til å si «adjø».

God pleie av alvorlig syke og døende gis der sann medmenneskelighet, kjærlighet og respekt vises. Der er det gjensidighet i forholdet pasient-omsorgsperson. Der er det personlige engasjement synlig i evne og vilje til innlevelse, samtidig som en er profesjonelt personlig slik

at en ikke regjerer den døende ut fra egne behov, men gir omsorg og pleie ut fra pasientens behov og hans eller hennes egenart. Pasienten står i slik pleie i sentrum som person med selvet i fokus og ikke først og fremst sykdommen. God pleie av døende gis der dødsprosessen får være en avslutning på livet, slik at jeg som pasient ikke avskjæres fra mine medmenneskelige omgivelser, eller medisineres bort ifra meg selv, eller holdes kunstig i live imot min egen vilje.

En slik pleie er god fordi den hjelper meg som døende til å oppsummere livet mitt, hjelper meg å konkludere, til å organisere meg slik at jeg blir istand til å gjennomleve den ofte smertelige avskjeden, får sagt skikkelig adjø til dem jeg er glad i, og den lar familie og venner slippe til, og eventuelt bli hjulpet til å få sagt skikkelig adjø til meg.

Å ikke hjelpe pasienter som står overfor dødens uavvendelighet, å ikke hjelpe disse til å oppsummere og ta farvel med hverandre, er for meg ensbetydende med å delta i å snyte pasienten for konklusjonen på livsprosessen og de pårørende for den opplevelse de kunne levd videre på og gledet seg ved, og som samtidig kunne gjøre det mindre skremmende for dem å se frem imot sin egen død.

God dødspleie gis av dem som vet sine egne muligheters begrensning, og som derfor vet seg avhengig av et tverrfaglig team å samarbeide med — både til eget og pasientenes beste. Slik pleie viser seg i et sant engasjement i hvem pasienten er, har vært, og i hva han eller hun håper på.

Og hver gang vi går inn i en døendes rom står vi overfor den ofte vanskeligste utfordringen i slik pleie: Vi står vel der og da alltid samtidig ansikt til ansikt med vår egen dødelighet og livets klare begrensning. I møte med pasienter og pårørende svarer ekkoet i oss selv fra våre egne erfaringer eller fantasier i møte med sykdom, familieliv og død.

For virkelig å vise omsorg og gi god pleie til døende må en være villig til å bli personlig involvert. Dette er ensbetydende med at en blir sårbar. Som givere av hjelp og støtte til døende må vi være villige til å arbeide med vår egen personlighet, og da særlig med våre følelser og holdninger overfor døden, til det å dø, til lidelse, til familiekonflikter og til

sorg. Vi må være villige til å være evige elever idet den døendes virkelighet er en annen enn vår. Dette medfører en konstant utvidelse av grensene for vår egen virkelighet. Samtidig oppdager vi vår begrensning idet vi må erkjenne at vi ikke kan lede mennesker dit vi selv ikke har vært. Vi oppdager at vi ikke blir til annet enn overfladisk hjelp for dem som lider under sorg eller dødsangst, om vi ikke på en eller annen måte kjenner hvordan disse følelsene er, i dypet av vår egen eksistens.

Dette høres krevende ut, og det er det. Det drier seg her om en kvalitet i behandling, pleie og omsorg som kan synes sjelden, men den er ikke umulig. Samtidig er det klart at ikke alle egner seg til å pleie alvorlig syke og døende. Det er også klart at i perioder en selv har lidd alvorlige tap, må en gis andre oppgaver så en ikke gjennomarbeider sin egen sorg og smerte ved f.eks. overidentifisering med pasienter eller pårørende.

I en undersøkelse («Death Education», No. 1, 1978) ble sykepleiere på en kreftavdeling spurt om hva som var deres hovedproblem innen sykepleien. Svarene ble summert opp slik: «å forholde seg til pasientenes følelser om sykdom, prognose og død». Samme undersøkelse viste at selv om disse pleierne prøvde å forholde seg til pasientens psyko-sosiale behov, følte de seg ute av stand til å gjøre dette, fordi de følte seg blokkerte av sine egne opplevelser og frykt for sykdom og død, manglende kunnskap om mellommenneskelige forhold og manglende dyktighet og trening i å kommunisere.

Der alvorlig syke og døende gis omsorg og pleie, står personalet i konstant behov av veiledning og støtte. God pleie av alvorlig syke og døende begynner derfor med at vi blir med-lidende, men den fortsetter med at vi blir dyktige til å ta vare på oss selv, så vi ikke går til grunne pga. all lidelsen og døden vi etterhvert tar inn over oss. Tas ikke personalet skikkelig hånd om så det får gjennomarbeidet egne følelser på pasienter, blir resultatet av pleie av døende lett utbrenthet. Gis derimot personalet tilstrekkelig støtte og åpning for å av reagere, er faglig og personlig vekst nærmest uunngåelig, med alt hva det positivt betyr for pasienter, personalet og for institsjonen.