

Af
Udviklingssygeplejerske,
cand.cur.
Annegrethe Venborg,
Hospice Djursland

At indfange det lys, som patienten ser

På Hospice Djursland hentes inspiration i en analysemetode, hvormed graden af opfyldelse af komponenterne symptomlindring, selvbestemmelse, sociale relationer, selvbillede, "syntese" og samtykke vurderes for hver enkelt patient.

Formålet er at sikre, at patienten oplever sig set som et helt menneske med egne tanker og valg – til det sidste.

Et møde i patientens eget hjem mellem en repræsentant fra hospice og det menneske, som er blevet henvist til indlæggelse, gør det muligt at skønne og dermed visitere det aktuelle behov for indlæggelse på hospice ud fra f.eks. sociale forhold og det stadie af sygdommen, patienten befinder sig på. Ved face-to-face at møde patienten kan der introduceres til formål og muligheder med hospiceindlæggelse. Desuden tilflyder der den besøgende repræsentant en række kendsgerninger og indtryk gennem dialog og besøg i de kulisser, der har dannet rammerne for en kommende patients dagligliv.

De indsamlede data fra et sådant møde kan konverteres til en skriftligt udformet "præsentation" af patienten som fundament, når patienten efterfølgende modtages som ny patient på hospice.

Det blev dog ret hurtigt efter Hospice Djurslands indvielse i november 2007

erkendt, at et sådant møde med alle henviste patienter ikke var realistisk at gennemføre. Dels fordi optageområdet rent geografisk er stort og tidsforbrugende at komme ud i hjørnerne af. Dels fordi vi har et højt flow af patienter og altså modtager rigtig mange.

Et andet aspekt er, at patienter i stort omfang (> 60 %) kommer til hospice direkte fra sygehusindlæggelse, hvormed muligheden for at møde dem privat går tabt.

De barrierer, der er forbundet med, at en visitator indhenter oplysninger hjemme hos patienten selv, har betydning for valget af denne fremgangsmåde. Visitation foregår derfor primært på baggrund af den skriftlige henvisning samt efterfølgende afklaring og prioritering via telefoniske samtaler med relevante involverede, ikke mindst patienten selv og pårørende.

Som sygeplejersker forholder vi os til, at sygepleje således ikke kan tage

afsæt i data, indhentet af et medlem og personificeret ved en visitator på hjemmebesøg.

En gruppe af sygeplejersker arbejder med at beskrive, hvordan man fra det første møde med en nyindlagt patient f.eks. kan få kortlagt, hvilke andre mennesker og interesser der har og har haft betydning i patientens liv, og hvilke tanker og overvejelser vedkommende gør sig ved at komme på hospice.

Vi ønsker at etablere en faglig tilgang, der sikrer, at vi lærer en ny patient så grundigt at kende, at vi kan yde en omsorg, der baserer sig på patientens medindflydelse, ønsker og behov, så vedkommende oplever sig set som et helt menneske med egne tanker og valg – til det sidste.

Menneskets frihed til at udforme sit liv er grundlaget for dets værdighed...

Om Avery Weisman

Som mulig metode til at opfylde en sådan personfokuseret sygepleje er der inspiration at hente i en metode, som kaldes "Weisman-analysen" efter den amerikanske psykiater, Avery Weisman, som er dens ophavsperson.

Tilbage i 1970'erne herskede generelt en organisk tradition, hvor udelukkende patologiske processer og fysiologiske årsager i forbindelse med dødsfald var i fokus: Hvad døde patienten af.

Weisman påpegede betydningen af andre perspektiver end det gængse fokus for obduktion og argumenterede for gennem en såkaldt psykologisk obduktion at få forståelse for menneskers måde at nærme sig døden på (1). Mennesker lider på forskellig vis i bestemte stadier af deres sygdom, selvom de er stillet den samme diagnose. Og der kan f.eks. spørges: Hvorfor dør en patient på et givent tidspunkt frem for før eller senere; og hvad døde en patient fra eller levede for?

Weisman er en blandt mange "medskyldige" i, at mange flere synspunkter end strengt biomedicinske i dag er på banen og spiller en rolle i anliggender, som har med død at gøre. "Tanatologi" er samlebetegnelsen for de forskellige videnskabsgrene, der beskæftiger sig med livet, og som har noget interessant at bidrage med om døden (2). Weisman nåede gennem undersøgelser frem til seks forhold, som personale omkring en afdød kunne bruge til at analysere, hvorvidt pågældende person havde haft en god død (an appropriate death) (1).

Livet pågår

"Livet pågår" er titlen på en svensk bog (3), hvori den svenske forsker Britt-Marie Ternstedt med reference til Avery Weisman demonstrerer det gunstige i at tage afsæt i de nævnte seks forhold til at reflektere over, hvorvidt en patients død kan betragtes som god. Forholdene nævnes i efterfølgende afsnit som kriterier for en god død ud fra en udformning, som Ternstedt et al har bidraget med (3), og som tager afsæt i moderne opfattelse af palliation: At patienten skal opleve liv til det sidste. Livet pågår, trods dødens nærhed.

I daglig tale er de omtalte betydningsforhold kaldt for "de 6 S'er", hvor S'erne viser hen til følgende seks begreber:

- symptomlindring
- selvbestemmelse (integritet)
- sociale relationer
- selvbillede
- "syntese" (oversættes fra svensk til mening og sammenhæng)
- samtykke (oversættes fra svensk til accept af at skulle dø)

At S'erne har den betydning, som Avery Weisman for omkring 40 år siden udsagde, er i årenes løb blevet understøttet af forskning. Undersøgelser med forskellig metodisk tilgang har bekræftet betydningen af at opretholde eller styrke de seks forhold hos et menneske med udsigt til nært forestående død. Betragtet som en slags kriterier for den gode død bør de derfor opfyldes i en samlet palliativ indsats.

Weisman-analysen har som metode været afprøvet af svenske sygeplejersker, som fandt støtte i den til at se

den alvorligt syge patient i sin sociale sammenhæng og til at påminde om at gøre patienten delagtig i alle anliggender, der kunne påvirke dagligdagen og livet til at pågå med højest mulige kvalitet (3).

Nærværende artikel kan ikke være en udtømmende og komplet redegørelse for de seks betydningsforhold. Men for at illustrere analysemetoden følger en kort beskrivelse af det relevante i at vurdere graden af opfyldelse af hhv. symptomlindring, selvbestemmelse, sociale relationer, selvbillede, "syntese" og samtykke for den enkelte patient.

Symptomlindring

Plagsomme symptomer hindrer en patients oplevelse af god livskvalitet og modvirker dermed målopfyldelsen af en palliativ indsats.

En høj grad af symptomfrihed er en forudsætning for den enkelte til at kunne rette sin opmærksomhed mod det, som har værdi og indhold, f.eks. at kunne nyde de glæder, livet stadig kan byde. Symptomlindring er en omfattende opgave i det daglige på hospice. Sygeplejersker sætter ind med alle deres faglige talenter for at honorere patienters behov for lindring af de mangeartede symptomer, der er en følge af alvorlig sygdom. Vore kompetencer indenfor smertebehandling og symptomkontrol er meget afgørende.

Men smertelindring er kompleks og behøver en tværfaglig tilgang hvortil også præst, psykolog, musikterapeut, frivillige og fysioterapeut kan have bidrag, der kan supplere en medicinsk behandling.



Djurstrand

Selvbestemmelse

Ifølge filosofien hænger selvbestemmelsen og den værdighed eller det værd, mennesket har ved at være op-højet i forhold til øvrige væsener, sammen således: Menneskets frihed til at udforme sit liv er grundlaget for dets værdighed (4).

At det selvbestemmende menneske har værdighed og er et formål i sig selv er et grundmotiv i moderne tankegang om mennesket som den suveræne udformer af egen tilværelse. Til selvbestemmelse som frihed betragtet knytter sig begrebet autenticitet: At det gode liv er det liv, den enkelte selv har valgt, og at man som fornuftsvæsen er i stand til etisk selvbestemmelse. Heri ligger, at den enkeltes selvbestemmelse ikke indvirker negativt på andre menneskers mulighed for selvbestemmelse. Autenticitet betyder ikke nødvendigvis ekstrem subjektivism og individualisme, og i øvrigt bliver de valg, det enkelte menneske foretager, defineret og får præferencer i dialog med andre mennesker. Således f.eks. i det in-formerede samtykke, hvor en patient træffer beslutning på baggrund af forelagte muligheder og konsekvenser af eksempelvis medicinændring.

Bevarelsen af patientens selvbestemmelse har traditionelt høj prioritet i sygeplejefaget. Ingen ønsker at påtvinge patienter noget, de ikke ønsker sig udsat for. Retten til selvbestemmelse søges respekteret, f.eks. ved at lytte og søge at forstå, hvad patienten vil dele med os, og hvad patienten vil beholde for sig selv.

Det er naturligt at ønske diagnostik og terapi længst muligt. Måske er pa-

tienter på sygehuset ikke reelt konfronteret med muligheden for at sige nej og stoler på, at kontroller nytter, så længe de ikke forelægges alternativer. Måske har de overhørt det budskab, forslag om hospiceophold indebærer: At de så ikke mere er modtagelige for en kurativ indsats. Hver enkelt patient må træffe afgørelse selv, men mange er ikke i stand til det (5). Derfor forekommer det, at patienter, der overflyttes fra sygehus, ikke har afsluttet en kemo-behandling og ikke er tilbøjelige til at give afkald på den.

På hospice revurderes den medicinske behandling i samråd med patienten. Eksempelvis er patienter fra sygehuset vant til at få iltbehandling uden, at de har stillet spørgsmål ved relevansen heri. Ofte skønner vi på hospice, at patienten udmærket kan undvære dette. I første omgang kan det skabe en vis utryghed hos patienten at blive foreslået at undvære ilt. Ændring sker ved at få forelagt muligheden og at blive vejledt. Med garantier for, at ilttilførsel hurtigt kan genetableres, træffer patienten selv beslutning om at pausere med ilttilførsel, for til sidst ofte at kunne undvære det helt. Ved afprøvning opdager patienter ofte, hvor nemt det går uden, og at det giver frihed til at gøre ting, de ikke havde troet mulige. Selvbestemmelse og utvungen afgørelse er en klar forudsætning herfor.

På hospice er eksempelvis dødsøjeblikket et påtrængende emne at klarlægge og dokumentere: Hvilke konkrete tanker gør patienter sig om denne situation, f.eks. hvem skal være hos dem? – skal der foregå noget rituelt før

Et alvorligt sygt menneske er i en svækket position og har et andet livsperspektiv og en anden grundstemning i livet end raske. Dette kan afstå det fra at udfolde sig som den person, han eller hun egentlig er.

eller lige efter dødens indtræden? Ofte meddeler patienter sådanne forhold spontant, men for at tilgodese selvbestemmelse skal spørgsmålene afklares, mens patienten er ved bevidsthed.

Der ligger en særlig udfordring i forhold til at tilgodese selvbestemmelseretten hos patienter med hjerne- metastaser. Pga. længere overlevelse med metastaserende kræftsygdom (6) har vi i stigende omfang denne type patienter på hospice, som i visse situationer ikke er realistiske i forhold til omgivelser og egen tilstand. Om muligt er det også her vigtigt "i tide" at finde ud, hvad de har af ønsker for deres sidste levetid.

I tilfælde hvor patienten ikke mere er i stand til at levere informeret samtykke, kan det aktualiseres at træffe beslutninger på patientens vegne på baggrund af et såkaldt formodet samtykke (7). Det etableres ved gennem åbne samtaler mellem pårørende, læger, plejepersonale og andre, der kender patienten, at finde frem til – med respekt og kompetence – hvad patienten ville have ønsket i den foreliggende situation.

En vigtig pointe er dog, at selvbestemmelse ikke bliver så altoverskyggende, at relationen mellem patient og sygeplejerske bliver anstrengt og svækkes. Der skal herske en tillid fra patientens side til, at sygeplejersken "vil mig det bedste", så den stærkt afkræftede patient trygt overlader til sygeplejersken at træffe en række valg (8). Det bedste grundlag for dette er at kende patienten rigtig godt, og at aftaler om en række sygeplejehandlinger er dokumenteret i plejeplaner.

Der skal rundes af med at påpege en særlig situation, som skaber et dilemma og fordrer nogle etiske refleksioner fra sygeplejerskens side. Det kan nemlig forekomme, at en konflikt mellem pårørende- og patientinteresser kan koste patientens ret til selvbestemmelse.

Pårørende udgør en uvurderlig ressource for deres nære, som skal dø. De bistår gennem deres tilstedeværelse og med mange praktiske ting. Mange pårørende er meget synlige på hospice, og som den stærkeste part er de ofte talerør for patienter, som ikke nødvendigvis formår at give udtryk for de behov, de selv har.

I situationer, hvor pårørende udtrykker ønsker på patientens vegne, som man som sygeplejerske oplever ikke matcher patientens reelle behov, kan sygeplejersken opleve pres fra pårørendes side. Det kan være en vanskelig balanceakt at tage hensyn til pårørende – den part, der skal leve videre – og samtidig forholde sig kritisk til, om konsekvensen af at give efter for pårørendes behov kan føre til overgreb på patienten.

Selvbillede

Som sygeplejersker på hospice vil og gør vi så meget godt for vore patienter. Det hænder dog, at vi har så rodfæstede meninger om, hvad der er bedst for en døende, at de gennemføres som vores projekt uden reelt at være ønsket af patienten. Det er en faldgrube, vi som sygeplejersker ikke bør overse.

Et alvorligt sygt menneske er i en svækket position og har et andet livsperspektiv og en anden grundstem-

ning i livet end raske. Dette kan afstå det fra at udfolde sig som den person, han eller hun egentlig er.

I kraft af en naturlig åbenhed formår nogle mennesker dog trods sygdom at give udtryk for egne værdier og at tydeliggøre sig som person med et gennemlevet liv bag sig overfor en lyttende anden. Deres selvbillede er tydeligt for andre, fordi de spontant oplyser, hvilke ønsker de har for den resterende levetid. De deler deres selvopfattelse og livsforståelse med andre og blive derved set som person.

Mennesker, der af natur derimod er mere indesluttede eller stille eftertænk-somme, skifter ikke med deres selvbillede og livsopfattelse. De tydeliggør sig ikke som personer, er sværere at "komme ind på" og formår måske ikke at udtrykke egne værdier.

Ofte har patienter frem til indlæggelse på hospice været personligt autonome, altså været selvstændige og uafhængige af andres hjælp. Kontroltab og kropsligt forfald truer alvorligt syge menneskers selvbillede og identitet, så de før eller siden typisk må lade sygeplejersker f.eks. håndtere visse intime handlinger. Sygeplejersker må i forskellige hjælpesituationer genspejle en såkaldt "systemisk autonomi" ved, at patienten vises respekt for det hidtil uafhængige liv. I dette er måden, personalet gør tingene på, af stor betydning (5,8).

Fra starten af et hospiceophold skal vi sørge for at give rum for, at patienten fortæller om sig selv, sine vaner og interesser. Vi skal kortlægge, på hvilke områder patienten er sårbar, og hvilke ressourcer der kan trækkes på. På den

Ækket position og har et indstemning i livet end raske ...

baggrund skal vi finde frem til, hvordan vi kan støtte patienten til at bevare sit selvbillede trods tiltagende afhængighed af hjælp fra andre. Vores opgave er at lytte og befordre, at patienten giver sine behov til kende. Så vi gør, hvad der er bedst ud fra, hvad patienten mener, frem for hvad vi evt. synes. F.eks. skal et fagligt forehavende ikke være en bestræbelse på at holde patienten engageret og knyttet til livet, hvis vedkommende behøver fred til at blive klar til at forlade denne verden.

Sociale relationer

På Hospice Djursland er det meget tydeligt, hvor varierede patienters netværk er. Både størrelsesmæssigt, men også hvad samværsform og -frekvens angår.

I litteraturen findes rigtig mange beskrivelser og anvisninger i forhold til pårørende til et familiemedlem, der snart skal dø. Det er veldokumenteret, at pårørendes inddragelse i forløb med nærtståendes alvorlige sygdom har positiv betydning for deres mestring af situationen, både før og efter patientens død (9). Så der er gode grunde til, at hospice på rigtig mange fronter er indrettet til, at pårørende kan opholde sig der ligeså meget, de kan og vil.

For patienters vedkommende har patienter, der formår at fastholde et socialt liv, bedre mulighed for at mestre tilværelsen med ondartet sygdom end patienter, der nedtoner et aktivt socialt liv. Ægtefællers adfærd over for dem betyder noget for deres opfattelse af sig selv og af sygdommen.

Selvom vores indsats på hospice

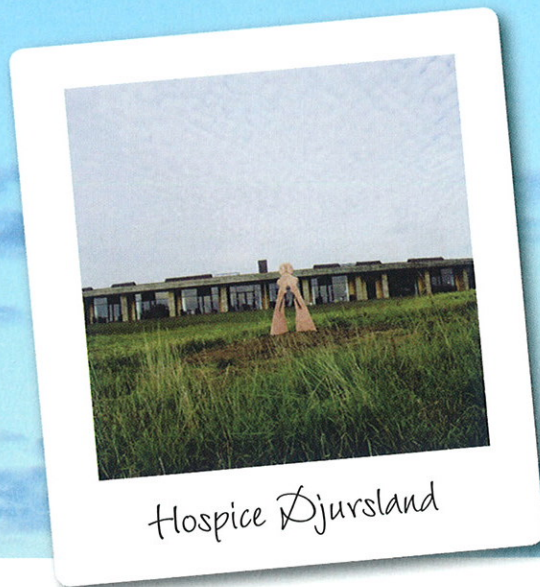
også omfatter pårørende, berøres sociale relationer i denne sammenhæng udelukkende fra patientens side i lyset af forestående død.

Ægtepar giver ofte udtryk for, at en vis spændt situation i hjemmet eller på sygehuset ophæves i forbindelse med patientens indlæggelse på hospice. Den raske ægtefælle har indtil da taget rigtig mange opgaver på sig og oplever en stor aflastning ved bl.a. at kunne befries for vært(inde)opgaver. Ægtefællen får ofte for første gang længe en rolig nattesøvn ved at vide, at patienten får hjælp ved kald om natten. Patienten har glæde af dette ved, at ægtefællen nu med et større overskud kan være sammen med han/hende i et mere afslappet samvær og med større kvalitet. F.eks. kan en ægtefælle tage patienten med en tur i det dejlige terræn i kørestol, eller de kan indrette sig på stuen eller terrassen og blot "være".

Det er indlysende, at samvær med nære betyder noget for patienten - at dele oplevelser med dem til det sidste og få sagt, hvad der skal siges. At en pårørende får sagt, at patienten er elsket betyder noget for begge parter. At en søster til en bror får sagt "jeg elsker dig" og dermed sender dette budskab med patienten i døden er en god oplevelse at overvære, så også for 3. part gør det godt!

I mødet med patient og pårørende lærer sygeplejerskerne begge parter at kende og får lejlighed til at fornemme, hvad der er samtaleemne, og hvad der evt. ikke bliver talt om. Et delvist fravalg forekom hos en enlig kvinde, som i to "forsøg" blev opfordret til at





have i det mindste et af sine voksne børn med til en samtale, hvor forløbet og udbyttet af den palliative indsats skulle drøftes med læge og sygeplejerske. Hun takkede tydeligt nej begge gange, selvom det for os forekom at være ensomt ikke at dele dette med de nærmeste, som ellers hyppigt besøgte deres mor. Børnene måtte respektere deres mors beslutning om ikke at stille til skue med ord, hvor situationen bar hen. For den pågældende patient betød det meget at kunne tale om almindelige ting og at blive omgæet med nænsom værdighed under stilfærdigt hensyn til og omsorg for det udtalt ydre kropslige forfald.

I andre situationer, hvor forestående død er et tabuemne, kan det være hensigtsmæssigt at fungere som katalysator og bringe nogle ord på banen, der får samtaler på gлед, som parterne måske hver især har villet skåne den anden for i den tro, at det var for svært for vedkommende.

Omvendt forekommer det, at patienter fravælger kontakt med pårørende. De har deres grunde til det, og de må respekteres.

Især hos patienter med et svagt eller intet netværk overhovedet kan vi foreslå, at de modtager besøg af en af vore frivillige. Viser de interesse heri, må vi på baggrund af, hvad patienten interesserer sig for, finde frem til en frivillig, som enten kan spille et slag kort eller gå tur med patienten – eller blot snakke. I det hele taget udgør vort korps af frivillige på Hospice Djursland en vigtig social faktor for vore patienter ved at være relationer i en række forskellige sammenhænge.

Samtykke

Alle vore patienter er vidende om, at deres sygdom er uhelbredelig, og et hospiceophold varsler i sig selv dødens nære forestående; den resterende levetid kan være få måneder, uger eller blot dage.

Nogle patienter taler spontant og åbenlyst om dette på rolig og fattet vis. De har evt. gjort sig overvejelser om ønskede ritualer før og efter dødens indtræden eller er i hvert fald parate til at forholde sig til det. De har set dødens komme i øjnene, men kan selvfølgelig have spørgsmål om, hvad sygdommen kan gøre ved dem, og hvorledes vi kan hjælpe dem.

Vi kan omvendt ikke sige, at patienter, der undgår at tale om sygdommens fatalitet, ikke accepterer eller samtykker den snarlige livsafslutning. Tavshed omkring døden kan hos den ene være udtryk for, at situationen ses i øjnene, men at man i indadvendthed bevidst vælger at sørge over tabet i stilhed. Hos en anden kan tavshed skyldes fornægtelse.

Det har den betydning at vide noget om accept af forestående død, at vi risikerer enten at svinge, hvis vi fejlkonkluderer, at patienten pga. stilfærdighed ikke vil tale om det, eller at vi misforstår opfattet vrede pga. livstabet som knyttet til personens temperament og ikke til en uforløst sorgreaktion over at skulle dø.

Det har desuden betydning for kommunikationen mellem patient og pårørende, hvis deres respektive opfattelser og accept af situationen ikke matcher. De får ikke talt om emnet, hvis den ene part ikke ser situationen

i øjnene – eller hvis de i fejlagtig omsorg for hinanden undlader at berøre emnet, fordi de gensidigt vil beskytte hinanden.

Vi skal dog ikke som fagpersoner foregøgle os, at alle når frem til at acceptere nært forestående død. Som mennesker har vi alle brug for både at kunne fornægte og at håbe. Og fordi rammerne nu er hospice, er det ikke givet, at der skal tales meget om døden.

Med viden om, at accept er en vigtig komponent for en god livsafslutning, skal vi dog som fagpersoner overveje, hvordan vi bedst hjælper de patienter, som er langt fra at erkende dødens nærhed. Vi må prøve at sondere, på hvilke måder vore patienter sørger over den kommende livsafslutning og dermed hvor rede, de er til at dø. Det er vigtigt at se, at en patient i accept af den snarlige død "gør sig klar" til den med behov for at afskærme sig fra omverdenen.

Vi kan drøfte vore iagttagelser med kolleger og på tværfaglig konference for på det bredest mulige grundlag at kortlægge en patients accept af at skulle dø. Bruge opmærksomhed på, om der f.eks. er behov for en støttende samtale med en præst eller psykolog.

Sammenhæng og mening

Det er kendt og dokumenteret viden, at konfrontation med nært forestående død indebærer optagethed af religiøse tanker (10). Det er ligeså veldokumenteret, at en religiøs livsanskuelse kan være meningsgivende og fremme oplevelsen af håb (11). I undersøgelser er der desuden fundet nedsat risiko for

Hos ethvert sygt menneske findes en åbning, der giver passage for, at det føler sig lindret

sygdomsrelateret depression hos alvorligt syge patienter, der finder styrke i deres tro (12). Det er ikke uden grund, at vi har en præst på hospice.

Der er dog andet end tro og religion, der er meningsskabende. Selvom forestillingen om udødelighed kan knytte an til den religiøse meningsforståelse, kan en udødelighedsforestilling være forbundet med andre dimensioner, nemlig med slægtens kontinuitet, med realiserede livsværk eller med et liv forenet med naturen.

I dagligdagen på hospice kan der være rig lejlighed til, at patienten fortæller om den sammenhæng, han / hun ser sit eget liv i. Fotografier og besøg kan således give anledning til, at patienten ser sig som vigtig person for, at familien nu kan leve videre; måske under nogle vilkår, som patienten har haft en andel i at skabe. Planer om at være sammen med familien giver mening for hver enkelt patient. Og det kan give mening for patienten at udtrykke håb for familiemedlemmers fremtid. I nuet og den nære fremtid kan der være begivenheder, det vil give mening og være af stor betydning for patienten at kunne opleve. I visse situationer vil et sådant håb kunne forekomme urealistisk. Men frem for at frage patienten håbet, kan man støtte dette meningsperspektiv for patienter ved at sige "det håber jeg også" (11).

I en lille skattekiste kan en mor f.eks. lægge breve og genstande, hvormed hun giver sine børn minder med ind i fremtiden, så de derved fortsat kan "mærke" lidt af hende. For nogen giver det mening at få sat ord på at beskrive, hvilke små eller store og konkrete spor

de har sat for eftertiden; hvordan en virksomhed eksempelvis føres videre. Eller hvilke interesser eller idealer, der har skabt indhold i deres tilværelse.

Det vue, hver enkelt patient har fra sit vindue på Hospice Djursland, kan give anledning til refleksioner over at være en del af den større sammenhæng, der ses derude: Naturen. Tror patienter, at deres sjæl forlader dem som en fugl, der flyver bort? Eller genopstår de ved at blive til muld og fremtidig vækst af naturen?

På rigtig mange fronter kan vi med sygepleje styrke og støtte patienterne i at se mening og sammenhæng i den særlige livsfase, de befinder sig i.

At indfange det lys, som patienten ser

Man kan sige, at Weisman-analysen som metode splitter mennesket kunstigt op i en række komponenter af betydning for en god død, de seks S'er. For på mange måder indvirker komponenterne på hinanden: Accept af dødens komme kan bl.a. bero på den sammenhæng, man ser sit eget liv i, og hvilket billede, man har af sig selv.

Ofte forbinder vi en analysemetode med at kunne kategorisere mennesker og efterfølgende disponere med nogle bestemte forholdsregler.

Formålet med Weisman-analysen er ikke at sætte omsorg på formel, men tværtimod at tage højde for den variation af kompleksitet, der findes i kraft af den mangfoldighed af bl.a. selvbilleder, lindringsbehov og dødsparathed, som vore patienter repræsenterer.

Til brug for Weisman-analysen knytter sig for hvert kriterium, de seks S'er,





Djursland

en række spørgsmål, man kan søge svar på i mødet med patienten.

Ud af mange mulige (3) kan i flæng nævnes:

Er symptomlindringen optimal? Er det svært for patienten at modtage hjælp? Forandres patientens relationer til sidst? Søger patienten ensomhed? Hvordan oplever patienten sit ændrede udseende? Hvad tilfører patienten glæde midt i det svære? Bliver der lyttet til patientens livshistorie? Udtrykker patienten ønske om at dø?

Analysemetoden kan være med til at sikre, at patienter ikke kommer til at bruge deres sidste kræfter på at leve op til hospicepersonalets ambitioner for patienternes dødsproces. Kun den døende selv ved, hvad der er bedst.

I den netop udkomne og første årsrapport fra Hospice Djursland (13) bruger hospiceleder Dorit Simonsen et citat fra en af Leonard Cohens mange sange:

*"There is a crack in everything.
That's how the light gets in"*

Hvis man i stedet for lys for light siger lindring, kan en oversættelse lyde:

"Alt indeholder en åbning. Derved trænger lindring ind".

Vi skal kende vore patienter godt og derudfra sætte ind på alle tænkelige måder, der kan give lindring. For hos ethvert sygt menneske findes en åbning, der giver passage for, at det føler sig lindret.

Referencer

1. Weisman, A.D. (1974). The Realization of Death. Jason Aronson, Inc., New York.
2. Jacobsen, M.H. (2001). Dødens mosaik – en sociologi om det unævnelige. København: Gyldendal Uddannelse.
3. Ternstedt, B.-M. (1998). Livet pågår! Om vård af døende. Stockholm. Forskning och Utveckling. Vårdförbundet.
4. Andersen, S. (1993). Som dig selv. En indføring i etik. Århus. Århus Universitetsforlag.
5. Heimerl, K. (2004). Pasientorienteret kvalitet innenfor palliativ care. Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 3: 13-16.
6. Region Midtjylland. (2007). Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland. Regionshuset Viborg.
7. Husebø, S. (2006). Avslutte livsforlængende behandling? Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 4: 39-41.
8. Nielsen, R. (2005). At være sig selv - at blive sig selv. Den åndelige dimension hos døende mennesker. Århus. Unitas Forlag.
9. Ross-Pedersen, L og Johansen, C. (1997). Ægtefællens betydning for kræftpatienten. Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 1: 14-17.
10. Jacobsen, B m.fl. (1998). Kræft og eksistens - om at leve med kræft. København. Dansk psykologisk Forlag.
11. Venborg, A. (2002). En undersøgelse af sygeplejerskers oplevelse af håbs betydning for alvorligt syge og døende i sygehuspraksis. Specialeafhandling. Aarhus Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Institut for Sygeplejevidenskab.
12. Hvidt, N.C. (2008). Tro og praksis. Om troens betydning for patienter og sundhedspersonale. Fokus på Kræft og Sygepleje. 3: 4-12.
13. Årsrapport 2008. Hospice Djursland på: <http://www.hospicedjursland.dk/>

Annegrete Venborg
Udviklingssygeplejerske, cand.cur.
Hospice Djursland
Strandbakken 1
8410 Rønne
Tlf. 87773320
Annegrete.Venborg@hospicedjursland.dk
FAX: 87773350