

Människans grundläggande behov - den femte hörnstenen

TEXT // BIRGIT RASMUSSEN

Vart har kunskapen och intresset för omvårdnad i relation till människans grundläggande behov tagit vägen? De grundläggande behoven kan vara helt avgörande för att upprätthålla värdigheten när man är svårt sjuk och döende, och de är även viktiga för de närstående. Det är svårt att vara nära en sjuk som luktar illa ur munnen eller ur den andra änden. Min undran om vart dessa behov har tagit vägen blir mer påtaglig sett i ljuset av den fantastiska utvecklingen som den palliativa vården i Sverige har genomgått under de senaste decennierna.

NUMERA FINNS DET ENLIGT Palliativguiden mer än 150 olika verksamheter runt om i landet som erbjuder specialiserad palliativ vård. Det finns ett Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede samt Socialstyrelsens termbank som bland annat definierar palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013), ett Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014 – det kommer en uppdaterad version 2016 (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2012) och palliativ medicin har blivit en ny tilläggs-specialitet för läkare. Dessutom finns Nationella Rådet för Palliativ Vård och regionala palliativa nätverk och den 4:e Nationella Konferensen i Palliativ Vård har precis ägt rum i Malmö med 800 deltagare.

På konferensen presenterades 76 intressanta abstrakts, men bara ett fåtal handlade direkt om patientens grundläggande behov, som till exempel sömn och avslappning.

Detta är ju märkligt eftersom omvårdnad av döende människor historiskt sett alltid har varit ett kärnområde i sjuksköterskans arbete. Denna personliga och pålitliga omvårdnad som hjälper människor med deras grundläggande dagliga behov och aktiviteter när de saknar styrka, kunskap eller vilja att genomföra dem utan hjälp (Henderson, 1982). Men idag är omvårdnad relaterad till de grundläggande behoven varken högprioriterad i forskning, utbildning eller i diskussionerna om palliativ omvårdnad och vård och nämns över huvud taget sällan (Lindqvist m.fl., 2012). Hur har det blivit så? Här kommer ett par våghalsiga reflektioner.

I samhället i dag är den friska och vackra kroppen idealet och den svårt sjuka kroppen och dess utsöndringar har lägre status. Det speglas i bilden av att det är lätt och inte kräver någon särskild utbildning att hjälpa till med de grundläggande behoven.

DET ANSES ATT VEM SOM HELST KAN TVÄTTA, servera mat, hjälpa på toaletten, torka upp spyor, tvätta en mun eller vända en patient i sängen (Rudenstam, 2014). Men det är ingen enkel sak att till exempel ta hand om en patients mun. Det kräver kunskap och handlag och är beroende av om patienten är ett litet barn, en vuxen, en person med svår demens eller en som har cancer i munnen. Det är både komplext och sofistikerat att hjälpa svårt sjuka och döende människor med deras grundläggande behov (Lundh Hagelin m.fl., 2013). Och vilka är det som i huvudsak

hjälper den döende patienten med de grundläggande behoven, jo undersköterskoroch vårdbiträden och vilket jobb dessa kollegor utför! Samtidigt speglas bilden av att det inte är betydelsefullt både när det gäller utbildningens längd och lön. Som sjuksköterskor har vi en högre utbildning och lön, men i det vardagliga arbetet verkar det som att de tekniska och medicinska aspekterna av vården ofta prioriteras högre än de mer grundläggande fysiska behoven. En fundering blir därför hur vi som sjuksköterskor tar ansvar för, hjälper och stödjer undersköterskorna om vi inte själva har evidensbaserade erfarenheter och kunskaper som stöd för omvårdnadsåtgärderna?

KAN DET VARA SÅ att vår förståelse av den palliativa vården, som vilar på de fyra hörnstenarna: Symtomkontroll, Samarbete i ett mångprofessionellt team, Kommunikation och relation, Stöd till närstående, är för snäv och blir som en barriär? Behöver de fyra hörnstenarna utvidgas (Lundh Hagelin m.fl., 2013) och inkludera även de grundläggande behoven?

På så sätt skulle dessa livsviktiga behov för patienter och deras närstående få den prioritet som är nödvändig för att vi ska kunna utveckla evidensbaserad kunskap och färdigheter. Ett återkommande argument mot detta är att omvårdnad i relation till de grundläggande behoven ingår i hörnstenen; Symtomkontroll. Och så är det givetvis till en del, men det omfattar ju så mycket mera. Att inte kunna gå på toaletten eller att inte ha ork att tvätta sig själv är ju inte ett symptom som ska lindras eller förebyggas, det är grundläggande dagliga behov som vi hjälper människor med för att öka välbefinnandet och understödja deras värdighet. Och det kräver erfarenhet och evidens och ytterligare en hörnsten.



Birgit Rasmussen

Professor i omvårdnad med inriktning mot palliativ vård, Inst för hälsovetenskaper, Lunds universitet Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne

Referenser

Henderson V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: A&W 1982

Lindqvist O, Tishelman C, Beardsley Clark J, Daud ML, Dickman A, Domeisen F, Fürst CJ, Galushko M, Lunder U, Lundh Hagelin C, Lundquist G, Miccinesi G, Sauter S, Rasmussen BH. *Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study*. *PLoS Medicine*, 9(2), 2012: e1001173. doi:10.1371/journal.pmed.1001173

Lundh Hagelin C, Tishelman C, Rasmussen BH, Lindqvist O. *Det räcker inte med 4 hörnstenar – den komplexa vården i under livets sista dagar*. I B. Andershed, B-M. Ternestedt, C. Håkonson (red), *Palliativ vård. Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, 2013

Palliativguiden www.nrvp.se/palliativguiden.

Regionala Cancercentrum i samverkan (2012). Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. Stockholm, Gotland.

Rudenstam C (2014). *Tillbaka till grunderna. Omvårdnadsmagasinet nr 6, 14–16*.

Socialstyrelsen. (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. <http://www.socialstyrelsen.se>