

Supervision på kræftafdelinger.

På Finsencentret, Rigshospitalet i København behandler vi årligt ca. antal patienter. Patienterne her er i 'aktiv behandling' det være sig kurativ, livsforlængende eller palliativ, og behandlingerne er medicinske behandlinger (primært kemoterapi) eller strålebehandlinger. Når pt. er færdigbehandlet overgår de til ambulante kontrol besøg her. De bliver som oftest afsluttet herfra enten efter kontrolforløbet, eller såfremt der ikke er flere behandlingstilbud – kurative såvel som palliative. Så overføres patienterne til hospice, palliativ afdeling, til eget hjem eller til lokalsygehus.

Rigshospitalets kræftafdelinger er som sådan ikke gearet til palliative og terminale forløb. Vi er i vores selvforståelse 'aktive behandlingsafdelinger'. Alligevel dør der årligt ca. 200 pt. på sengeafdelingerne i Finsencentret. Nogle patienter får af forskellige årsager lov til at blive den sidste tid på den afdeling, de måske har kendt gennem flere år, andre dør under behandlinger og igen er andre så dårlige, at det er uetisk at flytte dem.

På Finsencentret er der ansat 2 psykologer i 'primært personalerelaterede funktioner'. Det betyder i praksis, at vi er ansat til at undervise og supervisere sundhedspersonalet, således at de selv formår og magter at støtte patienter og pårørende ved normale krise- og sorgreaktioner. Så kun når indlagte patienter oplever 'overdeterminerede krisereaktioner' eller andre svære psykologiske reaktioner vil der være mulighed for psykologbistand på hospitalet. Ellers er vi behjælpelige med at henvise til andre psykologiske behandlingssteder. Vi ser dog årligt ca. 100 patienter evt. sammen med deres pårørende.

Supervision.

Supervision er jo en uddannelsesform som af psykologer er brugt som en form for mesterlære i terapeutiske færdigheder. Erfarne psykologer superviserer deres yngre kolleger, således at man får læring, refleksion omkring patienten, men også refleksion omkring sin egen rolle og sit ansvar i relationen med klienten. I supervision kender supervisor ikke klienten, men får klienten og kontakten beskrevet gennem den yngre psykologs fortælling. Psykologer bruger også gruppesupervisioner, hvor en gruppe psykologer samles med en supervisor, og hvor man skiftes til at få supervision på sin 'sag', og hvor man evt. kan bruge resten af gruppen som bidragsydere til refleksionen. I gruppen kommer man med hver sine sager – og kender altså ikke hinandens klienter.

Sygeplejersker og læger har ligesom andre faggrupper svære og komplicerede kontakter med patienter, og har derfor gennem en årrække søgt supervision. Adskillige psykologer er blevet ansat på psykiatriske og somatiske afdelinger – men mange steder er oplevelsen, at det er svært at få supervisionen til at fungere. Der er mange undskyldninger for dette. Travlheden er en af dem, manglende evne til at prioritere det, er en anden. Fakta er, at det ofte glider ud. Når man kommer til en afdeling som ny psykolog, får man at høre, at supervisionen var svær at bruge til noget, at den snak man havde kunne man lige så godt have haft monofagligt over kaffen.

Også vi har haft og har stadig problemer med at få supervisionen til at blive brugbar for systemet. I nogle perioder fungerer supervisionen på visse afdelinger rigtig godt, i andre perioder synes det svært at få op og stå – og på nogle afdelinger fungerer det slet ikke.

Som psykolog skal man passe på ikke at overføre sine egne læringsformer og normer til andre faglige miljøer, hvor opgaverne og kontakten med patienten er væsentlig forskellig, og hvor det føles uvant og skræmmende for personalet, at skulle være meget åben omkring egne følelser og tanker omkring patienten. Desuden er det svært at opnå samme kontinuitet og fokus i gruppesupervisioner på hospitaler. Man arbejder i 3-holdsskift – og er måske kun på arbejde en gang hver 2 måned, den dag hvor der kører supervision. Måske er der så travlt på afdelingen, at man ikke prioriterer supervisionen.

På Finsencentret oplevede vi i starten, at der var mange forskellige tanker om, hvad supervision egentlig er, og også fordomme om, at det var et sted, hvor man dissekerer patienter (taler ondt?) og piller sig selv i navlen. Endvidere var supervisionerne på afdelingerne tit meget forstyrrede. En læge kom ind for at hente en kontaktsygeplejerske, klokken ringede og nogle spiste. Ikke lige det rum psykologen fandt tilfredsstillende. Vi har derfor forsøgt os med andre koncepter ud fra principperne om, at vi må opfinde metoder, som kan bruges i og af systemet – ikke bare komme med vores velkendte metoder.

Vi var nødt til at udvikle metoder hvor:

- der er taget højde for, at man sidder med en forskellig gruppe til hver supervision – og dermed ikke kan forvente, at der er en høj grad af åbenhed og tryghed i gruppen.
- der bliver givet anerkendelse af den enkeltes indsats og forståelse af patienten.
- forstyrrelser kan bæres og accepteres.
- problemstillingen der skal tales om, ikke altid er forberedt.
- man sidder med en gruppe plejepersonale, hvor flere har haft kontakt med patienten, og hver har sin oplevelse af kontakt og problemer. Dvs. at man ikke på samme måde kan bruge gruppen som reflekterende team, men er nødt til bevidst at inddrage hver enkelt personales oplevelse af patienten – og bruge dette til at danne et billede af patienten og patientens måde at indgå i relationer.
- der skal gerne være elementer, som kan beskrives og formidles videre til det personale, der ikke deltog.
- der gives elementer til en plan for arbejdet omkring patienten (redskaber til at komme videre).
- psykologen påtager sig ansvaret for at skabe et meningsfuldt møde.

Da supervisions begrebet også lagde et vist pres på os – og gav os normer for 'rigtig og forkert', lavede vi navnet om, så det kom til at hedde 'psykologkonference'.

Et eksempel på psykologkonference: 5 fra plejepersonalet mødes med psykologen

Personalet på afd. y har svære problemer med en kvindelig patient. Hun er først i 50'erne, har fået konstateret en langsom kræftform, som man kan leve længe med (op til 10 år), hvis man er i kontinuerlig behandling, men som hun kommer til at dø af. Kvinden udvikler under sin indlæggelse svære spiseforstyrrelser, og hvis hun endelig spiser noget, bliver det kastet op igen. Man kan ikke finde nogle somatiske komponenter for disse problemer. Personalet føler sig magtesløse, og da patienten medicinsk er klar til udskrivelse, bliver det endnu mere frustrerende, at det ikke går fremad med maden. Alle fortæller efter tur om deres oplevelser med at passe kvinden. Efterhånden træder et billede frem. Af de personaler der passer kvinden, oplever de fleste meget irritation overfor hende. De oplever, at hun ikke vil spise – og dermed ikke vil hjem. De oplever at opkastningerne bliver værre, når personalet er på stuen – og at al kontakt med patienten efterhånden handler om mad og bræk. De undgår endvidere for så vidt det er muligt at passe patienten – eller de undgår hende mest muligt, hvis de skal passe hende. To fra gruppen oplever

ikke irritation, men en stor medfølelse med kvinden og en god kontakt. De har dog samme oplevelse omkring maden, men det er ikke problematisk for dem at passe hende. Første opgave for psykologen er at anerkende de forskellige oplevelser – og ikke komme til at alliere sig med den ene. Ofte vil der i plejegrupper indbyrdes være en lille vogten eller konkurrence om, hvem der har den bedste kontakt/samtale med patienten, og det er min opgave at styrke gruppens evne til at udholde at personalet vil have forskellige former for kontakt med patienten. Næste opgave er at blive nysgerrig på de forskellige kontaktformer. 'Hvad kan vi lære om patienten, udfra hvilke følelser hun vækker i jer som personale?' Vi taler om måder at få kontakt på, og at kvinden efterhånden kun får kontakt fra en stor gruppe af personalet, hvis hun kaster op. Ingen taler med hende om, hvad hun tænker om at skulle hjem, hvad der bekymrer hende, og ingen taler med hende om, at hun skal leve med en uheldelig sygdom – og hvordan gør man lige det? Vi taler endvidere (jeg spørger), om hvad det generelt gør ved os, når folk ikke tager ansvar for eget liv – og at nogle bliver meget provokerede og måske straffende i kontakten, når de møder sådanne mennesker på deres vej. Ved at høre hinandens oplevelser med patienten, og ved at psykologen forklarer fx symptomdannelser etc. bliver det klart for gruppen, at kvinden ikke kun skal have kontakt omkring mad og bræk. Man skal komme mere på stuen, man skal sætte sig, og tale med hende – når hun ikke skal spise. Måske vil man endda prøve at give mindre opmærksomhed på mad og bræk.

Psykologkonferencen bliver **styret kraftigt** af psykologen. Der er en anden talekultur i sundhedsvæsenet, så det kræver, at man påtager sig ordstyrerrollen – og beholder den. Det mest givende er, at det er meget konkrete problemstillinger, der bliver drøftet, således at vi ikke begiver os ud i metadiskussioner om, hvordan man burde kommunikere og får lavet sandt/falsk billeder – men bliver i den konkrete kontekst og tager udgangspunkt i konkrete problemstillinger mellem patient og personale.

At kunne give anerkendelse er måske den vigtigste lærdom, jeg har fået ud af 7 års arbejde i hospitalsregi. Hospitaler er fyldt med mange gode viljer – men omgangstonen mellem personalegrupper kan være hård, og en psykolog, der kommer ind fra højre og ikke kender problemstillingerne og arbejdspresset til bunds, har det svært. Det kræver, at man kan se, at alle gør det så godt, det er muligt. Som alle andre er sundhedspersonale allergisk overfor bedrevidenhed.

Formen med runder omkring oplevelser med patienten kan dels nuancere billedet af patienten, men kan være med til at styrke afdelingens evne til at rumme forskelligheder i relationer. Sygeplejersker som bebrejder sig selv, at de ikke så ofte har 'dybe' samtaler med patienter kan blive anerkendt i, at deres kontaktform også kan være meget opløftende og livgivende for patienten. Endvidere vil der ofte indgå pædagogiske elementer, hvor psykologen kobler teori eller viden fra forskningen på, således at afdelingen kan opnå aktuel viden, og at den viden bliver formidlet i dialog og omkring en konkret problemstilling.

Når man kommer til en psykologkonference uden nogen er forberedt på, hvad der skal tales om, har jeg erfaret, at hvis man spørger meget og evt. tager ansvar for at bringe et spændende emne på banen, kan mødet blive meningsfuldt. I psykologssammenhænge vil dette ikke være i orden. Her ville man i langt højere grad lade gruppen selv tage ansvar for at skabe indhold i mødet. Men hos plejepersonale kan det synes uoverskueligt at skulle forholde sig reflektivt, mens man har 17 forskellige bolde i luften – og endvidere er man jo en hel gruppe - så ofte tænker den enkelte, at de andre nok tager ansvar. Igen må man som psykolog holde sine normer for sig selv, og forsøge at skabe mening i den konkrete virkelighed – og den er nogle gange, at alle har glemmt, at det er psykologdag – alle er sultne for ingen har nået at spise. Og så må vi starte der.

Ind i mellem vil afdelingen gerne drøfte en patient/familie, hvor psykologen også har kontakt med disse. Det er her svært at være supervisor, fordi man selv har sine egne oplevelser og meninger om patient og familie – og det kan derfor være svært at lytte uden 'forbehold'. Vi løser disse problemer på forskellig vis. Ind i mellem kan vi trække den anden psykolog ind som supervisor, og selv gå med som deltager i gruppen, andre gange bliver supervisionen i stedet til en erfaringsudveksling og fælles brainstorm omkring oplevelser og forståelse af patienten – med psykologen som mødeleder.

En yngre mand er indlagt på sengeafdelingen og meget alvorlig syg. Man har prøvet mange slags behandlinger, og patienten og hans ægtefælle har begge holdt meget fast i håbet om overlevelse. Ægtefællen er selv ansat i sundhedsvæsnet, har været meget på afdelingen, og har selv ønsket at vaske og pleje patienten. Al kommunikation til patienten, går igennem ægtefællen – og personalet oplever en stigende frustration over ikke at kunne få kontakt til patienten. Det føles af personalet som om, ægtefællen vogter over manden – for at ingen skal gøre ham ondt (sige at han kommer til at dø af det her?). Psykologen taler med ægtefællen, der giver udtryk for voldsomme skyldfølelser over, at manden er syg, og at hun ikke har opdaget det i tide. Hun nærmer sig under samtalerne at turde tale om, at han nok kommer til at dø – men at sige det højt, er også behæftet med skyldfølelser 'Jeg svigter ham, når jeg tænker på det – så er det som om, jeg skubber ham mod graven'. Ingen får stadig lov til at komme tæt på ægtefællen – og parrets to børn bliver holdt hen i uvished, ligesom parret slet ikke taler sammen om, hvad vej det går.

Hele teamet omkring patienten er frustreret – og ingen synes at kunne komme igennem – og supervisionen bliver et sted, hvor man kan dele denne frustration – men også hvor der bliver lagt planer for interventioner i forhold til patienten.

Kontaktlægen fortæller igen parret, at det snart kommer til at ske – men stadig kommer der ingen dialog mellem ægtefællerne. Psykologen gennemtvinger så en samtale, hvor manden er tilstede, og der kommer en god kontakt i stand til ham – og med tæt hjælp fra psykologen og sygeplejepersonalet lykkes det parret at få talt om det, der skal ske, konens fremtid, økonomi – og sluttelig at det bliver sagt til børnene.

Her kan man ikke tale om psykologen som supervisor – men som teammedlem. Men stadig er det vigtigt at psykologen styrer gruppesamtalen, og kvalificerer den med nysgerrighed og undren, evt. bidrager med hypoteser og samler op og er med i planlægning af videre tiltag.

Når supervision ikke lykkes.

Ligesom i terapien vil der være episoder i supervision, hvor det ikke lykkes supervisor at få en ordentlig kontakt, eller hvor både psykolog og afdelingspersonale føler man går i ring om problemet. Der kan også være afdelinger, hvor det hele tiden føles skævt, og hvor man må opgive. Det er selvfølgelig frustrerende for både psykolog og afdeling, og det er her vigtigt som psykolog at spørge sig selv – 'hvad er det jeg ikke forstår omkring jer og jeres opgave?' Ofte er det primære problem, at afdelingen ikke føler sig anerkendt – men at vi bliver fejlfindere og bedrevidende. Dette kan bl.a. skyldes, at afdelingens personale og psykologen har forskellige forestillinger, holdninger og viden om mennesker i krise og deres behov, og at vi dermed taler forbi hinanden

En afdeling henviser ofte patienter uden nogen 'relevante grunde' - andet end at patienten har fået kræft. Når vi visiterer – og afviser patienterne – bliver de selvfølgelig frustrerede, og oplever os måske som negative overfor deres evne til at vurdere patientens behov. Dette smitter måske af på

supervisionen, hvor det bliver svært for os at høre, hvad problemet. Og hvor de nok ofte ikke føler sig mødt – fordi psykologen er forvirret.

At arbejde tæt på døden:

Et spørgsmål der ofte dukker op i disse tider, hvor der skrives og tales om sekundær traumatisering og udbrændthed er, om det er farligt at arbejde og være vidne til så megen død og lidelse, som man jo er på kræftafdelinger.

På Finsencentret oplever vi, at det i starten er svært for mange sygeplejersker at arbejde i kræftområdet. Vi har mange unge og nyuddannede sygeplejersker, som skal lære meget kompliceret sygepleje, når de starter her. De skal kunne lave IV adgang, give kemoterapi, tage sig af voldsomme infektioner og behandle sår og bivirkninger af behandlingerne. Ofte bruges der i starten mange kræfter på at lære den mere instrumentelle sygepleje, og først når sygeplejersken har været ansat ca. 1 år – og lige præcis der, hvor de første patienter, hun tog i mod, begynder at dø – går hele den grufulde virkelighed op for hende – og hun bliver selv ramt. Mange sygeplejersker får her perioder med angst – for sygdom hos dem selv eller hos familien, træthed og eksistentielle overvejelser. De bliver voldsomt opslugt af arbejdet – glemmer at holde fri og knytter sig meget til patienterne. *En ung sygeplejerske på leukæmiafsnittet sagde: 'Man skal jo faktisk være heldig, hvis man skal blive over 30'.*

Vi forsøger gennem introduktionsprogrammet at forberede dem på disse reaktioner, hvilket synes at have hjulpet. Mange af disse yngre sygeplejersker bruger endvidere tilbuddet om individuel supervision, hvor problemet ofte bliver mere håndterligt efter 1-2 samtaler. Men der findes selvfølgelig både læger, sygeplejersker og psykologer for hvem kræftområdet trigger alt for meget angst til, at de skal være her.

Oftest ser man en proces hos sygeplejersken, hvor døden bliver mindre skræmmende – og efterhånden kan blive en udfrielse for den lidende patient. En sygeplejerske, sagde efter 2 år på afsnittet: *'Nogen gange tænker jeg på de forløb (dem hvor patienten dør på afdelingen) som at jeg skal være jordmoder – altså bare modsat. Jeg skal hjælpe dem med at komme så godt herfra som muligt'.*

For de mere erfarne sygeplejersker synes arbejdet tæt på døden at give stor meningsfuldhed. Man arbejder ikke kun for at helbrede – men for at gøre livet bedst muligt – og for at gøre en forskel for patienten og de pårørende. Ind i mellem berører patienterne meget, men følelsen synes oftest velkendt og håndterbar.

For de erfarne er det at være vidne til patientens lidelse dog stadig smertefuldt og slidsomt. *'En kvinde i 30'erne er indlagt med udbredt sygdom. Hun er i gang med at erkende, at der nu ikke kan gives mere behandling og strides i sit indre med tanken om at skulle dø. Hun har haft tilknytning til afdelingen gennem mange år, og er kendt og afholdt af personalet. En ældre sygehjælper har passet hende gennem det sidste stykke tid og det har været svært at lindre hende både fysisk og psykisk. Sygehjælperen skal vaske patienten og det gør rigtig ondt. Magtesløshed og meningsløshed dukker frem for sygehjælperen, og hun bruger supervisionen til igen at få fokus på, at med hendes omsorg og kontakt med patienten, vil denne aldrig opfatte plejen som andet end 'godt ment' også selv om den medførte lidelse.*

Oftest bliver supervisionen brugt til at drøfte de etiske dilemmaer som kræftbehandling næsten pr. definition medfører. Hvor længe er det meningsfuldt at give behandling? Er det meningsfuld palliation at hive en svært syg patient ind til 20 gange strålebehandling? Hvordan vejer vi lidelser op mod hinanden? Hvordan informerer vi godt nok, til at patienten kan tage en velovervejet

beslutning? For alt personale i kræftområdet skal disse spørgsmål dukke op – fordi vi altid må vurdere ud fra den enkelte patient. Vi bliver aldrig i stand til at lave entydige retningslinier på hele feltet. Men for den enkelte betyder holdningsforskelle til tider, at arbejdet taber mening. At opleve at en patient dør af den kemo, man selv gav eller ordinerede giver mange tanker og nogen gange plagsomme skyldfølelser, og disse skal drøftes og bearbejdes i supervisionen – og til tider også lægges frem for ledere og overlæger.

I kræftområdet kan man meget sjældent sende patienten glad ud af døren med et plaster, som har ordnet problemet. Så vi er nødt til dels at kunne bære, at patienterne bliver kede af det sammen med os, og at vi ikke kan give dem det, de ønsker sig mest. Patienterne dør ofte heller ikke accepterende og velforberejede med styr på børn og begravelse, sådan som vi kunne ønske os det, men nogen gange i stedet med hænderne for ørerne og et råb om mere kemoterapi. Vores ambitioner skal tilpasses virkeligheden. Hvis målene for vores personlige og faglige gøremål slet ikke passer til hverdagen, så bliver arbejdet meningsløst – og meningsfuldheden i arbejdet er vores bedste beskyttelse mod stress og udbrændthed, og det er nogle af de ting supervision på Finsencentret handler allermest om.