

AFFØRINGSSKEMAER SOM TEKNOLOGI

AF ANDERS LA COUR



THE MUGWUMP FRA "NØGEN FROKOST"
FILMATISERET AF DAVID CRONENBERG.

I WILLIAM BURROUGHS ROMAN "NØGEN FROKOST" DIGTER HOVEDPERSONEN I EN AF HANS MANGE HALLUCINATIONER HISTORIEN OM BUGTALEREN, DER OPTRÆNER SIT RØVHUL TIL AT KUNNE TALE OG BEGYNDER AT OPTRÆDE MED DET. EFTERHÅNDEN BLIVER RØVHULLET SÅ GOD TIL DET, AT DET BEGYNDER AT OVERTAGE STYRINGEN AF KROPPENS ØVRIGE FUNKTIONER, OG DERMED AT TAGE MAGTEN FRA BUGTALEREN. TIL SIDST HAR RØVHULLET IKKE LÆNGERE BRUG FOR DEN UHELDIGE BUGTALERS HOVED BORTSET FRA ØJNENE, SOM DET IKKE KAN ERSTATTE.

HOSSTÅENDE HISTORIE ER PÅ MANGE MÅDER LIG MED BURROUGHS BUGTALERHISTORIE. DEN ADSKILLER SIG IMIDLERTID FRA DENNE VED IKKE AT VÆRE EN HALLUCINATION, MEN EN HISTORIE, DER BYGGER PÅ INFORMATION HENTET FRA I ALT 17 TELEFONINTERVIEWS MED LEDERE OG ANSATTE FRA I ALT 13 PLEJEHJEM JÆVNT FORDALT I DANMARK, SAMT TRE TELEFONINTERVIEWS MED FORSKERE I TARMFUNKTIONER. INTERVIEWENE ER FORETAGET I PERIODEN AUGUST – NOVEMBER 2006.

En ting er at bestemme behovet for hjælp, noget andet er at skulle håndtere dette behov. Enhver form for organisering af hjælp udvikler refleksioner over, hvad der kan gøres? Hvordan det kan gøres bedre? Billigere? Eller mere effektivt? Videnskaben bidrager til disse refleksioner ved at producere teorier og metoder til bestemmelse og imødekomme af behov for hjælp, som forskellige hjælpeorganisationer kan lægge til grund for deres konkrete iagttagelser af behov og efterfølgende behandling. Men relationen mellem videnskaben og de forskellige hjælpeorganisationer er langt fra harmonisk, tværtimod eksisterer den som en velkendt problematisk relation mellem teori og praksis.

Koblingen mellem fagkundskaben og praktikerne finder ofte sted i de teknologier eller redskaber, der på den ene side trækker på fagkundskabens viden om teori og metoder og som på den anden side bliver brugt og tilpasset af praktikerne, der skal håndtere konkrete behov i lige så konkrete situationer. Eller mere præcist formuleret: det er i det konkrete redskab, hvad enten der er tale om en mekanisk liftstol eller et medicinsk produkt, at teori og praksis mødes. I det følgende vil jeg undersøge, hvorledes afføringsskemaer ligeledes repræsenterer et redskab, som på den ene side trækker på en teoretisk viden om, hvordan man observerer problemer med afføring og på den anden side er et redskab, der integreres i et plejehjems praktiske hverdag.

Der er flere grunde til, at jeg har valgt at fokusere på afføringsskemaer som teknologi. For det første har det slået mig,

at selvom skemaerne er ganske udbredt på danske plejehjem (af de 13 plejehjem jeg har haft kontakt med, var afføringsskemaer alle steder en integreret del af omsorgspraksis), var der ingen af lederne eller det øvrige personale, der kunne henvise til, hvorfra eller ud fra hvilke teorier denne metode var udviklet. Informationen om skemaernes hvorfor og hvordan blev overleveret mundtligt fra personale til personale, og ingen kunne længere huske, hvornår eller hvor idéen om afføringsskemaer oprindeligt kom fra.

For det andet synes skemaerne at have konsekvenser for struktureringen af en lang række andre omsorgsopgaver på plejehjemmene såsom personlig hygiejne, senge redning, spisning og bevægelse.

For det tredje og måske den vigtigste grund, synes netop afføringsskemaer at sætte fokus på nogle grundlæggende og vigtige problemstillinger vedrørende organiseringen af omsorgen på et moderne plejehjem. Det gælder primært spændingen mellem, at plejehjemmet dels skal fungere som den enkelte beboers hjem og dels som en arbejdsplads for plejepersonalet. Denne spænding viser sig blandt andet i spørgsmålet om, hvor individuelt man kan tilrettelægge en omsorg med respekt for den enkelte beboer og samtidig fungere som en arbejdsplads med de begrænsede ressourcer man har til rådighed.

En anden vigtig spænding er respekten for den enkelte beboers behov for privatliv på den ene side og på den anden side den selv samme beboers behov for tryghed. Beboeren har behov for privat liv, at kunne sige "dette rager ikke nogle". Men beboe-

ren har også behov for tryghed, det vil sige at vide, at der altid er et personale, der ved hvad der er galt og hvad der skal gøres. Når jeg beskriver relationen mellem disse krav og behov som spændinger skyldes det, at det kan være vanskeligt at leve lige meget op til dem alle sammen på engang og at de ofte praktisk i hverdagen kan komme til at skygge for hinanden, hvorfor det er en evig balancegang at håndtere dem på en sådan måde, at de ikke kommer i åbenlys konflikt med hinanden. Afføringsskemaer synes netop at være et af de styringsredskaber, der sætter de to ovennævnte spændinger på spidsen.

Men disse indledende refleksioner er blot efterrationaliseringer. Historien begynder et helt andet sted, mere nøjagtigt tirsdag den 13. december 2005. På denne dag havde jeg inviteret mig selv til at besøge fr. Nielsen på et plejehjem i København, en kontakt jeg havde fået fra en besøgsven til denne, for at interviewe hende om hendes brug af frivillige besøgsvenner. Det var en aftale, der var kommet i stand helt uden om plejehjemmet. Min umiddelbare tilgang var derfor, at jeg nu skulle ud i fr. Nielsens hjem og interviewe hende om hendes sorger og glæder, hvad angik hendes brug af frivilligt socialt arbejde. På selve dagen finder jeg let hendes "lejlighed" på plejehjemmet, banker på og der bliver sagt kom ind. Jeg træder først ind i en lille mørk gang og derfra ind i stuen. Fr. Nielsen sidder i et hjørne i sit fine tøj og tager høfligt og afmålt imod, vi giver hånd og præsenterer os for hinanden. Jeg skal lige til at sætte mig, da Fr. Nielsen spørger mig, om jeg vil være sød og hente to kopper i skabet over håndvasken, for hun har lige fået lavet kaffe. I stuen er der et lille køkken og jeg går over og åbner skabet med kopper. Mens jeg kikker efter kopper er fr. Nielsen tøet op, og taler om hvor sjovt det er, at sådan en som jeg gider at tale med hende om hendes besøgsven. Samtidig ser jeg, at der på indersiden af skabslågen hænger en A4-side, hvor der med store bogstaver står: "AFFØRINGS-SKEMA for Erna Nielsen ÅR: 2005".

Tyve centimeter fra min næsetip kan jeg se årets måneder stå lodret ned i venstre side, mens månedernes enkelte dage står

vandret. Tilsammen danner de en matrix fyldt med en masse små kvadratiske felter fyldt med ulæselige kruseduller. Mens jeg tager kopperne i skabet og kommer tilbage til det lille kaffebord, slår det mig at jeg lige har fået et kort men uoverskueligt overblik over fr. Nielsens afføring for hele året 2005!

Efter denne oplevelse har jeg haft travlt med at spørge ind til, hvad dette afføringsskema er for noget. Jeg har som nævnt interviewet en række ledere på plejehjem og nogle få social- og sundhedsassistenter, samt fungerende konsulenter på området. De har alle samstemmende kunnet fortælle om brugen af skemaerne lige så langt tilbage som de kan huske 10 – 20 - 30 år.

Det følgende er en behandling af de informationer jeg har fået gennem disse interviews. De repræsenterer således et sammenstykket billede, der ikke som sådan repræsenterer et enkelt plejhjems brug af afføringsskemaer, men giver et generelt indblik i hvordan forskellige plejehjem på forskellig måde anvender det grundlæggende samme styringsredskab.

AFFØRINGSKEMAER

Når man fører skema over beboernes afføring skyldes det grundlæggende to årsager. Enten 1) fordi beboeren har problemer med afføringen, der ødelægger dennes trivsel, eller fordi 2) beboeren ikke kan meddele sig selv, på grund af fremskreden demens, hvorfor personalet er nød til at overvåge og tage styringen.

Når afføring er så vigtigt et aspekt af den ældres generelle velbefindende, skyldes det at mange ældre har problemer med selv at have regelmæssig afføring. Og at dette kan være forbundet med stort ubehag og smerter. Det er ikke alle beboere på de forskellige plejehjem, man fører skema over, det svinger fra 30% til 90% (tallene er alle anslåede procentsatser, da ingen af plejhjemslederne kendte til de præcise tal). På langt de fleste plejehjem jeg har haft kontakt med, var det over halvdelen af beboerne, der havde et afføringsskema. De generelle problemer med afføringen kan ifølge fagkundskaben skyldes et væld af forskellige faktorer såsom kosten, mangel på væske, mangel på eller

for meget ensidig fysisk aktivitet, medicin¹⁾, det fysiske, psykiske og sociale miljø, problemer med tarmvævets iltning og ernæring, skader på det centrale eller periferes nervesystem, dårlige passageforhold i tarme og anus, svage bækkenbundsmuskler etc. (Johnsen 2000).

”Det er helt afgørende at en beboers tarmfunktion fungerer. Hvis man ikke kan komme af med eller holde på sin afføring, ødelægger det hele ens trivsel.” (Plejhjemsleder 2006).

”Man kunne måske sige, at det burde være det psykiske eller de sociale aspekter i omsorgen, der burde være det vigtigste, men spørgsmålet om afføring viser sig bare at være langt mere grundlæggende for de ældres trivsel.” (Plejhjemsleder 2006).

En ting er imidlertid at bestemme et sagligt behov hos beboerne for at få styr på deres afføring, et andet spørgsmål er, hvordan en sådan opgave kan mestres. Her tilbyder videnskaben de moderne plejehjem et videns grundlag for hvordan de kan bemestre beboernes afføring, dels gennem udviklingen af en teknologi der kan iagttage hvornår og hvordan beboerne kommer af med deres afføring, dels ved at tilbyde en systematiseret refleksion over hvad man stiller op med de informationer, som den givne teknologi producerer om de ældres afføring (Johnsen 2000).

Til det første formål om observation af afføring har man indført brugen af afføringsskemaer. Når skemaer er gængs brug på danske plejehjem skyldes det, at man fra personalets side har brug for at kunne holde øje med de ældres afføring, for at kunne gribe ind så tidligt som muligt, hvis der er tegn på uregelmæssigheder:

”Hvis der ikke var noget afføringsskema, så ved jeg ikke hvornår hun har haft afføring, det er en meget vigtig information... der er ikke noget mere pinligt end at ringe efter en læge og så viser det sig blot, at grunden til beboerens ildebefindende skyldes manglende toiletbesøg.” (Plejhjemsleder 2006).

”Hvis vi ikke får skrevet de ældres afføring ned, så kan det være svært at huske hvornår og hvordan. Men det er nødvendigt at få det skrevet når der kommer så mange forskellige ind hos den enkelte beboer i løbet af dagen. Hvis det nu var den samme person der kom, så var det jo nok ikke nødvendigt, men sådan fungerer plejen jo ikke.” (Plejhjemsleder 2006).

Som det fremgår af de ovenstående citater, kan det være svært at bevare overblikket over den enkelte beboers afføring, når der hele tiden er forskellige mennesker omkring den ældre. Derfor har plejehjemmene, om end i forskellig udstrækning og med forskellig præcision og detaljerthed, udviklet skemaer.

Et afføringsskema er ganske enkelt et skema over, hvornår man har haft afføring og hvordan den ser ud. På denne måde repræsenterer skemaerne en slags iagttagelsesteknologi. En teknologi der iagttager, om noget fungerer eller ikke fungerer. I de fleste skemaer jeg har fået tilsendt, kan man lige som hos fr. Nielsen se afføringens hvornår og hvordan for hele året. Hver måned har sin vandrette kolonne og hver dag sin lodrette kolonne. Således skabes der et kvadrat for hver dag. Der er en vis variation over, hvordan man udfylder de enkelte kvadrater, men når man tager i betragtning, at der ikke er skrevet noget ned om præcis dette, er det alligevel en påfaldende ens praksis på området. De fleste steder sætter man således et kryds, når den ældre har været på toilettet. Nogle steder skelner man mellem stor og lille afføring, symboliseret med et stort og et lille kryds. Herefter er det forskelligt, hvor detaljeret man udfylder skemaet. I det nedenstående kan man se et eksempel på de tegn, der bruges på et udvalgt plejehjem, og som går igen på mange andre plejehjem:

Det er forskelligt fra plejehjem til plejehjem, hvor skemaerne hænger. På fr. Niensens plejehjem hang de således på indersiden af skabslågen i alle beboernes køkkener. Men på de fleste af de plejehjem jeg har haft kontakt til hænger de ude på badeværelset, på et tydeligt og let


tilgængeligt sted. En af plejehjemslederne på et selvejende plejehjem fortalte, at man på et tidspunkt havde forsøgt sig med at lukke skemaerne inde i en skuffe på et af kontorerne, men det fungerede ikke tilfredsstillende:

”Uden at skemaerne hænger der, så bliver man pludselig i tvivl...og hvorfor er der ingen krydser, er det fordi den sidste var for doven eller glemte det...og hvem er aldrig inde på kontoret. Vi fandt hurtigt at vi måtte have et system, der gjorde det nemmere for personalet at leve op til dets forpligtigelser, så i dag er skemaerne tilbage på deres plads igen.” (Plejehjemsleder 2006).

Symboler:

X = Almindelig

 = Hård mave

 = Tynd mave

L = Lys

M = Mørk

Grøn = Daghold, Rød = Nathold

Nedenstående er et eksempel på et udfyldt afføringskema:

Afføringskema for ~~XXXXXXXXXX~~ År 2005.....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Januar				X			X			X				X				X			X				X				X		
Sign.			M				M			G				M				L			G				L				G		
Februar			X				X			X				X				X			X				X				X		
Sign.			G				G			M				M				M			M				M				M		
Marts		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		M			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
April		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		G			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
Maj		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		G			G			M			M			M				M			M			M			M			M	
Juni	X	X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.	G	G			G			G			G			G				M			M			M			M			M	
Juli	X	X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.	M	M			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
August	X	X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.	M	M			M			M			M			G				G			G			G			G			G	
September		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		M			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
Oktober		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		M			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
November		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		M			M			M			M			M				M			M			M			M			M	
December		X			X			X			X			X				X			X			X			X			X	
Sign.		G			M			M			M			G				M			M			M			M			M	

HVORDAN REAGERER PLEJEHJEMMET PÅ AFFØRINGSSKEMAETS IAGTTAGELSER?

Det næste spørgsmål er, hvad indeholder skemaerne af brugbar information? For dem jeg har interviewet er der bred enighed om, at der ligger rigtig meget vigtig information gemt i et sådant skema. Således udtaler en plejehjemsleder:

”Mange af beboerne kan ikke selv forklare hvorfor de har det skidt, f.eks. hvorfor de går rundt på gangen og er urolige, og så kan det være en god idé at undersøge deres skema, for at se om der er nogle uregelmæssigheder her, og det er ikke sjældent at det viser sig at være grunden til beboerens uro...eller at vedkommende lige pludselig sover meget, det kan også betyde at tarmen ikke fungerer som den skal, hvorfor man bliver mere træt end sædvanligt.”
(Plejehjemsleder 2006)

”Mange af dem (beboerne red.) kan ikke sætte ord på selv hvad det er der presser...de mennesker der kommer i dag magter slet ikke noget.” (Plejehjemsleder 2006).

”De fleste af de ældre er jo mere eller mindre demente, ofte har de ikke et sprog til at fortælle os hvordan de har det...der ligger faktisk rigtigt meget information gemt i hvordan ens afføring ser ud...det fortæller meget om menneskers almene tilstand.”
(Social- og sundhedsassistent på plejehjem 2006).

Der er flere måder at læse et afføringskema på. Dels om tegnene i sig selv antyder, at en forstoppelse er på vej eller allerede er indtruffet gennem symptomer på hård mave, eller om vedkommende lider af tynd mave på vej mod dysenteri. Man kan også aflæse, om den ældre ændrer sit generelle afføringsmønster, og dermed afviger fra den regelmæssighed man forsøger at bevare/installere. Alle mennesker har forskelligt afføringsmønster, det vil sige det er forskelligt, hvad regelmæssig afføring vil sige for hvert enkelt individ. Derfor har flere plejehjem indført en screening af nye beboere. Det vil sige at man undersøger, hvilken rytme den enkelte beboer har, eller som en plejehjemsleder udtaler:



FOTO PELLE RINK

”Når folk flytter ind så laver vi en fire-døgnsscreening, hvor alt personale der er omkring dette menneske, informerer ved hjælp af afføringskemaet, om denne persons tissing og afføring...På den baggrund kan man lave et skema over vedkommendes afføringsrytme, og forsøge at tilrettelægge plejen her efter, så den nye beboer ikke oplever komplikationer hermed i forbindelse med dennes nye liv på institutionen.” (Plejehjemsleder 2006).

Herefter forsøger personalet at fastholde dette mønster, og aflæse ændringer heraf som en afvigelse der skal rettes op på. Formuleret abstrakt kan man sige, at skemaerne fungerer som erindring om et normalt afføringsmønster, og hvordan der er foregået afvigelser herfra. Beboerens fortid bliver dermed plejehjemmets nutid, og

beboerens fremtidige afføring afhænger herefter af, hvordan plejehjemmet mestrer koblingen mellem fortid og nutid, det vil sige nutidens reaktioner på afføringskemaets konstruktion af beboerens fortid. Plejehjemmene har forskellige muligheder for at reagere på de informationer om de ældres afføring de får igennem skemaerne. Hvis man på skemaerne f.eks. kan aflæse tilbagevendende hård mave, eller at der er gået unormalt længe siden sidste toiletbesøg, det vil sige en afvigelse fra det afføringsmønster man tilstræber at bevare, har man forskellige muligheder for at gå ind og fremprovokere et toiletbesøg. Nedenstående er nogle af de teknikker, der er blevet nævnt, hvor effekten stiger ned gennem opridsningen.

- Svesker, frugt, groft rugbrød i stedet for lyst rugbrød etc.
- Dråber
- Tabletter
- Stikpiller
- Kemisk væske i rør
- Hånd eller finger metoden

Afføringskemaerne skal sikre, at interventionen virker efter intentionen. Den skal bestemme hvordan forskellige operationer kan hænge sammen på en meningsfuld måde. Skemaet skal også kunne vise, om problemet er blevet løst - er afføringsmønstret blevet genoprettet, og hvis det ikke er må man tage nye teknikker til brug som f.eks. mere effektive afføringsmidler eller finger-hånd-metoden. Skemaerne henviser på denne måde lige som mange andre teknologier til operationalisering og instrumentalitet. Det der er på spil er, at kunne isolere faktorer og at bestemme indre procedurer med henblik på kontrol og styring af afføring. Nogle gange kan det medføre, at man må gøre brug af en manuel indgriben:

”Der var en ældre dame, som havde haft hård mave længe og hvor hendes tarm var blevet helt lammet, der måtte vi til sidst, hvilket ikke er helt udsædvanligt, stikke hånden op for at få afføringen ud...og samtidig provokere tarmen til at fungere igen.” (Plejehjemsleder 2006).

PLEJEHJEMMETS VERSUS BEBOERENS BEHOV

Spørgsmålet er imidlertid, hvornår det er nødvendigt at gå ind og styre den enkelte beboers afføring. Her er der meget forskellige praksisser på de enkelte plejehjem. På langt de fleste af de plejehjem jeg har haft kontakt med, og i nogle af dem for de fleste beboeres vedkommende, styrer man rutinemæssigt deres afføring. Blandt andet ved hjælp af stikpiller, hvor man med stor sikkerhed kan forudsige, hvornår den ældre får behov for at komme på toilettet.

”Vi har et fagligt ansvar og det gør deres liv nemmere hvis vi kan styre det for dem, det kan lyde groft, men du kan godt spørge om vi skal bestemme hvornår folk skal på toilettet, og dertil kan jeg kun svare ja det skal vi nogen gange.” (Plejehjemsleder 2006).

”Når vi kan styre, så styrer vi det således at de har afføring i dagtimerne eller om aftenen, også fordi det jo ikke er sjovt for nogle at skulle op på toilettet om natten og få sin søvn spoleret heraf.” (Plejehjemsleder 2006).

Det er klart at styringen skal foregå på en sådan måde, at det er bedst for den enkelte beboer, og at den ligger på praktiske tidspunkter for den ældre. Men det er lige så klart, at det også er nødvendigt at tænke det praktiske i forhold til plejehjemmet som arbejdsplads. Det nytter ikke noget, at alle skal på toilettet samtidigt, da der ikke ville være tilstrækkeligt med personale til at klare en sådan spidsbelastning. Det nytter heller ikke meget om natten, hvor bemanningen er så lav, som tilfældet er det i dag. Derfor ser man klare fordele i både at tilgodese den enkelte ældres behov, men også plejepersonalets, eller som nogle plejehjemsledere udtaler det:

”Når vi alligevel skal ind og blande os så kan vi lige så godt regulere det så skønsomt som muligt...altså hvis det er ligegyldigt for personen selv, så kan vi lige så godt lægge toiletbesøget, så det er praktisk for os.” (Plejehjemsleder 2006).

”Hvis du har en der skal bruge lift, for at komme på toilettet, så kan du lige så godt gøre det praktisk, på den måde at nattevagten giver en stikpille, så morgenholdet ved at de kan starte morgenen med at gøre toilette.” (Plejhjemsleder 2006).

Der er altså gode rationelle grunde til, at man strukturerer de ældres toiletbesøg ud fra et overordnet hensyn til, at plejehjemmet også skal fungere som arbejdsplads. Således at man henlægger toiletbesøg, hvor man ved personalet er klar, og at man forskyder de enkeltes toiletbesøg på en sådan måde, at man undgår helt urimelige spidsbelastninger, der ville få plejehjemmet som organisation til at bryde sammen. Dette åbner imidlertid også op for muligheden for små magt spil mellem beboerne og personalet. En tidligere sommerferieafløser på et plejehjem, som jeg interviewede, kunne berette om en oplevelse, som ikke var helt usædvanlig på det plejehjem, han arbejdede på:

”Der opstod til tider små magtspil i forbindelse med afføringen. F.eks. husker jeg en beboer, der en dag truede os med, (det vil sige dagpersonalet red.), at han ikke ville tage sin afføringsmedicin, med mindre de opførte sig på en måde som han betragtede som ordentlig. Han vidste at vi vidste, at så ville afføringen ikke komme som den plejede, og dermed ikke komme til at passe ind i vores indarbejdede rutine. Dermed ville afføringen givet vis ske på et senere tidspunkt, der ville være et upraktisk tidspunkt for personalet, f.eks. sen eftermiddag hvor bemandingen traditionelt var lav.” (Ferieafløser på plejehjem 2006).

Når nogle plejehjem har gjort sig mere eller mindre afhængige af, at styringen af de ældres afføring passer ind i plejehjemmets eksisterende rutiner og vagtplaner, gør det dermed også systemet mere sårbar overfor afvigelser herfra - intenderede eller ikke.



ANDRE OMSORGSOPGAVER

Når man på nogle plejehjem generelt har succes med at kunne styre de ældres toiletbesøg, så er det samtidig nærliggende, for ikke at sige rationelt, at tilrettelægge en række andre omsorgsopgaver efter dette. F.eks. giver det jo ingen mening at skifte sengetøj, eller vaske den ældre inden et toiletbesøg. Her giver det mere mening, at strukturere den personlige hygiejne og sengeskift efter toiletbesøget.

”Nogle af beboernes bughule er så svag, at vedkommende ikke selv kan presse lort ud, så får man en stikpille og så bliver man vasket. Nogle får det helt rutinemæssigt hver anden dag, og...ja så er det klart at man bliver vasket bagefter og ikke inden et sådant toilet besøg.”

Det vil sige afføringsskemaerne har ikke bare betydning for, hvordan man tilrettelægger de enkelte toiletbesøg i forhold til hinanden. De har også betydning for organiseringen af andre former for omsorgsopgaver. F.eks. er man opmærksom på, hvad den ældre får at spise, hvis vedkommende har tendens til hård eller tynd mave, ligesom man vil forsøge at få den ældre til at bevæge sig noget mere, hvis tarmmusklen ikke fungerer som den skal. På denne måde står skemaerne centralt for planlægningen af omsorgen generelt på nogle af plejehjemmene, fordi de leverer en information som er vigtig. Ikke blot isoleret hvad angår toiletbesøg, men også for andre omsorgsopgaver, som hvilken medicin de skal have, hvornår de skal i bad, hvad de skal have at spise, og hvor meget man skal motivere den enkelte til at bevæge sig. Derfor er det så meget desto mere kritisk, hvis afføringsskemaet som styringsteknologi ikke fungerer optimalt:

”Hvis afføringsskemaerne ikke fungerer, så fungerer ingen ting, så kommer de ældres afføring til at fylde alt og der bliver ikke overskud til at tage sig af de andre ting...derfor er det også så vigtigt at systemet fungerer.” (Plejehjemsleder 2006).

”Hvis vi f.eks. får nogle afløsere i sommerferieperioden, der ikke er i stand til at

læse vores skemaer rigtigt, ja så risikerer vi let at de ældre enten får for lidt eller for meget af de forskellige medikamenter, og det gør stor skade på de ældre, der let får problemer med deres afføring, hvorefter det kan være et ”heste-arbejde” senere at få genoprettet den ældres afføringsmønster.” (Plejehjemsleder 2006).

KRITIKKEN UDEFRA

Skemaerne udgør et vigtigt redskab til at kontrollere de ældres afføring, og sikre at der gribes ind i tide, hvis afføringsmønsteret ændrer sig, således at man f.eks. kan undgå at nogle beboere ligger i flere dage med forstoppelse. Den gennemgående begrundelse for skemaerne er, at det gør det muligt at observere afvigelser fra det normale, som sikrer at man kan gribe ind i tide og dermed undgå at beboerne senere får problemer med deres afføring. Eller som Gerd Johnsen, uddannet sygeplejerske, og i dag privatkonsulent og forfatter, og en flittig benyttet foredragsholder og kursusleder i afføringens teori og metode, skriver i en artikel i tidsskriftet ”Sygeplejerskens”:

”På plejehjemmet, hvor jeg arbejder, lagde en kollega fra et andet plejehjem mærke til, at nogle medarbejdere var på vej ud for at gå tur med beboerne. Hun spurgte, hvordan vi dog kunne få tid til alt det samvær med beboerne, vi alle sammen så gerne vil. En af forklaringerne på, at vi har mere tid til samvær med beboerne end på andre plejehjem med samme normering, er helt sikkert, at vi har styr på maverne og ikke bruger tid på at sejle rundt i afføring på upassende steder, så både beboeren og medarbejderen får en negativ oplevelse af samværet. Vi foretrækker at bruge tid på en god og grundig tarmanamnese, så vi får løst problemerne, inden de bliver for store.” (Johnsen 2000).

Til at få ”styr på maverne” kan afførings-skemaer være et vigtigt redskab, men i så fald skal det bruges rigtigt. Anne Birte Holm Rasmussen er tidligere leder af et plejehjem, men i dag arbejder hun som produktspecialist i et privat firma, der



blandt andet specialfremstiller bleer til ældre. Hun kommer i forbindelse med sit arbejde dagligt rundt og besøger mange af landets forskellige plejehjem. På spørgsmålet om hvad hun mener om, at en række plejehjem rutinemæssigt gennemfører en screening af de nytilkomne ældres mønstre for afføring de første 3-4-5 dage de er på plejehjemmet, svarer hun:

”Det er en alt for overfladisk screening. Dels kan man sige, at det ikke giver mening, at bruge den ældres første dage som eksempel på dennes normale afføringsmønstre, da denne periode er så stressende for den enkelte ældre...der er jo et hav af nye ting vedkommende skal forholde sig til, at dette naturligvis også vil påvirke personens normale afføring, så den første uge vil sjældent fungere som et godt

eksempel på hvilket afføringsmønster den ældre tager med sig hjemmefra. Dels er de perioder du har nævnt alt for korte, det kræver en langt mere grundig undersøgelse, mindst en måned, før du med sikkerhed kan sige at have fundet en persons afføringsmønster.” (Rasmussen 2006).

Gerd Johnsen følger op:

”Du kan selvfølgelig være snyde heldig og du ser en normal afføring, men ofte er der et eller flere problemer og så holder fire dage slet ikke...måske en måned ville kunne gøre det...men hvis der er problemer, må du undersøge de forskellige faktoreres betydning, medicinen, ernæring, det psykosociale miljø, mellem kødets muskulatur og så videre. Det er ofte en kompliceret relation mellem flere faktorer

der er skyld i problemerne og det kan tage flere måneder før man får rede på dem, og det kræver en meget systematiseret form for iagttagelse som afføringsskemaet er et redskab til." (Johnsen 2006).

For den udenforstående kan afføringsskemaerne med de forskellige anmærkninger om afføringens konkrete indhold føles ubehageligt detaljerede. Spørgsmålet er imidlertid, om de er detaljerede nok til at kunne fungere som det de i udgangspunktet er tænkt som, nemlig som et effektivt redskab for iagttagelsen af beboernes afføringsmønster og indhold. I den forbindelse udtaler Gerd Johnsen:

"I sygeplejen har vi et underligt paradoks i forbindelse med udskillelse af affaldsstoffer. På den ene side giver vi os ikke tid til at optage en grundig og årsagsafdækkende tarmanamnese. På den anden side tillader vi, at der ukritisk bruges tid og ressourcer til manuelle udgravninger, skiftning af sengetøj, rengøring af seng og badeværelse og valg af laksantia (afføringsmiddel red.). Dertil kan lægges den rapporttid, der går med at diskutere afføringsproblemer. Det er en useriøs, uprofessionel holdning, som er direkte årsag til unødigt lidelse og belastning af patienterne." (Johnsen 2000).

I et interview udtaler Johnsen:

"Hovedparten af de steder man gør brug af afføringsskemaer er der tale om rene "hovsa-løsninger", hvor det er meget overfladiske analyser, der kan ligge til grund for at anvende diverse afføringsmidler." (Johnsen 2006).

Ifølge Johnsen skal et skema for at fungere som en tilstrækkelig registrering af beboernes afføring, ikke alene indeholde oplysninger om afføringens rytme og konsistens, men også om måden den kommer på, hvilke muskler der bruges ved tømning af tarmen, registrering af tidsforbrug på udskillelse af afføring, registrering af kost, væskeindtagelse, aktiviteter og andre situationer, der påvirker tarmfunktionen. Registrering af dosering og tidspunkt for ind-

tagelse af afføringsmidler eller stoppemidler, samt tidsinterval mellem indtagelse og virkning af lægemidlerne. Registrering af anden medicinindtagelse. Registrering af andre oplevelser og ting, der enten hæmmer afføringsudtømnings betingelse og dermed afføringens konsistens (Johnsen 2000). I forhold til denne nødvendige registrering, fremstår afføringsskemaerne meget overfladiske og vilkårlige. Sættes tegnene f.eks. ud fra ens kriterier? Risikoen er, at man giver afføringsmiddel ud fra en overfladisk analyse, og at man kommer til at overdosere således at afføringen bliver en grødet masse, og at der reelt er tale om en ufrivillig afføring, men kontrolleret af plejepersonalet. Tina Dahl Nissen, Klinisk Afdelingssygeplejeske på Hvidovre hospital, med speciale i afførings anamnese, udtaler:

"Man kan vænne tarmen til at tage afføringsmidler, hvis man bliver ved med at tage dem, så nedsætter du tarmens funktionsevne, så den ikke længere virker normalt, og så kan den faktisk kun hvis den får afføringsmiddel...så kan du kun tømme din tarm ved hjælp af afføringsmidler." (Nissen 2006).

Spørgsmålet er derfor, om skemaerne kun er et redskab til at sikre den enkelte beboers naturlige afføringsmønster? I hvilken udstrækning er det også et redskab til at få en arbejdsplads til at fungere? Anne Birte Holm Rasmussen udtaler i et interview:

"For mig er der ikke så meget tvivl om hvordan det fungerer. Generelt er personalets måde at organisere og finde en rytme for de ældres afføring ikke bestemt af de ældres biomedicinske rytme for afføring, men derimod af hvad der passer ind i plejehjemmets egen rytme og tilgængelige ressourcer...vi vil det bedste, og der bliver gjort et utroligt stort stykke arbejde der ude, men indenfor de rammer der er mulige. I dag er det personalets ve og vel og vagtplaner, det vil sige deres arbejdsvilkår der er afgørende for, hvordan man strukturerer og styrer den enkelte pleje...såmænd også afføringen...Vi har de

fineste værdinormer for omsorgs-arbejdet på plejehjem, men når vi ser handlingerne, så ser vi noget andet, så er det målrationalitet ud i yderste led.” (Rasmussen 2006).

Hvilken funktion har afføringskemaer på plejehjem i dag? Er det at tilfredsstille biologiske behov? Er det at sikre kontrol? Og af hvem? Er det at sikre frihed? Og for hvem? Er det at sikre effektivitet? Er det for at udvise faglighed og professionalisme? Er det for at skabe sammenhæng i plejehjemmets hverdag?

Svarene på ovenstående spørgsmål går udover, hvad denne artikel kan bære igennem. I stedet vil jeg afslutte artiklen med i det nedenstående at diskutere, hvilke refleksioner brugen af afføringskemaer giver anledning til indenfor henholdsvis videnskaben og de enkelte plejehjem.

DISKUSSION

Afføringskemaer repræsenterer en iagttagelsesteknologi, hvis grundlæggende distinktion er normal/afvigelse. Den venstre side af forskellen (normal) repræsenterer den positive værdi, hvor plejerne accepterer tingenes tilstand, mens forskellens modsatte side (afvigelse), har en negativ værdi, og tjener som en refleksionsværdi for plejerne. Hvad kan man med andre ord gøre for at få kontrol over situationen, så afføringen igen falder på den positive side af forskellen normal/afvigelse?

Det enkelte skemas bevendthed afhænger af kvaliteten af dets iagttagelser. Først og fremmest hvad angår de forskelle som skemaerne bygger deres iagttagelser på: stor/lille, mørk/lys, hård/tynd, grødet/fast etc. Kvaliteten af iagttagelserne er afhængige af, om kriterierne for om en afføring falder på den ene eller den anden side af disse forskelle er entydige og bliver brugt stringent. Her efter er det afgørende, hvordan personalet vælger at reagere på skemaernes informationer. Her er det kvaliteten af forskelle som normal/afvigelse, årsag/virkning, mål/middel, der er på spil. Hvorledes bestemmes disse forskelle og i forhold til hvilken målsætning? Det der er på spil, er at kunne isolere faktorer og at

bestemme indre procedurer med henblik på kontrol og styring af afføring. Umiddelbart synes formålet at være lige til, nemlig at sikre en velfungerende fordøjelse. Men det næste spørgsmål er, hvad velfungerende henviser til. Her synes der at være en diskrepans mellem det videnskabelige system og plejehjemmene som hjælpesystemer.

Videnskaben om afføringsanamnese interesserer sig først og fremmest for beboeren som et biologisk system, og forsøger at isolere forskellige årsags-virkningsforhold med hensyn til problemer med tømningen af tarmen. Denne individorienterede teori interesserer sig ikke for den organisation, som i praksis skal udføre dette arbejde. Overfor denne individ- og kroporienterede refleksion står en organisationsrefleksion, der reflekterer over hvordan det enkelte plejehjem, med de begrænsede ressourcer det har til rådighed, kan få styr på beboernes afføring. Her refererer velfungerende først og fremmest til den ældre som beboer på et plejehjem, hvilket er ensbetydende med at skemaerne ikke blot finder deres funktion som afhjælpning af biologiske behov, det skal også tilpasses og understøtte plejehjemmets øvrige rutiner.

Jo mere referencen til det videnskabelige system, og dets kundskabs faglige refleksioner over teori og metode, svækkes, til fordel for en reference til hvad der giver organisatorisk mening i den konkrete sammenhæng synes den individorienterede refleksion, at miste terræn til fordel for en organisationsorienteret refleksion. En sådan glidning viser sig konkret ved, at præcisionen (det vil sige kvaliteten) af den individorienterede refleksion med hensyn til tilrettelæggelsen af hjælp på det enkelte individs præmisser langsomt mistes. Set fra videnskaben bliver konsekvensen overfladiske iagttagelser, hvorfor interventionen sker på et løst grundlag. Til gengæld harmonerer interventionerne præcist til organisationens egne strukturer, hvad angår vagtplaner og øvrige rutiner. Det betyder at redskabets funktion gennemgår en bevægelse længere og længere væk fra den individorienterede refleksion (som i sin tid dannede ophav til teknologien) til fordel for en refleksion, hvor det handler om at

få plejehjemmets organisation til at fungere. Hermed bliver skemaerne et middel til at strukturere plejehjemmets selvorganisering. Skemaerne fungerer således som er redskab, der kan danne en logisk sammenhæng mellem en mangfoldighed af rutiner, toiletbesøg, personlig hygiejne, toiletrengøring, sengeredning, medicinforbrug, ernæring, motion etc.

Sådan som afføringskemaer bruges i dag, må man derfor spørge til om der er en tilstrækkelig tæt kobling mellem det videnskabelige system, der teoretisk og metodisk begrundet brugen af teknologien og plejehjemmets konkrete brug heraf. I hvilken udstrækning er skemaerne således udtryk for anvendt videnskab? Eller har teknologien løsrevet sig fra det videnskabelige system, som den måske stadig henter sin legitimitet fra, og er blevet en teknologi, der bliver anvendt som en slags tilpasningsteknologi til plejehjemmets selvopretholdelse på sine egne betingelser.

Denne artikels ærinde har ikke været at forsøge at fremstille afføringskemaer som en umoralsk og inhuman teknologi. Men en teknologi indeholder altid risikoen for at finde sin funktion et andet sted end den i udgangspunktet var tiltænkt. I udgangspunktet er skemaernes funktion at skabe muligheder for at afhjælpe ældre deres afføringsproblemer. Ved at stille skarpt på et vigtigt aspekt af det levede liv, indeholder skemaerne således muligheden for at kalkulere ressourcer, iagttage dysfunktioner og udvikling, at gøre fejltagelser og undgå dem og måske ligefrem blive kloge. I denne udvikling opstår let det paradoks, at grebet om teknologiens vigtigste funktion, nemlig at forsimple virkeligheden, mistes, fordi de mange årsags/virkningsforhold, der kommer til syne i denne proces bliver for komplekse til at den selv samme teknologi, der har faciliteret denne proces, kan håndtere den. På denne måde kan man sige, at teknologien producerer sit eget sammenbrud. Den synes på denne baggrund konstant at mislykkes og genoptages. På den ene side kan dette præcist iagttages som teknologiens succes, fordi den producerer refleksion i systemet. Men der kan lige såvel peges på risikoen i, at teknologien blot finder sin funktion et an-

det sted, i dette tilfælde som ren tilpasning af en førhen ukontrollerbar størrelse til organisationens øvrige rutiner og strukturer.

Artiklens ærinde har dels været at pege på denne risiko. Men dens formål har også været at pege på teknologiens potentiale for at producere refleksivitet ved at agere mødested mellem en videnskabelig viden og praktiske erfaringer. Dette møde synes i dag at være begrænset af manglende viden på begge sider af teknologien. Praktikerne mangler viden om videnskabens teoretiske og metodiske refleksioner over afføringens anamnese, videnskaben har til gengæld manglende viden om hvad der er praktisk muligt at gennemføre på et plejehjem i dag. I teknologiens sammenbrud synes der at blive reageret på to meget forskellige måder. Plejepersonalet ved at lægge vægt på hvordan teknologien kan tilpasses plejehjemmets hverdag. Forskerne derimod synes at pege på behovet for mere af det samme, ikke som en absolut gentagelse, men af mere forfinede udgaver af den samme teknologi, det vil sige skemaer der indeholder mere detaljerede iagttagelser, der kan danne grundlag for mere individuelt tilpassede interventioner. De to strategier for at håndtere den samme teknologiske sammenbrud, synes dermed mere at modarbejde hinanden end at understøtte hinanden. Man fristes på den baggrund til at spørge, at det måske ikke kun er i hjælpesystemerne man savner en fremmedreference til det videnskabelige systems teoretiske viden. Måske savnes der også en fremmedreference i det videnskabelige system, nemlig til den virkelighed teknologien skal implementeres i og som skaber selve teknologiens mulighedsbetingelser?

Litteratur:

Johnsen, Gerd (2000): Regulering af tarmfunktionen ved obstipation, diarré og afføringskontinens, "Sygeplejersken", nr. 5.

Note:

Et utal af forskellige former for medicin kan forårsage enten forstoppelse eller så tynd afføring, at svage luccemuskel ikke kan tilbageholde den.

Anders la Cour er lektor på Institut for Ledelse, Politik & Filosofi, Copenhagen Business School