



Fokus på

# Kræft & Sygepleje

FSK • Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

Nr. 3 • juni 2008 • 28. årg.

ISSN: 1603-5712



**Tema:** Åndelig omsorg

# Én enkelt langtidsvirkende dosering med Neulasta® pegfilgrastim fritager patienterne fra daglige injektioner med Neupogen® filgrastim<sup>1, 2</sup>



Neupogen® sprøjter efter 5 behandlingsserier



Neulasta® sprøjter efter 5 behandlingsserier

- 1: Holmes FA et al. Blinded, randomized, multicenter study to evaluate single administration pegfilgrastim once per cycle versus daily filgrastim as an adjunct to chemotherapy in patients with high-risk stage II or stage III/IV breastcancer. J Clin Oncol. 2002;20:727-731.
- 2: Green MD et al. A randomized double-blind multicenter phase III study of fixed-dose single-administration pegfilgrastim versus daily Filgrastim in patients receiving myelosuppressive chemotherapy. Ann Oncol. 2003;14:29-35

## Neulasta®, pegfilgrastim

Dette er en forkortet produktinformation. Der henvises til produktresuméet, som kan rekvireres hos Amgen Danmark, telefonnummer 39617500.

**Lægemiddelform:** Injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte, indeholdende 6mg pegfilgrastim til engangsbrug. **Indikation:** Reduktion i varigheden af neutropeni og forekomsten af febril neutropeni hos patienter behandlet med cytotoxisk kemoterapi for malignitet (med undtagelse af kronisk myeloid leukæmi og myelodysplastiske syndromer). **Dosis og administration:** 6mg Neulasta® anbefales for hver kemoterapi-cyklus, administreret som en subkutan injektion cirka 24 timer efter cytotoxisk kemoterapi. Der er utilstrækkelige data til at anbefale brugen af Neulasta® til børn og unge under 18 år. Behandling med Neulasta® varetages af speciallæger i onkologi/hæmatologi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor pegfilgrastim, filgrastim, E.coli proteindriverter eller overfølsomhed overfor ét eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brug af Neulasta®:** Sikkerhed og effekt af Neulasta® er ikke blevet undersøgt hos patienter med akut leukæmi samt patienter i behandling med højdosis kemoterapi og bør ikke anvendes til denne gruppe patienter. Debut af pulmonale symptomer såsom hoste, feber og dyspnø i forbindelse med radiologiske fund af lungeinfiltrater og nedsat lungefunktion sammen med et forhøjet neutrofilantal, kan være begyndende tegn på Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). I sådanne tilfælde bør behandling med Neulasta® afbrydes efter lægens vurdering og symptomatisk behandling påbegyndes. Der har været enkelte tilfælde af miltruftur som følge af administration af granulocyt-kolonistimulerende faktorer. Diagnosen miltruftur bør overvejes hos patienter, der rapporterer smerter i den øvre venstre del af abdomen eller op mod venstre skulder. Behandling med Neulasta® alene forhindrer ikke trombocytopeni og anæmi forårsaget af at fuld dosis myelosuppressiv kemoterapi. Det anbefales derfor regelmæssig kontrol af trombocytaltallet og hæmatokritværdien. Neulasta® bør ikke anvendes til at øge dosis af den cytotoxiske kemoterapi udover de fastsatte dosisregimer. Publikationer har rapporteret, at høje leukocytaltallet er ufordelagtige prognostiske faktorer hos patienter med seglcelleanæmi. Læger bør derfor udvise forsigtighed ved administration af Neulasta® til patienter med seglcelleanæmi og bør monitorere passende kliniske parametre og laboratoriestatus samt være opmærksomme på den mulige sammenhæng mellem Neulasta® og milforstørrelse eller vaso-okklusive kriser. Leukocytaltallet på 100 x 10<sup>9</sup>/l eller højere er set hos mindre end 1% af patienter, behandlet med Neulasta®. Der er ikke blevet rapporteret nogen uønskede hændelser, der direkte kan tilskrives denne grad af leukocytosis. En sådan forhøjelse i leukocytter er forbigående, ses typisk 24 til 48 timer efter administration og er i overensstemmelse med de farmakodynamiske effekter af Neulasta®. Sikkerhed og effekt af Neulasta® til mobilisering af blod stamceller er ikke blevet tilstrækkeligt undersøgt hos patienter eller raske donorer. **Interaktion med andre lægemidler:** På grund af den potentielle sensitivitet af hurtigt delende myeloide celler overfor cytotoxisk kemoterapi, bør Neulasta® administreres cirka 24 timer efter cytotoxisk kemoterapi. Mulige interaktioner med andre hæmatopoetiske vækstfaktorer og cytokiner er ikke blevet specifikt undersøgt i kliniske studier. Muligheden for interaktion med lithium, som også øger frisætningen af neutrofile granulocytter, er ikke specifikt undersøgt. Der er intet, der tyder på at sådan interaktion ville være skadelig. Specifikke interaktions- eller metabolisestudier er ikke blevet foretaget. Kliniske studier har imidlertid ikke indikeret interaktioner mellem Neulasta® og anden medicin. **Graviditet og amning:** Neulasta® bør ikke anvendes under graviditet, med mindre det er klart nødvendigt. Der er ingen klinisk erfaring med Neulasta® hos ammende kvinder. Derfor bør Neulasta® ikke gives til kvinder, der ammer. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af indflydelse på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. I randomiserede kliniske studier hos patienter med malignitet, der fik Neulasta® efter cytotoxisk kemoterapi, var de fleste uønskede hændelser forårsaget af den underliggende malignitet eller cytotoxisk kemoterapi. Den hyppigst rapporterede lægemiddelrelaterede bivirkning var knoglesmerter (26%). Knoglesmerterne var generelt af mild til moderat sværhedsgrad, forbigående og kunne kontrolleres hos de fleste patienter med traditionelle smertestillende præparater. Allergiske reaktioner, inkluderende anafylaksi, hududslæt, urticaria, angioødem, dyspnø og hypertension, der forekommer under eller umiddelbart efter behandlingen, er blevet rapporteret både ved behandling med Neulasta® og et lignende præparat fra filgrastimgruppen. I nogle tilfælde har symptomerne gentaget sig, dette kunne tyde på en sidevirkning af filgrastim generelt. **Overdosering:** Der er ingen erfaring med overdosering af Neulasta® hos mennesker. **Udlevering:** Begrænset til sygehuse.

**Opbevaringstid:** 2 år. **Særlige opbevaringsforhold:** Opbevares i køleskab ved 2-8°C. Neulasta® må udsættes for stuetemperatur (ikke over 30°C) i maksimalt en enkelt periode på op til 72 timer. Neulasta® opbevaret ved stuetemperatur i mere end 72 timer bør kasseres. Må ikke nedfryses. Tilfældig udsættelse for frostgrader i en enkelt periode på mindre end 24 timer har ikke nogen skadelig virkning på stabiliteten af Neulasta®. Det anbefales at opbevare beholderen i den ydre karton for at beskytte mod lys. Voldsom omrystning kan medføre, at pegfilgrastim aggregerer og dermed bliver biologisk inaktivt.

**Pakning:** Varenummer 10070 Neulasta® injektionsvæske, opløsning i sprøjte 6mg, 1stk. à 0,6 ml. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Holland.

**Kontor i Danmark:** Amgen AB, Strandvejen 70, 2, 2900 Hellerup, telefonnummer 39617500.

**Revideret:** 28.11.2006.

Redaktionsgruppen har ordet .....	1
Formanden har ordet .....	2
<b>Tema: Åndelig omsorg</b>	
• Indledning til temaet .....	3
• Tro og praksis .....	4
• Samtalen om samtalen .....	13
• Åndelig omsorg og patienters tro .....	17
<b>Nyt til klinikken</b>	
• Sund mad .....	22
• Proof of Life .....	23
• To netværk for unge kræftramte .....	24
• Ny håndbog skal hjælpe lungekræftpatienter .....	26
<b>Fortællinger fra hverdagen</b>	
• Det er svært af tage afsked... ..	28
<b>Landskursus</b>	
• Program for Landskursus 2008 .....	30
• Årets sygeplejerske 2008 .....	31
• Posterudstilling på landskurset .....	31
• Tilmelding til landskurset .....	32
• Dagsorden til Generalforsamlingen .....	33
<b>Nyt fra SIG</b>	
• Workshop – SIG-Transplantation .....	35
• Abstract – SIG-Projektsygeplejersker .....	35
• Abstract – SIG-Smerte .....	36
• Abstract – SIG-Træthed .....	36
• Workshop – SIG-Ernæring / SIG-Emesis .....	37
• Abstract – SIG-Palliation .....	38
• Abstract – SIG-FUF .....	38
• Workshop – SIG-Strålebehandling .....	39
• Formænd .....	40
• Genopslag: Kræftsygepleje i medierne .....	41
<b>Bogammeldelser</b>	
• COACHING - med fokus på løsninger .....	42
• FLOWSKRIVNING - vejen til flydende skrivprocesser .....	43
• "hånden på hjertet" .....	44
<b>Information</b>	
• Kunst og Kræft .....	46
• Yngre patienter er de mest troende... ..	48
• Har du talt med dine patienter... ..	51

## Redaktionsgruppen har ordet ...

I dette nummer af 'Fokus på Kræft og Sygepleje' er temaet 'Åndelig Omsorg'.

Der er mange tilgange og definitioner på begrebet åndelig omsorg, og i dette nummer forsøger vi at dække det bredt, da ingen definition er mere rigtig end en anden.

Der er derfor både fortælling fra hverdagen, interview med Preben Kok, tankevækkende artikel om tro og levealder af Niels Chr. Hvidt og mange andre artikler som vi håber, kan være grobund for tanker, snakke og debatter, også gerne med patienterne....

OG så er der en masse information om det kommende LANDSKURSUS, som du roligt kan glæde dig til ☺, så skynd dig at få tilmeldingen på plads!

SIG- grupperne deltager på landskurset med hver deres bidrag, og du kan i bladet se deres abstracts til workshops, så du kan se, hvor du skal hen lørdag formiddag.

En opfordring skal lyde, og det ér, at et sted derude, der er lige præcis dén sygeplejerske, der skal kåres som 'Årets Sygeplejerske', så tøv ikke med at sende nomineringer!!!

I næste nummer af bladet er temaet 'Uddannelse af og til kræftsygeplejersker' og vi vil meget gerne høre fra alle, der har tanker omkring uddannelse, både på leder- og medarbejderplan, så vi modtager gerne artikler.

En ændring i det kommende nummer bliver, at SIG-FUF fremover vil stå for 'Forskningsnyt', samt at vi opretter en ny 'klumme', der vil sætte fokus på uddannelse af kræftsygeplejersker på alle niveauer.

Vi håber alle tager godt imod ændringerne.

Slutteligt vil vi fra redaktionsgruppen ønske alle en rigtig god sommer og ikke mindst rigtig god læselyst ☺.

På vegne af redaktionsgruppen,  
Ditte Therkildsen

## Redaktionsgruppen



**Ansvarshavende redaktør**  
Karen Buur Andersson  
Nejedevej 38  
3400 Hillerød  
Tlf 4828 6202  
Karen.buur@gmail.dk



**Orlov**  
Ditte Naundrup Therkildsen  
Priorensvej 46  
5600 Fåborg  
Tlf 2877 9022  
ditte.therkildsen@stofanet.dk



Mia A. B. Jensen  
Ved egedam 13, 1-90  
3400 Hillerød  
miaaskham@hotmail.com



Joan Lindholm  
Georgsgade 42, 1  
5000 Odense C  
Tlf 6611 1250 / 2633 7173  
Joan.lindholm@mail.dk



Marlene Holmberg  
Grejsdalsvej 610  
7100 Vejle  
Tlf 7572 3048 / 2071 4759  
marlenek@ofir.dk

Det Palliative Team  
Nordsjællands Hospital  
Medicinsk Enhed I  
Helsevej 2, 3400 Hillerød  
Tlf 2048 9969  
kaban@noh.regionh.dk

Hospice Fyn  
Sanderumvej 130  
5250 Odense SV  
Tlf 6550 5016

Hæmatologisk amb. 4034  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København

Hæmatologisk Afdeling X  
Odense Universitetshospital  
Kløvervænget 10, 12  
5000 Odense C  
Tlf 6541 4277  
joan.lindholm@ouh.regionsyddanmark.dk

Onkologisk Sengesmit A270  
Vejle Sygehus  
Kabbeltøft 25  
7100 Vejle  
Tlf 7940 6081  
Marlene.Holmberg@vgs.regionsyddanmark.dk

### Retningslinjer for artikler

Fokus på Kræft og Sygepleje ønsker at bringe indlæg af interesse og betydning for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter.

Redaktionsgruppen planlægger et tema for hvert nummer. Artikler, kommentarer, indlæg og informationer kan altid indsendes uopfordret til redaktionen, dog forbeholdes ret til at vurdere indholdets relevans i forhold til et fastlagt tema og evt. udsætte et indlæg til næstkommende nummer.

Bogammeldelser publiceres gerne. Du er altid meget velkommen til at kontakte en fra redaktionsgruppen, hvorfra du kan rekvirere retningslinjer for indlæg. Vejledning findes også på hjemmesiden [www.dsr.dk/fsk](http://www.dsr.dk/fsk).

Indlæg til bladet udtrykker ikke nødvendigvis det faglige selskabs eller redaktionens synspunkter, men står udelukkende for den enkelte forfatters synspunkt.

### Fokus på Kræft og Sygepleje

udgives af FSK, "Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker", og udkommer 4 gange årligt i et oplag på 1300.

Årsabonnement: 250 kr.

Grafisk produktion: Werks Offset A/S, Århus.



Af  
**Birgitte Grube**  
Formand for FSK

## Lederen Formanden har ordet

I skrivende stund er konflikten just overstået og jeg skal ikke indlede en politisk diskussion om det har været det hele værd eller ej? Men et er sikkert, hele sygehusvæsenet står over for ca. 400.000 patienter der venter på en operation eller ambulant behandling. Regeringen har suspenderet det udvidede frie sygehusvalg indtil 1. juli 2009. Patienter med kræft rammes umiddelbart ikke af denne suspension, da de automatisk skal tilbydes behandling i det offentlige sygehusvæsen inden for en måned efter henvisningen. Men jeg tænker alligevel at vi – og her tænker jeg meget på patienterne, tydeligt vil kunne mærke dette efterslæb og pres på systemet. Og at vi vil stå overfor mange udfordringer, der kræver overblik og tålmodighed!

I foråret viste DR2 et program om kræftbehandlingen i Danmark og det var mildest talt meget nedslående. European Journal of Oncology Nursing skrev i deres Leder, november 2007<sup>1</sup> en artikel om dette emne. Sammen med England, er Danmark det land i Europa, der har den laveste kræftoverlevelse. Man kan stille sig det spørgsmål, hvordan kan det overhovedet gå til, når både England og Danmark bruger rigtig mange udgifter på sundhedsvæsenet og begge landes sundhedsstyrelser har udarbejdet og implementeret kræftplaner siden 2000.

Et af de områder som nævnes i artiklen som fundamentale, i hvilken som helst indsats for at øge canceroverlevelse, er den tidlige opdagelse af kræft. Trods anbefalinger om mål for behandlingen i Kræftplanen, kommer patienterne stadig væk til behandling i et mere fremskredet stadium af deres kræft end andre steder i Europa. Det er åbenlyst at vi må gentænke vores strategi for tidlig opdagelse af kræft og dermed tidlig diagnose. Patienterne skal selv blive mere opmærksomme på tegn og symptomer på kræft, som for eksempel post menopausal blødning, *ændringerne* i en rygers hoste, hæshed i stemmen, osv.

I artiklen foreslås også at primær området skal udvikle bedre metoder til at opdage kræft tidligere, for eksempel med computerbaserede beslutnings programmer til den praktiserende læge, i forhold til at stille en tidlig diagno-

se, også blot på mistanke om kræft, inden der er tydelige symptomer.

Screening for kræft for nogle af højrisiko grupperne bør også forbedres. Mens mange undersøgelser viser at screening for brystkræft fører til tidlig opdagelse, og dermed tidlig behandling og bedre overlevelseschancer, halter screening for andre cancerformer bagefter, som for eksempel patienterne med familiære polypper i tarmen og i det hele taget familier med høj forekomst af kræft.

Overordnet set er det både patienterne selv og primær området, der spiller en stor rolle når diagnosen stilles for sent og problemet er derfor mere kompleks end som så. Vi kan måske godt give folk mere viden, men at ændre folks adfærd i forhold til at reagere på denne viden, er straks meget mere vanskelig.

I bestyrelsen har vi haft meget travlt med at sammensætte et program til årets landskursus. Vi har været ramt af strejken, og overvejede på et tidspunkt om vi skulle aflyse landskurset i år og kun udsende to blade. Vi besluttede dog at gennemføre landskurset og du kan inde i bladet se programmet "Kræft og hverdagsliv" – et super program, hvis vi selv må sige det – glæd dig og skynd dig at melde dig til på hjemmesiden.

---

Vores redaktør Ditte, er gravid, hvilket er dejligt, men hun kan jo ikke både lave blad og passe vidunderet, selvom jeg tror hun gerne ville! Derfor er vi meget glade for at tidligere redaktør Karen Andersson gerne vil ind i bestyrelsen som redaktør. Karen kender alt til posten, har været med til at sætte præg på bladet og hun sidder i redaktionsgruppen. Tak for det!

Nu vil jeg ønske jer alle en rigtig god sommer og opfordre jer til at give jeres besyv med, hvad enten det er til bladet, hjemmesiden eller til os!!

Birgitte Grube

---

<sup>1</sup> "European Journal of Oncology Nursing" (2007) 11, 383-384. Editorial by Alex Molassiotis, University of Manchester, School of Nursing. [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Indledning til temaet:

# Åndelig omsorg

Kræftpatienters møde med sundhedsvæsenet vil ofte føre eksistentielle spørgsmål med sig, idet patienter ofte havner i en eksistentiel krise, når de bliver alvorligt og uheldredeligt syge. Det er afgørende, at vi imødekommer patienters eksistentielle og åndelige behov i omsorgsrelationen, når de konfronteres med livets afslutning. Dette må ske på lige fod med, at vi imødekommer og varetager patientens andre fysiske, psykiske og sociale behov.

Flere studier viser, at den åndelige dimension igen har fået en stor plads i sygeplejen på trods af medicinens videnskabelige magt og gennembrud, hvilket også stiller store krav til sygeplejerskernes kommunikative og empatiske evner.

I dette blad har vi valgt at sætte fokus på åndelig omsorg til den kræftramte patient gennem artikler med forskelligt fokus og gennem en række forfattere med forskellig baggrund og tilhørsforhold til de onkologiske afdelinger på landsplan.

På alle afdelinger findes forskellige initiativer til varetagelsen af patienternes åndelige behov og vi håber, med dette temanummer, at skabe en øget interesse i forhold til åndelig omsorg samtidig med at der udvikles idéer, initiativer og ikke mindst erfaringer.

*Marlene Holmberg*

# Tro og praksis

## — Om troens betydning for patienter og sundhedspersonale

*Undersøgelser har påvist sammenhænge mellem religiøsitet og nedsat sygdomsrisiko, øget livslængde og bedre mestring af sygdom. Artiklen omhandler det stigende fokus, der er på tro og helbred indenfor sundhedsforskningen. Den beskriver internationale undersøgelser på området, ligesom den resumerer igangværende, danske forskningsprojekter, som inddrager trosrelaterede emner.*

*Aflektor, theol.dr. Niels Christian Hvidt,  
Institut for sundhedstjenesteforskning,  
Syddansk Universitet, Odense*

### Indledning

Forholdet mellem tro og helbred har været et relativt overset emne i den danske sundhedsfaglige forskning. I de senere år er der imidlertid kommet øget fokus på feltet, bl.a. inspireret af en stigende international forskningsaktivitet. Den viden, der langsomt vokser frem fra denne forskning, viser sig at være af stor betydning for den sundhedsfaglige praksis.

Eksistentielle og religiøse overvejelser fylder nemlig mere hos især livstruede patienter, end mange antager.

Formålet med denne artikel er at give et overblik over dette fremvoksende forskningsfelt, som en stigende gruppe sundhedsfaglige forskere med forskellige akademiske baggrunde ønsker at etablere som et nyt strategisk, tværfagligt forskningsfelt i Danmark.

Jeg vil præsentere motivation bag forskningen og væsentlige resultater fra de omfattende internationale forskningsaktiviteter for dernæst at rette blikket mod den danske forskning, hvor der nu er tolv forskningsprojekter, der berører feltet.

Endelig skal vi se, hvordan troen ikke blot er af stor betydning for patienterne, men også for den sundhedsfaglige praksis som sådan.

## Baggrund og motivation

Mange publikationer tyder på, at Danmark og generelt de skandinaviske lande er blandt de mest sekulariserede eller verdsliggjorte lande i verden.

I modsætning til USA, hvor over 80 % jævnligt går i kirke, er kun 2 % af danskerne faste kirkegængere. Religion og tro er blandt de største tabuer, der er tilbage i Danmark<sup>[1, 2]</sup>.

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at danskerne ikke er religiøse. Flere sociologiske undersøgelser påviser, at omkring 65 % af den danske befolkning har en gudstro. Antallet af erklærede ateister ligger omkring 5 %<sup>[2]</sup>. 57 % oplyser, at de undertiden beder en bøn (en stigning fra 50 % i 1999), og 26 % anfører, at de beder hver dag<sup>[1]</sup>.

Selvom danskere således er anderledes troende end fx den nordamerikanske befolkning, hvor flere mennesker end i Danmark praktiserer deres tro, er danskerne således ikke irreligiøse, men måske snarere troende på en anden og oftest mere privat måde<sup>[2]</sup>.

Da international forskning har påvist sammenhænge mellem religiøsitet og nedsat sygdomsrisiko, øget livslængde og bedre mestring af sygdom (se nedenfor), vil det oplagt være interessant at undersøge lignende sammenhænge i Danmark og sammenligne danske og internationale forhold herom.

Relevansen af dansk forskning i sammenhænge mellem tro og helbred har bl.a. nedenstående 3 baggrunde:

Indtil for få år siden har der i Danmark kun været begrænset opmærksomhed om troens mulige betydning for forholdet mellem sygdom og helbred, f.eks. som beskyttende faktor mod sygdom og som ressource til mestring af livstruende sygdom.

Øget viden om danskeres tro og dens betydning i forbindelse med helbredsmæssige problemstillinger, eksempelvis livstruende sygdom, vil være relevant for patienter, pårørende og personalet i sundhedsvæsenet.

Udforskning og formidling af viden om disse problemstillinger vil eksempelvis kunne bidrage til, at religiøse mennesker, der rammes af sygdom eller traumatiske oplevelser, vil kunne modtage mere kvalificeret støtte og ikke mindst forståelse for deres religiøse og eksistentielle behov fra såvel sundhedspersonalet som af fagfolk fra den religiøse sektor.

Det er der behov for, idet næsten hver tredje kræftpatient rapporterer om utilstrækkelig forståelse for og støtte omkring eksistentielle og religiøse forhold i deres møde med de danske sundhedsprofessionelle.

Dette fremgår bl.a. af resultaterne fra den store danske survey-undersøgelse fra 2006, *Kræftpatientens Verden*. På spørgsmålet om hvorvidt kræftpatienter har "savnet nogen form for rådgivning, støtte, hjælp eller andet vedrørende åndelige, spirituelle eller religiøse overvejelser" svarede 18 % i denne undersøgelse, at det havde været et problem, og 13 % at det ikke havde været optimalt<sup>[3:181]</sup>.

Dansk forskning i tro og helbred vil endvidere kunne yde et væsentligt bidrag til den internationale forskning. Der er på internationalt plan kun begrænset viden om omfanget af og anvendelsen af religiøs mestring i sekulariserede samfund.

Danmark kan karakteriseres som et særdeles sekulariseret samfund, hvor religiøsitet overvejende betragtes som en privatsag<sup>[2]</sup>.

Udforskning af troens/religionens betydning i det sekulariserede danske samfund vurderes således at kunne give resultater, der er af international relevans.

Den internationale relevans bestyrkes endvidere ved de muligheder for registerforskning i verdensklasse, som bl.a. det danske CPR-register indebærer.

Disse muligheder er allerede ved at blive anvendt på feltet, bl.a. i en nedenfor beskrevet større kohorteundersøgelse om livslængde og sygdomsrisiko under Kræftens Bekæmpelse.

Endelig skal det nævnes, at indvandring til Danmark, først og fremmest fra muslimske lande, har betydet, at sekularistiske og stærkt religiøse traditioner mødes og desværre sommetider konfronteres. Der er derfor et særligt behov for forståelse for, hvordan mennesker af anden etnisk baggrund end den danske reagerer religiøst og anvender deres tro i mestringen, når de rammes af alvorlig sygdom.

Der findes ingen dansk, men righoldig international forskning herom.

Forskningen indenfor feltet vil således kunne fremme forståelse for forskelligt troende kræftpatienters eksistentielle og religiøse behov. Derved kan den bidrage til integrationen på et hidtil ubelyst felt.

## International forskning i tro og helbred

Antallet af artikler om trosrelaterede emner fra lægevidenskabelige og psykologiske tidsskrifter har været "eksplodivt" stigende over de sidste årtier<sup>[4]</sup>. En søgning med søgeordet "Spirituality" på PubMed i konsekutive treårige tidsrum gav således følgende resultat:

- > 1990-1993: 65 artikler
- > 1994-1997: 196 artikler
- > 1998-2001: 530 artikler
- > 2002-2005: 1364 artikler

Dette er et konkret udtryk for en omfattende og hastigst stigende forskningsaktivitet, som er beskrevet i en række antologier og review-artikler (se f.eks.<sup>[5]</sup>).

Forskningen er overvejende foregået indenfor den evidensbaserede medicin, først og fremmest epidemiologien, hvor man nu ligefrem taler om "religionsepidemiologi". Samtidig udbydes der stadig flere kurser i spiritualitet og helbred ved amerikanske læreanstalter.



Bartolini, Lorenzo: "Trust in God", år 1833  
(ref. [www.wga.hu](http://www.wga.hu))

I 1994 udbød således 17 af de 126 akkrediterede medicinske fakulteter i USA kurser i spiritualitet og helbred.

I 1998 var tallet vokset til 39 og i 2004 til 84 fakulteter<sup>[6]</sup>.

Den internationale forskningsaktivitet i tro og helbred har vist, at der er to primære grunde til, at kræftpatienter tyer til troen ved sygdom:

For det første håber de på, at troen og bønner kan hjælpe dem med at overkomme den livstruende kræftsygdom.

For det andet søger de mening og trøst i troen, også hvis helbredelsen udebliver.

For at undersøge disse forhold har tro-helbred-forskningen anvendt forskellige genstandsadækvate forskningsmetoder til belysning af:

1. Troen og dens praksis som mulig beskyttelse mod eller komplementær terapi ved fysisk sygdom (tro og fysisk sundhed) og
  2. ved psykisk sygdom (tro og psykisk sundhed)
  3. Troen og dens praksis som meningskabende ressource ved sygdom (tro og mestring af sygdom), og
  4. Interventionsstudier med udgangspunkt i forskningen.
- Vi skal kort se på disse fire hovedområder nedenfor.

### Deskriptive studier:

#### Tro og fysisk sundhed

Forskningen indenfor troens betydning for fysisk sundhed har primært omfattet epidemiologiske studier.

De tyder på, at troen og dens praksis kan medføre øget sundhed, nedsat risiko for udvikling af sygdom, hurtigere bedring ved sygdom, samt øget livslængde<sup>[1]</sup>.

Koenig tilvejebringer i en artikel en sammenfatning af forskningsresultater vedr. fysisk sundhed op til år 2000<sup>[5]</sup>.

Her fremgår det, at religiøs tro og praksis er fundet korreleret med bedre immunforsvar (5 ud af 5 studier), lavere dødsrate ved cancer (5 ud af 7), færre hjertesygdomme eller bedre udfald ved kardiologiske komplikationer (7 ud af 11), lavere blodtryk (14 ud af 23), lavere kolesterol (3 ud af 3), bedre sundhedsadfærd (herunder 23 ud af 25 studier: lavere cigaretrykning; 3 ud af 5: mere motion; 2 ud af 2: bedre søvn).

39 ud af 52 studier (75 %) fandt, at troende mennesker lever signifikant længere. I nogle af studierne var jævnlig kirkegang korreleret med sundhedsfremme, svarende til fordelene ved ikke at ryge, og fjøede syv år til livslængden (14 år for sorte).

De eksisterende undersøgelser peger først og fremmest på sundere livsstil, øget social støtte, og håbets betydning som forklarende mekanismer bag sammenhænge mellem tro og helbred<sup>[1]</sup>.



## Tro og psykisk sundhed

Den psykologiske og psykiatriske forskningslitteratur har ofte givet udtryk for en negativ indstilling til religiøse forhold.

Religiøs tro er således blevet kaldt "...en psykotisk episode..." og "...en dysfunktion i temporallappen"<sup>[1]</sup>.

Som tendens er religiøs tro op igennem det 20. årh. i bedste fald blevet betragtet som irrelevant for mental sundhed, i værste fald som symptom på eller årsag til neurose.

Nyere forskning tyder imidlertid på, at relationen mellem tro og mental sundhed er mere positiv end ofte antaget.

Indtil år 2000 var der publiceret over 700 studier om tro, velvære og mental sundhed. I stedet for at dokumentere neurose viste næsten 500 af disse studier en signifikant positiv relation mellem tro og bedre mental sundhed og velvære samt lavere grad af stofmisbrug.

60 ud af 93 studier fandt, at religiøs tro og praksis var korreleret med mindre depression og hurtigere bedringsrater ved depression.

57 ud af 68 studier fandt signifikante korrelationer mellem tro og lavere selvmordsrater, mindre angst (35 ud af 69) og mindre stofmisbrug (98 ud af 120), højere grad af velvære, håb og optimisme (91 ud af 114), mening med livet (15 ud af 16), større tilfredshed og stabilitet i ægteskabet (35 ud af 38) samt større social støtte (19 ud af 20).

## Troens betydning for mestring af sygdom

Indenfor den religionssociologiske forskning i religiøs omvendelse er det en udbredt og evidensunderbygget antagelse, at omvendelse ofte sker i forbindelse med livskriser, fx ved livstruende sygdom.

Det gamle diktum – Der er ingen ateister i et fly, der styrter ned – er ikke mindre sandt ved livstruende sygdom.

Som M. E. Cavanagh skriver, "The cancer counterpart to the dictum 'There are no atheists in foxholes' is 'There are no atheists in oncology and bone-marrow transplant units'"<sup>[7]</sup>.

Mange internationale undersøgelser tyder på, at religiøse forhold betyder meget ved livstruende sygdom og som regel øger menneskers eksistentielle og religiøse overvejelser og behov<sup>[1]</sup>. I et studie fra Duke University Medical Center i USA med en population af 337 patienter i almen praksis, hjerte/kar- og neurologisk behandling, svarede 90 %, at de til en vis grad brugte troen som en ressource til at håndtere deres sygdom. 40 % af patienterne svarede, at troen var deres væsentligste ressource til at mestre sygdommen<sup>[8]</sup>.

Det gælder tilsyneladende også for danske forhold, selvom procentsatserne ikke lader til at være helt så høje.

I et pilotstudie udført af teolog Christine Tind Johannesen-Henry under Kræftens Bekæmpelse (se nedenfor) på

rehabiliteringscenteret Dallund på Fyn har en population af 200 kræftpatienter, primært kvinder, svaret på spørgsmålene vedr. deres tro.

Over 60 % af de adspurgte svarede, at troen betød meget for dem.

Mange af patienterne rapporterede, at deres tro havde ændret sig i kølvandet på deres kræftdiagnose. Over halvdelen svarede, at de undertiden bad en bøn, og mange rapporterede, at de mediterede eller søgte Gud i naturen.

Overraskende har kræftdiagnosen tilsyneladende ikke svækket patienternes tro på mirakler. 55 % af de adspurgte svarede ja til spørgsmålet om, hvorvidt de tror, der kan ske mirakler<sup>[9]</sup>. Et survey-studie, udført på Rigshospitalet, viste, at der var flere af patienterne, der havde en gudstro end den resterende danske befolkning, samt at der var et stort antal af patienter, hvis sygdom havde fået dem til at tænke mere over deres tro<sup>[10]</sup>.

Både kvantitative survey-studier, kvalitative studier og teologiske analyser har søgt at belyse den mulige positive betydning, som eksistentielle og religiøse faktorer kan tænkes at have for livskvalitet og mestring af psykiske og somatiske sygdomme<sup>[1]</sup>. Positive religiøse coping-mønstre er fundet associeret med højnet livskvalitet, bedre psykologisk håndtering af kriser, samt øget livslængde.

Bøn om hjælp til helbredelse og håndtering af sygdom lader til at være den ældste komplementære åndelige interventionsform.

Det er også den mest udbredte globalt set, når mennesker bliver syge.

Som den jødiske rabbi J. D. Spivak påpegede for snart hundrede år siden, "at ønske er at bede, og hvem, der er syg, ønsker ikke med hele sin sjæls inderlighed at blive rask?"<sup>[1]</sup>.

Når vi taler om komplementær eller alternativ helbredelse, er vi tilbøjelige til først at tænke på østligt inspirerede traditioner som akupunktur, biokinesiologi eller reiki-healing. Vi glemmer ofte, at i de dele af verden, hvor teistiske religioner som kristendom, jødedom og islam er mest udbredte, er bøn den mest udbredte komplementære interventionsform.

I årtier har man fra forskellige undersøgelser fra USA vidst, at mere end 90 % af befolkningen beder. *The National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), sponsoreret af *National Institutes of Health* (NIH), betragter forbøn som en blandt mange komplementære og alternative helbredelsesformer.



Dürer, Albrecht: "Praying Hands", år 1508  
(ref. [www.wga.hu](http://www.wga.hu))

En undersøgelse fra 2004 viste, at 62 % af tilfældige (raske og syge) borgere i USA havde brugt en eller anden form for alternativ helbredelse over de sidste tolv måneder.

To former for forbøn for helbred var på toppen af denne liste: Ens egen bøn for én selv (43 %) og andres bøn for én selv (24,4 %). Deltagelse i en bønsggruppe var på fjerdepladsen (9,6 %) <sup>[11]</sup>.

En anden undersøgelse publiceret i 2005 med 493 patienter i et hospital i Texas viste, at 79,2 % af patienterne meddelte, at de bad for deres eget helbred, og 71,9 % sagde, at andre bad for dem <sup>[12:2506]</sup>.

Der foreligger data fra europæiske undersøgelser om brug af 'Mind-Body-Interventions' som f.eks. åndelig helbredelse eller healing – herunder forbøn. En undersøgelse fandt, at 31 % af adspurgte patienter havde brugt sådanne interventionsformer, inden de blev syge, og 52 % af dem brugte dem efter diagnosen <sup>[13]</sup>.

De europæiske studier viser altså atter, at religiøs aktivitet vokser ved sygdomskrise. Ikke overraskende vokser den medicinske interesse for forbøn også. En enkelt søgning i oktober 2007 på PubMed med søgeordene "prayer therapy" gav et samlet udfald på 13.614 publicerede artikler.

Tillidsfuld bøn betragtes som regel som udtryk for et levende religiøst baseret håb om positive udsigter. Håb har i mange undersøgelser vist sig at udgøre en positiv mestringsressource.

I en nylig norsk undersøgelse har håb om positive udsigter vist sig at være den væsentligste bedringsfaktor for soldater, der led af post-traumatisk stress. Det kan således ikke overraske, at patienter udtrykker ønske om at få hjælp med at få deres håb styrket, når svær krise rammer.

Den religiøse tro og praksis kan imidlertid også tænkes at medføre *uhensigtsmæssig mestrings*, også kaldet *negativ religiøs coping*. Dette kunne fx være tilfældet, hvis mennesker bærer på negative gudsbilleder og fx mener, at deres kræftsygdom er Guds straf for noget, de har gjort forkert.

Sådanne uhensigtsmæssige mestringsmønstre er fundet korreleret med nedsat livskvalitet, nedsat velvære samt nedsat livslængde.

### Interventionsstudier

Forskningslitteraturen har hidtil været præget af en holdning om, at tro-helbred-forskningen på dens nuværende stadie først og fremmest skal ses som *grundforskning*.

Dens overordnede formål er at fremme den human-humanistiske kultur i sundhedssektoren og især øge forståelsen for patienters eksistentielle og religiøse overvejelser og behov ved livstruende sygdom såsom kræft.

Det indebærer dog ikke, at man har ignoreret interventionsstudier. Man har således betydningen af at spørge til patienternes åndelige baggrund ved journalføring ("taking a spiritual history").

Det er undersøgt, hvorvidt det specifikt ved indlæggelse for livstruende kræftsygdom kunne være nyttigt at udføre en standardiseret screening ("spiritual screening") for at undersøge, om nogle kræftpatienter udvikler psykisk krise, betinget af den religiøse antagelse om, at kræftsygdommen kunne være udtryk for Guds straf.

Der foreligger endvidere en lang række studier over betydning og effekt af religiøse interventioner for helbredelse såsom patienters egen bøn, andres forbøn for patienter, flerreligiøse helbredelsesgudstjenester i sygehussammenhæng, betydningen af tros-relaterede støttegrupper, betydningen af deltagelse i psykoanalytiske grupper med religiøs prægning, samt betydningen af samtaler med religiøse sundhedsprofessionelle såsom hospitalspræster.

Etablering af tro-helbred-forskningen som felt i Danmark  
Den begrænsede danske sundhedsfaglige opmærksomhed om forholdet mellem tro og helbred ses bl.a. ved, at der kun er publiceret to peer-reviewed danske undersøgelser om emnet:

Den første undersøgelse, publiceret af Ole Møller Jensen fra Kræftens bekæmpelse i 1983, viste, at 7. Dags Adventister i sammenligning med den danske gennemsnitsbefolk-

ning har nedsat risiko for udvikling af kolonkræft, begrundet ved deres forbud mod alkoholindtag <sup>[14]</sup>.

Den anden undersøgelse, baseret på Glostrup-kohorten, handlede om gudstro og livslængde og viste, at danskere, der gik i kirke, levede længere end danskere, der ikke gjorde (kvinder 2,19 år og mænd 1,34 år) <sup>[15]</sup>.

Der er imidlertid ikke gennemført kvantitative eller kvalitative danske studier af patienters inddragelse af religiøse forhold ved mestring af livstruende sygdom.

Den stigende interesse for tro-helbred-området i Danmark, kombineret med feltets pioneragtige præg, har medført, at der nu er etableret tolv forskningsinitiativer, der på forskellig vis berører relationen mellem tro og helbred.

De er startet relativt spredt i den danske forskningsverden, men er siden juli 2007 blevet knyttet sammen i et netværk for forskning i tro og helbred, realiseret med bevillinger fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation og Københavns Universitets Satsningsområde *Religion i det 21. Århundrede* (se venligst [www.tro-helbred.org](http://www.tro-helbred.org)).

*Projekterne præsenteres kort nedenfor:*

### **Igangværende danske forskningsprojekter**

Christoffer Johansen, Niels Christian Hvidt, Helle Ploug Hansen, Christine Tind Johannessen-Henry og andre samarbejdspartnere er aktuelt i færd med at etablere en kohorte af religiøst aktive danskere under projektet *Risiko for kræft, myokardieinfarkt og psykiatrisk sygdom blandt medlemmer af danske religiøse trossamfund – en dansk kohorteundersøgelse*. Formålet med kohorten, der efter planen skal udgøre 35.000 religiøst aktive danskere med mulighed for senere skandinavisk udvidelse, er at kunne udtrække data om livslængde og forskellige sygdomsrisici, især kræft, myokardieinfarkt og psykiatrisk sygdom.

I en landsdækkende kohorte på 3500 kvinder opereret for brystkræft, etableret af Bobby Zachariae, Søren Christensen og andre samarbejdspartnere, herunder Danish Breast Cancer Cooperative Group, der har til formål at undersøge betydningen af psykosociale faktorer for forløbet af brystkræft, har deltagerne bl.a. besvaret spørgsmål om religiøs tro, og sammenhænge mellem tro, psykisk og fysisk helbred samt tilbagefald og overlevelse vil blive undersøgt.

Niels Christian Hvidt, lektor ved forskningsenheden *Helbred, Menneske og Samfund* ved SDU, er i færd med færdigskrivningen af en teologisk undersøgelse om de religiøse baggrunde for patienters ofte meget forskellige religiøse coping mønstre under titlen *Tro og Helbred – Teologiske Aspekter ved Religiøs Coping*.

Dele af undersøgelsen, der publiceres som monografi, er allerede publiceret i artikler og antologier.

Religionspsykolog Peter La Cour, religionssociolog Nadja Ausker og sygehuspræst Christian Busch har på Rigshospitalet gennemført en survey-undersøgelse med anvendelse af spørgsmålene fra Den Europæiske Værdiundersøgelse.

Svar-raten lå på over 50 %. Den netop afsluttede undersøgelse tyder på, at syge danskere er mere troende og har en højere grad af religiøs praksis end normalbefolkningen.

Sociolog Nadja Ausker, Rigshospitalet, planlægger en kvalitativ opfølgning på ovennævnte sociologiske undersøgelse i form af et PhD-projekt med henblik på at analysere danske patienters religiøsitet. Projektets titel er "Religiøs forandring".

>>



Teolog Christine Tind Johannesen arbejder på et PhD-projekt med titlen *Kræft, eksistens og religiøs dimension*. En undersøgelse af trosmåder associeret med livskvalitet blandt danske kræftpatienter. Tværfagligt forskningsprojekt mellem teologi og sundhedsvidenskab.

PhD-projektet, der både anvender kvantitative og kvalitative metoder, udføres på Rehabiliteringscenter Dallund.

Institutionelt er projektet indlejret i Det Teologiske Fakultet ved KU og Afdeling for Psykosocial Kræftforskning ved Kræftens Bekæmpelse.

Sygeplejerske, cand. mag. Ingeborg Illkjær har netop fået et erhvervs-stipendium til et PhD-projekt med titlen *Eksisten-*

*tielle og åndelige fænomeners betydning hos patienter med kronisk hjerte-/lungesygdom* i et samvirke mellem Det Teologiske Fakultet i København, Diakonissestiftelsens Sygeplejerskole og Bispebjerg Hospital.

Psykolog Christina Gundgaard-Pedersen arbejder på et PhD-projekt med titlen "Sammenhængen mellem forbrug af komplementær og alternativ behandling (KAB) og livskvalitet og sygdomsforløb hos konsekutivt rekrutterede lunge-, livmoder-, livmoderhals- og ovariekræftpatienter" ved Psykoonkologisk Forskningsenhed ved Aarhus Universitet.

Et af projektets to dele omhandler tro og psykosocialt velvære hos 3.500 kvinder behandlet for brystkræft.

Cand. scient. san Maria Kristiansen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, har netop indledt et PhD-projekt, finansieret af Novo Nordisk Fonden med titlen *Betydningen af sociale ressourcer for håndtering af det tidlige patientforløb blandt etniske minoriteter og danskfødte med kræft*.

Troens betydning er blandt de sociale ressourcer, der skal belyses.

Sygeplejerske, cand.cur. Kristianna Hammer arbejder på et PhD-projekt ved Klinisk Institut på SDU, der handler om håbets betydning for kræftramte kvinders håndtering af sygdommen.

Projektet analyserer kvalitative interviews og patienters egne billedskildringer af deres håb.

Et af projektets sværpunkter er håbets og troens betydning ved sygdom.

Majken Belusa arbejder på et PhD projekt ved forskningsenheden *Helbred, Menneske og Samfund* med titlen *Healers og kræftpatienters sundheds- og sygdomsopfattelser*.

Med brug af antropologisk metode, hvor dataindsamlingen blandt andet omfatter brug af kvalitative interviews, deltager-observation og det at følge kræftpatienter i forskellige settings, er det bl.a. projektets formål at belyse de åndelige behov, der får kræftpatienter til at søge healer.

Anita Ulrich arbejder på et PhD-projekt ved forskningsenheden *Helbred, Menneske og Samfund* med titlen *Konventionel og alternativ kræftbehandling: Betydningen for patienters erfaring af kræftforløbet*.

Ved hjælp af kvalitative metoder undersøger projektet bl.a. kræftpatienters brug af bevidsthedsmæssige terapier, f.eks. visualisering og spirituel healing.

### Etiske overvejelser

Der er i litteraturen kastet lys over etiske forhold ved trohelbred-forskningen, som der også skal tages højde for i den danske forskning indenfor feltet:



Di Bondone, Giotto: "The Seven Virtues: Hope", år 1306 (ref. [www.wga.hu](http://www.wga.hu))

- > Åbner man op for mulig psykisk konflikt ved at spørge patienter om religiøse forhold?
- > Vil visse patienter kunne opfatte undersøgelser om deres religiøsitet som skjult proselytisme?
- > Kan undersøgelser risikere at fremme en særlig trosretning, fx kristendommen, frem for andre?
- > Er det fra en sundhedsfaglig synsvinkel forsvarligt at arbejde med eksistentielle og religiøse forhold?
- > Er det omvendt fra en teologisk synsvinkel forsvarligt at forholde sig til eksistentielle og religiøse forhold med det primære mål for øje at fremme sundhed og livskvalitet? <sup>[16]</sup>

### Praksisrelevans

Som nævnt ovenfor tyder betydelige mængder forskning på, at sygdom leder mennesker til at tænke langt mere over eksistentielle og religiøse forhold, end de ellers kan have gjort.

Sund religiøsitet er fundet korreleret med bedre helbred og livslængde, såvel som livskvalitet og velvære.

Hvad der måske er endnu vigtigere for den sundhedsfaglige praksis er, at tro kan gemme på væsentlige ressourcer for patienter til at håndtere. Således har man fundet højet livskvalitet og nedsat risiko for sygdomsrelateret depression ved alvorlig sygdom, når patienter finder styrke i deres tro.

Hertil kommer, at patienternes eller de pårørendes tro og værdier ofte er af afgørende betydning for deres valg eller fravalg af medicinsk intervention. Det kan fx være ved lægens råd om antidepressiv medicin, som hos visse troende er forbundet med skam. Troende med fertilitetsproblemer kan føle sig forpligtet til at fravælge IVF af religiøse årsager.

Atter andre troende patienter kan ved livs-ende være mere tilbøjelige til at fravælge kemoterapi end ikke-troende, fordi de føler sig parat til at "komme hjem".

Endelig viser nyere forskning fra USA, at *de sundhedsprofessionelles* tro og værdier er af afgørende betydning for deres rådgivning overfor patienter om medicinske teknologier og interventioner.

Det gælder især, når disse råd handler om moralsk problematiske felter såsom dødshjælp, abort, eller prævention til teenagere uden forældres samtykke.

Det er i praksis således umuligt at holde religiøse emner klinisk adskilt fra den sundhedsfaglige praksis.

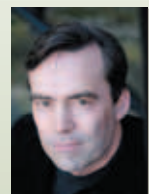
Nogle sundhedsprofessionelle indvender meget forståeligt, at de i forvejen har for meget at se til, at de ikke er uddannede til at håndtere patienters trosliv og troskriser, og at sådanne forhold derfor må diskuteres med sygehuspræsten eller den lokale præst eller imam.

Hertil er der blot at sige, at mange mennesker i det sekulariserede Danmark ikke har eller ønsker at have sådanne åndelige samtalepartnere.

Det er især tilfældet, når man i Danmark ofte først hidkalder hospitalspræsten, når lægerne har opgivet alt håb.

Sygehuspræsten bliver blandt sundhedsprofessionelle ofte kaldt "dødsengel" og ikke en kompetenceperson, man kalder på for at håndtere en krise, som man ikke nødvendigvis kommer til at dø af!

For mange patienter er og bliver sygeplejersker og læger de primære samtalepartnere, hvis rolle i patientens øjne ofte nærmer sig skriftefaderens, shamanens eller endog præstens <sup>[1]</sup>.



Niels Christian Hvidt  
Lektor, theol.dr.

Forskningsenheden Helbred, Menneske og Samfund  
Institut for Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet, J. B. Winsløvsvej 9B  
5000 Odense C, Tlf. 6550 4325

Privat adresse: Ulriksholmvej 9, 5230 Odense M, Tlf. 6611 4325  
E-mail: nchvidt@health.sdu.dk, Web-side: www.hvidt.com

## Referencer

- [1] Hvidt NC. "Tro og Helbred. Teologiske perspektiver på religiøs coping." Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. 2007;7:97-127.
- [2] Højsgaard MT & Raun Iversen H. Gudstro i Danmark. Frederiksberg: Anis 2005.
- [3] Grønvold M, Pedersen C, et al. Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse 2006.
- [4] Hall DE, Koenig HG, et al. "Conceptualizing "Religion"." Perspectives in Biology and Medicine. 2004;47(3):386-401.
- [5] Koenig HG, McCullough ME, et al. Handbook of Religion and Health. Oxford ; New York: Oxford University Press 2001.
- [6] Vi AHF & Barnett KG. "Medical School Curricula in Spirituality and Medicine." JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2004;291:2883.
- [7] Cavanagh ME. "Ministering to Cancer Patients." Journal of Religion and Health. 1994;33(3):231-41.
- [8] Koenig HG. "Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults." International Journal for Geriatric Psychiatry. 1998 Apr;13(4):213-24.
- [9] Zilstorff L. Kræft, tro og eksistens under lup. Nyheder fra Cancer.dk 2007 10.07.07 [cited 02.03.07]; Available from: <http://www.cancer.dk/Cancer/Nyheder/2007kv1/tro+dallund.htm>
- [10] Ausker N, Cour Pl, et al. "Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv." Ugeskrift for Læger. 2008;170(21):1828.
- [11] Barnes PM, Powell-Griner E, et al. "Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002." Advance Data. 2004;343:1-19.
- [12] Richardson MA, Sanders T, et al. "Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology." Journal of Clinical Oncology. 2000 July 1, 2000;18(13):2505-14.
- [13] Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. 2005:655-63.
- [14] Jensen OM. "Cancer Risk among Danish Male Seventh-Day Adventists and other Temperance Society Members." Journal of the National Cancer Institute. 1983;70:1011-4.
- [15] La Cour P, Avlund K, et al. "Religion and Survival in a Secular Region. A Twenty Year Follow-Up of 734 Danish Adults Born in 1914." Social Science & Medicine. 2006;62(1):157-64.
- [16] Hvidt NC. "Tro og Helbred - Religiøse Aspekter." In: Hvidt NC & Johansen C, eds. Kan tro flytte bjerge? København: Gyldendal 2004:183-207.

## Kort biografi

Theol.dr. Niels Christian Hvidt, født 1969, blev i 1997 cand. theol. fra Københavns Universitet efter samme år at have fået tildelt universitetets guldmedalje for en afhandling med titlen "Profeti og åbenbaring". I 2001 forsvarede han sin doktorgrad ved Gregoriana Universitet i Rom, hvor han underviste fra 2000 til 2004.

I 2002 blev han tildelt et forskningslegat fra H. Lundbeck om forholdet mellem tro og helbred, der sammenfattes i en monografi. Som led i dette projekt har han været gæsteforsker på Center for Spirituality, Theology and Health ved Duke University, Kræftens Bekæmpelse og Det Teologiske Fakultet ved The University of Notre Dame. Siden august 2006 er han ansat i Forskningsenheden Helbred, Menneske og Samfund, Sundhedsvidenskab ved Syddansk Universitet, hvor han fortsætter sin forskning og undervisning indenfor forholdet mellem tro og helbred.

Han er leder af *Interdisciplinært Netværk for Forskning i Tro og Helbred*, der siden juni 2007 er søsat med midler fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation, Kræftens Bekæmpelse, samt Københavns Universitets satsningsområde *Religion i det 21. århundrede*.

Hvidts primære interesseområde er troen på gudommelighed, et emne han har arbejdet med fra forskellige vinkler (profeti, undere, åndelig helbredelse). Han har skrevet i danske og udenlandske aviser og tidsskrifter og været bidragyder til forskellige bøger.

I 2004 udkom *Kan Tro Flytte Bjerge?*, en antologi ved forskellige danske bidragydere om forholdet mellem religion og helbred, som han har redigeret sammen med Dr.med. Christoffer Johansen fra Kræftens Bekæmpelse (Gyldendal 2004).

Den opfølges med bogen *Kan Bjerge Flytte Troen?* Hvidt har forfattet *Mirakler – Møder mellem Himmel og Jord* (Gyldendal 2002) og hans italienske doktorgrad er udkommet på Oxford University Press i maj 2007 med titlen *Christian Prophecy – The Post-Biblical Tradition*.

(På Niels Christian Hvidts hjemmeside findes lister med links til artikler, bøger etc., han har skrevet, samt mange andre interessante oplysninger. Red)

# Samtalen om samtalen

## - et interview med sygehuspræst Preben Kok, Vejle Sygehus

*Følgende artikel er udarbejdet og redigeret på baggrund af et interview med sygehuspræst, Preben Kok fra Vejle/Give Sygehus.*

*Preben Kok varetager opgaver på alle afdelinger på sygehuset og mange patienter fra Onkologisk Afdeling finder store ressourcer i at tale med ham og finder ligeledes trøst og afklaring gennem samtalen.*



*Hvad er din indgangsvinkel, når du møder patienten i den svære situation/samtale? Er din tilgang udelukkende religiøs eller kan udgangspunktet også have et eksistentielt grundlag?*

### **Preben Kok:**

”Eksistentielt grundlag” betyder ofte ”et livssyn, som ikke bygger på noget religiøst”.

På Vejle sygehus får vi to præster ca. 400 tilkald om året – til præstearbejde. Det vil sige, at vi er fuldt optaget af at tale med patienter og ansatte, som ønsker at få belyst deres religiøse indstilling til livet. Derfor overlader vi det eksistentielle til andre (psykolog og sygeplejersker). Det er blandt andet af den grund, at vi har et udbygget og godt samarbejde med dem.



*Er din tilgang til patienten forskellig ift., hvor patienten er i sit forløb?*

### **Preben Kok:**

Ja, tilgangen vil altid være forskellig. Hvis patienten f. eks. er der, hvor patienten håber, så håber jeg også. Hvis patienten er der, hvor patienten gerne vil løses fra sit håb, så bliver jeg også håb-løs.



*Hvis vi betragter den åndelige omsorg ud fra det religiøse perspektiv; hvad betyder så troen for patienten i den svære tid?*

### **Preben Kok:**

Det er ikke noget let spørgsmål at svare på, for der er forskel på menneskers tro og det, vi bruger den til. Nogle tro bygger på noget åndeligt – andres mere på noget kulturelt/va-nemæssigt. Det er ofte først, når man er længst ude i livet, at man opdager, om det er den ene eller den anden form for tro man har, og hvad den kan bruges til.

Mange mennesker, der går regelmæssigt i kirke og er meget optaget af kristendommen, er troende, dybest set først og fremmest, for at have et system, der kan skabe tryghed – til f.eks. at afgøre, hvad der er rigtigt og hvad der er forkert. Nogle finder livet igennem en støtte i at have en sådan tro – også når livet bliver vanskeligst.

Andre med den samme form for tro har ofte ”gjort” så meget, for at være ”rigtige”, at de, når sygdom forhindre dem i at være det (”gøre det man tidligere kunne gøre”), opdager, at deres tro smuldrer væk. Denne form for tro bygger mere på, hvad den troende yder end på, hvad den troende får.

Når troen smuldrer, er det præstens opgave f. eks. at sætte en samtale med Gud i gang. Patienten må måske

tage et opgør med Ham (sin Jakobs-kamp), for at finde ind til den velsignelse, der ligger i at tro på, at Gud elsker én, som man er. Den tro kan man hvile i – også når man ikke kan yde noget.



*Har du erfaring med, at nogen patienter efter Jeres samtale bliver troende fordi de kan bruge troen i deres vej til accept af situationen?*

#### Preben Kok:

Ja, det oplever jeg tit. Det er nemlig sådan, at nogle evner opdager vi først, vi har, når nøden er størst – og vi får den rigtige hjælp. I vores samfund tror vi, at det *altid* er negativt at give op. Derfor anstrenger vi os for at have magt over livet. Når vi ikke længere har kræfter til det, kan man af situationen blive tvunget til at prøve at lægge det, man ikke selv kan klare, i Guds hånd. Når man oplever, at det er en lettelse at give op på den måde, har man fundet endnu en vej, man kan bruge i sit liv. Det er netop den slags erfaringer, der ligger bag en udtalelse mange cancerpatienter kommer med: "Det er det værste jeg har oplevet og det jeg nødigst vil undvære".



*Hvis vi prøver at betragte nogle af de eksistentielle begreber herunder håb, vrede, mening, skyld og magt; hvad betyder de for patienten og hvordan kan patienten bruge disse til at gøre sig den erfaring du ovenfor har beskrevet?*

#### Preben Kok:

Det er spændende begreber, for til ordet *håb*, har man modsætningen: *håbløs*. Til ordet *mening* har man modsætningen *meningsløs*, og til ordet *magt*, har man modsætningen *magtesløs*.

Hvis man håber, men ikke kan se, at der er noget at håbe på, så giver det angst. Når der ikke er overensstemmelse mellem det, vi gør, og det vi dybest set mener, får angsten plads. Mange tror, det altid er vigtigt at håbe, for det lyder så positivt. Når man håber, tænker man også på, at noget snart bliver bedre. Er håbet urealistisk, sker det ikke – og patienten bliver påført en unødvendig skuffelse – et tab. Håbet er godt, så længe man kan håbe, men det er bedst at blive løst fra håbet, når man ikke længere kan se, hvad man skal håbe på.

Hvis man er vred og ikke vil være det, bliver man også angst på grund af samme uoverensstemmelse i de indre regnskaber. Mange mennesker er bange for at blive vrede, fordi de tror, det er negativt og destruktivt at blive det. Det passer dog ikke altid. Vrede (eller sorg) opstår hos de fleste helt instinktivt (eksistentielt) når vi bliver truet – f.eks. af sygdom. Hvis man ikke kommer af med denne vrede, sætter den sig (igen på grund af uorden i de indre regnskaber) til noget tungt.

En meget stor del af mit arbejde består i, at få denne vrede rettet mod Gud. Det skyldes den psykologiske grundlov, der siger, at følelser som du retter mod den rigtige kan forløses, men følelser du ikke retter mod den rigtige vender tilbage som dårlig samvittighed – i værste tilfælde som angst og depression. Vreden over at livet er som det er, kan kun forløses, hvis den rettes mod den, der har lavet verden. Alle andre niveauer er for "lave". Hvis man f. eks skælder sygeplejersken, lægen eller familien ud i den sammenhæng, kan det godt lette i øjeblikket, men det letter ikke på sigt, for det indre barometer fortæller, at det ikke er den rigtige, der bliver skældt ud. Det religiøse er derfor forudsætningen for, at vreden over at livet er, som det er, kan blive rettet mod den rigtige (verdens skaber/Gud) – og blive forløst.

På dette område kan præstearbejdet ikke kan erstattes af psykologarbejdet. Det er præsten, der kan fortælle hvordan Gud er, og hjælpe til at få fat i den Gud man kan tillade sig at skælde ud - fordi han elsker én også selvom man skælder ud. Psykologen må i den situation arbejde med den gud, klienten har, og denne gud er ofte én, man ikke må skælde ud. Psykologen kan stille spørgsmålstejn ved den gud klienten har – men ikke forkynde en anden. Det må præsten gerne – det er ligefrem vores job!





Det er dybest set her åndelig omsorg adskiller sig fra psykologisk omsorg. Præsten har en skydeskive til den eksistentielle vrede, som psykologen ikke har - og heller ikke skal have.

Mange mennesker vil gerne finde en mening med det, der sker, for de tror, at hvis det er meningsløst, falder alting fra hinanden. Men hvis ens barn bliver kørt ihjel og man prøver at finde en mening med dét, skal man efter min mening være på vagt. Nogle mennesker kan finde en mening i den situation, og så støtter jeg det. Men til andre siger jeg, at hvis jeg gør mit arbejde ordentligt, så finder de ud af, at det, der er sket, er meningsløst, og hvis ikke det var det, så var det ikke til at leve med.


Mening er på en mærkelig måde hæftet sammen med skyld. Hvis der er en mening med det, der sker, så rummer det en rigtighed, jeg må bøje mig for, hvor ubehageligt det end er. Når man tænker sådan, giver man det, der er sket en "overordnet" position - og sig selv en "underordnet" position. Man giver det, der er sket en glans af "rigtighed" og sig selv et skær af "forkerthed/skyld".

Men man har jo ikke i alle tilfælde magt over en sygdom eller over om man får den. Derfor er man faktisk oftest magtesløs og derfor også skyldløs, når man rammes. Rigtig mange mennesker i vores tid er imidlertid så bange for magtesløsheden, at de også flygter fra skyldløsheden.

Mit og psykologens arbejde består ofte i at få patienten til at være realistisk omkring magten og magtesløsheden med det resultat, at de også bliver realistiske i forhold til skylden og skyldfriheden.


Præstens arbejde består på dette område i at få den ramte til at indse, hvilken magt/skyld man selv skal bære - og hvilken magt/skyld Gud skal bære.

Det er jo i bund og grund tosset at have en skyld over en sygdom man ikke har magt over om man har fået eller ej.

 *Hvis vi prøver at anskue en konkret samtale du har med patienten; hvordan får du så patienten til at åbne sig?*

#### **Preben Kok:**

Det er svært at svare på af den simple grund, at al kommunikation i dette område dybest set foregår i det ubevidste. Vi kan "lugte" på hinanden hvem vi er, og vi åbner os lige præcis så meget, at vi kan lugte, at den anden kan holde til.

 *Hvad taler du med patienten om og hvordan møder du patienten i den svære tilstand patienten ofte befinder sig i?*

#### **Preben Kok:**

Jeg taler kun om tro. Det er her dynamikken i mit arbejde ligger, og det er der jeg kan føje noget til sygeplejerskens og psykologens arbejde.

Da jeg oftest kommer ind i billedet, når alle andre muligheder er prøvet og magtesløsheden derfor er tydelig, så beskæftiger jeg mig mest med den tro, der kan få patienten til at anerkende sin magtesløs, og derved - som nævnt - komme af med den skyld eller vrede der tynger.

For psykologien er regression (det at blive barnlig) i de fleste tilfælde dårligt. For troen er det et gode. Vi er ikke Guds voksne, vi er Guds børn, og det er den barne-ret jeg prøver at få patienten til at bruge. Ved dåben bliver det sagt: "Hvis du ikke modtager Guds rige ligesom et lille barn, kommer du ikke ind i det". Når jeg hører det, forestiller jeg mig et barn på 18 mdr., der står i tremmesengen kl. 03.00 om natten og skriger og ikke tænker på, om forældrene kan holde til det eller ej. Det barn har barne-retten til at skribe og lade forældrene selv finde ud af, hvad der skal gøres. Gud siger i dåben til os, at hvis vi ikke i alvorligere situationer behandler Ham på samme måde, så opdager vi ikke, hvor stor Han er.



*Hvilke redskaber giver du patienten til at arbejde videre med efter Jeres samtale?*

#### **Preben Kok:**

Når jeg er ved den samme patient flere gange, så siger jeg, at her skal du ikke arbejde, fordi tro er ikke noget man skal arbejde for at få. Tro er noget man skal have givet.

Det er på samme måde med kærligheden. Hvis du arbejder for at få den, kan det godt ske, at du opnår noget - men det er ikke kærlighed du får. Der er jo det ejendommelige ved kærlighed, hvis du gør noget for at få den, så er den ikke til at tro på. Troen handler dybest set om kærlighed - en eksistentiel kærlighed - og den kan du ikke få, hvis du arbejder for at få den.

Derfor giver jeg ikke patienten et redskab, men lader patienten give op, være barnlig og skælde ud på Gud og derved opdage/erfare, at han findes. Hvis man kan skælde ud på Gud, så behøver man i øvrigt ikke så ofte at skælde ud på personalet og familien.



*Hvad tænker du skal blive patientens ressourcer efter Jeres samtale, når han/hun igen bliver alene med sine tanker?*

#### **Preben Kok:**

Med mit arbejde med patienten får vedkommende en erfaring, og jeg bliver hos patienten indtil patienten har skældt

så meget ud, at vedkommende kan mærke en lettelse ved det. Det er i den erfaring, der ligger en Guds-erfaring. Jeg kan ikke sørge for, at der kommer et svar fra Gud, men det kommer ofte. Hvorfor, kan jeg ikke forklare. "Svaret" kan være en fornemmelse i kroppen – en lettelse – noget man ser et øjeblik – noget man hører – osv. Fælles for "svarene" er, at man erfarer at Gud er der, når man er ærlig over for Ham. Når denne erfaring er gjort, kan patienten igen om aftenen eller om natten selv sige det til Gud, der er vigtigst at sige – og igen erfare, at Gud svarer med et nærvær.

I de fleste tilfælde har jeg én lang samtale, hvor vi når til bunds i den rædsel der er. Efterfølgende har vi korte samtaler, hvor vi minder hinanden om den erfaring, der er gjort.



*Hvis vi til slut ser på dine kompetencer som præst kontra sygeplejerskens kompetencer; kan sygeplejersker noget du ikke kan?*

#### **Preben Kok:**

På det område, hvor jeg arbejder, ligger kompetencen ikke i uddannelsen, men i troen.

Jeg kan kun det, som en ordentlig bonde og fisker altid har kunnet: Gøre det, jeg kan og lægge resten i Guds hånd. Kompetencen ligger i hvem man er, og hvor moden man er. Mange sygeplejersker har et liv, der har modnet dem.

Marlene Holmberg

Sygeplejerske

Onkologisk Sengeafsnit A270

Vejle Sygehus.



## **PACTO SAFE® 3.0**

# **For sikker og effektiv håndtering af toksisk og smittebærende affald**



## **PactoSafe® 3.0**

- ▶ Aerosoltæt forsegling
- ▶ Fleksibel længde på posen
- ▶ Tidsbesparende håndtering
- ▶ Op til 300 behandlinger pr. kassette

- ✓ Ingen kontaminering
- ✓ Ingen smitte
- ✓ Ingen lugt
- ✓ Ingen aerosoler



# **PAXXO**

# Åndelig omsorg og patienters tro

Af Lotte Blicher Mørk  
Præst ved Rigshospitalet

*At skulle skrive om den åndelige omsorg er en udfordring, da det er et meget diffust begreb. Mange har forsøgt at definere det, men stadig findes der ingen endegyldig definition. Det er dog vigtigt, for os, der arbejder i sundhedsvæsenet, at indkredse begrebet, da den åndelige omsorg skal indgå som en naturlig del af vores hverdag.*

Denne artikel beskæftiger sig indledningsvist med den åndelige omsorg funderet i en humanistisk/kristen kontekst samt mine erfaringer som hospitalspræst. Endvidere dokumenteres det, ud fra Rigshospitalets Kirkes gæstebog og en konkret spørgeskemaundersøgelse, hvorledes mange indlagte patienter beskæftiger sig med det åndelige og det religiøse. På baggrund af dette beskrives den tro og de gudsbilleder, der ligger bag, sammenholdt med det jeg oplever i min praksis som præst<sup>1</sup>. Alt i alt er dette vidnesbyrd om, at patienter har eksistentielle, åndelige og religiøse tanker og at den åndelige omsorg som følge deraf bør varetages af os, der har med patienter og pårørende at gøre i vores arbejde.

## Åndelig omsorg

Åndelig omsorg er som allerede nævnt et diffust begreb og der vil være stor forskel på, hvor meget den fylder i sundhedsvæsenet afhængigt af, hvilket speciale man befinder sig i. Den er f.eks. meget udtalt i den palliative indsats, som er baseret på definitionen af *Palliative Care* fra WHO. Definitionen tilgodeser den totale smerte, hvor symptomer ikke kun behøver at være af fysisk karakter, men også af både psyko-social og eksistentiel/åndelig karakter. Det er oplagt at have fokus på den åndelige omsorg, når behandlingen ikke længere er kurativ. Den åndelige omsorg angår ikke kun de palliative patienter, men også de patienter, der bliver helbredt for deres sygdom. For det viser sig, at når et menneske får en sygdom, bliver revet ud af sin dagligdag og mister kontrollen, vil dette menneske ofte stille nye spørgsmål både til for- og fremtiden. Spørgsmål, der angår meningen med livet og meningen med at være blevet ramt af sygdommen; *Hvorfor rammer det her mig?* Svaret på det spørgsmål findes ikke altid i det lægevidenskabelige, hvorfor det ofte søges i det eksistentielle/åndelige.

På engelsk kaldes samtalen om det åndelige for *Spiritual Care*. Det kan ikke oversættes direkte til det danske *Åndelig*

*omsorg*. Åndelig omsorg henviser til en religiøs, kristen, eller måske nyreligiøs trosform, hvorimod *Spiritual Care* henviser til noget bredere. For det handler ikke kun om det religiøse (søgen efter betydning eller mening på måder relateret til "det hellige" i bred forstand<sup>2</sup>), men også om det eksistentielle (behov for at finde mening, fred og formål med sin væren i livet<sup>3</sup>). Der er ingen tvivl om, at det religiøse og det eksistentielle hænger tæt sammen. Det ville ikke give nogen mening at tale om åndelig omsorg, hvor det kun er det religiøse eller det eksistentielle perspektiv, der eksisterer.

Ofte kan patienter føle sig meget alene med alle de overvejelser, der opstår i forbindelse med at få konstateret en sygdom. Det er klart, at der altid vil være dem, der har det bedst med at være alene med disse tanker, men der vil også være andre, der trænger til at blive set og hørt i deres nye livssituation.

Det er sygeplejerskens opgave at være opmærksom på dette. Set ud fra et sygeplejerskefagligt perspektiv kan man definere eksistentiel/åndelig omsorg på følgende måde:

- > At sygeplejersken er opmærksom på patientens og de pårørendes eksistentielle/åndelige spørgsmål og ressourcer.
- > At sygeplejersken lytter til den mening, disse spørgsmål og ressourcer giver i patientens og de pårørendes livshistorie.
- > At sygeplejersken er aktiv i at støtte patienten og de pårørende i deres arbejde med de eksistentielle/åndelige spørgsmål med udgangspunkt i deres eget livssyn.
- > At sygeplejersken gennem sin indsigt i eksistentielle/åndelige og religiøse livsholdninger og tolkninger hjælper patient og pårørende med en ny forståelse af deres situation<sup>4</sup>.

For nogle sygeplejersker vil ovenstående måske virke som en stor mundfuld. Man kan fristes til at stille spørgsmålet om, hvor langt man som sygeplejerske skal gå i den åndelige omsorg? Hvor langt skal man gå i en samtale om det

religiøse? Sygeplejersken skal ikke fungere som præst, fordi en patient f.eks. udtrykker ønske om at tale om det religiøse. Men samtidig behøver man ikke selv være religiøs for at tale om religiøsitet. Det handler om at være nysgerrig og om at lytte. Hvis man som sundhedsfaglig person ikke anser det som ens ansvar, kan det bunde i ens egen angst for at skulle tale om vanskelige emner såsom død, skyld, mening og uretfærdighed. Emner, der afføder spørgsmål, som ikke umiddelbart kan besvares eller løses og som derfor gør mennesker magtesløse og handlingslammede. Det er disse spørgsmål sygeplejersker skal være opmærksomme på.

Sammenfattende kan man sige, at den åndelige omsorg ikke handler om at kunne give svar eller finde løsninger, men mere om at være tilstede med sine iagttagelser og almindelige menneskelige nysgerrighed. Skal der tales om et svar, må dette søges i det nærvær og det fællesskab, der opstår i den åndelige omsorg. Derudover er der mulighed for at henvise til hospitalspræsten eller patientens egen sognepræst, hvilket i sig selv også er en form for åndelig omsorg.

### Rigshospitalets Kirkes gæstebog

Der er tre præster på Rigshospitalet, som dækker hele hospitalet. Der er en kirke, hvor der er højmesse hver søndag kl. 10, hverdagsandagter og kirkelige handlinger. Mange af de kirkelige handlinger, såsom dåb og vielse, finder ikke sted i kirken, men på de forskellige afsnit, da patienterne ofte er for dårlige til at forlade stuen. Udover de opgaver, der direkte er forbundet med kirken, deltager vi præster i det tværfaglige arbejde i form af konferencer vedr. patientforløb, lægesamtaler og supervision. Vi underviser sygeplejersker og læger, holder foredrag og indgår i forskellige udviklingsmæssige projekter. Det vi bruger mest tid på er den sjælesørgelige samtale, hvor vi står til rådighed for både patienter, pårørende og personale.

I Rigshospitalets kirke, som bliver brugt af mange som et åndehul midt i et hus med meget kaos, er det muligt for de besøgende at skrive hilsner, tanker, bønner o.l. i en gæstebog. I starten var vi i tvivl om der overhovedet var nogen, der ville skrive i den og hvad de ville skrive, for religion er generelt en meget personlig sag og der er megen blufærdighed forbundet med den. Ikke desto mindre var den første bogs 100 sider hurtigt tæt beskrevet med meget personlige bønner, refleksioner og tanker og mange bøger er fyldt siden hen. Hermed et par eksempler:

- > *"Jeg håber og håber, kære Gud"*
- > *"Kære Gud, hold mig lidt i hånden, trøst mig lidt, før mig på rette vej, jeg ved du kan"*
- > *"Kære Gud, hjælp mig igennem denne svære tid med kræften og dens bivirkninger. Beder til, at du giver mig den styrke, der skal til for at bekæmpe det onde, der har til huse i min krop"*
- > *"Min mor har forladt mig. Jeg savner hende hver dag. Hvis bare jeg kunne tro på et liv efter døden. Ja, så ville der måske være mening med at hun gik bort"*

### Patienttrouundersøgelse

Gæstebogen er ikke den eneste dokumentation for, at patienter, pårørende og personale beskæftiger sig med tro, religiøsitet og livets store spørgsmål på et hospital. Vi tre præster, religionssociolog Nadja Ausker og sundhedspsykolog Peter la Cour har lavet en spørgeskemaundersøgelse på Rigshospitalet (*Patienttrouundersøgelsen*), hvor vi spørger om, *hvilke tanker indlagte patienter gør sig om eksistentielle og religiøse spørgsmål – og om de tanker intensiveres hos mennesker i sygdom og krise*. Der er delt 900 spørgeskemaer ud på 31 forskellige afsnit og der har været 480 respondenter. Der er kommet mange forskellige resultater ud af undersøgelsen, men overordnet kan det konkluderes, at en stor procentdel af patienterne beskæftiger sig med religiøse tanker og at disse tanker intensiveres under indlæggelse<sup>5</sup>.

Det stemmer godt overens med den praksis jeg oplever som præst, for her viser det sig også, at patienter og pårørende beskæftiger sig med det åndelige og religiøse. Mange af mine sjælesørgeriske samtaler handler om, hvad patienterne tror på og hvilke forestillinger de gør sig om Gud - deres gudsbilleder. På den baggrund blev jeg interesseret i om der var en overensstemmelse mellem det, som patienterne svarede på i spørgeskemaet og det, de taler med mig som præst om. Jeg har især set på forholdet mellem et af spørgeskemaets spørgsmål, der handler om patienternes gudsbilleder og så de gudsbilleder, jeg bliver præsenteret for i de sjælesørgeriske samtaler.

### Patienternes tro

Patienter, og danskere generelt, har vanskeligt ved at købe hele "pakken" i en religion. De vil gerne tro, men de vil ikke kategoriseres og være ligesom alle de andre. De vil heller ikke bruge kirken som institution med alle dens dogmer. Det handler derimod om at være anderledes og individuel, ligesom i mange andre af livets henseender. På den baggrund kan man derfor undre sig over Den danske Folkekirkes høje medlemstal (83%). Det er dog kun indtil man ser, at det blot er få af disse medlemmer (2-3%), der rent faktisk kommer i kirken, udover til højtider og ved særlige kirkelige handlinger. Man kunne sagtens foranlediges til at tro, at medlemmerne ikke er troende, men det er altså ikke tilfældet – heller ikke på et hospital.

Både min erfaring og dokumentation siger, at mange patienter tror! I *Den Danske Værdiundersøgelse*<sup>6</sup> og i *Patienttroundersøgelsen* fra Rigshospitalet er der et spørgsmål, der lyder: *Uanset om du går i kirke eller ej, vil du så mene, at du er et troende menneske, ikke-troende menneske eller overbevist ateist?* 76,5% i *Værdiundersøgelsen* og 72% i *Patienttroundersøgelsen* mener, at de er troende mennesker. En ting er, at de tror, men hvordan tror de så? Mange har deres personlige tro, hvor de stykker det sammen fra de forskellige religioner, der passer ind i deres verdensbillede og livsanskuelse. For eksempel møder jeg patienter, der bekender sig som kristne, men samtidig ikke ser problemer i at inddrage dele fra buddhismen, såsom reinkarnation, i deres tro. For slet ikke at tale om tidens alternative selvudvikling, der har mennesket i centrum som en selvskabende kraft, hvilket kan overlade den enkelte med et kæmpe ansvar.

Mange patienter anser deres tro som værende personlig og unik, men der er alligevel behov for at udtrykke den, eller måske endnu vigtigere; at dele den med andre. Særligt når man befinder sig i livets grænseområder og derfor stiller spørgsmålstejn ved både meningen og formålet med livet.

Jeg oplever, at jo dårligere patienterne ser sig selv, jo mere tænker de på meningen med livet. Mange spørger *Hvorfor? Hvorfor rammer det mig?* Her kan det være svært at se frem, og i stedet vil patienten bruge al sin energi på at kigge tilbage i livet, for at se om der findes en mening med eller en forklaring på, hvad der gik galt. For det er, som nævnt tidligere, ikke altid, at svaret kan findes i lægevidenskaben og derfor vil det undertiden blive søgt i patienten selv og/eller i det religiøse. Svaret på det store *Hvorfor*-spørgsmål kommer ofte til at handle om patientens relation til andre mennesker (dvs. den måde man har behandlet andre på) og om patientens relation til Gud (dvs. ens selvbillede i forhold til Gud), hvori patientens gudsbillede aftegnes. Også her viser det sig, at patienterne ikke er så forskellige, for i livets kriser ligner gudsbillederne mange gange hinanden.

### Patienternes Gudsbilleder

Formodentlig vil et gudsbillede ændre sig alt afhængigt af, hvor man er i livet. Som barn ser gudsbilledet tit anderledes ud, end når man er midt i livet og igen helt anderledes, når man står i en krise og ved livets afslutning. Det gudsbillede jeg taler med patienter om på Rigshospitalet er for det meste præget af, at folk er i krise, eller netop har været det. Som patienterne er forskellige, vil deres gudsbilleder naturligvis også være det, men der er alligevel nogle gennemgående træk, der gør sig gældende, når et menneske er i krise, som skitseres i det følgende.

I spørgeskemaet spørges der om, hvilke af følgende udsagn, der kommer patientens gudsbillede nærmest: *Gud som hævet over denne verden, Gud som kærlig, Gud som retfærdig, Gud som straffende eller intet af ovenstående*. Det viser sig tydeligt, at patienterne oftest ser Gud som kærlig – faktisk ser 34,5 % Gud som kærlig, hvorimod 26,5% ser Gud som hævet over denne verden og kun 5% ser Gud som straffende. Det er også min erfaring både fra mine samtaler og fra gæstebogen, at folk virkelig ønsker, at se Gud som en, der er omsorgsfuld. Det er den Gud, man gerne med forstanden – med bevidstheden – vil tro på. Hermed et par eksempler fra gæstebogen på et kærligt gudsbillede:

*"Kære Gud, jeg er ikke længere bange for at dø. Jeg glæder mig til at finde roen hos/med dig. Jeg er lettet over min beslutning – jeg er jo udmattet af de konstante smerter. Jeg elsker livet, men kan ikke magte det længere – derfor vil jeg gerne passes af dig. Jeg er klar nu"*

*"Tak for livet. Jeg beder dig, Gud, at du må give min datter troen tilbage... Troen på livet, troen på sig selv, troen på andre mennesker. Giv hende kraft til at gå igennem mørket, så mørket ikke går igennem hende: jeg beder dig; lad lyset ramme hendes hjerte..."*

Som nævnt sker der noget med patienter i sygdom og krise og derfor også med deres gudsbillede. Forenklet kan man sige, at i kriser er man i følelsernes magt og derfor kan selv de, der med forstanden tror på en kærlig og retfærdig Gud, afsløre et andet og måske mere ubevidst gudsbillede. Det kan være en Gud, der er højt hævet over denne verden og som ikke kan tage sig af patienten og dennes bekymring. Når så Gud melder sig på banen, som han gør for nogle, er det ikke som en kærlig Gud, for så ville patienten formodentlig ikke have det så dårligt. Så er Gud en, der holder regnskab med, hvad patienten gør og i øvrigt har gjort i sit liv og så får vedkommende som fortjent. Hermed et par eksempler fra gæstebogen på et gudsbillede, hvor Gud er hævet over denne verden:

*"Du kan ikke være det bekendt, hvis du tager ham fra mig. Hvad godt har du af at have en 11-årig ved din side? Han er min og du har bare at sørge for, at han bliver hos mig i mange år endnu. MIN!"*

*"Guds fred tror jeg ikke længere på, tværtimod fjerner Hans barmhjertighed [sig] fra mig dag efter dag"*

Citaternes gudsbillede afspejler en Gud, der ikke længere udviser barmhjertighed og omsorg. Noget forenklet formuleret bærer de præg af et gammeltestamentligt gudsbillede, hvor Gud straffer mennesket, hvis det ikke lever op til Loven. Men det er ikke det gudsbillede, man møder i det Ny Testamente. Her betragter Gud menneskene som sine udvalgte og elskede børn. At man igennem livet begår moralske fejltagelser, stempler ikke nogen til ligefrem at gå fortabt eller til at blive straffet med sygdom og lidelse. Desuden har mennesket heller ikke så meget magt, at det selv kan forårsage sygdom til døden.

Når patienterne benytter det gammeltestamentlige gudsbillede, kan det handle om at få en forklaring på eller finde en årsag til det store *Hvorfor*-spørgsmål, som opstår i kølvandet af at blive revet ud af sit normale liv. Spørgsmål som: *Hvorfor rammer det her mig? Er det en straf? Eller er det noget jeg skal lære af?* Min oplevelse er, at patienter mange gange er villige til at gå langt for at få besvaret de spørgsmål. Jeg har hørt mange forskellige og meget kreative svar, som hverken er mit eller kristendommens svar. Tag for eksempel tanken om, at man får lovet et langt liv, hvis man altså passer på det og ikke ryger, drikker eller misbruger livet på anden vis? Hvis man så ryger og får lungekræft, opleves det som ens egen skyld! Et andet eksempel kunne være, når patienten forsøger at forklare, at sygdommen har ramt, fordi der var noget vedkommende skulle lære om livet. Altså at se sygdommen som en slags lærestreg eller prøvelse.

### Mening

Der er uendelig mange spørgsmål og ligeså mange forsøg på at få dem besvaret. Det er en drivkraft i mennesket, at søge årsagssammenhænge og derfor også søge svar på eller finde mening med, at sygdommen har ramt. Som tidligere nævnt, er et af fællestrækkene for den personlige tro netop at finde mening, fordi det er fortvivlende at leve med det, der ikke kan forklares.

Under normale omstændigheder er mennesket villigt til at gå langt for at slippe af med skyld – undtagen når det gælder sygdom. Så vil det gerne påtage sig skylden, for det giver trods alt en forklaring, en sammenhæng og ikke mindst en mening med sygdommen. Ikke at man bryder sig om denne mening eller, at det ændrer noget, men det giver et svar og efterlader ikke mennesket i en magtesløs situation. Det betyder, at det ikke bliver så tilfældigt at sygdommen rammer også selvom det både medfører, at gudsbilledet ikke længere er kærligt og at Gud bliver til en byrde i stedet for en støtte. Blot for at få en mening *med* det, der sker.



Mennesket vil så gerne forstå! Problemet er blot, at det ikke er alt det kan eller skal forstå. Hvem kan forstå, hvorfor børn og unge bliver syge og mister livet? Hvem kan forstå, hvorfor man skal lide? Hvorfor skal man så tit prøve at presse mening ud af det meningsløse? Dermed ikke sagt, at lidelsen altid er meningsløs. For selvom det at søge efter en mening sommetider er omsonst, fordi der ganske enkelt ikke er en forklarlig mening med alt, så kan det samtidig være, at der kan søges efter en ny mening: *Ja, jeg er syg og netop derfor må jeg have en ny mening med min resterende tid.* Det ville så være en måde, hvorpå man finder mening i og ikke med sygdommen. Altså ikke at søge årsagen, men at søge værdien og muligheden. Naturligvis kan meningen i sygdommen være vanskelig at mærke og ofte kommer den først til udtryk langt senere i et sygdomsforløb, hvilket jeg afslutningsvis vil eksemplificere fra gæstebogen:

*"Kære Vorherre, tak for at du holdt hånden over mig mens jeg var syg. Du var altid ved min seng, lige fra den dag jeg fik af vide, at jeg havde kræft. Jeg troede, at jeg ville dø af det, men i dag fik jeg af vide, at det er helt væk. Jeg fandt dig på min rejse og lovede aldrig at glemme dig igen. Jeg frygtede ikke døden, men jeg må sige, at jeg nu glæder mig endnu mere over livet end før. Jeg græder af glæde på disse sider, og beder for, at du holder alle de små syge mennesker og børn i deres hjerter. For uden dig er det meningsløst at være syg. Kærlig hilsen..."*

Så er det sagt! Citatet vil formegentlig røre de fleste og man kan sige, at det her ender godt, forstået på den måde, at patienten bliver rask og ender med at have et kærligt gudsbil-

lede. Men i praksis er der mange gange en lang mellemregning forinden, hvor gudsbilledet ændrer sig fra at være en kærlig Gud til en fjern Gud og hvor denne ændring opleves som et tab. Et tab, som måske bedst kommer til udtryk i en kamp for at få lov til at beholde det gudsbillede, man normalt har og som man gerne med forstanden vil tro på. Men som siden bliver til en sorg over, at dette gudsbillede har ændret sig – og så særligt i den situation, hvor man virkelig har brug for en kærlig Gud.

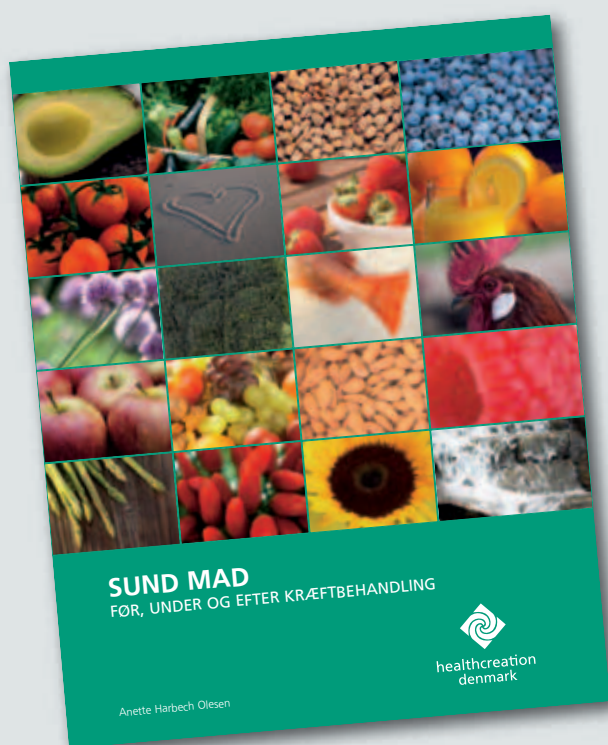
Som sammenfatning eller som svar på det spørgsmål jeg stillede indledningsvist: *Er der en overensstemmelse mellem det gudsbillede, patienterne angiver i et spørgeskema og det gudsbillede, de taler med mig om som præst?* Så er svaret, at der ikke er sammenfald mellem spørgeskema og min praksis. Der er tale om to sameksisterende virkeligheder, fordi der er en forskel på patienternes ideelle og generelle gudsbillede og så på deres gudsbillede i sygdom og krise.

Et ændret gudsbillede er blot en af mange ændringer patienterne oplever, når de bliver revet ud af livets vanlige gang og ikke længere kan bevare en naturlig tro på, at det hele nok skal gå. Der sker meget med et menneske, når det ikke har kontrol over, hvad fremtiden skal bringe. Det afstedkommer en uvished og mange nye spørgsmål, hvilket afspejles i følelsesmæssige udsving, som kan være vanskelige at følge, både for patienten selv, men også for de pårørende og for os personale på hospitalet.

Det er i disse situationer, jeg som præst bliver tilkaldt til den åndelige omsorg, men sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale vil automatisk også være involveret i netop denne omsorg, da der ikke er nogen tvivl om, at den fylder meget på et hospital, som det er beskrevet igennem denne artikel og som indledningen også lagde op til.

- 1 Dette afsnit er skrevet på baggrund af følgende artikel: Mørk, L., Ausker, N.: *Trosfaktoren – Hvad siger patienterne?* Tidsskrift for Sjelesorg, nr. 2, 2007, s. 126-139
- 2 C. G. Pedersen og B. Zachariae: *Betydning af religiøs tro og eksistentielt velbefindende for kræftpatienters livskvalitet*, Ugeskrift for læger, 3. marts 2008, s. 847
- 3 *ibid.*
- 4 Busch, C. i: *Religion, eksistens og sygepleje*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København 2002, s. 49-149 (s. 56)
- 5 På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen har vi skrevet en artikel, som bliver publiceret i Ugeskrift for læger: Ausker, N., La Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H., Mørk, L.: *Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv*, Ugeskrift for læger, IN PRESS
- 6 Jf. Den Danske Værdiundersøgelse <http://www.sociology.ku.dk/vaerdi/ddvhome.html/april2007>,

# Sund mad



*healthcreation denmark ved adm. direktør Annie Rasmussen har taget initiativ til, at bogen 'Sund mad' udkommer d. 18. august 2008.*

*Annie Rasmussen skriver:*

”Her er den så, den længe ventede bog med sunde og lette opskrifter til før, under og efter kræftbehandling. Der har været stor efterspørgsel efter en lettilgængelig håndbog, hvor der gives praktiske og konkrete råd om sund mad før, under og efter sygdom. Nu er den her imidlertid, en lettilgængelig vidensbase til alle de, der gerne vil kunne tilbyde kroppen en optimal næring. Bogen er skrevet af Anette Harbech Olesen på initiativ af Health Creation Danmark.

Viden om hvad der er sund mad for os er væsentlig at tilegne sig, for viden gør os stærke. Viden sætter os i stand til at vælge til og fra og tage hånd om vort eget liv. Det – selv at handle – frem for alene at lade sig behandle, gør en stor forskel for de fleste.

Det er viden herom, der formidles i 'Sund mad, før under og efter kræftbehandling', og den giver dig redskaber til sunde, lette retter og indeholder masser af indbydende opskrifter, hvori alle de sundeste fødevarer indgår.

Bogens opskrifter og råd kan anvendes såvel forebyggende som under og efter sygdom. Der er separate afsnit om optimal kost under behandling, men også et afsnit om afgiftning, såfremt du gerne vil have redskaber til at afgifte kroppen efter endt behandling. Alle bogens opskrifter kan anvendes af alle og til hver en tid.

Bogen skal forhandles hos landets boghandlere sat på [www.healthcreation.dk](http://www.healthcreation.dk) (under opbygning) samt via andre kanaler. Den er på 218 sider og koster i udsalg 199,-. ISBN nr. 978-87-92278-03-6”

Bogen er flot illustreret med mange og stærke farver, hvilket gør den inspirerende og ikke mindst appetitvækkende 😊.

*Af Ditte Therkildsen*



# PROOF OF LIFE - vi fejrer at vi er i live

Af Tina Brændgaard, kræftoverlever og aktiv i Proof of Life



I foreningen Proof of Life er vi unge og kræftoverlever. Vi er også mænd og kvinder og høje og lave og lyse og mørke, men vi er fælles om et brændende ønske om at genvinde styrken i og tilliden til vores hårdt prøvede kroppe. Og det gør vi gennem fysisk træning og socialt samvær.

Proof of Life er en idrætsforening for aktive kræftoverlever i alderen 18 – 40 år, og vores formål er at inspirere, oplyse og støtte andre unge som har lyst til at træne og sætte sig fysiske mål. Og alle kan være med uanset hvilken form de er i. Proof of Life deltager i mange forskellige typer løb og sportsevents, og vi afholder relevante foredrag og tilbyder rabat på sportsudstyr og fitnesskort. Men først og fremmest tilbyder vi unge kræftoverlever at få succesoplevelser gennem fysisk træning og genskabe troen på egen kunnen. Der er en enorm tilfredsstillelse forbundet med at træne op til og gennemføre for eksempel et stort løb – og udover den umiddelbare sejrslust når målstregen er passeret, oplever vi igen og igen at det at være fysisk aktiv sammen med andre unge kræftoverlever er en fantastisk måde at komme videre i livet efter et langt forløb med operation, kemo og stråler. Det er ganske enkelt en måde at fejre at vi er i live!

Vi er pavestolte af at stifterne af foreningen i 2007 gennemførte ekstremeventen 'The Kiliman'. Eventen består i at bestige Kilimanjaro, Afrikas højeste bjerg (5.895 m), cykle 248 km på mountainbike rundt om Kilimanjaro og til sidst løbe en maraton – alt inden for ni dage. Vi glæder os til forhåbentlig at sende et nyt hold af sted, men der er plads til at træne på alle niveauer.

De fleste aktiviteter foregår i Københavnsområdet, men vi samarbejder med Kræftens Bekæmpelse om at etablere afdelinger i Århus, Odense og Sønderjylland. Derfor vil vi meget gerne i kontakt med unge kræftoverlever som har

lyst til at deltage i vores projekt. Og vi håber at landets kræftsygeplejersker har lyst til at være med til at udbrede kendskabet til Proof of Life og fortælle de unge om foreningens mange tilbud.

**Proof of Life's opfordring til FSK: Hjælp os med at udbrede kendskabet til Proof of Life og fortælle unge kræftoverlever om foreningens mange tilbud.**

Kræftens Bekæmpelse har for nylig udgivet pjecen 'Ung med kræft? To tilbud' hvor man kan læse mere om både foreningen Proof of Life og netværket Drivkræften – et initiativ hvor unge kan komme i kontakt med andre unge og snakke om alt det der fylder når man er ung og kræftramt.

PROOF OF LIFE – [www.proofoflife.dk](http://www.proofoflife.dk)

Kontakt os på: Mobil 60 82 99 93 – [info@proofoflife.dk](mailto:info@proofoflife.dk)



# To netværk for unge kræftramte

Drivkræften & Proof of Life



## Drivkræften

[www.cancer.dk/drivkraeften](http://www.cancer.dk/drivkraeften)

**Kontakt:** Christian Gosmer, [gosse@dsr.kvl.dk](mailto:gosse@dsr.kvl.dk)  
Bjørn Askholm, [bernie.best@gmail.com](mailto:bernie.best@gmail.com)

**Kontaktperson i Kræftens Bekæmpelse:**  
Jutta Ølgod, tlf. 35 25 74 85, [jul@cancer.dk](mailto:jul@cancer.dk)

## Proofoflife

[www.prooffoflife.dk](http://www.prooffoflife.dk)

**Kontakt:** Tim Barrett,  
Koordinator tlf. 60 82 99 93



## Unge kræftramte

Mange unge, som får kræft, oplever, at informationer og arrangementer især henvender sig enten til børn med kræft eller til ældre kræftpatienter.

Tilbuddene passer ikke særlig godt til unge og unge voksne, som har særlige problemer, en anden livsstil og en anden måde at kommunikere på. Hvor kan man diskutere og måske få svar på spørgsmål som:

- > Kan jeg klare kravene i den uddannelse, jeg er i gang med eller skal begynde på?
- > Kan jeg stadig få børn?
- > Hvad kan jeg gøre – jeg ved ikke, hvad sygdommen vil gøre ved mig?
- > Skal jeg fortælle åbent om sygdommen eller kun informere vennerne?
- > Hvornår og hvor meget skal man sige til mulige kæresten?

Når man er ung voksen, er man i fuld gang med at skabe sin egen identitet og personlighed. Efter at være færdig med skolen, virker det som om, alt det spændende, lærerige og sjove venter lige om hjørnet!

At få kræft på dette tidspunkt, hvor livet netop skal til at begynde rigtigt, er et voldsomt og uforståeligt chok. Og sygdommen forandrer éns hverdag totalt. I stedet for at kaste sig ud i livets mange muligheder, skal man måske igennem en langvarig behandling med smerter og ubehag, som dræner én for al energi.

Det kan være svært at skulle slås med langvarig træthed og hukommelsesproblemer, eller acceptere at behandlingen har ændret på éns udseende. Man kan nemt føle sig meget ensom, fordi vennerne har svært ved at forstå, hvordan det er at have kræft.

Én af de ting, som har vist sig at være den største hjælp for unge, som får en kræftsygdom, er at møde andre unge kræftramte. At være sammen med andre, som ved, hvordan det er og ikke behøver forklaringer, er en meget stor lettelse, uanset om det drejer sig om at følges ad i biografen eller føre dybe samtaler om livets mening.

Derfor vil vi gerne fortælle dig, som er ung og har fået kræft, at Drivkræften og Proof of Life eksisterer, og at du her kan møde andre unge – når du får lyst – nu eller senere.

## Drivkræften

Drivkræften er et netværk for unge kræftramte. Et netværk, hvor du kan komme i kontakt med andre unge for at snakke om liv og identitet. Bag Drivkræften står en gruppe unge kræftramte, som selv savnede at kende til arrangementer og andre tilbud specielt til unge.

Drivkræftens første projekt er at få lavet en super hjemmeside. Der skal du kunne finde alle de aktuelle tilbud til unge kræftramte. Der skal også ligge forskellige informationer om uddannelse, legater, sex og kræft, motion osv. - information, der er skrevet til unge. Plus en række personlige historier, som unge kræftramte har sendt ind. Drivkræften vil have fokus på det positive, men der skal også være plads til de mere alvorlige emner, der fylder, når man er ung og kræftramt. Klik rundt på hjemmesiden og se mere [www.cancer.dk/drivkraeften](http://www.cancer.dk/drivkraeften).

Vi har brug for mange flere unge, der vil engagere sig i Drivkræften. For eksempel ved at skrive tekster til hjemmesiden. Til efteråret er der en stor støttekoncert for unge kræftramte under opsejling! Og så skal vi ellers i gang med at arrangere et kanon landsmøde for alle unge kræftramte!

## Proofoflife

Proof of Life er en forening for aktive kræftoverlevende i alderen 18-40 år.

Efter et langt forløb med operation, kemo og stråler er det naturligt at være fysisk nedbrudt og psykisk slået ud af kurs. Vi har personligt erfaret, at vi igennem fysisk træning og socialt samvær med andre i samme situation kan:

- > Genskabe troen på egen kunnen
- > Genopbygge tilliden til kroppens styrke
- > Give mere overskud i hverdagen
- > Komme videre i livet

Proof of Life tilbyder socialt samvær i forbindelse med fysisk træning, og vi deltager i forskellige løb og sportsevents. Desuden afholder vi fællestæninger, relevante foredrag og tilbyder sportsudstyr, fitness-træning og løbsdeltagelse med rabatter.

De fleste aktiviteter foregår i Københavnsområdet, men vi samarbejder blandt andet med Kræftens Bekæmpelse om at etablere afdelinger i Århus, Odense og Sønderjylland. Derfor vil vi meget gerne i kontakt med unge kræftoverleverer herfra, som har lyst til at deltage i vores projekt.

Alle er velkomne i foreningen, din nuværende form er ligegyldig. Vi starter der, hvor du befinder dig.

Pressemeddelelse, 22. april 2008

# Ny håndbog skal hjælpe lungekræftpatienter

*For første gang får danske lungekræftpatienter nu en personlig håndbog, som samler alle informationer om sygdommen ét sted. Håndbogen vil styrke patientbehandlingen og få stor betydning for de 3.600 danskere, der hvert år rammes af sygdommen, vurderer overlæge.*

– Det er en gammel drøm, der går i opfyldelse for mig. Jeg har i mange år ønsket, at mine patienter kunne få en personlig håndbog, der samler alle de relevante informationer ét sted. Vi kender det fra USA, men så vidt jeg ved, er det første gang, vi herhjemme kan tilbyde det til vores patienter, fortæller overlæge, dr. med. Jesper Holst Pedersen fra thoraxkirurgisk afdeling på Gentofte Hospital, som er med i håndbogens faglige redaktion.

Patientforeningen lungekraeft.dk står bag udgivelsen af "Lungekræft – din egen håndbog". Formålet med håndbogen er at give svar på de mange spørgsmål, der melder sig, når sygdommen rammer. Om sygdommen, behandling, økonomi, rådgivning, rettigheder, netværk og om livet med lungekræft. Om at slippe behandlingssystemet, om angsten for tilbagefald, om hvordan man takler, at kroppen forandrer sig, og om at være pårørende til en kræftramt. Håndbogen er gratis, og det er hensigten, at den skal udleveres til alle nydiagnosticerede lungekræftpatienter i Danmark.

## Stor hjælp for lungekræftpatienter og pårørende

– Håndbogen vil uden tvivl være en stor hjælp for mange lungekræftpatienter og deres familier, og jeg håber, at afdelingerne tager den til sig, så den kommer ud til patienterne, hvor den gør gavn. Der er tilpas information, uden at det bliver uoverskueligt, og masser af henvisninger til, hvor man kan få mere hjælp og information. Og så betyder det meget, at det er en personlig håndbog, understreger afdelingschef i Kræftens Bekæmpelses patientstøtteafdeling, Anne Nissen, og henviser til, at der er plads til, at man kan indsætte personlige papirer, ligesom håndbogen indeholder en tegning, hvor ens læge kan indtegne kræftknuden.

## Lungekræftpatienter har særligt behov

Ideen til håndbogen opstod, da formand for Patientforeningen lungekraeft.dk, Alice Skjold Braae, selv blev ramt af lungekræft for seks år siden.



– Håndbogen er letlæselig og kommer rundt om emner som for eksempel hospice på en måde, der ikke er angstprovokerende, og det er vigtigt. Og så er den flot layoutet og giver én lyst til at læse den, fortæller Anne Nissen.

– Jeg gik ind på hospitalet som rask og kom ud med en uheldelig sygdom. Jeg manglede et fast holdepunkt, hvor jeg kunne få svar på de mange spørgsmål, som både jeg og mine nærmeste var fyldt med. I stedet blev det til gætterier om, hvad det var, lægen havde sagt, og mange gange havde vi fejlopfattet vigtige informationer, fortæller Alice Skjold Braae, som alt for ofte møder andre lungekræftpatienter i samme situation.

– Når man bliver ramt af lungekræft, er man utrolig følsom, og det har været vigtigt for os, at håndbogen ikke er for trist. Derfor har vi valgt at illustrere håndbogen med billeder, der udstråler håb og livsglæde, forklarer Alice Skjold Braae.



– Mange lungekræftpatienter føler skyld, fordi de har røget, og vil derfor ikke være til besvær og stiller ikke så mange krav som andre kræftpatienter. Men, som der står i forordet til håndbogen, har ingen fortjent at få lungekræft, og alle har ret til at få støtte og information om sin sygdom. For mange lungekræftpatienter er det en fordel, at alle informationerne er samlet i en håndbog, for gennemsnitsalderen for lungekræftpatienter er højere end andre kræftgrupper, og mange er ikke vant til at søge information på Internettet, forklarer Jesper Holst Pedersen.

### Forberedte patienter kan bedre håndtere behandlingen

– Jo bedre forberedt patienten er, jo bedre kan han eller hun håndtere behandlingen. Håndbogen er et redskab, som både giver faktuel viden, tager hånd om de psykiske problemstillinger og giver ideer til, hvor man kan søge hjælp. For eksempel er det et afsnit med gode råd til spørgsmål, man kan stille sin læge. Håndbogen vil helt sikkert ruste fremtidens lungekræftpatienter bedre og vise dem, at de ikke er alene om sygdommen, slutter han.

Håndbogen lanceres på Patientforeningen lungekraeft.dk's årlige generalforsamling d. 26. april.

### Fakta om "Lungekræft – din egen håndbog"

- > Patientforeningen lungekraeft.dk er initiativtager til og udgiver af "Lungekræft – din egen håndbog"
- > Håndbogen er gratis og kan bestilles på Patientforeningens hjemmeside [www.lungekraeft.dk](http://www.lungekraeft.dk)
- > Den faglige redaktion består af læger, sygeplejersker og andre fagpersoner
- > Håndbogen er udformet som en mappe, hvor man kan indsætte artikler, journaler og andre personlige papirer, og man kan tilmelde sig en opdateringsservice, hvor man løbende får tilsendt opdateringer til håndbogen
- > Medicinalvirksomheden Roche a/s har ydet økonomisk støtte til håndbogen

### For yderligere oplysninger, kontakt venligst:

- > Alice Skjold Braae, formand  
Patientforeningen lungekraeft.dk,  
tlf. 40 16 23 35
- > Jesper Holst Pedersen,  
overlæge, dr.med., Gentofte Hospital,  
tlf. 39 77 37 97
- > Anne Nissen,  
afdelingschef, Kræftens Bekæmpelse,  
tlf. 35 25 74 80

### FAKTA om Patientforeningen lungekraeft.dk

- > Patientforeningen lungekraeft.dk blev stiftet i maj 2005, og er en landsdækkende uafhængig forening for lungekræftpatienter og deres pårørende.
- > Patientforeningen har cirka 300 medlemmer i hele landet.
- > Patientforeningen arbejder for at forbedre forholdene for lungekræfttramte.
- > Patientforeningen støtter og vejleder lungekræfttramte og deres pårørende.
- > Læs mere om Patientforeningen lungekraeft.dk på [www.lungekraeft.dk](http://www.lungekraeft.dk)

### Fakta om lungekræft

- > Hvert år rammes ca. 3.600 danskere af lungekræft.
- > Lungekræft ses allerede fra 30-års-alderen, og det er den kræftsygdom, som flest danskere dør af.
- > Lungekræft er den næsthøypigste kræftform blandt danske mænd og den tredjehøypigste blandt danske kvinder.
- > Inden for de seneste år er forekomsten af lungekræft steget blandt kvinder, mens den er faldet blandt mænd.

(Kilder: [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk) og "Kræft i Danmark – en opslagsbog")

# Fortælling fra hverdagen

*Jeg er sygeplejerske med mange års erfaring og har de sidste 3 år været ansat på Hospice Fyn. Hospice er en selvejende institution med plads til 12 beboere.*

*Fortælling fra hverdagen – dem kan vi alle sammen mange af, men specielt én lille fortælling vil jeg gerne dele med andre. Fortællinger beretter om en lille familie på 3 generationer, om hvor svært det er at tage afsked og om man kan gøre det på en rigtig måde.*

Hans har uhelbredelig cancer og er indlagt på HF. Hans er gift med Olga som bor på HF sammen med Hans. De har 1 søn, Ole. Ole er gift med Sofie og de har 4 børn på hhv. 4, 6, 8 og 10 år.

Der er et varmt forhold i familien og børnebørnene er tæt knyttet til specielt Hans, deres bedstefar. Børnebørnene har under hele Hans` sygdom besøgt ham, de ved han er meget syg, at han ikke kan blive rask og at han skal dø på Hospice.

Om søndagen besøger familien Hans, han er vågen, sidder oppe, er påklædt, kan snakke med børnene, men er meget træt.

Tre dage senere er Hans sløjet meget af, ligger i sengen, spiser intet, sover meget og er til tider ukontaktbar. Ole og Olga er hele tiden hos Hans. Svigerdatteren, Sofie, vil gerne besøge Hans sammen med børnene, endnu engang, men Olga afviser på det bestemteste, Hans bliver ikke spurgt, Ole holder med sin mor: de mener ikke at børnene kan tåle at se Bedstefar så syg. En sygeplejerske taler med dem om, at det er vigtigt for børnene at de ikke føler sig holdt udenfor af hensyn til sorgprocessen. Olga afviser, de skal ikke se Hans "sådan".

Jeg møder til aftenvagt og ovenstående problematik drøftes med kollegaer og vi skønner at det vil være bedst, hvis

vi kan få Olga og dermed Ole (tror vi) til at forstå vigtigheden af at børnebørnene ikke holdes væk fra Hans, selv om han er ved at nærme sig døden.

Jeg tilser Hans, han er dybt sovende og kan på dette tidspunkt ikke vækkes, Olga ser rigtig træt og trist ud, Ole sidder stille ved farens side: En god atmosfære på stuen. Jeg spørger om jeg må sidde lidt, det må jeg gerne, vi taler lidt om det forløbne døgn og Hans` nært forestående død. Olga tror og håber ikke at Hans vil leve så længe, at det er godt for ham, da han har haft mange smerter, men at det vil blive ensomt. Jeg siger direkte til Olga at jeg synes hun skal lade børnebørnene besøge Hans, at de på trods af deres alder også har brug for at tage afsked. Olga bliver vred: Nå – det har I nok talt om? Ja, det har vi, siger jeg. Olga græder fortvivlet: "jeg kan ikke tåle det. De har ikke godt af det. **Jeg** vil ikke påtage mig ansvaret og kan ikke trøste dem. Hvad skal det til for" osv. Jeg lytter og taler stille til Olga om vores(personalets) kendskab til børns reaktion ift. døden. Siger også at hun ikke skal bære ansvaret for deres reaktion, siger også at hun kan risikere at børnene bliver vrede og frustrerede over at blive holdt udenfor.

Olga: hvis **du** siger det, må de vel herind, men jeg vil i hvert fald ikke være her imens.

Ole kigger på sin mor, ser lettet ud, siger han er glad for hendes beslutning og at han og Sofie nok skal tage sig af børnene og at hun ikke behøver at være til stede, det bestemmer hun selv. Olga accepterer at de må komme på besøg, men så skal det også være nu, "inden Hans bliver for grim"!

Imens Ole henter familien, bliver jeg ved Olga, for at tale lidt med hende. Jeg spørger hende, hvorfor hun tror Hans bliver grim. "Jo, for det gjorde min mor, vi fandt hende død, hun havde ligget længe, misfarvet, opkogt og med opkast over det hele." Jeg forklarer hende at sådan vil Hans` død ikke blive, at han formentlig vil sove ind i døden, muligvis

med en let raslende vejrtrækning. Olga bliver vældig lettet, græder lidt igen, men siger, at nu er hun klar til at modtage børnebørnene, om jeg vil hjælpe? Jeg lover at være lidt tilstede og siger til Olga at det er stort, at hun på trods af tidligere oplevelser giver lov til at børnebørnene besøger deres bedstefar.

Besøget går som jeg håbede på: Børnene pendulerer mellem lidelse og leg. De små er meget nysgerrige og den store dreng lidt ked af det. Alle børnene synes det er sjovt at de kan se bedstefars guld tand, det får vi noget sjov ud af. Jeg svarer efter bedste evne og helt oprigtigt på alle deres spørgsmål og der er en god stemning på stuen. Den store dreng spørger mig om jeg er sikker på at Bedstefar har det godt. Jeg siger at det har han, fortæller at vi vil passe på ham og sørge for at han ikke har ondt nogle steder. Vi snakker om at "når man sover, kan man da ikke have ondt". Jeg viser børnene hvordan jeg giver medicinen i den subcutane kanyle. Det synes de er rigtig smart. Jeg snakker med Ole og Sofie om at den store dreng kan komme på besøg igen hvis han ønsker det.

Besøget varer en lille time og Olga er på stuen hele tiden, hun synes dog at det er synd for Mads at han bliver så ked af det. Vi taler om at det er OK at blive ked af det og vise sine følelser uanset hvilken alder man har. Olga ser jo også at Mads bliver glad igen og tryk i forhold til det der sker med hans bedstefar.

Inden vagten er slut, vågner Hans lidt op og på forespørgsel giver han udtryk for, at han har hørt at børnebørnene har været på besøg og det er han glad for.

Olga siger at denne aften vil hun aldrig glemme – Tak.

Ole siger: Tak – for at du hjalp os.

Hvorfor er det lige at denne fortælling betyder noget for mig? En sød historie med "happy end", det er selvfølgelig godt, men nej, det handler om andre ting:

Vi har en viden om sorgproces og kriser hos både voksne og børn. Vi ved meget om kommunikation og vi kan en masse pædagogik. At være professionel er at bruge alt det man har lært til gavn for den syge man skal passe. Hvor svært kan det være?

Jo det var svært for mig: Jeg følte mig usikker på om det nu var rigtigt at børnene skulle mødes med deres syge bedstefar, ville det være til gavn og for hvem. Var jeg i stand til at vurdere hvad der var rigtigt for denne familie og hvis jeg tog fejl, hvad så?

Åndelig omsorg er for mig at møde mennesket der hvor det er – uanset hvordan mennesket har det.

I min lille fortælling er der mange mennesker, der lider. Jeg tror at det var det der var svært, Hvem var det der havde "mest" brug for hjælp.

Fordi jeg møder Olga lige der hvor hun er, afdækkes der hvad problemstillingen var for den lille familie og det blev muligt for mig at hjælpe dem alle på en god måde.

Af sygeplejerske Ingrid Olesen,

Hospice Fyn

Mail: [jan.damkjaer@olesen.mail.dk](mailto:jan.damkjaer@olesen.mail.dk)



# Program for FSK Landskursus 2008

28. – 30. november på Munkebjerg Hotel i Vejle

**”Kræft og hverdagsliv”**

## Fredag d. 28. november

- 11.00 – 12.00 Registrering og sandwich
- 12.00 – 12.15 **Velkomst**  
v. Birgitte Grube, formand for FSK
- 12.15 – 13.15 **Et hverdagsliv med appetitløshed - Når maden og måltiderne ikke længere er en naturlig selvfølge**  
v. Lena Ankersen, Udviklingssygeplejerske, Finsenscentret, Rigshospitalet
- 13.15 – 13.30 Pause i salen
- 13.30 – 15.00 **Børn som pårørende** v. Dorte Buchwald, palliationssygeplejerske, ph.d.-studerende, Sygehus Vendsyssel
- 15.00-16.00 Pause, kaffe og indregistrering til Generalforsamlingen
- 16.00 – 18.00 **Generalforsamling**
- 19.00 Middag
- 21.00 – 22.30 **”Madens betydning i vores liv”** v. Claus Meyer, Gastronomisk iværksætter

## Lørdag d. 29. november

- 8.30 – 8.35 Godmorgen
- 8.35 – 9.05 **Efter- og videreuddannelsesmuligheder for kræftsygeplejersker**  
v. Birgitte Grube, uddannelsesleder, EVU, del af den Flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden
- 9.15 – 10.15 **1. hold SIG workshops:**
- > **Når kræftsygdom bliver en del af livet for hele familien** v. SIG-transplantation
  - > **En hverdag med kvalme og madlede** v. SIG-ernæring + SIG-emesis
  - > **Hverdagsliv med Træthed, - kan det være et problem?** v. SIG-træthed
  - > **Journal Club, deltag i kritisk artikellæsning** v. SIG-forskning
  - > **Få handlemuligheder til at hjælpe kræftpatienten med at leve med sin smerte** v. SIG-smerte:

- > **Strålebehandling som palliation** v. SIG-stråle
  - > **Observation og behandling af palliative patienter i delir** v. SIG-palliation
  - > **Hvad driver ’værket’ hos den alvorligt kræftsyge patient – og hos os som behandlere?** v. SIG-projektsygeplejersker
- 10.15 – 10.45 Kaffe og udstilling
- 10.45 – 11.45 **2. hold SIG workshop:**  
Gentagelse af workshops – *se ovenstående* – og meld dig til 2 workshop!
- 11.45 – 13.30 Frokost og udstilling
- 13.30 – 15.00 **Eksistentielle problemstillinger** v. Flemming Pless, præst, Christianskirken, Christianshavn.
- 15.00 – 15.30 Kaffe
- 15.30 – 17.00 **Autointakt** v. Anne Marie Helger, Skuespiller, samvittighedskunstner, samtidssatitøse og direktøs i AM Helger Holding
- 19.00 **Middag og dans med Partymaskinen**

## Søndag d. 30. november

- 9.00 – 9.15 Godmorgen og sang
- 9.15 – 10.15 **”Jeg vil leve” - film udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse**  
Præsentation v. Charlotte Piester, Chef, Påvirkning og Formidling, Patientstøtteafdelingen, Kræftens Bekæmpelse
- 10.15 – 10.45 Pause
- 10.45 – 11.15 **Hjælp til selvhjælp** v. Rosemarie Wedell-Wedellsborg og Birgitte Baht, medejere af Props and Pearls
- 11.15-15.15 **Kræft og hverdagssex** v. Marianne Bruhn, Læge, specialist i klinisk sexologi og tilknyttet Kræftens Bekæmpelses Rehabiliteringscenter Dallund
- 12.15 – 12.30 Farvel og på gensyn



# Årets sygeplejerske 2008

Hvert år på Landskurset bliver der uddelt en pris til årets sygeplejerske. Nu er det ved at være tid til at finde en kandidat og lave en indstilling.

Sygeplejersker, der beskæftiger sig med pleje af kræftpatienter kan indstilles. Det skal være en klinisk aktiv sygeplejerske, som har gjort en stor indsats for patienter eller pårørende i det daglige kliniske arbejde. En sygeplejerske, der gør en forskel for den enkelte patient eller for en gruppe af pårørende.

Sygeplejersken skal være medlem af FSK.

Både ledere og kolleger kan indstille til prisen. Indstillingen skal være skriftlig og må højst fylde 1 A4 side. Den skal underskrives af 3 medlemmer af FSK. Der skal oply-

ses FSK medlemsnumre (nu identiske med DSR medlemsnumre) på såvel den indstillede sygeplejerske som på de tre, der indstiller.

Prisen som "Årets sygeplejerske" er på 5000 kr. og overrækkes på Landskurset lørdag aften under festen. Vinderen får besked inden deadline for tilmelding til Landskurset, så hun/han har mulighed for at tilmelde sig og være til stede ved prisoverrækkelsen.

Indstillingen sendes via mail til medlemssekretær Gitte Kjeldsen: [gitte.d.kjeldsen@webspeed.dk](mailto:gitte.d.kjeldsen@webspeed.dk)

**Deadline er d. 1. september 2008.**

## Posterudstilling på landskurset

Har du nyt at fortælle – og lyst til at formidle det til dine kolleger fra hele landet om arbejdet i kræftfeltet, så lav en poster til årets Landskursus.

Erfaringerne fra de tidligere år viser at posterudstillingen er flittig besøgt og giver inspiration til diskussioner, udveksling af erfaringer.

*En poster er:*

- En plakat, som vækker interesse
- En plakat, der sigter mod at begejstre, oplyse og overbevise
- Et formidlingsredskab, der skal kunne stå alene
- Forskellig fra en mundtlig præsentation

Da vi skal vide, hvor mange posters der skal være plads til på kursusarealet, er det vigtigt du giver besked, om du medbringer en poster senest den 1. september 2008.

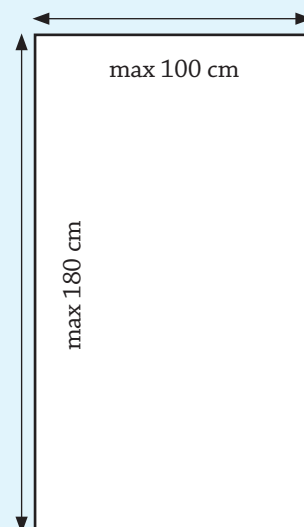
Kontaktperson er redaktør Karen Buur Andersson hvis du har spørgsmål og hvis du eventuelt ønsker at få tilsendt en folder med anvisninger om råd og retningslinier.

Posteren medbringer du selv til landskurset. Resuméet sendes elektronisk (kun) senest 15. september 2008 til Karen Buur Andersson.  
E-mail: [karen.buur@gmail.com](mailto:karen.buur@gmail.com)

### Posterkonkurrence

Igen i år kårer vi ved afstemning blandt deltagerne på landskurset de 2 bedste og mest iøjnefaldende posters. Disse offentliggøres og præmieres den 30. november om morgenen på Landskurset.

*Posterens størrelse  
må højst være  
100 cm x 180 cm.  
Der udarbejdes et resumé  
på max ½ A4 side  
med én linieafstand.  
Derudover er det kun  
fantasien og kreativiteten  
der sætter grænsen!*



# Tilmelding til landskursus 2008

Tilmelding til landskurset kan kun foregå elektronisk

## Priser for deltagelse i landskurset

### > Kursusafgift og enkelt værelse incl forplejning

Medlemmer; 4665,-

Ikke medlemmer; 5415,-

### > Kursusafgift og dobbelt værelse incl. forplejning

Medlemmer; 3785,-

Ikke medlemmer; 4535,-

### > Kursusafgift og 3 dobbelt værelse incl. forplejning

Medlemmer; 3535,-

Ikke medlemmer; 4285,-

### > Kursusafgift og forplejning uden overnatning

Medlemmer; 2495,-

Ikke medlemmer; 3245,-

Som følge af sponsorstøtte og støtte fra FSK's legatkonto er kursusafgiften allerede reduceret med 500,- kr.

Prisen er incl. bus fra Vejle banegård til Hotel Munkebjerg og retur

#### > Der afgår bus fredag den 28.11

kl.10.45 og kl.11.15 fra Banegården

#### > Der afgår bus søndag den 30.11

kl.12.45 og kl.13.00 fra Munkebjerg

**Husk at krydse af på tilmeldingsskemaet hvis du ønsker bustransport!!!!**

## Vejledning til udfyldelse af tilmelding.

1. Gå ind på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)
2. Tryk på fanen 'faglige selskaber'
3. Tryk på 'Kræftsygeplejersker'
4. Log ind med dit DSR medlemsnummer og din fødselsdag
5. Tryk på 'tilmelding til landskursus'
6. Udfyld tilmeldingsblanketten (husk at anføre EAN nummer, hvis der betales elektronisk via arbejdspladsen)
7. Det er meget vigtigt, at du skriver, hvem du ønsker at dele værelse med, husk at aftale det med din kollega.
8. Husk at tage stilling til om du ønsker bustransport
9. Tilmeld dig to workshops
10. Print din tilmelding
11. Tryk send

*Der er begrænset antal enkeltværelser og de bliver fordelt efter først til mølle princippet.*

## Betaling

Indbetal på girokonto:

Reg.nr. 3632 Konto nr. 5 091 896

OBS! Hvis afdelingen betaler samlet for flere deltagere, bedes der fremsendes en liste over hvem betalingen er for, deres medlemsnummer samt hvem de ønsker at dele værelse med!

**Tilmelding og betalingsfrist er den 1.10. 2008**

Kursusbekræftelser udsendes i uge 41/42, såfremt kursusafgift er registret betalt.

*På glædelig gensyn til årets FSK Landskursus*

*Kursussekretær Sidse Hertz Larsen, Søndre Fasanvej 31 st.th., 2000 Frederiksberg  
Tlf. privat: 38 10 50 71 (mellem 17:30 og 19:30, så vidt muligt kontakt mig pr. e-mail Tak ☺)  
E-mail: [sidse.fsk@live.dk](mailto:sidse.fsk@live.dk)*

# Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

## FSK

**Generalforsamling afholdes fredag den 28. november 2008  
kl. 16.00-18.00 på Hotel Munkebjerg i Vejle  
i forbindelse med selskabets årlige Landskursus.**

### Dagsorden

1. Valg af dirigent
2. Valg af referent
3. Valg af stemmetællere
4. Godkendelse af dagsorden
5. Bestyrelsens beretning
6. Forelæggelse og godkendelse af revideret regnskab
7. Forelæggelse af rammebudget for regnskabsåret
8. Beslutning om kontingentfastsættelse og evt. størrelsen heraf
9. Indkomne forslag
10. Valg af bestyrelse
11. Valg af suppleanter
12. Valg af revisorer
13. Eventuelt

**Forslag til dagsorden sendes til formand Birgitte Grube:  
birgitte.grube@gmail.com  
senest den 1. oktober 2008.**

**Opstilling til bestyrelsen skal ske senest den 1. oktober 2008.  
Det vil også være muligt at stille op til bestyrelsen på selve Generalsamlingen.**

**Procedure vedr. opstilling til Bestyrelsen, dagsorden,  
forslag vedr. ændrede vedtægter og program for Landskurset  
kan ses på Selskabets hjemmeside [www.dsr.dk/fs13](http://www.dsr.dk/fs13).**

**Evt. indkomne forslag annonceres på hjemmesiden efter 1. oktober 2008.**

# SIG-gruppernes workshops ved det kommende Landskursus

<b>SIG-transplantation:</b>	Når kræftsygdom bliver en del af livet for hele familien
<b>SIG-forskning:</b>	Journal Club, deltag i kritisk artikellæsning
<b>SIG-smerte:</b>	Ved denne workshop vil SIG-smerte have fokus på sygeplejerskens handlemuligheder i at hjælpe kræftpatienten til at leve med sin smerte.
<b>SIG-ernæring + SIG-emesis:</b>	Kom til workshop med to SIG grupper på en gang!  SIG ernæring og SIG emesis afholder fælles workshop: En hverdag med kvalme og madlede > hvad betyder det for kræftpatienten? > hvad kan vi som sygeplejersker gøre?
<b>SIG- stråle:</b>	Strålebehandling som palliation
<b>SIG-palliation:</b>	Observation og behandling af palliative patienter i delir
<b>SIG-projektsygeplejersker:</b>	'Hvad driver 'værket' hos den alvorligt kræftsige patient – og hos os som behandlere?'
<b>SIG-træthed:</b>	"Hverdagsliv med Træthed, - kan det være et problem?"

*I det efterfølgende præsenteres og beskrives SIG-gruppernes workshops på Landskurset nærmere.*

# Workshop/SIG-transplantation

## Når kræftsygdom bliver en del af livet for hele familien.

SIG-transplantation har gennem nogle år arbejdet målrettet med pårørende til kræftsyge. Gennem bl.a. fokusgruppeinterview har vi fået viden om, hvor stor en udfordring det er at være pårørende til en kræftsyg.

Anton Niemann Jensen, pædagog og konsulent, er gift med Lone, der for 4 år siden fik leukæmi. Han har i nogle år delt sin viden og erfaringer med patienter og pårørende på "Kræftskolen" ved Odense Universitetshospital.

Vi har bedt Anton fortælle om sine oplevelser med at være pårørende. Han kommer ind på, hvad han selv har lagt vægt på og hvilke vanskeligheder der har været set fra en pårørendes synsvinkel. Endeligt vil han give sit bud på, hvordan personalets samarbejde med og support til pårørende kan foregå på bedst mulig måde.

Der bliver selvfølgelig mulighed for at stille spørgsmål efter indlægget.

# Abstract til landkursus i FSK regi 2008

## SIG for projektsygeplejersker vil gerne i denne workshop invitere til diskussion om: 'Hvad driver 'værket' hos den alvorligt kræftsyge patient – og hos os som behandlere?'

Vi vil tage udgangspunkt i hverdagen på de eksperimentelle enheder, hvor mange patienter modtager forsøgsbehandling som et sidste behandlingstilbud. Gruppen håber på:

- > at kunne invitere måske en læge eller sygeplejerske fra en af landets eksperimentelle enheder til at dele erfaringer fra hverdagen
- > ...eller måske en præst til at sige noget om det håb mange kræftpatienter har
- > ...eller måske en patient som kan hjælpe med at sige noget om hverdagen med de mange gener behandlingen giver samtidig med at man må holde livsmodet oppe

Ja, hvis du har lyst til at deltage i diskussionen og er åben for hvem vi finder ud af at invitere, vil vi glæde os til din deltagelse og dit bidrag.

*På SIG for projektsygeplejersker vegne  
Charlotte Saxe  
Onkologisk Afdeling  
Herlev Hospital*

# Abstract til workshop ved FSK's landskursus

**Ved denne workshop vil vi fra SIG Smerte have fokus på sygeplejerskens handlemuligheder i at hjælpe kræftpatienten til at leve med sin smerte.**

Man kan overordnet sige at sygeplejerskens rolle bærer 3 dimensioner:

> En klinisk dimension, en pædagogisk dimension og en kommunikativ dimension.

Hvad er det sygeplejersken kan og skal kunne indenfor disse dimensioner?

Med udgangspunkt i en patientcase, vil vi lægge op til dialog og erfaringsudveksling med deltagerne.

I SIG smerte har vi afholdt en temadag, hvor vi præsenterede vores undervisningsmateriale om "Kræft og smerter". Ved evalueringen blev det påpeget, at der kunne bruges mere tid til en diskussion af sygeplejerskens rolle i smertebehandlingen. Det har været inspirationen til denne workshop.

Medlemmer fra SIG smerte vil være til stede ved workshoppen.

## "Hverdagsliv med Træthed, — kan det være et problem?"

Træthed / fatigue er et af de største problemer hos kræftpatienter. Er du bevist om dette? Hvilken betydning tror du, at det har for patientens hverdagsliv? Kender du forskellen på den almindelige træthed vi alle oplever og træthed hos kræftpatienter? Ved du, hvad du skal tale med dine patienter om, når det drejer sig om træthed? Er du i stand til at give forslag til handlinger?

*Kom til vores work-shop, få mere viden og deltag i debatten!*

*Hilsen SIG Træthed*

Kom til workshop med to SIG grupper på en gang!

# SIG ernæring og SIG emesis afholder fælles workshop

En hverdag med kvalme og madlede

- > hvad betyder det for kræftpatienten ?
- > hvad kan vi som sygeplejersker gøre ?

Workshoppen bliver afholdt, som foredrag af hhv. medlemmer fra SIG ernæring og SIG emesis og efterfølges af cases og dialog iblandt tilhørerne og SIG gruppernes medlemmer.

## Vi skal bl.a. drøfte:

Hvilke selvhjælpshandlinger kan sygeplejersken rådgive kræftpatienten og deres pårørende i, så de kan håndtere en hverdag med kvalme, opkastning, madlede, appetitløshed og smagsændringer? Er der forskel på hvordan generne, som følge af sygdom og behandling opleves? I hvilket omfang påvirker det patienten og familien?

## Målgruppe:

Sygeplejersker, der plejer patienter, som oplever kvalme, opkastning, madlede, appetitløshed og smagsændringer i forbindelse med deres kræftsygdom & kræftbehandling.

## Formål med Workshoppen:

1. At deltagerne får kendskab til og forståelse for kvalme/opkastningens fysiologi og ernæringens betydning for den kvalmeramte patient.
2. At deltagerne får kendskab til og forståelse for nuanceringen og vigtigheden i at forstå og skelne i betydningen af ordene "kvalme", "madlede", "smagsændringer" og "appetitløshed", når de dataindsamler.
3. At deltagerne får viden om relevante kostråd og sygeplejehandlinger til at minimere kræftpatientens gener som hhv. appetitløshed, madlede, kvalme og smagsændringer.
4. At deltagerne gennem foredrag og dialog bliver inspireret, og vil vende tilbage til deres arbejdsplads med øget viden om og forståelse for problematikken: "En hverdag med kvalme og madlede som kræftpatient". Ønsket er at deltagerne lokalt vil drøfte problematikken med deres sygeplejekolleger, og præsentere de mulige sygeplejehandlinger, som kan forbedre hverdagen for kræftpatienten og deres pårørende.

# Observation og behandling af palliative patienter i delir

Baggrunden for at starte et mere systematisk arbejde med at opspore og behandle delir var, at vi flere gange havde oplevet voldsomme agiterede delir, hvor patienterne var truende overfor personalet og potentielt til fare for sig selv.

Der blev nedsat en klinisk interessegruppe bestående af læger og sygeplejersker, som skulle udvikle pleje og behandling til patienter i delir. Processen resulterede i en informationspjece, definition på delir, beskrivelse af differentialdiagnoser, beskrivelse af den farmakologiske såvel som den nonfarmakologiske behandling samt et scoringsværktøj, som dels skulle lette opdagelsen af delir dels skulle bruges til evaluering af den iværksatte behandling.

Workshoppen vil præsentere den farmakologisk og den nonfarmakologiske behandling samt scoringsværktøjet, ligesom deltagerne vil blive præsenteret for effekten af det systematiske arbejde.

*Lone Hørmann, sygeplejerske Hospice Søholm Århus*

*Bodil Abild Jespersen, Overlæge Hospice Søholm*

# Abstract for SIG Forskning, undervisning og formidling

SIG FUF vil afholde en work shop i kritisk artikel-læsning, en såkaldt Journal Club. Inden work shop'en skal deltagerne have læst en faglig artikel, som vil blive gennemgået og diskuteret. Artiklen udvælges af SIG FUF og vil blive tilsendt eller kan hentes via link. Deltagerne vil få nærmere besked om dette.



## WORKSHOP på Lanskursus for FSK 2008

### STRÅLEBEHANDLING SOM PALIATION

Ved Overlæge Anders Bonde Jensen,  
Onkologisk afdeling, Århus Sygehus.

Anders Bonde Jensen har ansvaret for behandlingen af patienter med dessemeneret brystkræft. Desuden har han i en årrække deltaget i opbygningen af den Palliative Enhed, der er tilknyttet Onkologisk afdeling.

I løbet af workshoppen vil følgende emner blive gennemgået:

- hvad er palliativ strålebehandling
- ved hvilke problemer er strålebehandling en mulighed
- hvilken effekt kan patienterne forvente
- hvordan gennemføres strålebehandling i praksis

Der bliver mulighed for at stille spørgsmål og komme med kommentarer.

### **SIG STRÅLEBEHANDLING:**

Mona Bjærre og Eva Kjærsgaard, Århus.  
Mette K Jensen, Herlev.  
Karin Kryger, Vejle

## Specielle Interessegrupper



Fagligt Selskab  
for Kræftsygeplejersker, (FSK),  
er en landsdækkende organisation.

En Speciel Interessegruppe  
under FSK består af en gruppe  
sygeplejersker med landsdækkende  
repræsentation, som arbejder med  
et klinisk interessefelt inden for  
sygeplejen til kræftpatienter.

### Formål med SIG

- At højne kvaliteten af den professionelle sygepleje
- At studere, udvikle og udveksle informationer, erfaring og ideer, som kan forbedre sygeplejen til kræftpatienter
- At tage aktiv del i at udvikle sygeplejen
- At skabe en ekspertgruppe på landsplan

### Tilmelding til SIG

Sygeplejersker, der er medlem af FSK, kan skriftligt søge om optagelse i en SIG.

En SIG folder med yderligere orientering kan rekvireres hos formanden for FSK Birgitte Grube.

### Husk!

SIG Nyheder er tilgængelige på FSK's hjemmeside:

[www.dsr.dk/fs13](http://www.dsr.dk/fs13)

og SIG Årsberetning i Fokus på Kræft og Sygepleje findes på hjemmesiden fra januar 2007.

## SIG-Formænd

### SIG Emesis:

Formand: Lise Bjerrum Thisted  
Bregnevej 25, 3500 Værløse  
Tlf. 4448 0888, E-mail: lbt@webspeed.dk

Rigshospitalet, Finsencenteret, Onk. Afd. 5043/5044  
Tlf. 3545 5043, E-mail: RH05389@rh.hosp.dk

Marianne Taarnborg, E-mail: taarnborg@os.dk

Sekretær: Tove Brinck, Nørrebrovej 11,  
6720 Fanø, tlf.: 75162374 / 29272374  
E-mail: tovebrinck@hotmail.com

Onkologisk Ambulatorie, Sydvestjysk Sygehus,  
Finsensgade 35, 6700 Esbjerg, tlf.: 7918 2232



### SIG Palliation:

Formand: Marie-Helene Olsen  
Privat: Søborg Park 15 1.tv,  
2860 Søborg, Tlf.: 4827 9003

Herlev Hospital, Onkologisk afdeling, Team MP.  
E-mail: marols07@heh.regionh.dk

Jytte Husted, E-mail: jhu@mag3.aarhus.dk

Sekretær: Lene Møller  
Privat: Fredensgade 29, 8800 Viborg  
Tlf.: 8661 183, E-mail: finnoglene@mail.dk

Arb.: Onk. hæg afd. M-13-1, Heibergs Alle 4,  
Viborg Sygehus, 8800 Viborg, Tlf.: 8927 2131



### SIG Ernæring:

Formand: Anne-Lene Markussen  
Højgaard Allé 46, 2880 Bagsværd  
Tlf. 4444 7810  
Email: markussen@webspeed.dk

Onkologisk ambulatorium 5014, Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø, tlf.: 3545 4637

Sekretær: Inge Stub, Skoleparken 17, 2 th.,  
6705 Esbjerg Ø, tlf. 75145262, E-mail: Ig@esenet.dk

Onkologisk Ambulatorium, afd. 531, Sydvestjysk Sygehus  
Esbjerg, Haraldsgade 7A, 6700 Esbjerg,  
Tlf.: 7918 2233

### SIG Transplantation:

Formand: Tove Brems Sørensen  
tovso@as.aaa.dk

Sekretær: Hanne Thomsen  
Stenmaglevej 9, 2700 Brønshøj  
E-mail: caha@thomsen.mail.dk

Hæmatologisk Afdeling L121, KAS Herlev  
E-mail: hahtho@herlevhosp.kbhamt.dk



### SIG Seksualitet:

Formand: Lisbeth Bjørn  
Mail: libjorn@cool.dk

### SIG Smerte:

Formand: Anne Marie Kjærsgaard-Andersen,  
Bekkasinevej 29, 8283 Hinnerup  
Tlf. 8691 1683, E-mail: aka@rc.aaa

Palliative Team, Randers Centralsygehus  
Tlf. 8910 2219, E-mail: aka@rc.aaa.dk

Sekretær: Connie Uldal, sygeplejerske  
Hæmatologisk Ambulatorium, Århus Sygehus THG  
Tage Hansensgade 2, 8000 Århus C,  
Tlf.: 89 49 72 00  
E-mail: conniculdal@hansen.mail.dk



### SIG Træthed/Fatigue:

Formand: Helle Gyldenvang  
Tværvej 58, 2830 Virum  
Tlf. 4585 0717, E-mail: hellegyldenvang@yahoo.dk

Onk. Amb. 5012, Finsencenteret, Rigshospitalet  
Tlf. 3545 5012

Sekretær: Karen Anna Riis-Petersen  
Svanemøllevej 21, 2100 København Ø  
Tlf.: 3927 1683, E-mail: karp@get2net.dk

Onkologisk amb. 5014, Finsencenteret, Rigshospitalet  
Tlf. 3545 5014 / 3545 4817, E-mail: rh10206@rh.hosp.dk



### SIG Projektsygeplejersker:

Formand: Charlotte Saxe  
E-mail: chsax@heh.regionh.dk

Sekretær: Annette Rehmeier, Ellevang 26, 7100 Vejle,  
tlf.: 2991 4319, E-mail: rehmeier67@hotmail.com

Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, 7100 Vejle,  
Tlf.: 7940 6042, E-mail: anreh@vgs.vejleamt.dk

### SIG FUF

Formand: Bente Appel Esbensen  
E-mail: bente.appel.esbensen@inet.uni2.dk

Sekretær: Lone Jørgensen  
Krogestykket 51, 2730 Herlev  
Tlf.: 4494 0846, E-mail: lonejorg@joergensen.mail.dk

Hæg. afd. 121, KAS Herlev, 2730 Herlev  
E-mail: LoJr@herlevhosp.kbhamt.dk



### SIG Strålebehandling:

Formand: Mona Bjærre  
Skelagervej 516, 8200 Århus, Tlf. 8678 3014

Strålebehandlingsafsnittet, Århus Kommunesygehus  
Tlf. 8949 2493, Email: monab@as.aaa.dk

Sekretær: Mette Kirstine Jensen  
Hørsholmsgade 16 4. th., 2200 København N,  
tlf.: 3583 7738 / 2250 5538,  
E-mail: mettekirjen@get2net.dk

Stråleterapien 50F1, Herlev Sygehus, Herlev ringvej 75,  
2730 Herlev, tlf.: 4488 3108

**Genopslag:** På grund af strejken er tilmeldingsfristen udvidet til den 1. september 08

# Kræftsygepleje i medierne

- **Temadag i mediehåndtering for kræftsygeplejersker**

**Tid: Onsdag den 24. september 2008 fra kl. 10-16**

**Sted: Kvæsthuset i København**

**Max deltagerantal: 30.**

9.30-10.00	Registrering, kaffe/te/rundstykker
10.00-10.15	Velkomst ved Faglig Selskab for Kræftsygeplejersker
10.15-11.30	Oplæg ved dagbladsjournalist <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; hvordan dækker han/hun kræftområdet</li><li>&gt; hvilke overvejelser ligger bag kildevalg</li><li>&gt; hvad skal der til for at kræftsygeplejerskerne ytrer sig offentligt?</li><li>&gt; debat og spørgsmål</li></ul>
11.30-11.45	Pause med vand og frugt
11.45-13.00	Sygeplejerskens faglige sektion ved fagredaktørerne Evy Ravn og Jette Bagh, bl.a.: <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; sygeplejerskers ytringspligt og tavshedspligt</li><li>&gt; Sygeplejerskens faglige sektion</li><li>&gt; debat og spørgsmål</li></ul>
13.00-13.45	Frokost
13.45-14.30	Sygeplejerskens journalistiske sektion ved journalisterne Susanne Bloch Kjeldsen og Christina Sommer, bl.a.: <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; præsentation af de journalistiske produkter</li><li>&gt; hvordan samarbejder vi med vores kilder, deriblandt sygeplejersker</li><li>&gt; hvad karakteriserer en god historie i Sygeplejersken</li><li>&gt; spørgsmål</li></ul>
14.30-14.45	Pause med kaffe og kage
14.45-15.15	Gruppearbejde – i seks grupper à fem i hver <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; find et emne eller historie fra klinisk praksis</li><li>– hvorfor, hvordan og i hvilket medie skal historien fortælles.</li></ul>
15.15-15.45	Fremlæggelse og diskussion af gruppearbejdet
15.45-16.00	Afslutning ved Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

**Tilmelding til SIG-FUF: Anette Højer Mikkelsen [anette.hoejer.mikkelsen@rn.dk](mailto:anette.hoejer.mikkelsen@rn.dk)**

## Bemærk!

På grund af strejken er tilmeldingsfristen udvidet til den 1. september 08

# COACHING — Med fokus på løsninger

Bogen er skrevet af lederudvikler og coach Gry Espedal, foredragsholder og løsningsorienteret coach Trond Andersen og seniorrådgiver Tove Svendsen.

Her er endnu en bog i rækken af coachingbøger. Og den adskiller sig på flere gode punkter, ved at fokusere – ikke blot på løsninger, med også på positiv og fremadrettet tankegang, i forbindelse med personlig udvikling.

Bogen tager udgangspunkt i udviklingsprojekt i flysekskabet SAS i 2004. SAS-projektet benyttede sig af den løsningsbaserede tankegang LØFT. LØFT – **L**øsnings**F**okuseret **T**ilgang. En metode som Gro Johnsrud Langslet har bragt fra terapiverdenen ind i virksomhedssammenhænge.

I bogen foretages sammenligning af løsningsorienteret coaching og traditionel coaching. En interessant sammenligning. Den er lidt generaliserende, men jeg køber pointen set ud fra et holistisk synspunkt. Det også min erfaring, at *traditional* coaching har haft for meget fokus på det der ikke fungerer, i stedet for det der fungerer og kan blive bedre. Her har forfatterne – en for mig at se god og meget vigtig pointe.

Vi bliver i bogen introduceret for VOKSE-modellen, som er en femtrins udviklingsmodel.

VOKSE-modellen handler om fra trin 1-5, om **H**vad **V**irker?, **O**mformulere, **K**ompetent, **S**pørgsmål og **F**orandring (på norsk **E**ndring). Modellen bliver beskrevet trin for trin, med eksempler fra den virkelige verden.

Der arbejdes her – ligesom det kendes fra andre coachingformer, med skalaspørgsmål. Dvs. hvor vi fx måler livs- eller arbejdsglæde på en skala fra 0-10, hvor 0 er lavest og 10 er højst. Det kan være et godt dialogværktøj, så både coach og fokusperson har nogle data at arbejde med i coachingforløbene.

På side 62 er der et meget interessant afsnit, som handler om at coache fra en *ikkevidende* position. Kunsten

ikke at vide (Berg & De Jong, 2005). Den 9-punktsliste som præsenteres, bør alle der coacher – uanset *skole/metode* kende til, hvis de da ikke allerede gør det.

Der har været megen diskussion om hvorvidt en coach, coacher bedre eller dårligere, hvis coachen fx har erfaring fra et fagområde som, salg, markedsføring, etc. Nogle mener at coachen så kan *farve* coachingforløbet ud fra sin egen referenceramme og ikke fokuspersonen. Andre mener at det er helt naturligt at bruge sine erfaringer på et fagområde, så fokuspersonen kommer hurtigere og bedre i mål. Her kan de råd og anvisninger der er på 9-punktslisten være en god hjælp til afklaring for den enkelte coach.

Der er i bogen flere checklister til brug for løsningsorienteret coaching- og selvcoaching.

Gennem hele bogen er der gode citater af bl.a. Gro Johnsrud Langslet, Insoo Kim berg, Steve de Shazer, Buhda, Rudyard Kipling, Søren Kierkegaard, Walt Disney og Aristoteles.

Coaching – med fokus på løsninger henvender sig til alle med interesse for fremadrettet fokus på forandringer. Og bogen kan være et rigtigt godt supplement til coaches som arbejder med andre metoder end den løsningsorienterede. Det er en af de bedste coachingbøger jeg til dato har læst.



245 sider. Kr. 298,-

Oversat fra norsk af Terje Nordberg

Omslag: Nete Banke/Imperiet

Omslagsfoto: Peter Arnold, Gettyimages

ISBN: 978-87-7706-307-7

1. oplag, 1. udgave - 2008

© 2006 Gyldendal Norsk Forlag AS

og Dansk Psykologisk Forlag A/S

Af Kognitiv Coach, Søren Axel Philippe Franck,

E-mail: [info@kognitiv-coach.dk](mailto:info@kognitiv-coach.dk)



# FLOWSKRIVNING

## - Vejen til flydende skriveprocesser

Bogen er skrevet af forfatter Bo Skjoldborg, cand. phil. i dansk, coach og indehaver af kommunikationsvirksomheden Powerwriting.dk.

Kender du til situationer, hvor du har skullet skrive en rapport, en eksamensopgave, eller en mindre opgave som at skrive en e-mail, hvor du skulle skrive kort, klart og præcist, men fx ikke har kunnet få begyndt? Ja, så er her mange gode bud på hvordan den enkelte kan komme i gang med skriveprocessen og skrive med flow – som det hedder i bogen.

Det er ikke blot det eventuelt at komme i gang, men også at kunne skrive med glæde og få et godt resultat ud af skriveopgaver, som måske umiddelbart kan forekomme uoverskuelige, kedelige, eller direkte belastende og irriterende. Så hvorfor ikke finde glæde og harmoni i skrivearbejdet, når nu det er muligt?

Bogen behandler emner såsom, skriveblokeringer, skrivestop, planlægning, hurtige tekster, feedback, persona, method writing, og logbog.

Vores tanker styrer jf. bl.a. den kognitive psykologis tankegang, vores følelser, og dermed vores handlinger. Dvs. at det har stor betydning for skriveprocessen, hvad vi tænker om det emne vi er i gang med og hvilke følelser vi har i forbindelse med skrivearbejdet. Og her er det at flow-tankegangen kommer ind i billedet.

Et citat fra bogen: *"Flow er den optimerede tilstand, hvor du er så fordybet i det, du laver, at du glemmer tid og sted"*. Og det er den tilstand bogen bl.a. lægger op til, at vi opnår, når vi hver især er i gang med vores respektive skriveopgaver.

Afhængigt af hvilke skriveopgave den enkelte skal i gang med, så er der masser af gode råd og konkrete anvisninger til at komme i gang, arbejde videre og få afsluttet skriveopgaverne på en behagelig og effektiv måde.



De mange gode råd, vejledninger og metoder der beskrives i bogen, bygger på både praktiske erfaringer og videnskabelige undersøgelser. Som forfatteren selv nævner i bogen, så kan den læses fra ende til anden, eller benyttes som opslagsværk.

Bogen er for alle der ønsker at få større glæde ved at skrive, hvad enten man er hospitalsdirektør, overlæge, sygeplejerske, lægesekretær, eller administrationsmedarbejder.

Bogen er dejlig konkret, med mange facetter i tilgange til skriveprocesser og metoder. Den er letlæselig og med meget få fremmedord, og er for mig at se et glimrende opslagsværk.

Rigtig god fornøjelse med skrivearbejdet.



252 sider. Kr. 248,-

Omslagdesign: Camilla Ludvigsen

ISBN: 978-87-7706-440-1

1. oplag, 1. udgave - 2008

© 2008 Bo Skjoldborg og Dansk Psykologisk Forlag A/S

Af Kognitiv Coach, Søren Axel Philippe Franck,  
E-mail: [info@kognitiv-coach.dk](mailto:info@kognitiv-coach.dk)

## “hånden på brystet”



Bogen ”hånden på brystet” udkom i marts og er skrevet af kirurgerne Henrik Flyger og Jens Peter Garne samt onkologerne Ann Knoop, Anders Bonde Jensen og Claus Kamby. Desuden har andre fagpersoner som sygeplejersker, sexolog, fysioterapeut, socialrådgiver m.fl. medvirket med bidrag.

Målgruppen for bogen er nydiagnosticerede patienter med brystkræft.

Indholdet i bogen er opdelt i 4 sektioner:

- Viden om brystkræft
- Hjælp til dig med brystkræft
- Gode råd
- Mere information

Desuden medfølger en dagbog med blanke sider, beregnet til at skrive tanker og følelser ned i eller måske brugt som huskeliste til spørgsmål.

Bogen har et lækkert layout og er i god kvalitet med fine tegninger. Dens udtryk er rart og mildt – og ikke, som det er set i andre bøger om brystkræft, med voldsomme billeder eller fotos, som for mange virker deprimerende eller skræmmende, når man er nydiagnosticeret.

Den er skrevet i et meget letlæseligt og let forståeligt sprog. Bagerst er en liste med ordforklaring på diverse lægefaglige ord, man som patient møder i bogen eller i sundhedsvæsenet.

En god og relevant idé at lære patienter ord, som hyppigt bliver brugt i forbindelse med deres sygdoms- og behandlingsforløb – i stedet for at rode sig ud i længere forklaringer til fordanskelse af latinske betegnelser, som alligevel aldrig bliver helt dækkende eller forståelige.

Bogen beskriver og forklarer de kirurgiske og medicinske behandlingsmuligheder ved brystkræft samt strålebehandling. Den medtager også de undersøgelser, som foretages i forløbet, bivirkninger ved behandling, forskning og forsøg på brystkræftområdet, nye behandlinger på vej etc.

Det ville have været ønskværdigt, hvis der også havde været medtaget et kapitel, som omhandlede dissemineret sygdom ved diagnosetidspunktet.

De psykologiske aspekter ved at få konstateret kræft, rehabilitering, pårørende, børn og familien samt andre sociale aspekter er også medinddraget.

Mange kapitler er meget konkret handlingsanvisende, og en hel sektion udgøres af gode råd. Dette er en detalje ved bogen, som især synes relevant i disse år, hvor patienter i tiltagende grad ønsker ”at gøre noget selv” i forbindelse med deres sygdom.

Kapitlet ”Kvindelighed og seksualitet” giver på en fin og konkret måde anvisninger i forhold til ens seksualitet og sexliv. Man kunne have ønsket sig, at den gode forfatter også havde henvendt sig lidt mere til kvinder *uden* en fast partner, idet flere og flere lever et single-liv, hvor sygdommen har andre konsekvenser i forhold til seksuelt relaterede problemstillinger.

Kapitlet ”Kontrol efter afsluttet behandling” er placeret lidt misvisende midt i sektionen ”Viden om brystkræft” og kunne med fordel have været placeret i slutningen af denne.

Endvidere kunne opdelingen i underkapitler og dermed også tal-rækkerne inde i bogen midt i kapitel-overskrifterne have været undværet.

Et kapitel i bogen hedder "Second opinion". Ved at medtage dette emne er bogen med til at legalisere og sætte temaet på dagsordenen.

"hånden på brystet" er en yderst relevant bog for alle nydiagnosticerede brystkræftpatienter. Den synes at medtage de fleste af de aspekter, der "rører sig" i kvinder på diagnosetidspunktet eller i månederne derefter.

Den er forklarende omkring mange af de tiltag, patienterne møder i forløbet, og skaber via dette en større forståelse og indsigt hos patienterne, som igen nedsætter utryghed og angst.

Det er en ærlig bog, som også påpeger risici, men den gør det på en ikke-anmassende måde. Den er optimistisk, følsom og støttende i sit sprog, men også fakta-præget på en god måde.

**Bogen er udarbejdet i samarbejde med Astra Zeneca og kan rekvireres GRATIS på:**

<http://www.astrazeneca.dk/bestil-kræft>

Den kan bestilles af brystkræftpatienter eller sundhedspersonale.

"hånden på brystet" vil helt sikkert være en god bog at få i hånden på det tidspunkt, hvor man får stillet diagnosen!

Min appel skal derfor lyde – "hånden på hjertet":

- Alle afdelinger, der diagnosticerer/behandler kvinder med brystkræft, bør rekvirere "hånden på brystet" og udlevere til de pågældende kvinder.

Da jeg ikke ved, om dette er muligt, kan følgende alternativer også være relevante:

- Sygeplejersken spørger rutinemæssigt patienten, om hun (han) ønsker bogen og bestiller den derefter til hjemsendelse til patientens adresse
- Der skiltes tydeligt med i afdelingen, hvordan bogen kan rekvireres



168 sider

1. udgave, 1. oplag 2008

Grafik: [www.united.as](http://www.united.as)

Illustrationer: Annette Wier

Udgivet af:

Astra Zeneca

Roskildevej 22

2620 Albertslund

*Medlem af redaktionsgruppen*

*Joan Lindholm*

# *Kunst og Kræft*

*Konference om  
kunstterapi og kræftrehabilitering*

*rcDallund 29.–31. august 2008*



*Spændende oplæg og workshops*

*Mød blandt andre*

*Nancy Nainis, kunstterapeut, USA*

*Lars Ole Bonde, lektor ved Ålborg Universitet,*

*Majken Jacoby, kunstterapeut, Danmark*

*Se [www.dallund.dk](http://www.dallund.dk)*

*for øvrige program, priser og tilmelding*



# Nyt navn Samme indhold



## Fortifresh skifter navn til Nutridrink Yoghurt style

Nutridrink Yoghurt style er enestående i Danmark. Drikken er yoghurt-baseret og meget velsmagende, hvilket sikrer god compliance.

Nutridrink Yoghurt style er en fuldgyldig, energirig ernæringsdrik velegnet til småtspisende og patienter med øget energibehov. Den fås i 3 delikate smagsvarianter.

**Ernæring på recept:** Du kan sikre dine patienter et lædigt og økonomisk energitilskud via den grønne ordination. Husk det nye navn: Nutridrink Yoghurt style. Du er altid velkommen til at kontakte os, hvis du har spørgsmål.



Nutricias kendte ernæringsdrikke: Nutridrink, Nutridrink Multi Fibre og Nutridrink Yoghurt style (Fortifresh) introduceres i nyt design fra maj.

Rørmosvej 2 A 3450 Allerød Tlf. 70 21 07 07 [www.nutricia.dk](http://www.nutricia.dk)

**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition

Nutricia er blandt verdens førende virksomheder inden for avancerede, kliniske ernæringsprodukter til syge, børn og andre med særlige ernæringsbehov. Vores overordnede mål er at nedbringe underernæring i Danmark.

Vigtigt! Levnedsmiddel til særlige medicinske formål. Til ernæringsmæssig behandling af sygdomsrelateret malnutrition. Skal anvendes under lægeligt tilsyn.

# Yngre patienter er de mest troende

*Det er de unge, der søger trøst i det religiøse under sygdom og hospitalsindlæggelse. Og det overrasker en religionssociolog og en psykolog*

Af Charlotte Skaaning Larsen

- Fordommen om, at det er de ældre damer i hospitalssengene, der er mest religiøse, viser sig at være forkert. Det er primært de unge, der har de største eksistentielle og religiøse overvejelser, og som bliver mere troende, fortæller religionssociolog Nadja Ausker, der er ansat ved Rigshospitalets kirke. Det viser en stor undersøgelse lavet på Rigshospitalet, som peger på, at hele 67% af de unge (patienter under 36 år) tror på et liv efter døden. Kun 36% af de ældre (patienter over 55 år) svarer ja til det samme. Om det resultat siger psykolog Peter La Cour: - Det er jo overhovedet ikke, sådan vi tror, det er i Danmark. Det er ikke et meget traditionelt religiøst land. Vi har lav kirkegang og lav religiøs opvækst. Hvad skulle så være grunden til, at folk ligger i hospitalssengene og tænker på religion, når de aldrig har gjort det før – især de unge? Nadja Ausker og Peter la Cour er en del af den femmandsgruppe, der har lavet undersøgelsen, som netop er blevet publiceret i Ugeskrift for Læger. Med i gruppen er også Rigshospitalets præster Lotte Mørk Pedersen, Henning Nabe-Nielsen og Christian Busch. Formålet var at undersøge, om danske patienter har religiøse og eksistentielle tanker, og om de intensiveres under sygdom. Det er altså ikke kristendommen specifikt, gruppen satte sig for at afdække, men religion og tanker om livet generelt. Undersøgelsens spørgeskemaer blev uddelt til 480 patienter på 31 afsnit i perioden fra efteråret 2005 til foråret 2006.

## Religion har været umoderne

- Vi har i Danmark haft nogle generationer, hvor kirken har været umoderne, og mange har vendt kirken ryggen. Min egen generation ikke mindst. Men det er lidt ligesom med sex. Man kan ikke forbyde det via lov – det dukker op alligevel, siger Peter la Cour. At det især er de unge, der nu har brug for religionen, er der også andre grunde til. Både samfund og identitet spiller ind. – Generelt er der en begyndende tendens i samfundet til, at de unge vender sig mere mod det religiøse. Den tendens forstærkes i de situationer, hvor der er brug for religion: livskriser- og højdepunkter, som dåb og bryllup. Fra en religionssociologisk vinkel ville man også sige, at det kan være en modreaktion på de andre religioner, som bliver mere og mere tydelige i samfundet, fx Islam, forklarer Nadja Ausker. Og Peter la Cour tilføjer: - Danskerne har måske også fundet ud af, at kultur og identitet hænger meget nært sammen med religion – de har måske endda fundet ud af, at de mangler noget. Men det er ikke kun de yngre patienter, der viser sig at være mere religiøse. Også kvindernes svar rummer en øget religiøsitet. Fx svarer 74% af de kvindelige patienter, at de beder eller mediterer. Det var heller ikke et ventet svar, og det viser, at området religion og sundhedsvæsen fortjener mere opmærksomhed – især fra personalets side.

>



74% procent af de kvindelige patienter beder eller mediterer

67% af de unge patienter under 36 tror på et liv efter døden

Over halvdelen af patienterne tænker mere over meningen og formålet med livet under deres sygdom

50% af patienter fandt nye livsværdier under deres sygdom

14% er blevet mere troende under deres sygdom

Kun 1% af patienterne angiver, at de har haft en eksistentiel eller religiøs samtale med en læge



### Hvordan går det med dig og Gud?

Det blev også undersøgt, om patienterne enten havde haft eller havde savnet en samtale om livsspørgsmål eller religiøse emner. 19% havde haft en eller flere samtaler, og 26% af dem var med en præst. 12% af patienterne havde savnet en samtale, primært kvinderne. Peter la Cour håber, at undersøgelsen kan bruges til skabe opmærksomhed omkring patienternes behov: - Vi håber, at plejepersonale og læger vil tænke lidt mere over det her i praksis, fordi det viser sig, at ting, vi havde regnet med ikke betyder noget, alligevel betyder noget. Men vi skal samtidig sige, at det her for guds skyld ikke må bruges til at gøre plejepersonale og læger til præster eller missionerende skikkelser. Det er det sidste i verden, der skal komme ud af det. Det er jo ikke sådan, at lægerne skal gå direkte ind til patienten og sige: "Hvordan går det med dig og Gud i dag?". Nadja Ausker tilføjer: - Det handler jo om, at plejepersonalet skal have en åbenhed over for alle de tanker, en patient kan gøre sig. På den måde kan undersøgelsen bruges som en øjenåbner til at kunne se, at det her også betyder noget. - Hvis patienterne får en mulighed for at kunne tale om disse ting, så er vi jo kommet langt. Vi håber, at de enkelte klinikker vil tænke igennem, hvordan de og deres medarbejdere takler området, siger Peter la Cour. Nadja Ausker mener, at undersøgelsens resultater vil blive mødt med åbenhed på Rigshospitalet. - Vi har mødt stor velvilje fra plejepersonalets side til at uddele skemaerne, og det har vi været rigtig glade for. Der er en generel åbenhed i huset over for de her emner. Og så er der rent faktisk også mange af patienterne, der har svaret positivt på, at de har haft en samtale om mening og eksistens med plejepersonalet og hospitalspræsten, som jo også formidles videre af personalet. Så åbenheden findes heldigvis. - Men, der skal jo være et men, vi kan også se, at der er flere patienter, der har behov for en samtale, siger Peter la Cour og fortsætter. - Jeg vil håbe, at hver enkelt medarbejder tænker sin egen rolle igennem på netop det her punkt. Er jeg i stand til at føre en samtale, hvis patienten bringer et spørgsmål op med meningen i livet? Eller er jeg i det mind-

ste i stand til at henvise dem til en person, der kan tage samtalen? Fordi undersøgelsen viser, at behovet for at føre disse samtaler, rent faktisk er der. Og det kommer ikke bag på mig. Det er vigtige emner at snakke om. Man bliver en mere hel person, hvis man kan tale om de ting, der betyder noget for en.

### Lægekunst vs. lægevidenskab

Undersøgelsen viser også, at det kun er 1% af lægerne, der har ført en eksistentiel eller religiøs samtale med patienten. Så man kan diskutere, om lægerne skal mere på banen. Nadja Ausker mener, at bolden primært ligger hos sygeplejerskerne: - Af dem, der har angivet, at de har savnet en samtale, er det kun 3%, der har savnet den fra en læge. Så det er måske snarere i den daglige patientkontakt med sygeplejerskerne, hvor der kan åbnes mere op, eller hvor der måske er et savn. Men Peter la Cour tilføjer: - Lægefaget har jo i mange år haft to ben at gå på: lægevidenskab og lægekunsten. Det er mest den videnskabelige side, vi ser prioriteret i det daglige, og som fx indgår i lægejournalerne. Lægekunsten i faget - patientkontakten, nærværet, helhedsbetragtningen - glemmes let af nogle læger på trods af, det er dem, der skal give de alvorlige diagnoser og svære beskeder. Det er ikke, fordi lægerne skal være mere eksistentielt tænkende end alle mulige andre mennesker, men de står altså i de situationer, hvor livet slår kolbøtter for andre. Derfor synes jeg, det hører med til at være en ordentlig læge, at man også kan sige ordet "lægekunst" højt, og det håber jeg så, at vi kan anspore yderligere til. Men vi skal ikke stille vores lys under en skæppe. Det her er den første undersøgelse på dansk grund, der sammenbringer religiøsitet og hospitalsindlæggelse. Så det er det første hul, vi får prikket på denne debat.

*Artiklen har været bragt i Rigshospitalets personaleblad nr 9, 2008*



FRA Rigshospitalets undersøgelse

# Har du talt med dine patienter om religiøse eller eksistentielle tanker?

*Sygeplejerske Trine Schmidt har været på Hepatologisk afdeling 3163 på Rigshospitalet siden 2001. Der er mange forskellige aldersgrupper repræsenteret blandt patienterne på afdelingen, der er indlagt med alt fra udredning til levertransplantationer, alkoholfølger og panodilforgiftninger*

## *Har du talt med dine patienter om religiøse eller eksistentielle tanker?*

Vi står jo ofte i de situationer heroppe, fordi vi har mange døende. Jeg har haft en patient for en måned siden, hvor jeg tænkte det meget igennem. Jeg skulle have en nattevagt, og jeg vidste, at patienten kunne dø på min vagt. Men jeg spurgte ikke ind til noget, for hun havde ligget her i lang tid, og jeg tror, at hun ville have givet udtryk for det, hvis hun havde brug for at snakke.

Vi har også mange unge piger med panodilforgiftninger, altså selvmordsforsøg – især her i april. De går typisk hele vinteren med en vinterdepression og tror, at det bliver bedre, når det bliver sommer og sol. Men de er svære at snakke med, fordi de har det så skidt, når de kommer ind på afdelingen, og de er enormt trætte. Mange kommer bagefter ud på lokalsygehusene, så dem har vi ikke mulighed for at tale med. Men dem, som ligger her lang tid, taler vi med. Vi vil typisk spørge dem, om de har lyst til livet og ad omveje prøve at finde ud af, om de vil gøre det igen.

## *Har I tid til at snakke med patienterne?*

Ja, det synes jeg faktisk, at vi har. Selvfølgelig ikke altid, Der er da tidspunkter, hvor man ville ønske, at man kunne bruge noget mere tid på patienten. Men vi vil godt kunne finde tid. Vi henviser også ofte til præsterne, hvis vi synes, at det bliver stort, og vi ikke længere er kompetente, eller hvis vi ikke har tiden til det.



## *Vi du prøve mere at snakke med patienterne efter at have hørt undersøgelsens resultater?*

Ja, det tror jeg helt sikkert godt, at jeg vil. Men det kunne være rart, hvis vi kunne tage det op på nogle af de sygeplejekonferencer, vi har, for at få fokus på emnet. Det ville være rart at få det diskuteret, og så kunne man snakke om, hvilke spørgsmål man kunne stille patienterne for at få åbnet op.

**Formand og Web-ansvarlig**

Birgitte Grube  
Sandparken 15, Vindinge  
4000 Roskilde  
Tlf.: 4636 3217 / 2125 1709  
birgitte.grube@gmail.com

CVU Øresund  
Turkisvej 14  
2730 Herlev  
bg@syask.dk

**Næstformand**

Dorte Hemmingsen  
Bøgholmen 23  
2840 Holte  
Tlf.: 4542 2191 / 2235 0900  
dortefsk@mail.dk

**Kasserer**

Nina Wendelboe Rasmussen  
Rosenkrantzvej 7, Ålum  
8900 Randers  
Tlf.: 3512 4671 / 3026 4671  
nina.wendelboe@yahoo.dk

Sygeplejerske  
Gynækologisk/onkologisk afsnit 45  
Skejby Sygehus  
Brendstrupgårdsvej, 8200 Århus  
Tlf.: 8949 6551

**Medlemssekretær**

Gitte Kjeldsen  
Rødegård 9  
2300 København S  
Tlf.: 3258 8398 / 4041 7042  
gitte.d.kjeldsen@webspeed.dk

Klinisk Forskningsenhed, ONK 5072  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
Tlf.: 3545 5113 / Dect. 3545 0883

**Kursussekretær**

Sidse Hertz Larsen  
Søndre Fasanvej 31 st. th.  
2000 Frederiksberg  
Tlf.: 3810 5071 / 2628 1468  
sidse.fsk@live.dk

Kræftens Bekæmpelse  
Strand Boulevarden 49  
2100 København Ø  
Tlf.: 3525 7986  
sih@cancer.dk

**Orlov (redaktør)**

Ditte Naundrup Therkildsen  
Priorengade 46  
5600 Fåborg  
Tlf.: 2877 9022  
ditte.therkildsen@stofanet.dk

Hospice Fyn  
Sanderumvej 130  
5250 Odense SV  
Tlf.: 6550 5016

**SIG-ansvarlig**

Karen Marie Abildskov  
Ferskenvej 16  
8900 Randers  
Tlf.: 8640 9600 / 2129 5814  
kma-hh@anarki.dk

Sygeplejerske  
Afdeling R170  
Århus Sygehus TH 6  
Tage Hansens gade 2, 8000 Århus C  
Tlf.: 8949 7595

**Suppleant, NSG og EONS ansvarlig**

Louise Søndergaard Pengelly  
Bisiddervej 10, 4. tv.  
2400 København NV  
Tlf.: 3543 9595 / 2625 3142  
louise.pengelly@yahoo.dk

Onkologisk Afdeling 5111  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
Tlf.: 3545 5111  
louise.soendergaard.pengelly@rh.regionh.dk



Til alle sygeplejersker, som arbejder med  
eller har interesse for brystkræft

# Sæt i kalenderen

Kom og bliv opdateret på den nyeste behandling af ErbB2 (HER2)-positiv brystkræft på en workshop for onkologisygeplejersker. Programmet er tilrettelagt, så der er mulighed for at diskutere det mest aktuelle inden for behandlingen af ErbB2-positiv metastaserende brystkræft sammen med dine kolleger fra andre onkologiske afdelinger.

Møderne finder sted

**onsdag den 3. september i København**  
og  
**onsdag den 1. oktober i Århus**

kl. 16.00 - 18.15

Efterfulgt af buffet

Send en mail til [jannie.h.bindner@gsk.com](mailto:jannie.h.bindner@gsk.com) med dit navn, titel og arbejdsadresse. Så sender vi en invitation direkte til dig, når det endelige program foreligger.

Med venlig hilsen

**GlaxoSmithKline**

Rikke Marie Mikkelsen  
Oncology Speciality Manager

Charlotte Hvelplund  
Produktchef

Peter C. Petersen  
Medicinsk rådgiver

Dette arrangement er anmeldt til – men ikke nødvendigvis godkendt af – Nævnet for Selvjustits på Lægemiddelområdet (NSL). NSL har ikke haft lejlighed til at gennemgå anmeldelsen, men arrangementet er efter GSK's opfattelse i overensstemmelse med reglerne i samarbejdsaftalen.



GlaxoSmithKline  
Onkologi

Returneres ved varig adresseændring

Afsender: **FSK**, Rødegård 9, 2300 København S



## Alimta® (Pemetrexed)



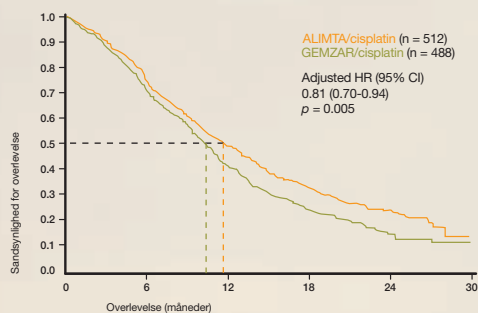
### Ny indikation Alimta® (Pemetrexed)\*

Det er nu muligt at selektere de patienter, som responderer bedst på behandlingen<sup>1</sup>.

Alimta + cisplatin giver til den godkendte patient population **signifikant længere overlevelse** end Gemzar + cisplatin (Figur 1)<sup>1</sup>.

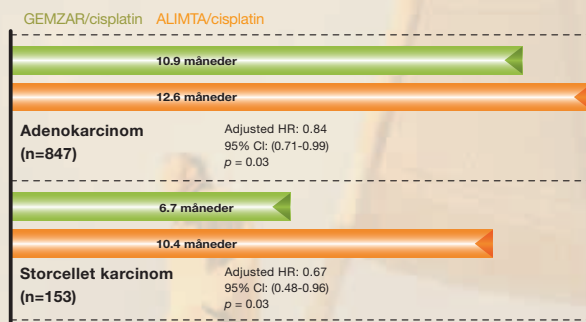
Den længere overlevelse gælder individuelt for **både adenokarcinom og storcellet karcinom** (Figur 2)<sup>1</sup>. **Længere overlevelse med Alimta**, kombineres med **færre bivirkninger**<sup>1</sup>.

#### ► LÆNGERE OVERLEVELSE<sup>1</sup>



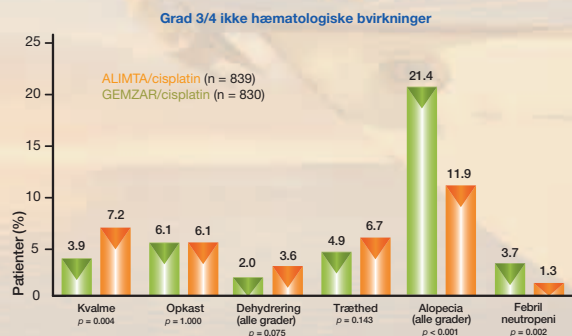
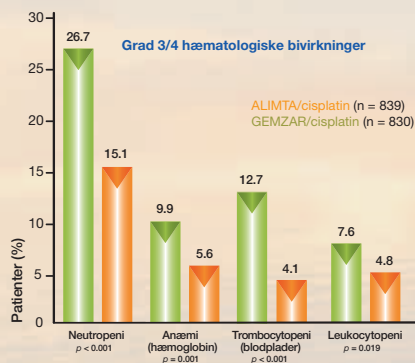
Figur 1: Kombineret storcellet og adenokarcinom<sup>2</sup>

Median Overlevelse: **11.8 ALIMTA/cisplatin** vs **10.4 GEMZAR/cisplatin**



Figur 2: Median overlevelse (Figur udarbejdet af Eli Lilly)<sup>2</sup>

#### ► FÆRRE BIVIRKNINGER<sup>1</sup>



Figur 3 & 4: Bivirkninger (Figurene er udarbejdet af Eli Lilly)<sup>2</sup>

Note: Figur medtager kun bivirkninger, som er rapporteret i over 3% af patienterne<sup>2</sup>. Der blev ikke set klinisk relevante forskelle i sikkerhedsprofilen for Alimta + Cisplatin i de histologiske undergrupper<sup>1</sup>.

\* ALIMTA er nu indiceret til behandling sammen med cisplatin, som 1. linjes behandling til patienter med lokalt fremskredet eller metastatisk ikke-småcellet lungecancer, bortset fra cancer hovedsageligt bestående af pladeepitelceller.

Referencer:  
 1. Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé  
 2. Scagliotti GV et al., JCO (accepted for publication), 2008