

JCVU

Opgaveløser: 06408

Lone Hørmann

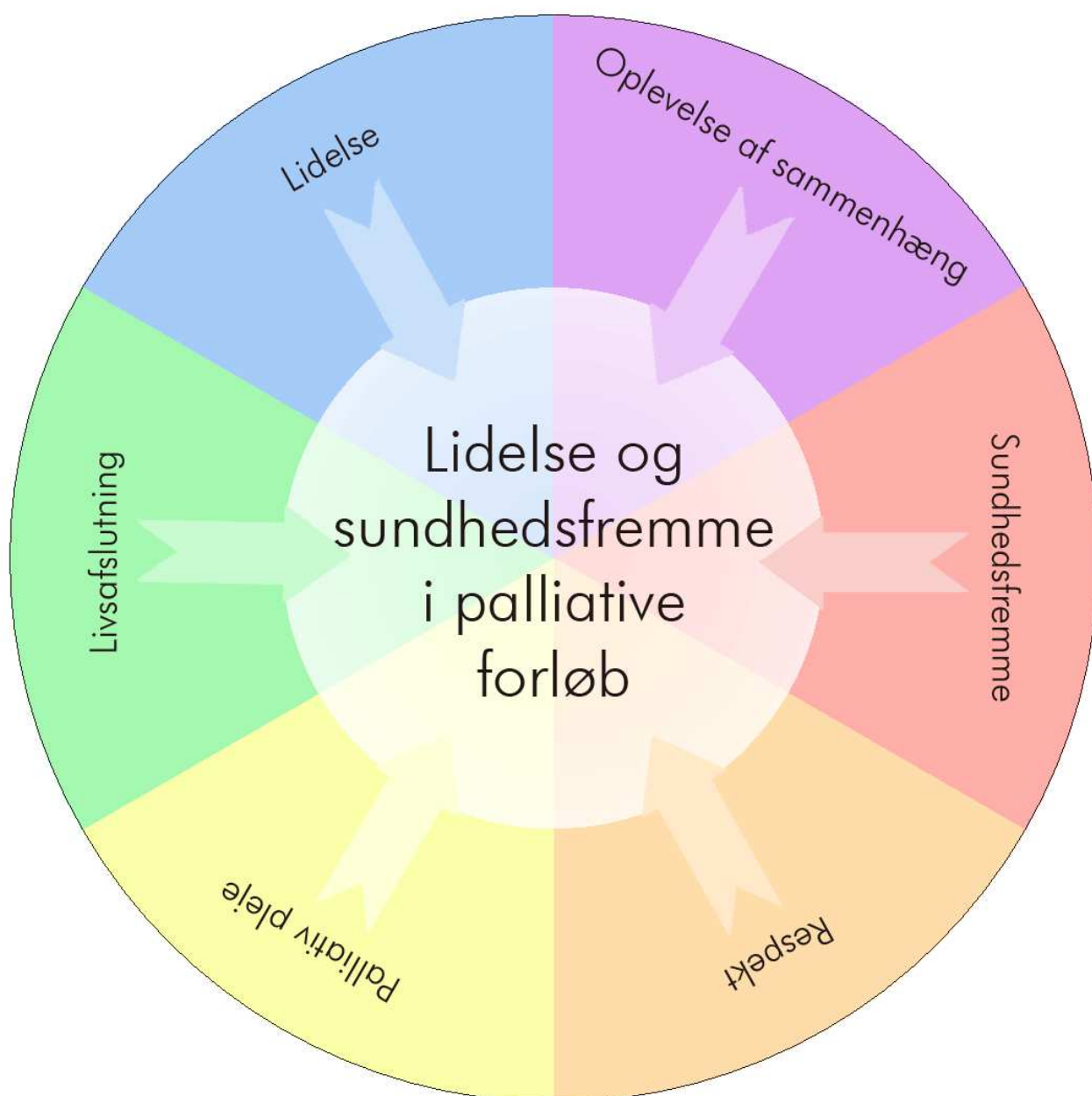
Opgavetype: Afsluttende

Studie: Suppl. i Sygepleje

Vejleder: Jeanette Ulriksen

Antal anslag: 46.982

Måned/ år: Maj 2007



Indholdsfortegnelse

Indledning	1
Problemformulering:	5
Metode	5
Tema 1: Lidelse	5
Teorifremstilling.....	5
Temaanalyse	7
Tema 2: Sundhedsfremme	9
Teorifremstilling.....	9
Temaanalyse	11
Analyse	14
Diskussion	16
Konklusion	17
Perspektivering.....	18
Referenceliste.....	20

Indledning

Som hospicesygeplejerske er jeg beskæftiget med palliation og dermed sygeplejens lindrende aspekt – overvejende til cancerpatienter. Denne sygepleje til alvorligt syge og døende har i Danmark sit fundament i WHO's mål. Heri beskrives den palliative omsorg som ”den totale aktive omsorg til patienter, som ikke responderer på kurativ behandling”. Indsatsen rettes mod kontrol af smerter og andre symptomer, ligesom lindring af psykologiske, sociale og åndelige problemer har høj prioritet. Overordnet er målet, at patienten og dennes familie opnår størst mulig livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 1999, s. 9).

Sygeplejerskens hverdag med palliative patienter er præget af mange forskellige opgaver. De fleste patienter har symptomer som smerter, kvalme, træthed og obstipation, hvilket således fylder meget i det daglige arbejde. Der skal indsamles data om de aktuelle problemer, hvilket sker hos patienten. Herefter må det vurderes, om de nødvendige tiltag kræver kontakt til lægen, eller om det ligger indenfor sygeplejerskens selvstændige kompetenceområde. Når dette er afklaret, må sygeplejersken iværksætte behandlingen. Derudover har patienterne de samme fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov som alle andre mennesker. Her arbejder sygeplejersken med eksempelvis lejrning for at forebygge decubitus og sekretstagnation. Vi søger dermed at undgå yderligere komplikationer i en i forvejen vanskelig situation. Vi har også fokus på familien, hvor vi tilstræber at støtte dem på en måde, så de kommer bedst muligt gennem forløbet og sorgen. Dette er en rehabiliterende indsats, som skal gøre det nemmere for de efterladte at genoptage hverdagen.

Hverdagen er således præget af en patogenetisk tilgang, hvor sygdommen og symptomerne får stor opmærksomhed. Dette er absolut også nødvendigt, for netop patienternes symptomer er det, som har bragt dem på hospice. Den pleje, vi som sygeplejersker yder, påvirkes også af denne tilgang. Plejen kan være præget af, at vi som sygeplejersker, af et godt hjerte, gerne vil løse problemerne for beboerne. Dermed rummer også plejen patogenetiske træk, fordi det ofte handler om at forebygge eller at fjerne/”behandle” problemer, som er opstået, frem for at se på, hvilke iboende ressourcer, der kunne styrke beboeren.

Således er både lindring, behandling, forebyggelse og rehabilitering meget tydelig i hverdagen, mens det er vanskeligere at få øje på sundhedsfremme – måske fordi vi ikke arbejder sundhedsfremmende? Med baggrund i den gennemsnitlige liggetid i 2005 på Hospice Søholm på 31,3 dage (Hospice Søholm, 2005, s. 12) undres jeg over, om det er rimeligt at arbejde med sundhedsfremme til palliative patienter?

I denne sammenhæng vil det være relevant at inddrage Sundhedsloven, som er en del af det juridiske grundlag for sundhedsvæsenet. Af loven fremgår det, at "Sundhedsvæsenet har til formål at fremme sundhed samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte" (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005).

Af relevans er det også at se på regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet", for at finde ud af, om sundhedsfremme i den palliative indsats er i fokus fra officielt hold. Jeg har i den forbindelse fundet, at en af målgrupperne i programmet er langvarigt syge (Regeringen, 2002, s. 51), hvilket kan omfatte netop de palliative patienter, men de er ikke en specifik, selvstændig målgruppe. Målet for de langvarigt syge – som har dårligere livskvalitet qua deres sygdom - er blandt andet at afbøde følgevirkningerne af den aktuelle sygdom eksempelvis ved at gøre en indsats for at den enkelte kan bevare førligheden, styrke funktionsniveauet samt etablere støttende netværk (Regeringen, 2002, s. 56). Således kan der ud fra sundhedsloven og regeringens folkesundhedsprogram argumenteres for en sundhedsfremmende indsats til terminalt syge.

Kræftplan II beskæftiger sig i bilag 10.3 med den palliative indsats. Det fremgår her, at den palliative indsats skal bekræfte livet og opfatte døden som en naturlig proces. Patienten skal tilbydes støtte med henblik på at kunne leve så aktivt som muligt indtil døden. Hensigten er at imødekomme patienternes behov og fremme livskvaliteten (Sundhedsstyrelsen, 2005, bilag 10.3, s. 1). Dermed supplerer Kræftplan II folkesundhedsprogrammet ved at sætte fokus på muligheden for at kunne leve det ønskede liv. Målet er i begge dokumenter større livskvalitet i livet med en kronisk og/eller alvorlig sygdom. Der kan således ikke herske tvivl om, at det er rimeligt at arbejde sundhedsfremmende med palliative patienter.

Ovenstående får mig til at reflektere over, hvornår man er syg, rask og sund. Hvad er livskvalitet, og hvordan hænger begreberne sammen?

At være syg kan forstås som dét at have en diagnose, men det kan også opfattes som lidelse. Den palliative patient har en diagnose og er i den forstand syg og ikke rask (Lyngaa, 2002, s. 52). Dette gør sig også gældende i forhold til lidelse, som kan betyde noget ondt, som angriber mennesket, noget mennesket er nødt til at leve med, en kamp eller noget meningsbærende (Eriksson, 2005, s. 24). Den palliative cancerpatient er angrebet af sygdom. Han er nødt til at leve med sygdommen. Han kæmper imod den og søger ofte en mening med sygdommen. Dermed må patienten have en eller være i lidelse, som har fokus på oplevelsen frem for på diagnosen (Ibid., s.94f). Lidelse er endvidere drivkraften i alt liv og således ikke kun sygdom,

men også et livsvilkår (Eriksson, 2005, s. 88), hvorfor lidelse ikke udelukker det at være rask eller sygdomsfri.

Livskvalitet beskrives som ”En værdi i tilværelsen, som ikke er betinget af materielle ting, men snarere af miljø, fællesskab m.m.” (Nudansk Leksikon, 2002, s. 725). At det er en værdi gør det til det enkelte menneskes vurdering, hvad livskvalitet er for netop ham. Det er subjektivt og kan derfor ikke måles, men må opleves af den enkelte. Livskvalitet beskrives af Lyngaa som en del af den enkeltes sundhed (Lyngaa, 2002, s. 52), hvorfor de to elementer påvirker hinanden ligesom sundhed må være en individuel, subjektiv oplevelse for at kunne rumme den individuelle, subjektive livskvalitet.

Den palliative patient på hospice er uden tvivl syg eller lidende med varierende grad af påvirket livskvalitet, men kan patienten så være sund?

WHO's definition på sundhed lyder ”Sundhed er en tilstand af fuldkommen legemlig, sjælelig og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og gener” (Ehlers, 2004, s. 330). Heraf fremgår det, at sundhed blandt andet er fravær af sygdom og gener. Ligeledes skal det almene velvære være fuldkomment. Vælger vi denne definition af sundhed, giver det således ikke mening at tale om sundhed for hospicebeboere.

Anvender vi derimod Ottawa charteret, ser vi, at sundhed er et positivt begreb, der opfattes som en ressource i dagliglivet og lægger vægt på såvel sociale, personlige som fysiske ressourcer (WHO, 1986, s. 1). De palliative patienter har alle sociale, personlige og fysiske ressourcer i forskelligt omfang. Deraf følger at den palliative patient godt kan være sund.

Dette støttes af den amerikanske medicinske sociolog Aaron Antonovsky. Antonovsky gør op med syg-rask dikotomien og indfører i stedet et kontinuum, der spænder fra godt helbred til dårligt helbred. Dette kontinuum bevæger det enkelte individ sig på. Dermed er syg og sund ikke modsætninger. Antonovsky beskriver da også mennesket som et terminalt individ, som uanset hvor det er i sit liv i en eller anden forstand vil være sundt (Antonovsky, 2000, s. 21f). Dermed igen sagt, at et sygt menneske kan være, eller rettere er, sundt, ligesom det så også giver mening at tale om sundhed i forbindelse med hospicebeboere. Manglende fokus på sundhed beskrives af Antonovsky som inhumant, da det forhindrer os i at få øje på personens hele livssituation og lidelse (Ibid., s. 22).

Det tyder dermed på, at en manglende sundhedsfremmende tilgang til beboeren på hospice kan medføre, at vi ikke ser beboerens lidelse.

Hvad er da sundhedsfremme? Ordet tyder på, at indsatsen er rettet mod at styrke patientens sundhed. Heri ligger, at udgangspunktet er det sundhedsniveau, som patienten aktuelt har. Dette indebærer, at vi skal bruge beboerens erfaringer og ressourcer. Dette rummes i Antonovskys begreb ”salutogenese”. Salutogenese indebærer blandt andet det tidligere nævnte opgør med syg-rask-dikotomien. Fokus er i salutogenetisk perspektiv på den hele livssituation i stedet for kun sygdommen og på hvad, der kan bidrage til at fastholde eller forbedre persons placering på kontinuet. Sundhedsfremme til den palliative patient kommer således til at handle om, hvordan han kan fastholde eller forbedre sin placering på kontinuet (Ibid., s. 30f). Da der tilsyneladende er en sammenhæng mellem lidelse og sundhed, samt at en manglende sundhedsfremmende tilgang medfører risiko for at overse patientens lidelse, er det relevant at undersøge, hvad lidelse er.

Den palliative patient har, som tidligere skrevet, flere symptomer, som kan medføre fysisk lidelse. Udsigten til at afslutte sit liv og tage afsked, med dem han elsker, kan afstedkomme psykisk og eksistentiel lidelse. Yderligere kan den kendsgerning, at han er afhængig af andres bistand for at klare det daglige liv på en for ham tilfredsstillende måde, medføre lidelse.

Afslutningsvis skal nævnes, at den patogenetiske tilgang medfører, at vi har fokus på sygdommen og ikke på det enkelte menneske (Antonovsky, 2000, s. 21f). Således er det sandsynligt, at den palliative patient oplever sygdomslidelse, livslidelse og plejelidelse, der netop drejer sig om symptomer, livssituation og den lidelse, vi som plejepersonale kan komme til at påføre patienterne i forbindelse med plejen (Eriksson, 2005, s. 76f).

En litteraturgennemgang har vist, at der er masser af litteratur om lidelse, ligesom der er masser af litteratur om sundhedsfremme. Det har dog ikke været muligt at finde mere end én artikel, som beskæftiger sig specifikt med kombinationen af lidelse og sundhedsfremme i den palliative indsats. Artiklen er australsk, og selvom jeg ikke har haft mulighed for at skaffe artiklen, kan jeg umiddelbart være i tvivl om, hvorvidt den vil være fuldt dækkende for danske forhold. Samtidig er én artikel ikke meget til fyldestgørende belysning af en kompleks problemstilling.

Jeg vil derfor i resten af opgaven arbejde videre med følgende problemformulering:

Problemformulering:

Hvilken betydning kan det have for lidelsen i det palliative forløb, hvis den nuværende patogenetiske tilgang suppleres med sundhedsfremme?

Metode

Bearbejdningen af problemformuleringen vil blive opdelt i problemformuleringens to temaer lidelse og sundhedsfremme. Hvert tema vil bearbejdes med teorifremstilling fulgt af analyse. Herefter følger analysen af den samlede problemformulering, hvorefter jeg vil diskutere, konkludere og om muligt perspektivere.

Med henblik på en dybere forståelse af lidelsesbegrebet, vil jeg anvende ”Det lidende menneske” af den finske sygeplejeforsker Katie Eriksson. Hun er i denne sammenhæng særligt interessant, fordi hun selv er gået fra at fokusere på problemløsning gennem sygeplejeprocessen til en humanistisk tilgang, hvor mennesket med forståelse af dets vilkår og oplevelser er i centrum (Overgaard, 1997).

Sundhedsfremme vil i opgaven have sit udgangspunkt i Antonovskys salutogenetiske tilgang til mennesket, som den præsenteres i ”Helbredets mysterium” (2000), da også han har fokus på det hele menneske med hele dets livssituation. Antonovsky er medicinsk sociolog med blandt andet et gæsteprofessorat bag sig. Han har gennem mange år studeret, hvad der påvirker folks helbred og har herudfra udviklet sin teori om, hvad der kan fastholde eller forbedre menneskets helbred i bred forstand.

Da de 2 teoretikere begge arbejder ud fra et holistisk menneskesyn indenfor hver deres teori, har jeg en formodning om, at de sammen vil kunne besvare problemformuleringen.

Tema 1: Lidelse

Teorifremstilling

Eriksson beskæftiger sig i bogen ”Det lidende menneske” blandt andet med lidelsen i sygeplejen. Sygeplejen er opstået med hensigten at lindre lidelse. Udviklingen har medført, at sygeplejersker i dag risikerer at påføre patienter lidelse (Eriksson, 2005, s. 76).

Eriksson opererer med tre lidelsesformer indenfor sygeplejen: Sygdomslidelse, livslidelse og plejelidelse.

Sygdomslidelse er i mange tilfælde forbundet med smerte – ofte smerte af fysisk karakter. Smerte begrænser menneskets muligheder for at beherske lidelsen, hvorfor den må lindres med alle til rådighed værende midler.

Herudover rummer sygdomslidelse også sjælelig og åndelig lidelse. Denne lidelse kan dels være selvoplevet, dels stamme fra fordømmende plejepersonale eller fra den sociale sammenhæng (Ibid., s. 77).

Lidelsen er forbundet med skam, skyld og fornedrelse. Skam er en følelse hos personen, mens skyld har sit udgangspunkt i grænser, man har overtrådt eller i følelsen af selv at have forårsaget sin sygdom og lidelse. Fornedrelse derimod handler om oplevelser i forhold til andre. Både skam og fornedrelse har at gøre med, at personen bliver opfattet som noget mindre og dårligere, end han selv havde forestillet sig (Ibid., s. 78).

Plejelidelse rummer fire forskellige aspekter: Krænkelse af patientens værdighed, fordømmelse og straf, magtudøvelse og manglende pleje.

Krænkelse af patientens værdighed indebærer, at plejepersonalet fratager ham muligheden for at været helt og fuldt menneske, hvilket medfører, at det bliver vanskeligere for ham at udnytte sine inderste sundhedsressourcer. Menneskets værdighed rummer både den absolutte værdi og den værdi, som tillægges den enkelte – både af den enkelte selv, og af omgivelserne. I denne forbindelse peger Eriksson på, at det er plejepersonalets opgave at give patienten mulighed for at opleve sin fulde værdighed. Dette skal ske gennem individuel pleje, hvor personalet i alle situationer bekræfter den enkeltes værdighed (Ibid., s. 81ff).

Fordømmelse og straf udspringer af, at sygeplejersken tror, at det er hendes opgave at afgøre, hvad der er rigtigt og forkert for patienten. Dette vil hun ofte kunne vurdere, men patienten har altid lov til at træffe sine egne valg. Patienten, som fordømmes af sygeplejersken, vil også ofte opleve at blive straffet. Straffen kan være i form af manglende omsorg i plejen eller ignorerende af patienten (Ibid., s.85).

Magtudøvelse kan handle om at påtvinge patienten noget, han ikke ville gøre af egen fri vilje, ligesom den kan handle om ikke at tage ham alvorligt. I begge tilfælde efterlades patienten i en magtesløs situation (Ibid., s. 86).

Manglende pleje eller ikke-pleje drejer sig om, at sygeplejerskens manglende evne til se og bedømme, hvad patienten aktuelt har brug for, mens ikke-pleje er pleje uden omsorg (Ibid., s. 86f).

Livslidelse er den lidelse, som har relation til det at leve som menneske blandt mennesker.

Livslidelse kan ses som dét at blive tilintetgjort og dét at give op.

At blive tilintetgjort handler om følelsen af at skulle dø uden at vide hvornår, samt om ikke at blive set – herunder mangel på kærlighed.

Mennesker giver nogle gange op overfor en tilsyneladende håbløs situation. Det kan skyldes, at han ikke længere har kræfter til at kæmpe. Han oplever måske mangel på værdi eller opgave i livet (Ibid., s. 88f).

Lidelse kan altid lindres men ikke nødvendigvis fjernes. Skal vi kunne lindre, må kulturen i sygeplejen have sit udgangspunkt i, at mennesket føler sig velkommet, respekteret og plejet – der er plads og ret til at være patient.

Lindring af lidelse handler først og fremmest om ikke at krænke patientens værdighed, ikke at fordømme og misbruge vores magt. I stedet må vi give patienten den pleje, netop han har brug for (Ibid., s. 90f).

Herudover må patienten føle sig elsket, bekræftet og forstået. Heri ligger også at blive mødt med værdighed og at få tid og rum til at lide uden at miste sit medansvar som menneske (Ibid., s. 92).

Temaanalyse

For den palliative patient på hospice er livet lidelsesfyldt i forskellig grad.

De fleste oplever fysisk lidelse i form af smerter. Vi har meget fokus på smertelindring, og vi bliver ved med at søge løsninger, selvom det kan være vanskeligt at finde det rette behandlingstilbud i den rette dosering. Ligeledes er vi hele tiden opmærksomme på at behovet for smertelindring kan ændre sig. Vi forsøger således at lindre fysisk smerte med alle til rådighed værende midler, og dermed søger vi at bedre patientens mulighed for at beherske sin lidelse, om end det er min oplevelse, at vi ikke er bevidste om dette.

Den sjælelige og åndelige lidelse oplever patienterne også. Lidelsen kan stamme fra deres oplevelse af selv at være skyld i deres sygdom. Dette ses blandt andet hos patienter med lungecancer, som har røget. Ligeledes kan fænomenet ses hos patienter, som gennem længere tid har haft symptomer uden at søge læge.

Nogle patienter oplever også skam i forbindelse med deres sygdom – ofte uden at kunne sætte ord på hvorfor, mens andre giver udtryk for at skamme sig over ikke selv at magte hverdagen som de er vant til.

Fornedrelse opleves også af den palliative patient. Jeg tænker her særligt på de palliative patienter, som vækker afsky eller væmmelse hos personalet. Det kan dreje sig om patienter med ildelugtende sår, rigelige mængder ekspektorat eller patienter med en cancer, som markant ændrer patientens fysiske såvel som psykiske fremtræden.

Vi kan som plejepersonalet også komme ud i fordømmelse af en eller flere patienter.

Det kan i ekstreme tilfælde dreje sig om patienter, som har begået incest eller været voldelige overfor deres ægtefælle, men det kan også være fordi, patienten ikke tager ansvar, ser ”tingene” i øjnene eller ikke ønsker den hjælp, vi som plejepersonale vurderer, der er behov for. I disse situationer kan patienten opleve, at vi distancerer os til ham med manglende forståelse og accept til følge.

Vi påfører også patienterne plejelidelse i indlæggelsesforløbet. Det er nemt at komme til at krænke hans værdighed i det konkrete daglige arbejde eksempelvis i forbindelse med intimhygiejne. For sygeplejersken er det en almindelig plejeopgave, som hun rutinemæssigt udfører hver dag, mens det for patienten kan opleves nedværdigende at skulle have hjælp til netop dette.

Mere kompliceret bliver det, hvis kränkelsen handler om, at vi overhører, hvad det er patienten har brug for og ønsker fra os og i stedet har vores egen dagsorden baseret på, hvad, vi mener, er rigtigt og nødvendigt for patienten. Plejen vil i disse situationer ofte baseres på ”det vi plejer” eller på kliniske retningslinier uden at tage patienten med på råd og dermed give en individuel pleje. Her kan patienten opleve sig dømt og straffet, fordi han bliver ”styret” af personalet og dermed frataget muligheden for at have indflydelse på sin egen situation. Vælger patienten at insistere på at få tingene gjort på sin egen måde, risikerer han at blive straffet af sygeplejersken, ved at plejen bliver mindre omsorgsfuld, eller ved at hun vælger at ignorere ham. Dermed bruger sygeplejersken ikke sin magt til patientens bedste, men til at gennemtrumfe sin egen måde at gøre tingene på, hvorved patienten bliver magtesløs.

Den sidste form for plejelidelse er manglende pleje eller ikke-pleje. Her vil den palliative patient opleve, at han ikke får dækket sine behov, fordi sygeplejersken ikke kan se dem.

Herudover risikerer patienten at få en pleje, som ikke er præget af omsorg. Den kan i stedet være styret af regler eller normer. Reglerne kan eksempelvis baseres på kliniske retningslinier, mens normerne både handler om den enkelte sygeplejerskes forventninger til sig selv og personalemedlemmerne imellem.

Der er for mig heller ikke tvivl om, at den palliative patient, som er indlagt på hospice til livets afslutning oplever livslidelse.

Et menneske, som står overfor sin livsafslutning og dermed til slut sin død, har andre livsvilkår, end sine pårørende, hvilket vil påvirke hans muligheder for at leve som menneske blandt mennesker.

Den uafvendelige død er den ultimative tilintetgørelse, for ved vi ikke, hvad der sker efter døden, men vi ved, at livet, som vi kender det, ophører med dødens indtræden. Denne uafvendelighed kan friste mange til at give op: Hvorfor bruge de sparsomme kræfter på at kæmpe, når slutningen alligevel bliver den samme? Her har sygeplejersken et ansvar for at gå i dialog med og lytte til patienten, for det gælder for ethvert menneskeliv, at vi fødes, lever og til slut dør. Det er et fælles livsvilkår, som alle mennesker deler. Til forskel fra den palliative patient, tænker de fleste mennesker ikke så meget over, hvornår det sker. Vi må her bekræfte hans værdi som unikt menneske og hjælpe ham til at få øje på de opgaver, som livet fortsat kan byde på. Herved sikres det, at patienten bliver set, ligesom oprigtig interesse vil bidrage til patientens følelse af at være respekteret og elsket.

Målet med sygeplejerskens arbejde bliver således først og fremmest at lindre patientens lidelse gennem respekt og forståelse, så patienten kan føle sig som et helt menneske med en ukrænkelig værdighed. Herved kan mennesket også få lov at være patient med de ønsker og behov, som den rolle medfører.

Tema 2: Sundhedsfremme

Teorifremstilling

Antonovsky præsenterer i "Helbredets mysterium" begrebet "oplevelse af sammenhæng" som betydningsfuldt for det enkelte menneskes muligheder for at bevare eller forbedre placeringen på kontinuet (Antonovsky, 2000, s. 33).

Oplevelse af sammenhæng består af tre temaer: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Begribelighed har at gøre med hvordan det enkelte menneske opfatter de indre og ydre stimuli, han konfronteres med. De kan være ordnede, sammenhængende, strukturerede og tydelige eller de kan være kaotiske, uordnede, tilfældige og uforklarlige. Mennesket med en stærk oplevelse af begribelighed forventer at kommende stimuli er forudsigelige eller som minimum kan forklares og passes ind i en sammenhæng (Ibid., s. 34f).

Håndterbarhed omhandler i hvilken udstrækning de til rådighed værende ressourcer er tilstrækkelige til at klare de krav, som udløses af de indre og ydre stimuli. Dette indebærer både det enkelte menneskes egne og de i omgivelserne til rådighed værende ressourcer. Mennesket med høj oplevelse af håndterbarhed føler sig ikke som offer for omstændighederne, men håndterer uheldige stimuli (Ibid., s. 35f).

Temaet meningsfuldhed drejer sig om, i hvilken udstrækning mennesket oplever sit liv forståeligt rent følelsesmæssigt. Heri ligger, at nogle af tilværelsens krav og problemer er værd at engagere sig i. Det bliver udfordringer, som man kan glæde sig over. Mennesker med høj oplevelse af meningsfuldhed tager udfordringen op – også selvom den måtte være ubehagelig og uønsket (Ibid., s. 36f).

De tre temaer er uløseligt forbundet, da de sammen udgør en generel modstandsressource for det enkelte menneske. Høj placering i ét tema medfører dog ikke automatisk høj placering i de to øvrige (Ibid., s. 37ff).

Temaerne kan tilsyneladende også rangordnes, da det ser ud til, at meningsfuldhed er det centrale begreb, fordi det er her motivationen for mennesket skal findes. Næstvigtigst er formentlig begribelighed, da denne skaber den nødvendige forståelse som grundlag for oplevelse af håndterbarhed. Til sidst kommer så håndterbarhed, hvor troen på ressourcernes tilstedeværelse styrker meningsfuldheden og evnen til at mestre situationen. Således afhænger det enkelte menneskes mestringsressourcer af den samlede oplevelse af sammenhæng (Ibid., s. 40).

Det enkelte menneske oplever ikke nødvendigvis hele sin verden som begribelig, håndterbar og meningsfuld. Vi trækker grænser, og det, der sker udenfor grænserne, er mindre betydningsfuldt. Dermed bliver det uvæsentligt om vi kan begribe, håndtere og finde mening med det. Det centrale er, hvorvidt den enkelte har livsområder, som han oplever som vigtige. Disse livsområder må så opleves som begribelige, håndterbare og meningsfulde for at muliggøre oplevelse af sammenhæng (Ibid., s. 40f).

Det er i denne sammenhæng væsentligt, at det enkelte menneske ikke kan trække grænser, som udelukker de indre følelser, de nærmeste interpersonelle relationer, den primære rolleaktivitet og eksistentielle forhold, som eksempelvis død, uundgåelig fiasko og isolation, og samtidig have en stærk oplevelse af sammenhæng, da vi gennem livet bruger meget energi på netop disse områder. En måde at bevare en stærk oplevelse af sammenhæng kan være at være fleksibel i forhold til hvilke livsområder, der opfattes som vigtige (Ibid., s. 40ff).

I forlængelse af modstandsressourcebegrebet introducerer Antonovsky ”overordnede psykosociale, generelle modstandsressourcer-modstandsunderskud” (Ibid., s. 46) som en helhed, hvor modstandsunderskuddet beskrives som stressfaktorer. Disse stressfaktorer er ”livsoplevelser kendetegnet ved inkonsistens, under- eller overbelastning og udelukkelse fra at tage del i beslutningstagning”. Antonovsky peger på tre typer af stressfaktorer: Kroniske stressfaktorer, væsentlige livsbegivenheder og akutte, daglige irritationsmomenter.

Den kroniske type er menneskets livssituation, vilkår eller kendetegn, som tydeliggør personens liv. De kroniske stressfaktorer beskrives som væsentligst for oplevelsen af sammenhæng, da de er generaliserede og langvarige.

Væsentlige livsbegivenheder er begivenheder, som kan tidsfæstes, og som påfører mennesket stress. Det kan ikke umiddelbart afgøres, om de påvirker oplevelsen af sammenhæng i positiv eller negativ retning. Det afhænger af den enkeltes oplevelse af sammenhæng om udfaldet bliver positivt, negativt eller neutralt.

Akutte, daglige irritationsmomenter er krav, som dagliglivet byder på, og som der ikke er et automatisk respons på. Antonovsky afviser umiddelbart disse sidste som værende uvæsentlige for menneskets oplevelse af sammenhæng, da de, hvis de er belastende, hidrører fra en mere fundamental livssituation (Ibid., s. 46ff).

Temaanalyse

Hvis den palliative patient skal have mulighed for at bevare eller forbedre sin placering på kontinuet, må han opleve sammenhæng gennem oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Umiddelbart kan det synes vanskeligt at opleve sammenhæng, når man står over for sin livsafslutning.

Hvordan kan et menneske i den palliative fase af sin sygdom begribe sin livssituation? Han har måske indre stimuli, som siger, at han ikke er færdig med at leve og at det ikke er tid at dø, mens både læger og plejepersonale tydeligt siger og viser, at han er alvorligt syg og døende. Han får formentlig stor opmærksomhed, fordi han har behov for meget medicin og for hjælp til opgaver, som han tidligere selv har kunnet klare. Dermed bliver stimuli modstridende, og selvom de måske kan begribes hver for sig, bliver det samlede indtryk kaotisk og uordnet, hvilket medfører, at patienten kan have vanskeligt ved at opleve begribelighed.

Vælger personalet derimod at lade sygdommen og funktionstabene være "biting" og i stedet fokusere på dét, som den enkelte stadig kan, vil der være større mulighed for at opleve, at de indre og ydre stimuli stemmer overens. Dermed vil de fremtræde sammenhængende og tydelige og patienten vil opleve livssituationen som værende begribelig.

Håndterbarhed i den palliative fase handler som nævnt om at opleve at have de nødvendige ressourcer til rådighed. Det kan således dreje sig om selv at kunne opfylde egne behov, men det kan også dreje sig om, at der står personale til rådighed med støtte og hjælp. Her må vi som sygeplejersker være opmærksomme på, om patienten har ressourcer til selv at formulere sine behov for hjælp, eller om vi både skal afdække behovene og opfylde dem. Dermed er det vigtigt for oplevelsen af håndterbarhed, at sygeplejersken er en til rådighed værende ressource med særligt fokus på ordet rådighed, da udgangspunktet skal være patientens behov.

Hvis patienten derimod oplever, at plejepersonalet sætter dagsordenen for, hvad der er vigtigt, vil han ikke finde, at han har de nødvendige ressourcer til sin rådighed. Konsekvensen heraf bliver, at patienten ikke oplever håndterbarhed, da han oplever sig eller er uden indflydelse på sin egen situation.

Kan et menneske stillet over for sit livs afslutning opleve mening? Hvad kan være værd at engagere sig i, når man ved, at tiden er begrænset? Hverdagen som palliativ patient på hospice er præget af dels de fysiske opgaver relateret til dagliglivet og sygdommen, dels de sociale relationer til familie, venner, personale og medpatienter. Hertil kommer psykiske, åndelige og kulturelle behov, som har været en del af livet også inden sygdommen. Det kan være svært at finde mening med livet i den sidste fase, for hvorfor skal man dø, inden man er færdig med sit liv? Religiøs tro kan give mening for det enkelte menneske, men det er ikke alle, som kan finde en større mening med tingene i en tro.

Meningen i den sidste fase af livet kan alternativt søges i det, der har været, og til dels stadig er. Ved at rette opmærksomheden mod livshistorien kan det enkelte menneske få øje på, hvad der har givet mening i livet. Disse betydningsfulde elementer må inddrages i hverdagen på hospice, således at omdrejningspunktet bliver mennesket og hans levede liv frem for at sygdommen, symptomkontrollen og de praktiske opgaver bliver styrende for prioriteringen af hverdagen.

Når sygeplejersken så skal prioritere den sundhedsfremmende indsats til den palliative patient, må hun først søge at hjælpe patienten til at opleve meningsfuldhed, herefter begribelighed og til slut håndterbarhed. Såfremt patienten selv kan opnå nogle af begreberne, skal sygeple-

jerskens indsats rettes mod de områder, hvor patienten oplever et deficit, for at muliggøre oplevelse af sammenhæng for patienten.

I det daglige arbejde med og omkring patienten, må sygeplejersken være opmærksom på, at det enkelte menneske trækker grænser, som er afgørende for, hvad der er betydningsfuldt for ham. Således er det ikke sikkert, at det, der er betydningsfuldt for sygeplejersken, også er det for patienten. Sygeplejersken må derfor afdække hvilke livsområder, der er vigtige for den enkelte patient, for at kunne støtte op om oplevelsen af sammenhæng.

Samtidig må vi være opmærksomme på, at hvis de indre følelser, de nærmeste interpersonelle relationer, den primære rolleaktivitet og eksistentielle forhold som død, fiasko og isolation ikke er indenfor grænserne, vil patienten ikke have en stærk oplevelse af sammenhæng. Det kan derfor være relevant for sygeplejersken at inddrage de nævnte områder i den daglige pleje af patienten, såfremt hun holder sig for øje, at han måske har ressourcer til disse områder andre steder. Hun må derfor ikke konkludere, at fordi hun ikke har kendskab til patientens forhold til ovenstående, så har han ikke en stærk oplevelse af sammenhæng. Samtidig vil det enkelte menneske, for vedvarende at have en stærk oplevelse af sammenhæng, kunne være fleksibel i forhold til hvilke livsområder, der er betydningsfulde. For den palliative patient vil sådanne ændringer kunne ske ofte, fordi de stående overfor deres livsafslutning med begrænset tid og kræfter til rådighed, må prioritere, hvad ressourcerne skal bruges til. Det, der er vigtigt den ene dag, er måske uden betydning den næste, hvorfor sygeplejersken hele tiden må være i dialog med patienten om, hvad der er betydningsfuldt netop nu.

Den palliative patient har således modstandsressourcer og bestemt også modstandsunderskud i form af både kroniske stressfaktorer og væsentlige livsbegivenheder.

Deres livssituation er ofte præget af daglige uvante belastninger, som kan præge deres nuværende liv i et omfang, så deres samlede levede liv bliver utydeligt både for patienten selv og for omgivelserne. Det er en situation, der udvikles over tid fra diagnosetidspunktet og frem, og den kan således meget vel være langvarig. De kan i den situation opleve at se sig i spejlet og ikke være i stand til at koble spejlbilledet til deres egen person.

Dermed bliver den kroniske stressfaktor præget af både inkonsistens og overbelastning, ligesom behovet for hjælp i varierende grad kan medføre, om ikke udelukkelse fra beslutningstagen, så dog mindre indflydelse end hidtil, da plejepersonalet risikerer at tage mere over, end der er behov for.

At en væsentlig livsbegivenhed påvirker deres liv, er der ingen tvivl om. De fleste husker meget præcist, hvornår de første gang gik til lægen med symptomer, hvornår de fik stillet cancerdiagnosen, og hvornår de fik at vide, at sygdommen ikke kunne helbredes. Nogle vil opleve, at det er skæbnen – noget de har været og er helt uden indflydelse på. Andre vil opleve det som en straf fra en højere magt, mens andre igen vil tage udfordringen op og kæmpe med en følelse af, at sygdommen også giver muligheder. Deraf følger, at for nogle vil den meget alvorlige sygdom bidrage med noget positivt eller neutralt, mens andre vil påvirkes i en mere negativ retning.

Analyse

Den palliative patients sygdomslidelse må overvejende lindres med udgangspunkt i den patologiske tradition. Her er der både behov for såvel medicinske tiltag, som den viden og kunnen vi som fagpersoner er i besiddelse af, og som patienten har brug for, og som vi er forpligtigede til at anvende til hans bedste.

Alligevel vil vi kunne anvende Antonovskys tanker om oplevelse af sammenhæng, for vi kan og bør altid tilstræbe, at patienten er velinformeret og har mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Herigennem bedres hans mulighed for at opleve mening, begribelighed og håndterbarhed, for hvis han ikke selv kan handle, må han gives mulighed for at forstå, hvad der sker omkring ham. Samtidig må vi kunne acceptere patientens valg. Det er i sidste ende hans liv og dermed hans beslutninger, som er afgørende. Hvis vi synes, at han træffer forkerte valg, kan det meget vel skyldes, at vi har forsømt muligheden for gennem dialog at informere ham om muligheder og konsekvenser ved forskellige til- og fravalg.

Den sundhedsfremmende tilgang vil også kunne lindre den sjælelige og åndelige lidelse hvad enten den kommer til udtryk som skyld eller skam. Igen skal dialogen med og respekten for patientens oplevelse være omdrejningspunkt, hvis sygeplejersken skal bidrage positivt til hans oplevelse af sammenhæng. Ved at lytte og stille åbne spørgsmål, vil hun kunne hjælpe patienten til selv at finde mening med situationen, hvilket gør det nemmere for ham at begribe og håndtere sine nye livsvilkår.

Hvis sygeplejersken skal anvende en sundhedsfremmende tilgang for at lindre lidelse forårsaget af fornedrelse, må hun fokusere på det, som ikke er forandret. Hun må have mennesket og ikke sygdommen for øje, for på den måde at bevare respekten patienten. Samtidig er dialog om, hvordan ændringerne påvirker andre mennesker væsentlig med henblik på at forberede

ham på deres reaktion. Er han forberedt, kan ydmygelsen ved at opleve folks væmmelse blive mindre. Yderligere må sygeplejersken ærligt opfordre til hygiejne med henblik på at eliminere lugtgener. Ligeledes må hun om muligt være behjælpelig med at tildække skæmmende forandringer, såfremt patienten måtte ønske det. Et dybere kendskab til det, der foregår, vil bedre patientens chance for at bevare sin placering på kontinuet.

En sundhedsfremmende tilgang til den palliative patient vil minimere risikoen for fordømmelse, da omdrejningspunktet for plejen bliver patientens ønsker og behov frem for regler og normer, som beskriver, hvad der bør gøres ud fra et patogenetisk synspunkt.

Også plejelidelse vil kunne minimeres med en sundhedsfremmende tilgang. Når målet er, at patienten oplever mening, begribelighed og håndterbarhed, må plejen tage udgangspunkt i de behov, som patienten finder vigtige at få dækket. Dermed kan han bevare, om ikke kontrol over sin livssituation så dog betydelig indflydelse. Igen er forudsætningen, at sygeplejersken indgår i en respektfyldt dialog med patienten om, hvad der betyder noget for ham og hvorfor. Hvis vi lytter til patienten og tager hans ønsker og behov alvorligt, vil det være sværere at krænke, dømme, straffe og udføre pleje kendetegnet ved fravær af omsorg, da disse handlinger ikke bygger på respekt for den enkelte men på den alment accepterede ”gode kliniske praksis”.

Sygeplejersken vil også have bedre muligheder for at lindre livslidelse med en sundhedsfremmende tilgang til den palliative patient: Hvis livsafslutningen og den forestående død skal give mening og gøres begribelig og håndterbar, er det vigtigt, at patienten får lov at fortælle sin livshistorie. Ved at få trukket stregerne i sit liv op, får patienten mulighed for at finde den overordnede mening med sit liv. Han kan her se, hvad han har givet i sit liv og måske også, hvad han fortsat har at give.

Herudover kan vi som sygeplejersker hjælpe med at få afsluttet relationer til familie og venner på det rette tidspunkt, så han oplever at få rundet sit liv af på en sådan måde, at den samlede levetid bliver et billede på et helt levet liv uanset alderen på dødstidspunktet.

En sundhedsfremmende tilgang til plejen af den palliative patient vil således inddrage ham i alt vedrørende hans liv i det omfang han ønsker det. Han vil opleve at blive respekteret og taget alvorligt. Dette vil give ham større kontrol og indflydelse med deraf følgende større oplevelse af sammenhæng. Han får derigennem bedre muligheder for at bevare eller forbedre sin placering på kontinuet.

Da det kan være vanskeligt i det palliative forløb at bevare eller bedre placeringen på kontinuet, kan sundhedsfremme i stedet anvendes til at forsinke forskydningen mod dårligt helbred.

Set i lyset heraf vil øget fokus på sundhedsfremme til palliative patienter medføre mindre lidelse, fordi sygeplejerskens indsats overvejende baseres på hans ønsker og behov og ikke på hendes egne.

Diskussion

Jeg er af den opfattelse, at de valgte teorier er relevante i forhold til problemformuleringen med det forbehold, at analysen kun er dækkende for patienter, som er eller under indlæggelsen har været cerebralt intakte, da dette er en forudsætning for at kunne indsamle fornøden information om patientens ønsker og behov hos patienten selv.

Samtidig skal medtænkes, at der i lovgivningen er grænser for, hvad vi har lov til. Eksempelvis kan patienten ikke bede om og få aktiv dødshjælp, selvom det er hans ønske.

Eriksson kan virke inkonsistent i sin teori, idet hun nogle steder ikke skelner mellem pleje og omsorg. Begreberne bruges i flæng og fremstår i teorien som betydende det samme. Omsorg er, eller bør være, en del af plejen, men som Eriksson selv skriver, kan vi godt yde pleje uden omsorg, hvorfor begreberne ikke kan betyde det samme. Det har således været et bevidst valg fra min side at arbejde med plejen velvidende, at jeg med de samme teorier i hånden kunne have fokuseret på omsorgen.

Samtidig beskrives det i "Omsorgsvidenskab i klinisk praksis" (Wiklund, 2005) med baggrund i Erikssons forfatterskab, at professionel omsorg kan inddeles i grundlæggende omsorg og speciel omsorg, hvor den grundlæggende omsorg er traditionelle sygeplejeopgaver med udgangspunkt i patientens basale behov, mens den specielle omsorg er kontekstafhængig (Ibid., s. 145). Således ser det ud til, at kun den specielle omsorg kan rumme sundhedsfremme, fordi den tager udgangspunkt i det enkelte menneskes aktuelle livssituation. Jeg mener dog, at den grundlæggende omsorg reelt kan og bør ydes med en sundhedsfremmende tilgang, fordi det overordnet handler om at involvere patienten mest muligt i de beslutningsprocesser, som vedrører ham, hans liv og hans livsafslutning.

Sundhedsfremme i et palliativt forløb vil medføre et større fokus på egenomsorg. Den vil eksempelvis kunne implementeres med baggrund i Zoffmann Knudsens (1997) teori om relationer, hvor vi, for at fremme sundhed og lindre lidelse, må indgå i en samarbejdsrelation (Ibid., s. 131) med patienten, hvor målet er at løse opgaverne i fællesskab med udgangspunkt i

det, patienten synes er et problem. Samtidig må vi i samarbejdet inddrage ekspertrelationen (Ibid., s. 124) med henblik på at bibringe patienten information. Her skal vi bruge vores faglige teoretiske viden om sygdommen, symptomerne og handlemulighederne, samtidig med at vi anvender vores viden om pædagogik og kommunikationsteori for herved at sikre, at den nødvendige information bliver både modtaget og forstået af patienten.

Samhørighedsrelationen (Ibid., s. 127), hvor det drejer sig om, hvad patienten og sygeplejersken har til fælles, kan bidrage til en oplevelse af at være en del af fællesskabet og dermed til at have en funktion eller en opgave.

Denne tilgang kan suppleres med Jensen og Johnsen (2006), som mener, at før vi kan bruge vores faglighed, må vi først forstå mennesket (Ibid., s. 26f). Kun herved kan vi lære, hvem han er, og hvilken livssituation han er i. Dette er forudsætningen for at kunne møde ham med respekt. Således er vi nødt til nogle gange at sætte vores faglighed i baggrunden og blot være et interesseret medmenneske for overhovedet at kunne lindre patienternes lidelse samt hjælpe ham til at bevare sit aktuelle sundhedsniveau. Dermed bliver patienten hovedaktøren i en relation kendetegnet ved håb og muligheder frem for frygt og risici (Ibid., s. 100).

Konklusion

Som det fremgår af ovenstående, vil en salutogenetisk tilgang i den palliative indsats medføre, at beboeren får retten til at beholde ansvaret for sit eget liv. Dermed følger også retten til at fravælge selvbestemmelsesretten. Ved at lade beboeren være den styrende part, vil han have bedre muligheder for at opleve livets udfordringer som begribelige, håndterbare og meningsfulde og dermed har han mulighed for at få en sund livsafslutning. Deraf følger også at lidelsen vil blive mindre, fordi meget lidelse har sit udspring i manglende respekt og i oplevelsen af ikke at blive set. Sygeplejersken må altså i større grad have tillid til, at beboeren kan træffe de beslutninger, som er de rigtige i hans liv, der hvor han er netop nu – også selvom han vælger behandlings- og omsorgstilbud fra.

Samtidig må vi naturligvis være opmærksomme på, om patienten cerebralt er intakt. Er dette ikke tilfældet kan vi i stedet gennem de pårørende indsamle en grundig anamnese, der kan danne grundlag for vores faglige skøn. Formålet hermed er at yde en respektfuld pleje, som så vidt muligt tager hensyn til personen, der ikke kan svare for sig selv.

Skal hele livet frem til dødsøjeblikket være sundt for den enkelte og med så lille lidelse som muligt, kan det være vigtigt at få drøftet med patienten, hvad der er vigtigt at fastholde ved et

eventuel ændret bevidsthedsniveau. Dermed vil patienten til det sidste opleve, at hans ønsker er betydningsfulde, og at han bliver respekteret som unikt menneske til det sidste.

Samtidig må sygeplejersken være opmærksom på at bruge sin faglighed til beboerens bedste. Hun må, med respekt for patienten og hans situation, informere ham om fordele og ulemper ved forskellige valg, således at de beslutninger, der skal træffes, kan træffes på det bedst mulige grundlag og så stole på, at han kan træffe det rette valg.

Sundhedsfremme til patienter i det palliative forløb er således ikke en opfordring til sygeplejersken om at overlade beboeren til sig selv, men derimod en opfordring til at samarbejde med patienten om opfyldelse af hans behov med respekt for ham og hans beslutninger, uanset hvad vores egen holdning er. Herved kan livsafslutningen blive begribelig, håndterbar og meningsfuld. Vi tilstræber god klinisk praksis med forskellige retningslinier og standarder, men individuel tilpasning er nødvendig for at patienten kan opleve, at det er ham og hans liv, der er omdrejningspunktet for sygeplejerskens indsats.

Ved at supplere med en sundhedsfremmende tilgang vil vi kunne sikre, at patienten tilbydes støtte med henblik på at kunne leve så aktivt som muligt indtil døden (Kræftplan II). Dermed fastholdes fokus i højere grad på livet og livsafslutningen end på sygdommen og døden. Formentlig vil det også kunne medføre, at vi ikke kommer til at tvinge ham til plejetiltag, som han enten ikke har brug for eller ikke ønsker.

I sidste ende bliver konsekvensen, at patienten vil kunne bestemme over sit liv i det omfang han måtte ønske det med personale til rådighed til at støtte, hjælpe og handle, når han har behov herfor med deraf følgende mindre lidelse.

Perspektivering

Hvis målet er at implementere sundhedsfremme i palliative forløb, må der i personalegruppen skabes en kultur, hvor der ikke er behov for meget kvantitativt at dokumentere de patogene-tisk funderede tiltag, da dette som tidligere nævnt kan medføre et gruppepres, hvor de enkelte sygeplejersker forsøger at leve op til en uskreven standard med baggrund i patogenetisk tænkning frem for at have hele patientens tarv for øje.

Aktuelt er der fra politisk hold krav om, at alt skal dokumenteres og måles. Samtidig har der været flere sager om omsorgssvigt i medierne, hvilket kan have medført, at der dokumenteres meget grundigt, for at den enkelte kan holde ryggen fri. Det er således ikke legalt i dokumentationen at skrive: ”Patienten har fået mundpleje efter ønske og behov”. I stedet skriver vi, at der skal ydes mundpleje 3 gange i hver vagt, uden det fremgår, hvis ønske det er, samtidig

med at der lægges op til, at den udførte pleje skal kunne tælles og måles. I stedet kunne en grundig anamnese danne grundlag for, hvilke tiltag patienten rutinemæssigt skal tilbydes, samtidig med, at der konstant tages hensyn til den aktuelle situation. Dokumentationen siger på nuværende tidspunkt således ikke nødvendigvis noget om kvaliteten i den udførte pleje, men noget om hvilke handlinger, der er udført.

Jeg ser her en risiko for, at dokumentationen ikke kan bruges som redskab til at yde en bedre pleje til patienten, men kun som et redskab til at dokumentere effektivitet. Det vil derfor være væsentligt at forholde sig til dokumentationsformen, hvis sundhedsfremme skal implementeres for at kunne supplere den patogene tilgang til den palliative patient.

Samtidig er sundhedsfremme mere en holdning til det andet menneske, end det er særlige tiltag, der skal gøres, hvilket medfører, at der skal ske en holdningsændring blandt sygeplejersker, hvis de vil arbejde sundhedsfremmende. Vi må kunne acceptere dels patientens beslutninger dels, at vi ikke alle kan opnå de samme resultater hos en patient: Vi behøver ikke alle kunne få patienten i bad; det er i orden, hvis han foretrækker én sygeplejerske frem for en anden til specielle opgaver.

Som det fremgår af ovenstående vil implementering af sundhedsfremme i palliative forløb være relativt enkelt, da der hverken kræves de store organisatoriske ændringer eller tilførsel af yderligere ressourcer. Det handler ganske enkelt om, hvordan vi opfatter de mennesker, som har brug for ydelser fra det etablerede sundhedsvæsen. Forudsætningen er dog, at der er politisk opbakning til at gribe tingene an på en anderledes måde, så ingen sygeplejerske skal være bange for at ende i retten eller medierne, blot fordi hun respekterede patientens ønske.

Referenceliste

Antonovsky, Aaron (2000). Helbredets mysterium (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag

Ehlers, Lise (2004). De nye sygdomme – sygdom eller somatisering. I Friis-Hasché, Erik et al. (red.) Klinisk sundhedspsykologi (1. udg.). København: Munksgaard.

Eriksson, Katie (2005). Det lidende menneske (1. udg.). København: Munksgaard

Hospice Søholm (2005). Årsrapport. Internetdokument.

http://www.aarhuskommune.dk/files/aak/aak/content/filer/magistratens_3._afdeling/sundhed_omsorg/andre_tilbud/videncenter_hospice_soeholm/xrsrapport_2005_-_Hospice_Sxholm.pdf

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2005). Sundhedsloven. Internetdokument.

http://www.im.dk/artikler_im_dk/Files/Fil1/3857.pdf

Jensen, Torben K. og Johnsen, Tommy J. (2006). Sundhedsfremme i teori og praksis (9. udg.). Århus: Philosophia.

Lyngaa, Janne (2002). Sygepleje og samfund. I Lyngaa, Janne, Sygeplejefag – refleksion og handling (2. udg.). København: Munksgaard

Nudansk leksikon (2002) (1. udg.). København: Politikens Forlag.

Overgaard, Anne Elsebet (1997). Katie Eriksson Lidelsen i fokus. Internetdokument.

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=177>

Regeringen (2002). Sund hele livet. København: Indenrigs og sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen (1999). Faglige retningslinier for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2005). Kræftplan II Internetdokument

http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kraeftplan2/bilag/Bilag_10_3_Palliativ_indsats.pdf

Wiklund, Lena (2005). Omsorgsvidenskab i klinisk praksis (1. udg.). København:

Munksgaard.

WHO (1986). Ottawa charter. Internetdokument

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Zoffman Knudsen, Vibeke (1997). Det relationelle forhold mellem patient og professionel. I

Elsass, Peter, Olesen, Finn og Henriksen, Søren (Red.) Kommunikation og forståelse. Århus:

Philosophia.