

**KamillianerGaarden
Center for Lindrende Behandling**



Årsberetning 2000

Indholdsfortegnelse:

Forord	side	1
Kvantitative data vedrørende patienter	side	2
Pårørende - synlige deltagere med egne behov	side	6
Fysioterapi på Hospice.....	side	9
Musikterapeutisk arbejde ved Hospice	side	10
Gudsbilleder	side	11
Hvornår oplever patienter og pårørende, at vi er professionelle ?	side	13
Kulturudvalget	side	14
Det psykiske arbejdsmiljø på Hospice	side	15
At være tillidsrepræsentant ved et Hospice	side	16
Det frivillige arbejde ved KamillianerGaarden	side	17
Nåede vi det vi ville i år 2000 ?	side	20
Hvad vil vi gerne nå i år 2001 ?	side	22
Betydningen af sygeplejefaglig vejledning	side	23
Refleksionsgruppe vedr. åndelige og eksistentielle problemstillinger	side	24
Længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker i palliativ sygepleje	side	26
Studiebesøg på Hospice	side	27
Studiepraktik ved Hospice	side	28
Formidling vedrørende den palliative indsats i Nordjyllands Amt	side	29
Personalets deltagelse i kurser, konferencer og studiebesøg	side	29
Tak til fonde med flere i år 2000	side	31

Bilag:

1. Projekt vedrørende musikterapi ved KamillianerGaardens Hospice
2. Formidling vedrørende den palliative indsats i Nordjyllands Amt

Forsiden: KamillianerGaardens logo.

Solen opfattes af de fleste mennesker som noget varmt, og som noget der virker lindrende - egenskaber som også karakteriserer Center for Lindrende Behandling.

Skyen indikerer de skyggesider, bekymringer og eventuel angst i den proces patienten og den pårørende er på vej ind i.

Prikkerne indikerer samspillet mellem på den ene side det ukendte og på den anden side det oplyste.

Logoet kan opfattes som en solnedgang, der repræsenterer afslutningen på et livsforløb, men også som en solopgang, der repræsenterer det liv, der fortsætter hos den pårørende !

Designet af **Jørn Edsbo**, Formand for De Samvirkende Invalideorganisationer i Nordjyllands Amt

Endnu et år er gået og en beretning for året 2000 skal udfærdiges. Det giver os mulighed for at reflektere over året, der er gået. Både internt på Hospice, men også i forhold til indplacering af Hospice, som en integreret del af det nordjyske sundhedsvæsens tilbud til uhelbredeligt syge og døende mennesker og deres pårørende.

Allerede ved årets begyndelse var vi klar over, at Hospice var blevet en succes, et tilbud som borgere i Nordjyllands Amt gerne ville gøre brug af. Vi møder stor interesse og velvillighed fra såvel patienter og pårørende samt samarbejdspartnere indenfor det nordjyske sundhedsvæsen. Der er efterspørgsel på viden om den palliative indsats og det glæder vi os i sandhed over, da det er en af vores opgaver, at bidrage til udvikling af den palliative indsats generelt.

Mange støtter Hospice på forskellig vis. Vi bliver tilgodeset med hilsener, gaver og økonomisk støtte, og en stor gruppe frivillige medarbejdere yder fortsat en stor indsats i det daglige på Hospice. Vi ser frem til et fortsat konstruktivt og betydningsfuldt samarbejde med de frivillige tilknyttet Kafé Kamillus, og vi hilser den nye koordinator velkommen.

Ved årets begyndelse var der to store spørgsmål til afklaring. Spørgsmål som kunne få betydning for det fremtidige virke på Hospice. Dels loven om virksomhedsansvarlig læge og dels ændringer i sygehusloven, med mulighed for frit Hospice valg for alle borgere i Danmark. Bestyrelsen gjorde sit valg, som vi støtter op om, og som vi tror, vil gavne den palliative indsats på Hospice og i Nordjyllands Amt.

Vi kan notere os, ved udgangen af år 2000, at samtlige 27 kommuner i Amtet nu slutter op om Hospice, som en reel valgmulighed for borgere ved livets afslutning. Vi vil benytte lejligheden til, at sige tak for et positivt og konstruktivt samarbejde med kommunerne om vores fælles patienter.

Personalet på Hospice er stadig med. De yder hver især en stor indsats i hverdagen. En hverdag, hvor arbejdet udføres i et univers af sårbarhed og styrke, meningsløshed og livskvalitet, glæde og sorg, liv og død, lidelse og lindring, humor og alvor. Et univers som kræver menneskeligt nærvær, opmærksomhed og deltagelse, koblet med professionalisme. En stor tak til personalet, som i handlinger og måden at være tilstede på, udtrykker holdninger indenfor det palliative felt, som vi er stolte af.

Vi ser frem til et nyt år præget af optimisme og forventning. Der venter mange nye udfordringer, som vi kan løfte sammen med bestyrelsen, politikere, personalet på Hospice og i Det Palliative Team, de frivillige, eksterne samarbejdspartnere i det nordjyske sundhedsvæsen, og ikke mindst de patienter og pårørende, som kommer i kontakt med os, og borgere i al almindelighed, som via deres interesse bakker op om ideen.

Hospice er kommet for at blive, det glæder vi os over, men det kræver fortsat kritisk refleksion, og udvikling af indsatsen, for at holde fast i den filosofi Hospice er udtryk for. Tak til alle, som har ydet et bidrag til gavn for indsatsen på Hospice !

KamillianerGarden, den 15. marts 2001.

Kvantitative data vedr. patienter

I perioden 01.01.2000 - 31.12.2000 har der været indlagt **168 patienter** på Hospice.

- 100 patienter er afgang ved døden ~ 59,5 %
- 48 patienter er udskrevet til eget hjem ~ 28,6 %
- 8 patienter udskrevet til plejehjem ~ 4,8 %
 - 15 patienter blev genindlagt og døde på Hospice
 - 27 patienter døde i eget hjem
 - 4 patienter døde på sygehus
 - 10 patienter lever fortsat
- 5 patienter er overflyttet til sygehus ~ 3,0 %
- 7 patienter er fortsat indlagt ~ 4,1 %

De 168 patienter har været indlagt fra 2 til 109 døgn, sammenlagt **3316 plejedøgn**.

Hvilket svarer til en gennemsnitlig indlæggelsestid på **19,7 døgn** og en belægningsprocent på **75,5 %**.

Kommentar:

Den gennemsnitlige indlæggelsestid i 1999 var 20,7 døgn

Indlæggelsestiden:

- 01-07 dage: 45 patienter ~ 26,8 %
- 08-14 dage: 33 patienter ~ 19,6 %
- 15-21 dage: 47 patienter ~ 28,0 %
- 22-28 dage: 14 patienter ~ 8,3 %
- 29-56 dage: 20 patienter ~ 11,9 %
- > 56 dage: 9 patienter ~ 5,4 %

Kommentar:

74,4 % af patienterne har således været indlagt < 21 dage.

Af de 168 patienter er:

- 88 kvinder ~ 52,4 %
- 80 mænd ~ 47,6 %

Kommentar:

En ændring i forhold til 1999, hvor 59,8 % var kvinder og 40,2 % var mænd.

Gennemsnitsalderen er 66 år med en aldersspredning fra 37 år til 90 år og med følgende aldersgruppering:

- 37-49 år: 20 patienter ~ 11,9 %
- 50-59 år: 37 patienter ~ 22,0 %
- 60-69 år: 38 patienter ~ 22,6 %
- 70-79 år: 52 patienter ~ 31,0 %
- 80-89 år: 20 patienter ~ 11,9 %
- 90- år: 1 patient ~ 0,6 %

Kommentar:

I forhold til 1999 er gruppen af patienter > 80 år ændret fra 5,8 % til 12,5 %

Af de 168 patienter, der er visiteret til Hospice kommer:

- 98 patienter fra eget hjem ~ 58,3 %
- 70 patienter fra sygehus ~ 41,7 %

Kommentar:

I forhold til 1999 kommer flere patienter fra eget hjem - en stigning på 7,7%

Patienterne kommer fra følgende kommuner:

Arden kommune:	2 patienter	Læsø kommune:	2 patienter
Brønderslev kommune:	6 patienter	Pandrup kommune:	4 patienter
Dronninglund kommune:	4 patienter	Sejlfjord kommune:	2 patienter
Farsø kommune:	1 patient	Sindal kommune:	1 patient
Fjerritslev kommune:	2 patienter	Skagen kommune:	1 patient
Frederikshavn kommune:	9 patienter	Støvring kommune:	2 patienter
Hadsund kommune:	1 patient	Sæby kommune:	8 patienter
Hirtshals kommune:	1 patient	Aabybro kommune:	7 patienter
Hjørring kommune:	9 patienter	Aalborg kommune:	101 patienter
Hobro kommune:	1 patient	Aars kommune:	4 patienter

Kommentar:

Pr. 1. januar 2001 ønsker samtlige 27 kommuner i Nordjyllands Amt, at benytte Hospice til deres borgere.

Patienterne er visiteret til:

- 73 patienter til livets afslutning ~ 43,5 %
- 54 patienter til symptomlindring ~ 32,1 %
- 30 patienter til aflastning ~ 17,9 %
- 11 patienter til rehabilitering ~ 6,5 %

Den gennemsnitlige ventetid i antal dage fra henvisning af patienten til indlæggelse på Hospice er: **6 dage**

Kommentar:

I 2000 er de lægelige henvisninger af patienter til indlæggelse på Hospice modtaget ret kontinuerligt.

Oftest er der mellem fem til otte patienter, der er skrevet op til at komme på Hospice, i december måned var der 12 patienter, der ventede på at komme på Hospice.

Af de 168 patienter havde:

- 4 patienter anden hoveddiagnose end cancer:

- dårlig hjerte
- lungefibrose
- lungeemfysem
- asbestose i lungerne

- 164 patienter cancer som hoveddiagnose:

- 11 patienter med cancer i hoved/hals ~ 6,7 %
- 32 patienter med cancer i mave/tarm ~ 19,5 %
- 33 patienter med cancer i lunge/lungehinde ~ 20,1 %
- 32 patienter med cancer i brystet ~ 19,6 %
- 8 patienter med cancer i bugspytkirtel ~ 4,9 %
- 9 patienter med cancer i livmoder/æggestokke ~ 5,5 %
- 3 patienter med cancer i hjerne ~ 1,8 %
- 10 patienter med cancer i huden ~ 6,1 %
- 12 patienter med cancer i prostata ~ 7,3 %
- 5 patienter med cancer i nyre/urinveje ~ 3,0 %
- 3 patienter med cancer i lever/galdeveje ~ 1,8 %
- 6 patienter med cancer i blod/lymfe ~ 3,7 %

De **hyppigste** gener og symptomer hos patienterne ved indlæggelsen:

- smerter
- udtalt træthed
- appetitløshed
- kvalme
- åndedrætsbesvær
- angst
- depression
- dårlig AT (almen tilstand)
- vægttab
- ødemer
- obstipation
- manglende søvn og hvile
- meget afkræftet

Kommentar:

Nævnte gener/symptomer er opstillet i den rækkefølge de hyppigst er forekommet.

I år 2000 har der været 140 pårørende (+ tre hunde) "medindlagt" på Hospice. Hvilket udgør 693 døgn i alt.

- 129 pårørende i 01-07 dage
- 5 pårørende i 08-14 dage
- 4 pårørende i 15-21 dage
- 0 pårørende i 22-28 dage
- 2 pårørende i > 28 dage

Tilstede ved dødslejet ved de 100 patienter:

- hos 95 patienter var der pårørende og/eller personale
- hos 5 patienter var der ingen tilstede
(patienten døde pludseligt og uventet)

Højtidelighed på Hospice i forbindelse med dødsfald:

- hos 56 patienter, har der været en højtidelighed ~ 56,0 %
- hos 44 patienter, har der ikke været nogen højtidelighed ~ 44,0 %

Opfølgning hos de efterladte pårørende:

- pårørende til 91 patienter har ønsket opfølgning tre uger/tre mdr. efter patientens dødsfald ~ 91,0 %
- pårørende til 9 patienter har ikke ønsket opfølgning tre uger/tre mdr. efter patientens dødsfald ~ 9,0 %

Udover plejepersonalet og lægen har følgende været involveret under patientens indlæggelse:

- præsten: 79 patienter ~ 47,0 %
- socialrådgiveren: 30 patienter ~ 17,9 %
- psykoterapeuten: 28 patienter ~ 16,7 %
- fysioterapeuten: 39 patienter ~ 23,2 %
- økonomaen/diætisten: 168 patienter ~ 100,0 %

*Pårørende, -
synlige deltagere
med egne behov.
V/Karen Marie
Dalgaard,
souschef,
stud.scient.soc.*

Overskriften kan ses som en kortfattet konklusion på et forskningsprojekt gennemført ved KamillianerGaardens Hospice i år 2000. Et projekt omhandlende de pårørende i den palliative indsats, om deres behov for hjælp og støtte, når en af deres nærmeste er indlagt på Hospice for at dø og i sorgen over tabet efter dødsfaldet.

Projektet er udarbejdet i forbindelse med et kandidatstudie ved Aalborg Universitet indenfor det samfundsvidenskabelige felt. Baggrunden for valg af netop dette tema, er dels det faktum, at hjælp og støtte til de pårørende indgår som et formuleret mål i den palliative indsats - og dels en erkendelse af, at der findes sparsom viden om netop de pårørende som målgruppe i den palliative indsats.

Projektet er lavet ud fra en tro på, at de pårørende kan bidrage med vigtig viden om egne oplevelser og behov. Og ud fra en tro på, at de pårørendes adgang til at vurdere KamillianerGaardens Hospice som institution kan være et vigtigt forandringspotentiale, fordi de professionelle viden og holdninger udfordres af de pårørendes bidrag.

Projektet tager udgangspunkt i kvalitative forskningsmetoder. Der er lavet i alt seks interview med efterladte tre til seks måneder efter tabet af en nærtstående. Der indgår pårørende af begge køn, i alderen 31-85 år, med forskellig tilknytning til afdøde; ægtefæller, børn og forældre. Derudover er som data anvendt 19 breve, som er sendt uopfordrede fra efterladte til Hospice en til to måneder efter tabet af en nærtstående.

Resultaterne er samlet i tre hovedafsnit, som indeholder i alt ti temaer, som udtrykker de pårørendes ønsker og behov. Disse hovedafsnit gives i oversigtsform. Tal i parentes henviser til de enkelte temaer i nummereret rækkefølge.

De pårørendes møde med KamillianerGaardens Hospice:

- At være pårørende – at blive mødt som et synligt individ af professionelle mennesker (1)
Her indgår seks undertemaer til uddybning: At udtrykke sig som synligt individ, at blive set, at blive talt med, at blive informeret, at blive set som en hel person, at blive taget hånd om af professionelle mennesker.
- At være pårørende på Hospice – at føle sig hjemme (2)
- At være pårørende på Hospice – at vælge passende indtryk (3)

De pårørendes omsorg for den syge:

- At være pårørende – at vælge omsorgsrolle for den syge efter eget valg (4)

De pårørendes møde med det professionelle program for den palliative indsats:

Det forberedende sorgarbejde – den syge og de pårørende:

- At nå det der skal nås – at komme tæt på hinanden (5)
- At nå det der skal nås – at være sammen (6)

Dødsprocessen:

- At være pårørende – at få passende opbakning midt i meningsløsheden (7)
- At være pårørende – at tage afsked med afdøde efter eget ønske (8)

Det opfølgende sorgarbejde:

- At være alene – at opleve professionel omsorg (9)
- At være alene – at dele oplevelsen om tabet (10)

I det følgende uddybes ovenstående temaer indholdsmæssigt.

De pårørendes møde med KamillianerGaardens Hospice.

De pårørende føler sig tæt forbundet med den syge og sætter ofte deres egne behov i anden række. Det har stor betydning for de pårørendes oplevelse af Hospice, at den syge er glad for opholdet, og at omsorgen for den syge er i orden. Forholdet, og samspillet mellem den syge og de pårørende har stor indvirkning på de ønsker og behov, de pårørende har, også i forhold til professionel hjælp og støtte.

De pårørende ønsker, at blive mødt som synlige personer af personalet. De vil gerne ses, som dem de er, og som en del af situationen omkring den syge. De vil gerne tale med personalet, også om løst og fast, og de efterlyser meget konkret information om den syges situation. Sidst fremhæves, at hospiceidéen forudsætter, at de professionelle er både professionelle og mennesker – professionelle mennesker!

Institutionen Hospice udtrykker sig på forskellig vis overfor de pårørende. Et udtryk, som gør indtryk på de pårørende. Det har betydning for de pårørende, at de føler sig hjemme på Hospice. Det gør de, når de har en oplevelse af frihed og en atmosfære af varme, fællesskab og liv. De fysiske rammer, og den atmosfære personalet er med til at skabe via deres måde, at være tilstede på, fremhæves også som betydningsfuld. Det kan være med til, at gøre det meningsløse meningsfuldt.

De fysiske rammer på Hospice giver de pårørende mulighed for kun at lukke de indtryk ind, de finder vigtige. En enestue giver eksempelvis mulighed for, at fravælge uønskede indtryk.

De pårørendes omsorg for den syge.

De pårørende ønsker, at drage omsorg for den syge, men først og fremmest ønsker de tid til nærvær og samvær med den syge. Det fremhæver vigtigheden af selv at kunne vælge, hvilke omsorgsopgaver netop de i deres situation ønsker eller magter at udføre. De pårørende er, om ikke konkrete hjælpere så er de, altid deltagere i situationen omkring den syge. De pårørende vurderer løbende, den omsorg den syge får af personalet, og er den ikke i orden, er de parat til selv at træde til som den syges talerør eller de udfører selv konkrete opgaver. I den sidste ende er det således forhold relateret til såvel den syge, den pårørende selv, de professionelle og strukturelle forhold som sådan, der afgør, hvordan de pårørende er deltagere i situationen omkring den syge.

De pårørendes møde med det professionelle program for den palliative indsats.

"Kræftdøden" er en død, der er kendetegnet ved at være en varslet død, ventet på et vist niveau, i modsætning til en pludselig død ved et ulykkestilfælde eller akut sygdom. Den varslede død betyder, at de pårørendes tab og sorg ofte starter lang tid før indlæggelsen på Hospice.

Tiden til forberedelse er der i princippet, men det er meget forskelligt, hvor langt de pårørende kommer i sorgprocessen inden dødsfaldet. Undersøgelsen viser, at muligheden for en tæt tilknytning - nærvær - mellem den syge og de pårørende inden dødsfaldet, og muligheden for at være sammen - samvær - gør det nemmere for de pårørende, at komme videre med deres liv alene bagefter.

Der kommer et tidspunkt, hvor den syge er uigenkaldeligt døende. De pårørende frygter tilsyneladende selve den fysiske død mest. Men undersøgelsen har vist, at det sværeste ofte er, at være tilstede ved dødslejet, specielt hvis døden trækker ud. Den syges liv og lidelser kan opleves som meningsløst og uden livskvalitet, og de pårørende føler sig hjælpeløse, og har selv en oplevelse af meningsløshed. De pårørende har behov for hjælp og støtte i denne meningsløshed og afmagt. De har brug for, at de professionelle tager ansvar for, at styre forløbet uden dog at overtage situationen. Og det er vigtigt for de pårørende, at deres forståelse af situationen, er udgangspunktet for de professionelles tolkning af situationen og hvad de der ud fra bør gøre.

Når den syge er død, opleves den sidste afsked betydningsfuld. Afskeden er en markering af den endegyldige fysiske adskillelse mellem den syge og de pårørende. Afskeden kan indeholde forskellige symbolske elementer, og rammerne omkring afskeden kan være en planlagt højtidelighed eller en spontan, privat afsked. Det vigtigste for de pårørende er, at afskeden kan foregå ud fra deres behov og valg.

De pårørende og den syge er nu fysisk adskilt, og den pårørende skal leve videre alene. De nuværende opfølgningssamtaler pr. telefon efter tre uger og igen efter tre måneder, dækker stort set de pårørendes behov for hjælp fra KamillianerGaardens Hospice. Dels er telefonsamtalerne udtryk for omsorg, med mulighed for at få professionel støtte og vejledning, og dels giver det mulighed for, at dele oplevelsen om tabet med nogen, som var tilstede i forløbet. De pårørende har dog forskellige forslag til yderligere opfølgning efter tabet af en nærtstående, og prioriterer en individuel og behovspræget hjælp og støtte ud over den, som allerede tilbydes.

Ovenstående projekt er blevet meget vel modtaget af kolleger på KamillianerGaarden og af bestyrelsen. Projektet har givet anledning til refleksion over indsatsen for de pårørende. Den viden, projektet har frembragt, bliver brugt som en vejviser i hverdagens indsats ved, at stille spørgsmålet: "Kunne dette også tænkes, at gøre sig gældende for netop denne pårørende?"

I år 2001 vil viden fra dette projekt, og personalets refleksioner over samme, blive udgangspunkt for en kvalitetsbeskrivelse af indsatsen overfor de pårørende som målgruppe i den palliative indsats på KamillianerGaardens Hospice.

**Fysioterapi på
Hospice
V/Tina Lambrecht,
fysioterapeut**

Et af tilbudene til patienterne på Hospice er fysioterapi. Fysioterapi vil mange mennesker umiddelbart forbinde med fx genoptræning og massage, hvor man bliver sine skavanker kvit. Men fysioterapien på Hospice er af en lidt anden karakter, her gælder det ikke helbredelse, men lindring.

Der er mange midler og metoder i fysioterapien, som kan have lindrende karakter. Lindring er egentlig overskriften for al behandling. Det betyder at kunne afhjælpe patientens symptomer, problemer og tilstand, til en, for patienten bedre helhedssituation, og arbejde for en højere livskvalitet i nuet, i stedet for helbredelse.

Som fysioterapeut på Hospice kan jeg ikke kun anskue patienten ud fra den fysiske synsvinkel. Det er lige så vigtigt, at være opmærksom på de psykiske, sociale og eksistentielle synsvinkler og ressourcer. At kunne rumme alle de synsvinkler til patienten, kræver et tæt tværfagligt samarbejde. Kun derved kan hver enkelt faggruppe give den relevante behandling eller pleje, og på den måde kan vi i fællesskab med patienten og dennes pårørende, yde den optimale omsorg og behandling.

Den optimale omsorg og behandling opnår vi kun, hvis vi ser på patienten som en helhed. Det vil sige, at vi som fysioterapeuter ikke ser på patienten som en krop med en sygdom, men at sygdommen er en del af det hele menneske. Så fokus bliver mennesket mere end sygdommen.

For at kunne det, er det vigtigt at møde patienten, der hvor patienten er. Det betyder, at kunne acceptere patientens mening om eksempelvis behandling og medicin, men også patientens sindstilstand, uanset om ens logik, overbevisning og professionelle viden, siger én noget andet. Selvfølgelig skal man bruge sin faglige viden til, at komme omkring patientens problemstilling, og det kan måske bidrage til, at give et mere nuanceret billede af situationen, men man skal altid respektere patientens beslutning og mening om egen situation som værende mindst lige så god, som ens egen mening. Kun derved kommer vi tættest på patienten og bliver dermed en større hjælp.

Det fordrer, at fysioterapeuten skal kunne være nærværende, i den givne situation, at turde erkende de følelser jeg som behandler kan komme ud for. Det vil sige, at turde lade sig selv blive påvirket af situationen, og sidst men ikke mindst at være ærlig; at jeg som et menneske over for et andet menneske kan sige til og fra, således at man ikke overtræder egne grænser.

Når jeg kommer så langt som til, at skulle anvende bestemte midler og metoder, da er det meget vigtigt, at tage udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer. Sammen med patienten taler jeg om, hvilken behandling vi i fællesskab vælger, og hvad målet er for den givne behandling. Patientens tilstand kan ændre sig fra dag til dag, og det kræver, at jeg som fysioterapeut er fleksibel og altid parat til, at omstille mig til patientens behov og tilstand. Altid at kunne afpasse behandlingen i forhold til de af patienten givne ressourcer.

Fysioterapi er et nuanceret fag, hvad angår midler og metoder, og fysioterapeutens mål for behandlingen af patienten er præget af mangfoldighed. Der kan være mere end ét mål for øje ved behandlingen, men nogle af de vigtigste for patienter, som er på Hospice, kan være følgende:

- lindre smerten direkte eller indirekte ved behandling som fx flytter fokus
- give tryghed og tillid
- støtte patienten i deres liv og hverdag
- forbedre livskvaliteten og styrke kropsbevidstheden
- dæmpe angst som tit er forbundet med anspændt vejrtrækning og dårlig nattesøvn
- give positive kropsoplevelser som fx varme, bedre vejrtrækning, mindre kvalme, lindre vandladningsbesvær og forstoppelse
- have forståelse for patientens situation
- yde hjælp til selvhjælp som giver patienten kontrol, selvstændighed, selvværdsfølelse og frihed

Ovenstående mål kunne udmønte sig i midler og metoder som fx:

- afspænding
- berøring (herunder massage, klap og stryg)
- ødem behandling (behandling af hævede kropsdele)
- udlevere hjælpemidler
- lungefysioterapi
- smertelindre (direkte eller indirekte) fx tens (stimulation som dæmper smerter)
- mobilisering
- varme (vadbassin og spa bad)
- kommunikation
- hvilestillinger

Nytter det noget ? - Hvad kan du gøre for en patient, som lever i den sidste del af sit liv ?

Det er ikke ukendte holdninger eller spørgsmål. Ja det nytter ! For selv om du ikke kan helbrede, så kan du lindre, og spørger du patienten, så er lindring meget værdifuld og livgivende.

Fysioterapeuten giver patienterne det nærværende, kropslige møde, og patienten bliver virkelig set og rørt ved, på trods af sygdom og tilstand. Lige meget hvor dårlig en patient har det, vil der næsten altid være mulighed for at lindre, og dermed at gøre noget for det enkelte menneske.

Musikterapeutisk arbejde ved Hospice

I årsrapporten for 1999 redegjorde Marianne Bode for musikterapi ved KamillianerGaardens Hospice, som et behandlingstilbud for alvorligt syge og døende mennesker, i deres sidste livsfase.

Med store forventninger, men vel også med en vis sund skepsis fulgte vi over en periode på ca. fire måneder, den studerendes tilbud om musikterapi.

Gudsbilleder
V/Ole Raakjær,
Præst

Med stor glæde konstaterede vi musikterapeutens funktion som en aktivitet, der formåede at lindre plagsomme symptomer og give omsorg på det eksistentielle og åndelige område med psykisk velvære hos patienterne.

I år 2000 havde vi desværre ikke dette behandlingstilbud til patienterne på Hospice. - Men ved hjælp af midler fra Gudrun og Erik Kauffeldts Fond, kan vi i år 2001 gennemføre et udviklingsprojekt vedr. musikterapi af Marianne Bode, musikterapeut.

Se venligst projektbeskrivelsen, bilag 1.

Jeg blev engang ringet op af en sygeplejestuderende, som ville skrive afsluttende opgave om åndelige og eksistentielle problemer i sygeplejen. Hun fortalte, at hun i sin sidste praktik havde været 8 måneder på en onkologisk afdeling, og der havde i den tid kun været ét menneske, der ønskede åndelig omsorg. Jeg spurgte hende, hvordan det behov havde vist sig i praksis? Jo, kun denne ene person havde i det tidsrum bedt om at komme til at tale med en præst! At her er noget galt, er formentlig klart for enhver, og det var det selvfølgelig også for denne sygeplejestuderende.

Spørger man patienter om de ønsker åndelig omsorg, så viser både danske og udenlandske undersøgelser, at det vil de være meget tilbageholdende med at svare bekræftende på. Vi er, uanset om vi er syge eller raske særdeles blufærdige på det religiøse område, og umiddelbart vil de fleste forstå det, som om de er blevet spurgt, hvorvidt de ønsker hjælp til udførelse af religiøse handlinger som f.eks. bibellæsning, bøn, salmesang, deltagelse i gudstjeneste eller nadver, eller måske besvarelse af direkte religiøse spørgsmål. Men med mindre man gennem hele sit liv har haft det, man kunne kalde en religiøs praksis, er det sjældent de første behov, der melder sig, når man bliver alvorlig syg. Ja, tankegangen vil måske endda ofte være, at når nu gud, har "ladet" mig blive syg, så skal jeg i hvert fald ikke have noget med ham at gøre, hvorfor man også vil svare: "Nej, jeg har ikke brug for åndelig omsorg!" - underforstået "..det skulle han, gud, sandelig have sørget for noget før!"

Spørger man derimod patienter, om de har brug for, at nogen giver sig tid til at lægge øre til alt det svære og tunge i deres liv, om hvilke tanker, de har gjort sig om deres sygdom og dens konsekvenser, om bekymringerne for ægtefællen og børnene, om angsten for fremtiden, smerterne, døden, om skyldfølelser, vrede mod gud, bitterhed og magtesløshed, så siger de færreste nej tak.

Det er disse "ører", som blandt andet præsten stiller til rådighed på Hospice, og i samtalens løb viser det sig ofte, at der er ganske kort vej fra det, der ser ud til at være helt "almindelige" hverdagsproblemer til et gudsbillede, som enten kan være hæmmende eller støttende for den pågældende patient eller pårørende.

Når man rammes af en livstruende sygdom, er det ikke ualmindeligt, at man gør sit liv op og tænker tilbage på de små og store begivenheder, ens tilværelse er sat sammen af. I denne proces skal man være temmelig

hårdhudet, hvis man ikke en gang imellem rammes af følelsen af, at der var noget, man gjorde forkert, at man svigtede dem, man egentlig havde ansvar for, eller undlod at handle, selvom man godt vidste, hvad der var rigtigt. Vi taler ikke her om lovovertrædelser sådan i juridisk forstand, men om den eksistentielle skyld, vi ikke kan undgå at pådrage os, fordi det at være menneske grundlæggende er at være skyldig. Ingen af os kan leve et liv uden at efterlade os ubetalte "regninger" i forhold til dem, vi er knyttet til, ja til livet overhovedet. I dødens nærhed kan dette grundvilkår let forveksles med følelsen af ikke at være god nok til eller fortjene andres omsorg, de pårørendes slid og slæb eller dybest set ikke god nok til at blive lukket ind i himlen. Det kan godt give søvnløse nætter.

Uanset hvor meget de pårørende eller personalet på Hospice forsikrer den syge om, at han selvfølgelig er god nok, at han "fortjener" al den opmærksomhed og omsorg, han nu får, så flytter det sjældent afgørende på vedkommendes følelse af utilstrækkelighed. Det kan hænge sammen med, at der et eller andet sted i underbevidstheden huserer et billede af en straffende og dømmende gud, der ikke vil lukke ham ind i Himmeriget, fordi han ikke har levet op til bestemte normer og krav. Og én gud kan kun erstattes af en anden gud, eller sagt på anden måde; et dømmende og straffende billede af gud kan ikke bare fjernes. Det er ikke nok at sige, at "det er noget sludder" eller "sådan skal du ikke tænke". Det skal "dækkes" af det nytestamentlige billede af Gud som den kærlige og barmhjertige fader, der tager imod syndere og af Jesus, som den medlidende, der fra sin egen krop kender til mørket og lidelsen. Det kristne evangelium er netop for syndere, for dem, der ved, at de ikke er perfekte og ikke altid har gjort det rigtige. En tysk teolog sætter det på spidsen og taler om, at kristendommens gud netop er gud for de ugudelige, for dem, der føler sig alene og udenfor, de marginaliserede, de syge, de udstødte, dem andre ikke regner med.

Et sted i et af Korintherbrevene beder Paulus om mere styrke og mere tro for at blive en god missionær. Guds svar til Paulus lyder: "Min nåde er dig nok!" Med andre ord, Gud siger til ham: "Det kommer ikke an på din formåen, dine præstationer, din fromhed eller din godhed. Når du har dine synders nådige forladelse og det evige liv, så er det ikke fordi, du har fortjent det, ikke fordi, du har eller kan knokle dig til det, men fordi jeg elsker dig!" Guds kærlighed får vi ligesom menneskers kærlighed altid af nåde, det vil sige gratis, uden at skulle betale for den med en bestemt måde at leve på eller bestemte meninger og holdninger.

At holde dette gudsbillede op mod patientens angst- og urovækkende opfattelse af gud kan ske i samtalens form, men det kan også finde sted ved at bede eller synge sammen eller ved at dele nadverens brød og vin.

Når man bliver alvorlig syg, sker der en nedbrydning af alle ens billeder: verdensbilleder, gudsbilleder, menneskebilleder, identitetsbilleder, idealbilleder, virkelighedsbilleder. Det er en meget smertefuld proces, fordi vi kun nødtigt giver afkald på det kendte og trygge. Men måske er det i hvert fald med gudsbilleder sådan, at de gamle må knuses, for at gud kan blive til levende erfaret virkelighed i det enkelte menneskes liv. En meget syg kvinde fortalte mig, at dengang hun fik sin kræftdiagnose, røg gud ud. Det kunne han ikke være bekendt. Nu havde hun bedt sit

Hvornår oplever patienter og pårørende, at vi er professionelle ?
V/Birgit Bundgaard, sygeplejerske

Fadervor hver eneste aften hele sit liv, og så blev hun syg. Det var ikke retfærdigt. Men der gik kun kort tid, så kom han tilbage igen. Men nu var det en anden gud. Det var ikke en gud, der havde sendt sygdommen som straf eller for at opdrage hende, men en gud der gav hende mod og styrke til at leve det forandrede liv. En gud, der lod hende mærke, at hun ikke var alene - selv når hun følte mørket trække sammen om sig, en gud, der gav hende et håb, der mere havde at gøre med mening her og nu end med overlevelse.

Hendes gamle billede af gud, som den instans, der til gengæld for et dagligt Fadervor, skulle sikre hende et trygt og sygdomsfrit liv, måtte hun give afkald på til fordel for en erfaring af nærvær, livsmod og håb midt i alt det svære. Og det var måske slet ikke så dårligt et bytte!

Hvad er det at være professionel ?

Et meget stort, spændende og mangesidigt emne, som skaber ærefrygt og stolthed, når man tænker over det, men også lidt komplekser, for hvornår er vi professionelle ?

Jeg kom til at tænke på, at vi i mit arbejde på Hospice modtager mange breve fra pårørende. Det sker ikke sjældent, at vores indsats som sygeplejersker, i de pårørendes beskrivelser, bliver betegnet som professionelt.

Jeg fik lyst til at se om jeg, ved at læse gamle breve, kunne finde ud af hvilke oplevelser, der fik de pårørende til at benytte ordet professionel i deres breve.

Der er ingen tvivl om, at det de pårørende beskriver, er oplevelsen af, at være i rammer, der skaber tryghed.

Trygheden opstår, når man som patient eller pårørende føler sig betragtet som et helt menneske, et menneske med historie og livserfaring.

Trygheden og tilliden opstår, når patienten/den pårørende oplever, at de "professionelle" lytter og handler på hans/hendes ønsker og behov.

"Nærhed, kærlig omsorg, lindring, forståelse, indsigt, omtanke, oprigtig deltagelse, naturlighed, millimeteragtig opmærksomhed, godhed, ro, accept og opbakning".

Er nogle af de ord, de pårørende har brugt i beskrivelsen af deres oplevelse, og som gør os til de professionelle sygeplejersker.

Det undrer mig måske en smule, at den lindrende behandling med medicin, fysioterapi og andet, kun meget sjældent indgår i disse "takkebreve". Det er som om, det er den mellemmenneskelige relation, der har størst betydning for, om man som patient og pårørende har oplevet sygeplejersken professionel.

Nogle vil sige, at patienter med en uhelbredelig sygdom, der ved at døden nærmer sig, er mere tilbøjelig til, at fokusere på de mellemmenneskelige relationer, end andre patienter inden for sygehusverdenen. Jeg tror ikke, det forholder sig sådan.

**Kulturudvalget
V/Mette Albæk
sygeplejerske**

Lige meget hvor "banal" en sygdom patienten måtte lide af, afhænger hans opfattelse af indsatsen som professionel om, hvorvidt han bliver set som menneske, og modtager den omsorg han har brug for. Gør han ikke det, vil en nok så god behandling ikke opleves som professionel.

Som sygeplejersker gør vi en forskel.

Mit lille "brev-studie" får mig til at mene, at vi skal være os meget bevidste om, **hvor** det er, vi gør en forskel.

Selvfølgelig skal vi være dygtige på alle de praktiske og vidensbaserede områder. Men vi må ikke glemme, at sygeplejerskens vigtigste opgave er omsorgen og det mellemmenneskelige nærvær.

For det er i dette felt, vi bliver oplevet som professionelle !

I år 2000 dannede vi på Hospice et kulturudvalg på foranledning af, at flere patienter og pårørende ytrede ønske om nogle kulturelle tilbud, som kunne bringe mere liv i huset. Udvalget består af Ingrid Rønnow og Lis Nyborg (begge frivillige) samt afdelingssygeplejerske Karen Marie Dalgaard og sygeplejerskerne Inge Birthe Sørensen, Grethe Andersen og Mette Albæk.

I det forgangne år begyndte vi med aftensang for patienter og pårørende to gange om måneden, hvor Asmus Jæger (frivillig og organist) akkompagnerede på klaveret.

Patienter og pårørende har modtaget disse aftner meget positivt. Derfor besluttede vi i efteråret, at afholde aftensang én gang om ugen.

Vi har etableret et lille "bibliotek" af CD-er, som lånes fra landsbiblioteket, hvilket åbner mulighed for, at skaffe den musik den enkelte patient ønsker at høre.

Af arrangementer har vi i efteråret haft følgende:

- september, besøg af Egense-koret, som førte os rundt i den danske sangskat
- oktober, var skuespiller Ebbe Trenskow her, hvor han læste H.C. Andersen eventyr og fortalte om sit liv på Aalborg Teater
- november, spillede Storvorde Harmonika ensemble en bred vifte af forskellige melodier for os
- december, blev arrangementerne holdt i julens ånd, hvor præst Lisbeth Michelsen fortalte om julen på Færøerne. Og hver søndag eftermiddag var der advent sang

Det har været en stor glæde for patienter og pårørende, at deltage i de forskellige arrangementer. Fremmødet har været meget vekslende og afhængig af, hvor syge patienterne var, men de musikalske indslag har kunnet høres i hele huset og givet "varme" helt ind på patientstuerne.

I skrivende stund er vi i fuld gang med at træffe aftaler om kulturelle arrangementer i foråret 2001, som indeholder såvel musik som foredrag.

**Det psykiske
arbejds miljø på
Hospice
V/Birthe Pedersen,
sygeplejerske/sik-
kerhedsrepræsentant
og
Knud Ole Pedersen,
Hospiceleder/ar-
bejdslederrepræ-
sentant**

Ved KamillianerGaardens Hospice havde såvel ledere som medarbejdere et ønske om i år 2000, at få belyst arbejdspladsens psykiske arbejdsmiljø.

Ved personalemødet den 05.10.2000 blev medarbejderne præsenteret for et materiale udarbejdet af Arbejds miljøinstituttet. Et spørgeskema indeholdende otte dimensioner med i alt 44 spørgsmål.

Der var positiv tilslutning til at anvende dette redskab til en vurdering af det psykiske arbejdsmiljø ved Hospice.

Spørgeskemaet blev udleveret den 09.10.2000 til alle 20 fastansatte medarbejdere ved Hospice. Der var den 03.11.2000 modtaget 19 spørgeskemaer, hvilket svarede til en besvarelsesprocent på 95.

Arbejds miljøinstituttets spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø er udviklet i forbindelse med et større projekt, hvor ca. 2000 arbejdstagere besvarede spørgsmål om deres psykiske arbejdsmiljø og deres helbred. Skemaet består af otte dimensioner og 44 spørgsmål:

- Krav i arbejdet: 6 spørgsmål
- Indflydelse og udviklingsmuligheder i arbejdet: 10 spørgsmål
- Ledelse, støtte og kommunikation i arbejdet : 10 spørgsmål
- Utryghed i arbejdet: 4 spørgsmål
- Tilfredshed med arbejdet: 4 spørgsmål
- Generelt helbred: 1 spørgsmål
- Psykisk velvære: 5 spørgsmål
- Vitalitet: 4 spørgsmål

Arbejds miljøinstituttet udtaler, at spørgeskemaet kan anvendes, når man på arbejdspladsen ønsker at kortlægge det psykiske arbejdsmiljø uden brug af eksperter.

De ansatte udfylder et spørgeskema hver. Resultatet gøres op for hele arbejdspladsen samlet, hvis det er en mindre arbejdsplads, dette for at sikre anonymiteten.

Skemaet indeholder ikke personlige oplysninger om køn, alder, uddannelse eller lignende, idet formålet alene er, at belyse arbejdspladsens psykiske arbejdsmiljø.

Følgende etiske regler er en forudsætning i forbindelse med anvendelsen af skemaet:

- Det skal være frivilligt at deltage. Der må ikke lægges pres på nogen for at få dem til at svare
- Den enkelte skal være anonym. Resultaterne skal gøres op for grupper, der er så store, at man ikke kan genkende enkeltpersoner
- Alle medarbejdere, som har bidraget til undersøgelsen, har ret til at se de samlede resultater
- Det er virksomheden, og dens afdelinger, der bliver undersøgt, ikke de enkelte medarbejdere

Vurderingen af medarbejdernes besvarelse af de 44 spørgsmål i de otte dimensioner er foretaget udfra Arbejdsmiljøinstituttets vejledning/nøgle til vurdering. Denne vejledning/nøgle havde medarbejderne naturligvis ingen kendskab til ved deres besvarelse af spørgeskemaet.

Vurderingen er foretaget af sikkerhedsrepræsentanten og arbejdslederrepræsentanten medio november måned og fremlagt for medarbejderne på personalemødet den 06.12.2000.

Af medarbejdernes besvarelse fremgår **blandt andet**:

- at såvel de kvalitative-, kvantitative- som emotionelle krav til personalet i arbejdet på Hospice ligger meget højt, men
- at personalets egen indflydelse på arbejdet er stort, og udviklingsmulighederne i arbejdet og i organisationen er gode og således medvirkende til at kunne klare de høje krav, ligeledes
- at personalet oplever en stor grad af faglig og personlig støtte, feedback i arbejdet, socialt fællesskab, relevante informationer på rette tidspunkt samt gode ledelseskvaliteter
- at personalet oplever stor tryghed og tilfredshed i arbejdet på Hospice

Udover ovenstående har Hospice også haft kontakt med Arbejdstilsynet, der arbejder med "Emneindsats om psykisk arbejdsmiljø" med fokus på det psykiske arbejdsmiljø hos det plejende og behandlende personale på sygehuse.

Arbejdstilsynet har prioriteret nogle afdelinger på sygehusene i Nordjyllands Amt samt KamillianerGaardens Hospice.

Arbejdstilsynet ønsker med indsatsen, at understøtte arbejdsstedernes eget arbejde for, at bedre det psykiske arbejdsmiljø. Indsatsen fokuserer derfor på, hvordan vi på Hospice kortlægger, fremlægger og afhjælper problemer i det psykiske arbejdsmiljø.

Arbejdstilsynet besøgte Hospice den 14.12.2000. I brev fra Arbejdstilsynet den 21.12.2000 fremgår det, at man ikke har ændringsforslag til, hvordan vi på Hospice arbejder med det psykiske arbejdsmiljø, men opfordrer os til at tage fat på det **fysiske** arbejdsmiljø.

At være tillidsrepræsentant ved et Hospice
V/Birgit Bundgaard

Jeg har nu i to år fungeret som tillidsrepræsentant for sygeplejersker ved KamillianerGaardens Hospice.

Når jeg med tillidsrepræsentantens øjne ser tilbage på perioden, har det været udfordrende og spændende.

Jeg havde ved ansættelsen mange års erfaring med opgaverne som tillidsrepræsentant, fra såvel sygehus som hjemmesygeplejen, - en baggrund som jeg har følt værdifuldt.

Det har været en udfordring, at skulle finde sine egne ben i en hel ny organisation, hvor samarbejdsstrukturen ikke var færdig defineret, og hvor der fra starten var så mange andre forhold, der blev oplevet som mere vigtigt for helheden.

Jeg synes, vi er kommet godt på vej!

Det var vigtigt for mig, at der fra starten blev opbygget nogle samarbejdsrelationer, der levede op til aftalerne i den centralt forhandlede "KTO aftale om samarbejde og samarbejdsudvalg". Derfor satte jeg dette på dagsordenen.

Samarbejdsrelationerne på Hospice er nu beskrevet, og blev starten på arbejdet med, at få lavet en organisationshåndbog for Hospice.

En organisationshåndbog, som beskriver alle organisatoriske forhold, der vedrører arbejdspladsen. – Vi er en arbejdsgruppe bestående af hospicelederen, afdelingssygeplejersken, tillidsrepræsentanten samt en medarbejder. Arbejdet med organisationshåndbogen har givet anledning til mange gode og udviklende diskussioner.

"Tillidsrepræsentantens opgaver omhandler løn og ansættelsesforhold, organisatoriske forhold og faglige forhold", og som tillidsrepræsentant samarbejder man med kolleger og arbejdsgiver og for mit vedkommende med Dansk Sygeplejeråd.

Et samarbejde omkring ovenstående forhold kræver, at samarbejdspartnerne har tillid til tillidsrepræsentanten, og tillidsrepræsentanten må gøre sig fortjent til denne tillid.

Jeg har gennem perioden oplevet, at jeg som tillidsrepræsentant er blevet mødt med tillid, og mit samarbejde med kolleger og ledelse fungerer derfor tilfredsstillende.

Ud over den daglige kontakt i arbejdsdagen, har jeg en fast aftale med ledelsen om at mødes og snakke sammen før hver personalemøde, og der er aftalt mulighed for at holde møde med mine kolleger efter personalemødet.

Vi har i perioden måtte forholde os til større ting, som "Overenskomst 99", og de ændrede arbejdstidsregler. På Hospice blev resultatet, at der blev lavet nye lokalaftaler. Der har været forhandlet "Ny Løn", og vi har startet diskussionen om lønstrategier.

"Dansk Sygeplejeråds Tillidsrepræsentant kan, vil og tør" står der i Dansk Sygeplejeråds visioner. Det kræver kompetence, motivation og risikovillighed.

Jeg prøver i mit arbejde at leve op til dette, og jeg er så heldig, at samarbejds klimaet på Hospice understøtter denne måde at arbejde på.

Tillid, åbenhed og ønsket om udvikling er grundlaget for et godt samarbejde, og en god arbejdsplads !

Det frivillige arbejde ved KamillianerGaarden V/Inger Persson, koordinator og Ida J. Kristensen, koordinator

Ved udgangen af år 2000 er der ved KamillianerGaardens Hospice og Kafé Kamillus, 37 kvinder og 10 mænd, der alle yder en frivillig indsats.

Der har været afholdt fem introduktionskurser i år 2000 af én dags varighed. Ingen kan være frivillig på KamillianerGaarden uden at have gennemgået dette kursus.

Kurset omfatter historien bag KamillianerGaarden, samt den organisatoriske opbygning. Der orienteres om de frivilliges funktioner, dagligdagen på Hospice, sjælesorg, samt tavshedspligt. To erfarne frivillige kommer og fortæller om, hvordan de oplever at være frivillig i henholdsvis Hospice og Kafé Kamillus. Dagen slutter med en fordeling af de nye frivillige til de funktioner, de har ressourcer til og således at alle får en erfaren frivillig at følges med i starten.

Forud for den beslutning om at være frivillig, ligger en samtale mellem koordinator og den enkelte ansøger. Samtalen tager udgangspunkt i et spørgeskema, som i god tid inden samtalen er tilsendt den frivillige. I samtalen vægtes dialogen og forståelsen for det at være frivillig. Det er vor erfaring, at det er utrolig vigtigt, at den frivillige har det rigtige billede af det, at være frivillig på KamillianerGaarden, således at den frivillige ikke har urealistiske forventninger til sin funktion som frivillig.

Som koordinator er det en meget stor og ansvarsfuld opgave at vurdere, om de frivillige, der vælger at være på KamillianerGaarden, også kan leve op til det ansvar, der ligger i samarbejdet med andre frivillige, personale, patienter og pårørende.

Der har været møder og undervisning året igennem for alle frivillige. Til møderne har Hospiceleder Knud Ole Pedersen deltaget i mødets start, samt evt. en repræsentant fra personalet på Hospice.

Det er af uvurderlig betydning, at samarbejdet mellem frivillige og personale er det bedst mulige, og at eventuelle tvivlsspørgsmål drøftes igennem og løses. Der er f.eks. udarbejdet en arbejdsplan for de frivillige omkring "værtindefunktionen", som er lavet af en arbejdsgruppe bestående af frivillige og en personalerepræsentant.

Fra alle møder udarbejder koordinator et beslutningsreferat, der er tilgængelig for de frivillige, der er forhindret i at møde, ligesom bestyrelserne for henholdsvis Hospice og Kafé Kamillus holdes orienteret om det frivillige arbejde.

De frivillige varetager mange forskellige funktioner. Fra starten blev det besluttet, at de frivillige skulle varetage en "værtindefunktion" ved måltiderne. Der møder én frivillig fra 11.30-14.00 og én fra 17.30-20.00. Den frivillige har ansvaret for, at måltiderne foregår på en hyggelig og afslappet måde, som værtinde i eget hjem, med hygge og et bord der er smukt dækket med servietter, blomster, lys og evt. musik. Den frivillige spiser sammen med de patienter og de pårørende, der har ressourcer og lyst til fællesspisning. Personalet er meget glade for denne ordning, da de tidsmæssigt ikke har mulighed for at deltage i måltidet, og det giver dem ro og tid til de professionelle opgaver hos de dårligere patienter. Også patienter og pårørende er i årets løb kommet med tilbakemeldinger, der giver os et billede af, at ordningen er rigtig og bliver værdsat.

Omkring 20 patienter har gjort brug af muligheden for at få en besøgsven. Det er patientens kontaktsygeplejerske, der fortæller patienten, med et manglende netværk, om muligheden for at få en besøgsven.

Kontaktsygeplejersken og koordinator drøfter sammen, hvilke behov patienten har, og hvilke funktioner den frivillige skal varetage. Det er koordinators opgave, at finde den frivillige, der kan varetage lige den opgave hos pågældende patient.

I dag er der blandt de frivillige 11 kvinder og fem mænd, der har ressourcer til at være besøgsvenner.

At være besøgsven på Hospice rummer mange funktioner, men det vigtigste er, at være et medmenneske - med den baggrund vi hver især er i besiddelse af, og som kan betyde noget for det medmenneske, der står overfor livets afslutning. Det kan være at læse, at holde i hånd, at høre musik sammen, at sludre, at bede Fadervor sammen, måske at gå en tur, hvis ressourcerne er til det. Derfor er det meget vigtigt, at man kender huset, personalet, værdigrundlaget for arbejdet i Hospice, og det gør man først efter at have arbejdet i huset i min. ½ år.

Det er en krævende opgave at være besøgsven, og supervision ved koordinator under eller efter arbejdet som besøgsven, kan være af væsentlig betydning for den frivillige.

Ingen må dø alene på Hospice, - dette er en del af det værdigrundlag, hospicefilosofien bygger på. Derfor kan der være brug for en besøgsven, der sidder hos den døende i nogle timer, når det tidsmæssigt kan være svært for de professionelle at leve op til dette ønske.

I Kafé Kamillus er der to frivillige, der mandag, tirsdag, torsdag og fredag møder fra kl.14.00-17.00.

Kafé Kamillus betjenes udelukkende af frivillige. Patienter og pårørende er velkomne til at komme og få en kop kaffe og kage. Også patienter og pårørende udenfor Hospice, der oplever eller har oplevet sorg, ved at miste én de holder af, er meget velkomne til at komme og få en afslappet og uformel snak med de frivillige.

I foråret og efteråret har en aktivitetsgruppe arrangeret spændende foredrag, hver anden mandag fra kl. 14.00-16.00 i Kafé Kamillus. Der har været meget stor deltagelse til disse inspirerende eftermiddage. Programmet for Kafé Kamillus omtales i "Hist og Pist", og omdeles til bibliotekerne, og selvfølgelig til alle medlemmer af Kafé Kamillus.

Betydningen af at være frivillige og professionelle sammen er af uvurderlig betydning, derfor sidder flere frivillige i arbejdsgrupper, sammen med det professionelle personale. Et kulturudvalg har til opgave, at arrangere kulturarrangementer en gang om måneden samt sangaftner og musikgudstjeneste for patienter og pårørende på Hospice.

Den 1. september 2000 kørte vi alle frivillige og ansatte i en dobbelt-dækker bus til Skagen Naturcenter. Efter denne gode oplevelse, drak vi vor medbragte kaffe fra KamillianerGaardens Køkken, ude ved strandkanten ved Kongevillaen. Vejret var med os, og stemningen var helt i top, med sang og godt humør i bussen. En dejlig dag sluttede på Dronninglund Slot, hvor menuen var pølsebord.

I de første to år er funktionerne omkring de frivillige blevet varetaget af to frivillige koordinatore. Det har været et spændende pionerarbejde, der, som det så ofte sker, griber om sig med flere og flere opgaver. Den 1. februar 2001, lægges de to koordinators funktioner sammen til en 20 timers lønnet koordinator, der skal varetage alt koordinerende arbejde omkring de frivillige i Hospice og Kafé Kamillus.

Der er mange spændende opgaver, der ligger og venter i fremtiden, og med staben af initiativrige og dygtige frivillige ønsker de to "gamle" koordinatore alt godt for tiden fremover, og siger tak for samarbejdet til alle !

Hjertelig Tak !

Må vi benytte lejligheden til, at rette en stor og hjertelig tak til Inger Persson og Ida J. Kristensen for deres ihærdige arbejde som koordinatore for det frivillig arbejde ved KamillianerGaarden.

Allerede da Hospice og Kafé Kamillus åbnede i marts måned 1999, havde de begge beredvilligt givet tilsagn om, at ville påtage sig denne pioneropgave.

At det ikke altid har været lige nemt og krævet mange flere timer, end nogen på forhånd havde fantasi til at forestille sig, er de fleste af os vist klar over. Det har kostet mange anstrengelser, megen tid, stor omhu og endnu flere telefonopringninger, at kunne "levere" et så velfungerende frivilligt arbejde udført af dygtige og motiverede frivillige.

Det er ikke mindst Inger Persson og Ida J. Kristensens fortjeneste, at det frivillige arbejde er blevet en så integreret del af KamillianerGaardens hverdag, og de har sammen lagt en solid grund, der nu kan bygges videre på.

Fra medarbejdere og ledere ved KamillianerGaarden.

Nåede vi det vi ville i år 2000?

Ved indgangen til året havde vi visioner og mål for, hvad vi ville satse på af udviklingstiltag på Hospice i år 2000. - Vi synes, vi har nået vores visioner og mål med et godt resultat.

Vi satsede på en udvikling af den enkelte medarbejders kompetence ved at tilbyde redskaber, som kunne være en hjælp til at imødekomme de konkrete oplevelser og problemer, den enkelte møder i det daglige arbejde med patienter og pårørende.

Der har været tilbud om at deltage i en gruppe, som modtager **sygeplejefaglig vejledning** eller deltage i en gruppe, som arbejdede med **refleksion** over åndelige/eksistentielle problemstillinger. I alt har 15 personalemedlemmer indgået i ét af disse to tilbud.

To sygeplejersker har haft mulighed for at fordybe sig i det palliative felt ved at deltage i et nyt kursus i form af en længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker i palliativ sygepleje. Kurset udbydes i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd.

Medarbejderudviklingsamtaler blev også et etableret tilbud i form af en fast årlig samtale. Her er mulighed for, at ledere og den enkelte medarbejder, sammen kan få en systematisk drøftelse af den enkelte

medarbejders jobsituation, i relation til såvel organisationen, ledelsen, kolleger, det tværfaglige samarbejde og eget funktionsområde. Ideen var bl.a. at styrke sammenhængen mellem organisationens formål, vision og mission og den enkelte medarbejders forudsætninger, indsats og ønsker.

Disse samtaler har været berigende for såvel ledere som medarbejdere. Konkret har samtalerne bidraget til, at udpege nye udviklingsområder indenfor organisationens formål og indsatsområde, så det palliative tilbud fortsat udvikles kvalitativt til glæde for patienter og pårørende.

Vi havde et ønske om, at Hospice skulle være et uddannelsessted for forskellige faggrupper. I år 2000 har vi fået etableret en klinisk uddannelse for sygeplejestuderende fra såvel Sygeplejeskolen i Aalborg som fra Vendsyssel Sygeplejeskole. Vi tror, at det kan være med til at udbrede filosofien i den palliative indsats mere generelt.

Fremover vil der være to sygeplejestuderende under uddannelse i Hospice, fordi de to sygeplejeskoler på skift har to praktikpladser af 5 til 6 måneders varighed.

Der er blevet udarbejdet uddannelsesprogram for den kliniske uddannelse af sygeplejestuderende, og vi er begyndt på yderligere kvalificering af praktikvejlederfunktionen i relation til studerende. To sygeplejersker er udnævnt som praktikkoordinatorer. De har et overordnet ansvar for uddannelsens tilrettelæggelse og kvalitet og de forestår i samarbejde med de øvrige sygeplejersker den daglige tilrettelæggelse af uddannelsen.

Intern undervisning er etableret som et fast tilbud én gang hver måned. Undervisningen har været planlagt som fortløbende temaer ud fra identificerede behov og ønsker fra personalet. Vi har satset på at komme i dybden med udvalgte og typiske symptomkomplekser, som ofte viser sig hos patientgruppen på Hospice. Der har været behandlet temaer i foråret 2000 om åndenød, mundpleje, kropsopfattelse og bevægelse.

Efterårets undervisningstema har været smertebehandling, belyst ud fra en helhedsopfattelse af smerter som både fysisk, psykisk, eksistentiel og socialt betinget. Såvel læge, som psykolog, præst, sygeplejerske og fysioterapeut har været undervisere omkring dette tema.

Der er lavet et større udviklingsarbejde omkring telefonopfølgningssamtaler med efterladte. Leder af telefonrådgivningen ved Kræftens Bekæmpelse, Anne Winkel, har undervist personalet i telefonrådgivning. Det er en særlig kommunikationsform, som kræver en anden kompetence, end kommunikationen ansigt til ansigt, med de fordele og ulemper det kan give.

En arbejdsgruppe har udarbejdet kliniske retningslinjer for rammer og indhold i disse samtaler, - 91% af de efterladte pårørende benytter sig af dette tilbud, og giver udtryk for telefonsamtalens relevans og nytteværdi.

Folderen: "*Hospice – en orientering til patienter og pårørende*" er blevet færdig. Der er stor efterspørgsel på disse foldere. Via illustrative billeder og tekst giver folderen patienter og pårørende et indtryk af,

hvad Hospice kan være, når de skal tage stilling til ønske om evt. ophold.

Vi har nu fået vores egen e-mail adresse samt hjemmeside på internettet.

Organisationen er et stadigt udviklingsområde. Konkret arbejder vi videre i en gruppe af ledere og medarbejdere, med at få afklaret, og nedskrevet forskellige organisatoriske problemstillinger og aftaler. I året, der er gået, har vi bl.a. haft fokus på procedurer for rekruttering og ansættelse af personale, aftaler om tjenestefrihed og orlov, afklaring af KTO's samarbejdsaftale og tillidsrepræsentantens funktionsområde, indgåelse af nye lokalaftaler, koncept for udviklingssamtaler. Vi har desuden lavet en beskrivelse af organisationens mission (eksistensberettigelse) eller sagt med andre ord: Hvad er Hospice til for? Hvad er vores berettigelse, og hvori består vores særlige placering i den palliative indsats.

Hvad vil vi gerne nå i år 2001?

Vi satser på, at projektet om pårørende: *"At være synlige deltagere med egne behov – pårørende i den palliative indsats"* vil resultere i en afklaring og udvikling af indsatsen overfor de pårørende.

De pårørendes udtrykte oplevelser og behov vil indgå sammen med vores (de professionelles) viden og erfaring i en samlet kvalitetsbeskrivelse af denne indsats.

Der forestår et videre arbejde vedrørende organisationsudvikling.

Vi ser frem til, at få musikterapi integreret, som en del af den palliative indsats.

Vi satser på, at arbejde videre med arbejdsmiljøet, især det fysiske arbejdsmiljø i form af arbejdspladsvurderinger (APV).

Vi vil i 2001 evaluere sygeplejejournalens anvendelse som arbejdsredskab, til sikring af bedst mulig kontinuitet i plejen, over døgnet/over indlæggelsesforløbet, og til dokumentation af indsatsen.

Kontinuitet i plejen indebærer også, at patienter og pårørende i størst mulig omfang kun møder få personalemedlemmer, hvor kontakten og kendskabet til gengæld er mere indgående. Derfor vil vi også evaluere organiseringen af sygeplejen, og se om denne kan forbedres i forhold til målene for plejen.

Organisationen af sygeplejen på Hospice er for nuværende kendetegnet ved en ansvarsplacering, hvor en sygeplejerske er valgt som kontaktperson for den enkelte patient og dennes pårørende under et indlæggelsesforløb, og ved genindlæggelser.

**Betydningen af
sygeplejefaglig
vejledning
V/Inger Skjærris
Olsen,
sygeplejerske**

Da jeg meldte mig til sygeplejefaglig vejledning (SFV), vidste jeg ikke, hvad jeg gik ind til. Jeg havde et håb om en personlig og faglig udvikling til gavn for de mennesker, jeg omgås på KamillianerGaarden. Desuden havde jeg som sygeplejerske i nattevagt behov for, at dele erfaringer og problemer med mine kolleger.

Spørgsmålet om, hvad SFV er, kan ikke besvares enkelt. Generelt set er det et forum, hvor man kan hente hjælp og opbakning til at komme videre med vanskelige eller fastlåste problemstillinger fra arbejdet som sygeplejerske. Et sted hvor man kan lufte sine tvivl og dilemmaer.

I hele vejledningssituationen er det forbudt at kritisere, ingen må komme med gode råd, og der træffes ingen beslutninger. Til hver vejledning har gruppens medlemmer et "emne" med. Der bliver hovedsagelig arbejdet med problemstillinger fra sygeplejepsaksis, men alt, som er i forholdet mellem patient og fagperson, kan tages op. Herefter bliver gruppen enig om, hvilket emne, der er mest relevant. Det vil sige hvem der skal være kandidat. Vejlederen får kandidaten til at strukturere emnet/oplevelsen, og herefter er det muligt at vælge udgangspunkt. Hvad er problemstillingen? Er det helheden eller en enkel del ?

Kandidaten må være villig til at arbejde med sig selv på det faglige og personlige plan. De øvrige gruppemedlemmer udgør et reflekterende team – en slags idébank, som kommer med supplerende tanker/ideer til kandidaten. Teammedlemmerne er nysgerrige efter at forstå hinandens oplevelser i en given situation, og deres fornemste opgave er at skabe alternative måder at se og forstå den sag, som kandidaten har bragt frem i lyset.

Formålet med vejledningen er, at kandidaten skal anskue problemet fra flere vinkler og blive klogere på forholdet mellem faglige og personlige problemstillinger.

Vores gruppe har bestået af syv medlemmer, som mødtes 1½ time hver 14. dag i perioden fra februar til december. Gruppen er blevet ledet af en ekstern og meget kompetent vejleder, som har gennemgået en 2 årig uddannelse som sygeplejefaglig vejleder.

Forløbet har været utrolig lærerigt, og gruppen har været et sted, hvor vi er blevet mødt med respekt, accept og forståelse. Det har været legalt at formulere mange forskellige oplevelser og samtidig føle en tryghed og en vished for ikke at blive gået for nær. (i så tilfælde er det legalt at melde fra). Desuden har det været udviklende at høre kolleger sætte ord på deres problemstillinger, hvilket har bidraget til større indsigt og forståelse for andres og egen måde at agere på. Det har været befordrende ikke at være alene om bestemte dilemmaer.

Vores vejleder har haft en god og saglig måde at styre vejledningen på. Ingen har efter min mening kunnet føle sig tilsidesat, og modsat er der heller ingen, der har haft ubegrænset taletid.

SFV har været en læringsproces, som har givet en faglig fordybelse og et fællesskab, som har været udviklende for sammenholdet og samarbejdet blandt medlemmerne i gruppen. Det har givet mig nogle redskaber, som jeg kan arbejde videre med i mit fremtidige arbejde. Jeg så gerne,

**Refleksionsgruppe
vedr. åndelige og
eksistentielle
problemstillinger
V/Ole Raakjær,
Præst**

at tilbuddet blev permanent, da jeg mener, udviklingen i sidste ende bevirker en bedre omsorg for patienter og pårørende på Kamillianer-Gaarden.

At løse problemer og bære byrder.

I slutningen af januar 2000 startede refleksions- og supervisionsgruppen op med syv deltagere, og vi har i årets løb haft i alt 18 sessioner af halvanden times varighed.

Overordnet kan man sige, at hovedvægten har ligget på supervision, og gruppens arbejde har været bestemt af de eksistentielt set vanskelige situationer, de enkelte deltagere har følt sig konfronteret med i forbindelse med arbejdet blandt alvorligt syge og døende patienter og deres pårørende. Til forskel fra, f.eks. en rørlægger eller en smed, er der for sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens vedkommende en meget tæt sammenhæng mellem det faglige og det personlige. Hvor smedens værktøj er svensknøglen, rørtangen og drejebænken er omsorgspersonens "værktøj" hende selv. Hvad, der er rigtigt at gøre i en given situation, er naturligvis bestemt af hendes faglige kunnen og erfaring, men i ligeså høj grad af hendes personlige egenskaber, hendes empati, hendes evne til at "se" eller "læse" situationen, og hendes evne til at udholde magtesløshed, håbløshed og angst.

Der er én, der engang har sagt, at man aldrig er mere sympatisk end ens egen angst tillader. Det gælder i livet overhovedet, men det gælder i særlig grad, når man arbejder blandt alvorligt syge og døende, hvor det er af afgørende betydning, at man er i stand til også at være der, hvor der ikke kan gøres noget, men hvor hjælpen består i nærvær og tilstedeværelse. Kun ved at mærke, hvor "skoen trykker" i ens eget liv, kan man få mod og mands(kvinde)hjerte til "bare" at være og ikke forsøge afledende at handle sig ud af situationen.

Jeg tror, at det at være sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent er et af de allersværeste job i verden, netop fordi man skal kunne "det hele". Omsorg består nemlig *både* i, at være i stand til at løse de konkrete problemer, der kan være forbundet med at være alvorligt syg, *og* i at sørge for, at patienten og dennes pårørende ikke skal være alene med de tunge byrder, der er forbundet med selv at have en livstruende sygdom eller være pårørende til en, der har en sådan. På papiret ser det måske let ud, men i dagligdagens uoverskuelige og komplekse verden kan det være overordentlig vanskeligt at skelne. Det komplicerer sagen yderligere, at de fleste af os har det sådan, at vi i en vis forstand foretrækker problemer frem for byrder. Det er lettere at gøre noget end "bare" at være til stede. Vi føler os professionelle og kompetente, når vi handler, og vi kommer let til at synes, at vi er dovne og uduelige og ikke fortjener vores løn, når vi "kun" kan holde i hånd og ikke ved, hvad vi skal sige. Men der er ikke noget i vejen med, at være magtesløs og ordløs, når det er det, man er. Spørger man patienter og pårørende, hvad de oplever som omsorg, spiller den professionelle menneskelige tilstedeværelse en afgørende rolle. Ved at turde være magtesløs, med de magtesløse, bliver patientens og de pårørendes magtesløshed i situationen lettere at bære.

Derfor har mange af de situationer, vi har haft under lup, netop drejet sig om, at finde ud af, at skelne mellem problemer og byrder. Hvornår lod jeg mig friste til, at forsøge at handle mig ud af den magtesløshed, jeg egentlig ikke var i stand til at løse, men "kun" kunne være med til at bære, eller hvorfor fik netop den konstellation af personer og problemstillinger mig til at handle, som jeg gjorde? Hvilke knapper trykkede det på hos mig selv?

Et andet tema, som også har fyldt på sessionerne er vreden og aggressionen, såvel den hos patienterne og de pårørende som den hos de professionelle. Som en følge af, at sygeplejerskens og social- og sundhedsassistentens fornemste værktøj er hende selv, er hun naturligvis ekstra sårbar for kritik. Sammen med det faktum, at patienter og pårørende forståeligt nok bliver vrede og aggressive, når de føler sig bange og magtesløse, og at denne vrede ofte rettes mod de ansatte, som i den sammenhæng bliver repræsentanter for "systemet", komplicerer tingene yderligere. At være professionel handler derfor i høj grad om, at være i stand til at kunne modtage vrede og kritik uden at forstå den som noget, der først og fremmest er møntet på én som person. Det er klart, at man som personale kan komme til, at lave fejl eller misforstå de signaler patienter og pårørende sender. Her er det naturligvis vigtigt at stå ved sit ansvar, så de ramte har nogen at rette deres berettigede vrede mod. Men taler vi om den vrede eller aggression, som ikke har grund i begåede fejl, er det vigtigt, at man som personale forsøger at tolke, hvad aggressiviteten kommer af, samtidig med at man har mulighed for på en ordentlig måde at give udtryk for sine egne følelser.

Det gælder om at være i stand til vise, at man accepterer vrede og aggression uden at tolerere uforskammethed. I en presset situation er det særligt svært ikke, at møde en hadefuld beskyldning med et aggressivt forsvar. Men havner man i en forsvarsstilling, bliver situationen ofte mere indviklet, idet man da på en måde viser, at beskyldningen delvis er rigtig.

Derfor har vi også brugt en del tid på, at se nærmere på vanskelige situationer, hvor vrede og aggression har været indblandet: Gjorde jeg som ansat noget forkert eller grunder patientens og de pårørendes vrede sig mere i deres magtesløshed over, at været blevet alvorlig syg og skulle dø, eller miste den, de holder af? Hvor går grænsen mellem, at acceptere og se den andens vrede, og så - for ens egen selvrespekt - sige nej til uforskammethed og en nedladende kommandotone? Der er ingen banale eller enkle svar.

Når man arbejder et sted, hvor man dagligt konfronteres med andre menneskers voldsomme eksistentielle spørgsmål, bliver disse spørgsmål også spørgsmål til en selv. Men forudsætningen for at give hjælp er ikke, at den professionelle ved, hvad der kan give mening i livet for patienten og de pårørende, men at hun tror, at livet har mening, og at alle mennesker har en meningsskabende evne i sig. Det er denne evne, som hjælperen skal være med til at forløse, for længslen efter mening er ikke først og fremmest et problem, men en skabende kraft i mennesket.

Supervision kræver stort mod fra deltagerne, fordi man skal turde vise sin sårbarhed og mere fortælle om fiaskoerne end succeserne, men jeg

*Længerevarende
efteruddannelse
for sygeplejersker i
palliativ sygepleje
V/Annette Petersen,
sygeplejerske og
Birgit Bundgaard,
sygeplejerske*

tror, at man under denne form kan lære noget, man ikke kan læse eller studere sig til. De personlige kompetancer, man kan tilegne sig her, hvor man i refleksionen over sin egen praksis bliver mere "gennemsigtig" for sig selv, og derved måske bliver i stand til at ændre sin handlemåde næste gang, man står i en lignende situation, kan ikke undværes i et felt, hvor det vigtigste "instrument" er mennesket selv.

Dansk Sygeplejeråd var i 1999 initiativtager til, at der blev etableret en længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker i palliativ sygepleje. Det første hold startede i april 2000, og vi var to sygeplejersker fra KamillianerGaardens Hospice, der var så heldige at være blandt deltagerne.

Vi vil fortælle lidt om efteruddannelsens indhold og opbygning, hvordan det har været for os at deltage, og hvad vi fagligt og personligt har fået ud af forløbet.

Efteruddannelsen bestod af fire moduler af hver en uges varighed, og foregik i perioden april 2000 til januar 2001.

Indholdsmæssigt havde hvert modul et hovedtema:

- Mennesket og mellemmenneskelige relationer i palliation
- Etiske dilemmaer og omverdenens reaktion på uhelbredelig sygdom
- Kommunikation om mennesker i sorg
- Fremlæggelse af deltageres skriftlige opgaver/projekter.

Vi var 18 deltagere på holdet, og ud fra vores forventninger og interesseområder blev vi inddelt i arbejdsgrupper. Disse grupper blev igennem hele efteruddannelsen vores "base" og stedet, hvor vi dagligt kunne reflektere over dagens nye læring og de mange dybdegående debatter, der var blevet sat i gang.

Den palliative indsats kræver viden på både det fysiske, psykiske, sociale og åndelige felt, og vi fik, af meget kompetente undervisere, indsigt i alle områder. At vi som deltagere alle var sygeplejersker, med mange års erfaring, og med en særlig interesse for det palliative felt, skabte engagement samt refleksion over vores daglige praksis, som kunne inddrages i undervisningen.

Efteruddannelsen indeholdt endvidere et udviklingsarbejde/-projekt. Projektet skulle munde ud i en skriftlig opgave til fremlæggelse på det sidste modul. Vi valgte, at samarbejde om projektet, hvilket i sig selv har været berigende. Vores projekt stillede spørgsmålet: **"Kan sygeplejersken støtte samspillet patient/pårørende, når patienten kommunikerer håb og den pårørende håbløshed"**.

Det er vores oplevelse, at håbets betydning øges, jo tættere det uhelbredeligt syge menneske kommer døden, og dette skaber ofte problemer i kontakten, idet den pårørende, som det er almindeligt i vores samfund, ligestiller uhelbredelighed og død med håbløshed.

Arbejdet med projektet har været meget givende, fordybelsen i teorierne har givet anledning til mange værdifulde og berigende diskussioner, og vi mener efter endt arbejde, at vi er blevet klogere.

Hvor vi ved starten måske nok forventede, at vores opgave var, at være aktiv deltager i en fælles dialog, endte vi med at konkludere, at sygeplejerskens rolle må være, at støtte patienten og den pårørende hver for

sig i deres livsduelighed. Så vil patientens og den pårørendes egne ressourcer være det, der gør forskellen.

Det har været meget udviklende, at deltage i denne længerevarende efteruddannelse for palliative sygeplejersker. Vi føler vores nye viden har givet os en øget kompetence i vores dagligdag. At være sygeplejerske på Hospice kræver meget af os som sygeplejerske og som menneske.

At deltage i et efteruddannelsesforløb, som det vi har gennemført, har udviklet os såvel fagligt som personligt. Det er vores intention, at det vi har lært også skal blive en del af vores fælles arbejde på Kamillianer-Gaardens Hospice.

Studiebesøg på Hospice

16.02.2000
Studiebesøg i forbindelse med urologisk efteruddannelse
10 sygeplejersker, Aalborg Sygehus

10.03.2000
20 læger, ledere og politifolk fra Rumænien

14.03.2000
Studiebesøg i forbindelse med VUC-kursus
10 kursister, VUC i Aalborg

29.03.2000
Forfatter og sygeplejefaglig konsulent
Birgit Mårup

30.03.2000
Sygeplejerske, projektkoordinator Ann Maj Kruse og
Virksomhedsrådgiver Ole Bang
Projektet: "Skt. Paul's Hospice", Vestsjællands Amt

07.04.2000
10 personer, Hospice-projekt i Odder

17.04.2000
10 sygeplejestuderende
Vendsyssels Sygeplejerskole, Hjørring

12.05.2000
5 sygeplejersker fra Hospice og hjemmeteam
ved Skt. Lukas Stiftelsens Hospice, Hellerup

15.05.2000
4 SSA-elever, Skolen i Hammer Bakker

23.05.2000
Afdelingssygeplejerske Gitte Lauritsen og
Souschef Helle Christiansen
Lungemed. afd., Frederikshavn-/ Skagen Sygehus

30.05.2000
4 SSA-elever, Skolen i Hammer Bakker

09.08.2000
Vilhelm Beck-Hansen, Bestyrelsesformand
Jubilæumsfonden af 12.08.1973

24.08.2000
7 personer, Hospice-projekt i Thyholm

04.-05.09.2000
Sygeplejerske, projektkoordinator Ann Maj Kruse
Projektet: "Skt. Paul's Hospice", Vestsjællands Amt

11.09.2000
4 SSA-elever, Skolen i Hammer Bakker

05.10.2000
Sygeplejerske Conni Mørk, Sct. Maria Hospice Center, Vejle

26.10.2000
Studiedag i forbindelse med onkologisk efteruddannelse
Sygeplejerske Vibeke Bergstrøm, Viborg Sygehus

07.11.2000
6 SSH-elever, Skolen i Hammer Bakker

29.11.2000
10 sygeplejestuderende, Sygeplejeskolen i Thisted

01.12.2000
4 SSA-elever, Social- & Sundhedsskolen, Odense

05.12.2000
Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow og
Dansk Sygeplejeråds Amtskredsformand Misse Thomsen

11.12.2000
1 fuldmægtig, 5 læger, 5 ledende sygeplejersker
Projekt vedr. palliativ indsats i Viborg Amt

12.12.2000
Studiebesøg i forbindelse med urologisk efteruddannelse
7 sygeplejersker, Aalborg Sygehus

01.02.-31.03.2000
Palliationssygeplejerske Dorte Buchwald
Hjørring-/Brønderslev Sygehus

01.02.-11.02.2000
Heidi Lund Nielsen, sygeplejestuderende

**Studiepraktik
ved Hospice**

Catrine Clausen, sygeplejestuderende
Christina Rasmussen, sygeplejestuderende
Sygeplejeskolen i Storstrøms Amt, Afdelingen i Nykøbing F.

01.03.-31.03.2000

Sarah Marie Sønderholm, sygeplejestuderende
Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg

01.09.-31.12.2000

Pia Hansen, sygeplejestuderende
Tinna Markussen Nørgaard
Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg

15.10.-30.11.2000

Palliationssygeplejerske
Lars Møller
Dronninglund Sygehus

01.12.-31.12.2000

Palliationssygeplejerske
Dorthe Beck
Frederikshavn-/Skagen Sygehus

**Formidling vedr. den
palliative indsats i
Nordjyllands Amt**

I år 2000 udvises der fortsat en meget stor interesse og opmærksomhed omkring KamillianerGaarden, Center for Lindrende Behandling. Det er såvel Hospice funktionen, Det Palliative Teams funktion som Kafé Kamillus med det frivillige arbejde, man ønsker information om.

Selv om det er tidskrævende, tror vi på betydningen af denne formidling og er sikker på, at den er medvirkende til en større forståelse for nytteværdien af den lindrende indsats i Nordjyllands Amt til alvorligt syge og døende mennesker samt deres pårørende.

Se venligst bilag 2 med oversigt over de mange arrangementer i årets løb.

**Personalets
deltagelse i kurser,
konferencer og
studiebesøg**

27.01.2000

Temadag vedr. patientregistrering på de nordjyske sygehuse
IT-SUNDHED, Nordjyllands Amt
Jette B. Bjørnes, sekretær

20.02.2000

Cateringmesse i Herning
Mary Larsen, økonoma, køkkenleder
Anita Søbygge, køkkenassistent

01.03.2000

Kursus i brandbekæmpelse på KamillianerGaarden
ved Aalborg Beredskabscenter.
Hele personalet ved Hospice

02.03.2000

Kost og kræft
Kræftens Bekæmpelse Nord
Mary Larsen, økonoma, køkkenleder

15.-16.03.2000

Virksomhedsbesøg, Glostrup Amtssygehus m.fl.
Økonomaforeningen
Anita Søbygge, køkkenassistent

03.-07.04.2000

22.-26.05.2000

25.-29.09.2000

Længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker i
palliativ sygepleje.
Dansk Sygeplejeråd
Birgit Bundgaard, sygeplejerske
Annette Petersen, sygeplejerske

05.-07.04.2000

Kursus i palliativ omsorg for og behandling af det alvorligt
syge og døende menneske
Foreningen for palliativ indsats
Inger Petersen, sygeplejerske
Inger S. Olsen, sygeplejerske

16.05.2000

Oste-seminar, Økonomaforeningen
Mary Larsen, økonoma, køkkenleder
Anita Søbygge, køkkenassistent

20.06.2000

”Kun skyer bevæger stjernerne”
Filmaften i ”Biffen” og diskussion i Kafé Kamillus
Ca. 25 ledere og medarbejdere ved KamillianerGaarden

29.08.2000

Temadag for tillidsrepræsentanter, Dansk Sygeplejeråd
Birgit Bundgaard, sygeplejerske, tillidsrepræsentant

01.09.2000

Fælles udflugt for frivillige og personale ved KamillianerGaarden
55 deltagere

18.-19.09.2000

Årskonference for tillidsrepræsentanter
Dansk Sygeplejeråd
Birgit Bundgaard, sygeplejerske, tillidsrepræsentant

23.10.-03.11.2000

27.11.-15.12.2000

Praktikvejledning i Sygeplejerskeuddannelsen
Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg
Inge-Lise Churchill, sygeplejerske

10.-11.11.2000

1. Nationale Kongres
Foreningen for Palliativ Indsats
10 sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter
Karen Marie Dalgaard, souschef
Knud Ole Pedersen, hospiceleder
Inger Persson, koordinator
Erik Schou og Lis Kristensen fra bestyrelsen

20.11.-01.12.2000

Pleje og behandling af kræftpatienter
Arbejdsmarkedsuddannelse, Skolen i Hammer Bakker
Norma Østergaard, Social- og sundhedsassistent

28.11.2000

Ernæringsmæssige aspekter af kræftbehandlingen
Aarhus Universitet
Mary Larsen, økonoma, køkkenleder

***Tak til fonde med
flere i år 2000***

Det er med megen glæde, men også med stor taknemmelighed, at KamillianerGaardens Hospice har modtaget økonomisk støtte i år 2000 fra:

- Gudrun og Erik Kauffeldts Fond
- Stinne og Martinus Sørensens Fond
- Paula og Axel Nissens Legat
- Jubilæumsfonden af 12.08.1973
- Ejendomsmæglernes Fond
- private organisationer
- enkelt personer

Denne økonomiske hjælp er af stor betydning og anvendes til:

- formål, som er til daglig glæde for såvel patienter, pårørende som for personalet ved KamillianerGaarden.
- fortsat dygtiggørelse af personalet. Således at den lindrende indsats vi tilbyder vores patienter - alvorligt syge og døende mennesker og deres pårørende - kan videreudvikles, men også kan formidles videre til vores nære samarbejdspartnere såvel i den primære- som i den sekundære sundhedstjeneste.

PROJEKT
vedrørende
MUSIKTERAPI
ved
KamillianerGaardens Hospice

Baggrunden

Begrundelsen for at gennemføre et projekt vedrørende musikterapi er, at vi ved KamillianerGaardens Hospice i fire måneder i efteråret 1999 har fået erfaring med musikterapi som et tilbud til alvorligt syge og døende mennesker.

Patienter har givet udtryk for

- at de kunne klare sig med mindre smertestillende medicin og at andre fysiske symptomer blev reduceret i forbindelse med musikterapien,
- at de gennem musikterapi kunne undgå bieffekter som sløvhed, apati og mangel på at tænke klart.
- at de oplevede at være mindre bange for døden og bekræftelse af deres håb

Personalet har givet udtryk for

- at de oplevede, at patienterne åbnede sig mere i forhold til personalet og familien.

Den studerende musikterapeuts erfaringer var en blanding af observationer på såvel det fysiske som det psykologiske og eksistentiel/åndelige plan. Patientens vejrtrækning blev i de fleste tilfælde mere rolig og regelmæssig, patienten kunne give udtryk for angst og bekymringer og derigennem nå til en større indre ro, fred og afklarethed.

Formålet

Formålet med projektet tager sit udgangspunkt i det overordnede idégrundlag for musikterapien og i målsætningen for den palliative indsats ved KamillianerGaardens Hospice.

Projektets formål er at tilbyde musikterapi som led i den palliative indsats for alvorligt syge og døende mennesker for at støtte patienten i at leve så aktivt som muligt samt medvirke til at patienten må opleve livskvalitet til det sidste.

Der skal foretages en dokumentation og en klinisk evaluering af den musikterapeutiske indsats på KamillianerGaardens Hospice i Aalborg med særligt henblik på at undersøge patienternes udbytte som helhed og musikterapiens effekt på den enkelte patient. Helhedsvurderingen søger at dokumentere patienternes udbytte af musikterapien via selvrapporteringsskemaer og spørgeskemaer besvaret af patienten, pårørende, og personale. Projektet udarbejdes af musikterapeuten i samarbejde med musikterapeuten på Sct. Maria Hospice Center i Vejle og ekstern vejleder fra Aalborg Universitet.

Dokumentationen vil berøre følgende aspekter i patientens sidste livsfase:

- fysiske aspekter
- psykologiske aspekter
- sociale aspekter
- eksistentiel/åndelige aspekter
- det terapeutiske forhold

Projektet er ikke forskning, men en klinisk evaluering af musikterapien som et element i den palliative indsats hos alvorligt syge og døende mennesker.

Musikterapi

Musikterapi er et forholdsvis nyt fag og behandlingstilbud i Danmark, men til alle tider har musik spillet en væsentlig rolle i forskellige kulturer.

Går vi tilbage til tiden før Kristi fødsel, kan vi finde en dokumentation af musikterapi allerede i Det Gamle Testamente. Her fortælles der om David, der bliver bedt om at spille på sin harpe for Saul, når denne var i dårligt humør. Når David havde spillet for ham, forsvandt den onde ånd og Saul fik det bedre (1.Sam. 16, 14-23). På den måde kan vi læse os frem til mange beskrivelser og dokumentationer af musikterapi rundt omkring i verden til alle tider. (yderligere information: se **Årsrapporten for KamillianerGaardens Hospice 1999**)

I udlandet (bl.a. Canada, Norge, England, Tyskland og Australien) er musikterapi et udbredt og anerkendt behandlingstilbud på hospices og har været det igennem en årrække. I Danmark er det et helt nyt og endnu næsten ukendt behandlingstilbud på hospices. Det skal dette projekt gerne gøre sit til at råde bod på.

På nuværende tidspunkt er vi to musikterapeuter ansat på hospices i Danmark. Cand.mag.i musikterapi Lisbeth Borch Jensen er blevet ansat i en fuldtids projektstilling pr 15/09-2000 på Sct. Maria Hospice Center i Vejle i foreløbigt 1 år. Undertegnede udførte i efteråret 1999 en 4-måneders praktik på KamillianerGaarden og er nu ansat pr 1/1-2001 i en 25-timers projektstilling i foreløbigt 1 år.

Målgruppen for dette projekt er først og fremmest patienterne, pårørende, personalet og bestyrelsen ved KamillianerGaardens Hospice og derudover andre interesserede i palliativ musikterapi.

Tidsrammen for projektet er, at det skal være afsluttet senest pr 30/12-2001.

Musikterapeutiske teknikker

Der er mange forskellige ting at forholde sig til, når man som ny faggruppe skal indarbejdes på en ny arbejdsplads. Dette gælder også for musikterapien på et dansk hospice. Eftersom det musikterapeutiske arbejde, der udføres ved Sct. Maria Hospice Center i Vejle og her ved KamillianerGaardens Hospice må betragtes som pionerarbejde inden for palliativ musikterapi i Danmark, tager det tid at udvikle metoder og teknikker, som er relevante indenfor det miljø og de fysiske og sociale rammer, der er omkring hospices i Danmark. Der har ingen traditioner været med musikterapi på hospices; ingen "musikterapeuten plejer at...", ligesom der ingen erfaringer er gjort med det og kun få har stiftet bekendtskab med det gennem litteratur eller konferencer i udlandet.

Derfor er TID og SYNLIGGØRELSE vigtige begreber i opstartfasen lige som UDVIKLING af metoder og teknikker. De metoder og teknikker, der blev anvendt i praktikperioden i efteråret 1999 er følgende:

1) *Afspænding + musiklytning*

Når patienten ønsker musikterapi i form af afspænding + musiklytning, formes sessionen som en modificeret GIM-session.

GIM betyder "Guided Imagery and Music" og er en receptiv musikterapiform, hvor klienten efter en kropsafspænding, som gennemføres af musikterapeuten og som har ført klienten til en let ændret bevidsthedstilstand, samtaler med terapeuten til et musikprogram, som består af udvalgte stykker klassisk musik. Varigheden af en GIM-session er ca. 1½-2 timer, hvoraf musikprogrammet varer mellem 35-45 minutter. Kropsafspændingen foretages til forskellige induktioner, guidninger.

Den kropsafspænding, der benyttedes med det bedste resultat, var den såkaldte "lyskugleinduktion". Her er det forestillingen om en lyskugle, der vandrer gennem kroppen, begyndende med hovedet og videre ned til benene og fødderne, og som omgiver hver kropsdel med lys.

Den modificerede GIM-session, som jeg nævnte før, har jeg udviklet under praktikken og den varede mellem 35-45 minutter. Kropsafspændingen tog i begyndelsen oftest mellem 15-20 minutter. Jo tættere patienten kom på døden, jo kortere blev afspændingen og varede enkelte gange kun nogle få minutter. Efter kropsafspændingen afspillede jeg klassisk musik fra en cd. Min erfaring viste mig, at musikken i begyndelsen af et terapiforløb kunne vare mellem 15-18

minutter. Også her blev det tydeligt, at jo tættere patienten kom på døden, jo kortere skulle musikken være, til sidst oftest kun 3-4 minutter. Patienten og jeg samtalede ikke under musiklytningen, da patienten oftest ikke havde kræfter til at tale under musiklytningen. Efter musikken var ophørt havde patienten mulighed for at fortælle om sine indtryk, hvilket de i de allerfleste tilfælde gjorde.

2) *Afsyngning af sange og salmer*

Denne metode indbefatter, at patienten har mulighed for at ønske sig nogle sange/salmer, som har/har haft betydning for hans/hendes liv. Hvis patienten er for svag til at kunne bestemme sangene/salmerne, prøver jeg at finde frem til, hvad patienten kunne have glæde af. Patienten har selvfølgelig mulighed for at synge med, men oftest er patienten for svag til det. Også de pårørende har mulighed for at deltage, hvis patienten ønsker det. Denne teknik indbefatter også at nynne forskellige melodier, hvis patienten fx. føler sangen for kraftig.

3) *Det improvisatoriske udtryk*

Herunder forstås det, at patienten og jeg spiller på forskellige instrumenter efter patientens valg. Instrumentsammensætningen er meget forskellig og går fra percussioninstrumenter over enkle melodiinstrumenter, såsom xylofoner og metallofoner, fløjter til akkordinstrumenter som guitar, klaver og harmonika. Der kan spilles frit eller over et emne, som patienten og terapeuten bliver enige om.

Der findes andre teknikker, som kan anvendes i forbindelse med det musikterapeutiske tilbud på det palliative område. Erfaringerne med disse musikterapeutiske teknikker vil blive beskrevet, senere i forløbet. Teknikkerne kan blandt andet være:

4) *Musiklytning til patientens musik ønsker*

5) *Musiklytning + massage*

6) *Instrumental aktiv musiklytning*

Metodebeskrivelse

Det er hensigten at evaluere det musikterapeutiske arbejde både kvantitativt og kvalitativt.

Dataindsamlingen omfatter:

- Spørgeskemaer/selvrapporteringsskemaer:
 1. **S 1:** Et skema til patienten til besvarelse inden hver musikterapisession
 2. **S 2:** Et skema til patienten til besvarelse efter hver musikterapisession
 3. **S 3:** Et spørgeskema til pårørende til besvarelse efter dødsfaldet
 4. **S 4:** Et spørgeskema til kontaktsygeplejerskerne til besvarelse efter endt forløb.
- Audiooptagelser (Kassettebåndoptagelser). I det omfang det er muligt audiooptages sessionerne med henblik på:
 1. kvantitativ opgørelse af interventionsformer (der skelnes mellem: aktiv musikterapi, hvor patienten spiller/synger; receptiv musikterapi, hvor patienten lytter aktivt til specielt udvalgt musik; fællessang; terapeut synger/spiller for patienten; samtale; aktiviteter med pårørende; andet)
 2. udvælgelse af sekvenser til næranalyse (fx billeddannelsessekvenser fra den receptive musikterapi)

- Logbog (terapeutens egne notater): Terapeutens egen logbog, som føres umiddelbart efter sessionerne og som indeholder oplysninger om en række udvalgte parametre.

Analysen omfatter:

- redegørelse for valget af musikterapeutiske teknikker, herunder redegørelse for valg af konkrete musikterapeutiske teknikker til den enkelte patient
- Analyse af patientens billeddannelse i receptiv musikterapi med henblik på at påvise udvikling/forandring
- Personale og pårørendes vurdering af musikterapiens betydning ud fra de nævnte spørgeskemaer (S1-4)

I det omfang, det er hensigtsmæssigt og muligt, vil der i analysen indgå en analyse af patientens forbrug af medicin, ilt, fysioterapi m.m. før, under og umiddelbart efter musikterapiforløbet.

I forhold til de nævnte spørgeskemaer har musikterapeuterne i Vejle og Aalborg udviklet fire spørgeskemaer, hvor der både besvares ud fra "Licherts skala" og åbne spørgsmål. (S 1-4) Derudover vil der i slutningen af evalueringsperioden blive udarbejdet et spørgeskema til det tværfaglige personale vedrørende deres indtryk og oplevelser af det musikterapeutiske arbejde.

Indsamlingen af data til projektevalueringen vil foregå i perioden 01.03 til 30.09 2001. I den periode vil patienten ved indlæggelsen få tilbudt musikterapi og vil blive informeret om dette projekt.

Patienten får mulighed for at sige ja eller nej til at deltage i projektet. Til de patienter som siger ja til at deltage i projektet, er der som nævnt to spørgeskemaer (S1-2): et spørgeskema der udfyldes før hver musikterapisession og et skema der udfyldes efter hver musikterapisession.

Det skal pointeres, at der vil blive tilbudt musikterapi både før og efter perioden, hvor dataindsamlingen finder sted. Disse patienter vil dog ikke direkte indgå i evalueringen af projektet.

På grund af praktiske omstændigheder vil det være musikterapeuten, der udleverer disse spørgeskemaer til patienten. Såfremt patienten er for svag til at udfylde spørgeskemaet, tilbydes patienten naturligvis hjælp. Terapeuten er bevidst om, at det kan have visse metodiske problemer, fx. i form af en patient, som måske gerne vil tilfredsstille sin terapeut ved at svare positivt. Dog skal det understreges, at det ikke er terapeuten, der udfylder skemaerne, men udleverer dem til patienten og i nogle tilfælde ligeledes modtager skemaerne fra patienten. Terapeuten er også bevidst om, at der vil være patienter, som ikke er i stand til at svare på spørgeskemaer på grund af deres sygdoms udvikling eller død. I disse tilfælde må man nøjes med dokumentation i form af besvarelse på spørgeskemaer fra pårørende og kontaktsygeplejerskerne. Spørgeskemaet til pårørende vil blive tilsendt dem med vedlagt svarkuvert. Som yderligere dokumentation vil terapeuten optage sessionerne på kassettebånd i det omfang det er muligt, blandt andet for at dokumentere, hvordan der kan arbejdes musikterapeutisk med døende patienter.

I slutningen af evalueringsperioden vil de forskellige data blive sammenholdt og der udarbejdes en konklusion på dette års arbejde som musikterapeut på KamillianerGaardens Hospice.

Afslutning

Musikterapi er et meget *bredt* behandlingstilbud, et helhedstilbud, som både rummer at fokusere på den syge del af patienten og på de ressourcer, som patienten trods sin uhelbredelige sygdom også har i sig. Den engelske musikterapeut Howard Delmonte skriver:

"By using the term '**living-dying**', I refer to the importance that music therapy has in contacting and hearing the living and healthy part of the client as well as the failing and dying part."

(Delmonte 1995, s. 111 i Colin Lee)

Det er for mig at se en meget vigtig pointe og ressource ved musikterapi, at man gennem musikken kan arbejde på mange forskellige niveauer og i forhold til mange forskellige problematikker. Derfor vælger jeg at beskrive og evaluere en række af de forskellige områder, jeg indenfor evalueringens tidsramme kommer i berøring med, for at dokumentere musikterapiens bredde hos patienter på Hospice. Det kan derfor være alt fra smertelindring, life review, mentalt og konkret forberedelse af død og begravelse, livskvalitet, sorgbearbejdning, styrke de sider af personligheden som endnu ikke er svækket af sygdommen, til social kontakt med omverden gennem musik etc.

**Formidling vedr.
den palliative
indsats i
Nordjyllands Amt**

12.01.2000
Hjerteforeningen i Aalborg,
42 deltagere i Kafé Kamillus

24.01.2000
Dansk Funktionærforbunds Seniorklub, Aalborg
40 deltagere, Park Hotel, Aalborg

25.01.2000
Ældreklubben
20 deltagere, Nibe Baptistkirke

01.02.2000
Offentligt møde for borgere
75 deltagere, Frederikshavn Bibliotek

02.02.2000
Kvindekredsen
24 deltagere, Saltum Baptistkirke

03.02.2000
Kræftens Bekæmpelse, Lokalafdeling i Hals
10 deltagere, Hals

08.02.2000
Den Kristelige Fagbevægelse, Aalborg
15 deltagere, Aalborg

25.02.2000
Ældre Sagen
35 deltagere, Vesterbro i Aalborg

01.03.2000
Sogneaften, Lendum Menighedsråd
40 deltagere, Lendum Sognegård

06.03.2000
Aabybro Kommune
19 praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, Aabybro

13.03.2000
Møde for borgere
57 deltagere, Kafé Kamillus

15.03.2000
3. Y`s Men`s Club, Aalborg
30 deltagere, Kafé Kamillus

17.03.2000
Kirke og Samfund
48 deltagere, Farsø

22.03.2000
Kræftens Bekæmpelse, Lokalafdeling i Sæby
38 deltagere, Sæby

04.04.2000
Handelsskolens Kursuscenter i Hjørring
16 kursister, Kafé Kamillus

06.04.2000
Sogneaften, Lindholm menighedsråd
40 deltagere, Kafé Kamillus

11.04.2000
Odd Fellow, Søsterlogen ”Gry”
90 deltagere, Frederikshavn

12.04.2000
Sogneaften, Bedsted menighedsråd
12 deltagere Kafé Kamillus

18.04.2000
Aalborg Pensionistforening
46 deltagere, Kafé Kamillus

18.04.2000
Kirkeligt Samfund, Thyholm
20 deltagere, Tambohus Kro

09.05.2000
Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg
Ca. 200 sygeplejestuderende og lærere

11.05.2000
Pensionister, KAD
48 deltagere, Frederikshavn

16.05.2000
Hasserishave Aktivitetscenter
35 deltagere

06.06.2000
Sundhedsudvalget, Nordjyllands Amt
12 deltagere, Hospice

08.06.2000
Vendsyssel Sygeplejeskole
Ca. 130 sygeplejestuderende og lærere

13.06.2000
Foreningen for Danske Bedemænd, Nordjylland
22 deltagere, Tylstrup Kro

28.08.2000

Venstres social- og sundhedspolitisk udvalg
19 deltagere, Kafé Kamillus

06.09.2000

Baptisternes Kvinde Kongres
130 deltagere, Østervrå Baptistkirke

12.09.2000

Brønderslev Kommune
16 hjemmesygeplejersker, Kafé Kamillus

26.09.2000

Tirsdagsklubben
Ca. 50 deltagere, Sejlflod Kommune

26.09.2000

Sogneaften, Ajstrup menighedsråd
24 deltagere, Kafé Kamillus

26.09.2000

Ansgars Kirken
30 deltagere, Ansgars Kirke

28.09.2000

Økonomaforeningen
15 økonomaer og køkkenassistenter, Kafé Kamillus

10.10.2000

Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg
Ca. 200 sygeplejestuderende

12.10.2000

Sogneaften, Saltum Menighedsråd
35 deltagere, Præstegården i Saltum

23.10.2000

Socialudvalget, Hjørring Kommune
10 deltagere, Hospice

23.10.2000

Ældregruppen
12 deltagere, Fyensgadecenteret, Aalborg

24.10.2000

Sogneaften, Albæk Menighedsråd
30 deltagere, Albæk

25.10.2000

Aalborg Kommune
25 sygeplejersker og social- og sundhedsass., Kafé Kamillus

30.10.2000

Bestyrelsen for Danske Diakonhjem
11 deltagere, Hospice

07.11.2000

Kvindekreds
25 deltagere, i "Bethania kirken"

08.11.2000

Sogneaften, Blenstrup Menighedsråd
10 deltagere, Blenstrup Skole

08.11.2000

Aalborg Kommune
57 sygeplejersker og social- og sundhedsass., Kafé Kamillus

15.11.2000

Borgere
65 deltagere, Aktivitetscenteret i Gistrup

20.11.2000

Kontaktudvalget ved Hjørring-/Brønderslev Sygehus
Ca. 200 deltagere, Hjørring-/Brønderslev Sygehus

21.11.2000

Røntgenafdelingen, afsnit Nord
20 sygeplejersker, radiografer og sygehjælpere, Aalborg Sygehus

21.11.2000

Sogneaften, Nøvling Menighedsråd
35 deltagere, Nøvling menighedshus

22.11.2000

Nibe Kommune
16 sygeplejersker, Kafé Kamillus

23.11.2000

Lady Cirkels, Års
15 deltagere, Kafé Kamillus

29.11.2000

Y's Men's Club, Ø. Himmerland
37 deltagere, Kafé Kamillus



Blomsterdekoration ved indvielse af KamillianerGaarden den 19. marts 1999

KamillianerGaarden
Center for Lindrende Behandling
Hospice
Kastetvej 3
9000 Aalborg
Tlf.: 96 31 11 00, Fax.: 96 31 11 29
www.hospice-aalborg.dk
E-mail: info@hospice-aalborg.dk