

sværtning af huden ved indskudssåret. De projektiler, der har energi nok til at gennemtrænge målet, efterlader en perforerende udskudsåbning. Ved pistol- og revolverammunition vil udskudsåbningen i ukomplicerede tilfælde, hvor projektilet ikke har ramt en knogle, ofte være afrundet, lidt uregelmæssig i kanten og lidt større end indskudsåbningen. Læsioner fra haglgeværer adskiller sig væsentligt fra ovenstående kortfattede beskrivelse. Berøringsskud fra haglgeværer vil almindeligvis blot kunne kendes på læsionens størrelse, mens haglspredningen på lidt større afstand vil begynde at kunne anes, først som en uregelmæssig kant, så som enkelte satellitlæsioner omkring den centrale læsion og derefter som en tiltagende større ansamling af haglstore afrundede læsioner. Der vil ofte være spor efter filt eller plastikprop. Udskudsåbninger ses kun sjældent. Beskrivelse af projektilets retning og dybde, samt hvilke væv og organer projektilet penetrerer, er vigtig, når der foretages billeddiagnostik eller operation. Ved fund af et projektil i skudkanalen sikres dette med en plastikpincet til skudteknisk undersøgelse hos politiet [1, 2].

Skudlæsioner beskrives som de øvrige læsioner meget minutiøst, hvor afstand til fodsålen og midtlinjen er vigtig, således at skudretning og vinkler kan beregnes.

Afslutning

Aldersvurdering af læsioner i huden kan ofte være vanskelig og afhænger af læsionernes størrelse og vaskulariseringen i vævet. Er læsionerne tilføjet kort før undersøgelsen, ses der ingen helingsfænomener. Til hjælp i vurderingen kan der hos indlagte patienter tages foto med dages interval, således at farveskifte kan iagttages, men man skal være forsigtig med præcis vurdering af alderen på læsionerne [1-3], og betegnelser som »friske læsioner«, »ikke helt friske«, dvs. nogle dage gamle, og »ældre læsioner« er ofte anvendelige.

Korrespondance: *Maiken Kudahl Larsen*, Bülowsgade 9, 1., DK-8000 Århus C.
E-mail: makula@stofanet.dk

Antaget: 1. april 2008
Interessekonflikter: Ingen

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Selskab for Retsmedicin.

Litteratur

1. Thomsen JL. Retsmedicin, Nordisk Lærebog, 1. udg. København: FADL's Forlag, 2004.
2. Simonsen J. Retsmedicin og medicinallovgivning, 9. udg. København: FADL's Forlag, 1999.
3. Saukko P, Knight B. Knight's Forensic Pathology 3rd ed. London: Arnold, 2004.

Danske patienter intensiverer eksistencielle tanker og religiøst liv

Akademisk medarbejder Nadja Ausker, post doc. Peter la Cour, hospitalspræst Christian Busch, hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen & hospitalspræst Lotte Mørk Pedersen

Rigshospitalet, Den Kirkelige Funktion, og Københavns Universitet, Center for Forskning i Eksistens og Samfund

mål i livet og at være mere religiøst aktive i forbindelse med deres sygdom/hospitalsindlæggelse end ellers. Det er oftest kvinder og patienter under 36 år, der oplever forandringer i tro og religiøs adfærd.

Konklusion: Undersøgelsen viser, at danskere under sygdom intensiverer deres eksistencielle og religiøse tanker og bliver mere religiøst aktive.

Resume

Introduktion: Formålet med denne undersøgelse er at belyse, i hvor høj grad danske patienter har religiøse og eksistencielle tanker, og om disse intensiveres under deres sygdom/hospitalsindlæggelse. Ligeledes ønsker vi at belyse, i hvilken grad patienterne har forøget religiøs praksis under deres sygdom og hospitalsindlæggelse.

Materiale og metoder: I undersøgelsen indgik 480 patientbesvarede spørgeskemaer om patienternes tanker om helbred, tro og religiøsitet. Spørgsmål om patienternes oplevelse af eksistencielle og religiøse forandringer, aktiviteter og behov fremlægges og analyseres selvstændigt.

Resultater: Patienterne angiver at tænke mere på mening og for-

Internationalt har forskning i området mellem eksistenstænkning, religiøsitet og sygdom været i vækst gennem de seneste mange år. Det er påvist, at medicinske og psykologiske publikationer på området spiritualitet og helbred i perioden 1993-2002 er steget med 600% [1]. I disse udenlandske undersøgelser har man påvist, at den personlige religiøsitet kan spille en betydelig og konstruktiv rolle for patienterne, og at den har indflydelse på både det fysiske og det mentale helbred [2-8]. Ligeledes har man i den amerikanske forskning påvist, at tro og religiøs praksis er vigtige redskaber i mestringen af sygdommen især for de traditionelt set mest religiøse befolkningsgrupper, de ældre og kvinderne, samt at den religiøse

mestring forøges i takt med sygdommens sværhedsgrad [8]. I Danmark er forskningsfeltet religion og helbred endnu ikke fuldt ud etableret, men interessen er stigende [9].

Om danskernes religiøsitet kan man generelt sige, at den er særegen i Europa, idet en meget stor del af befolkningen er medlemmer af folkekirken og samtidig ikke i udstrakt grad tilslutter sig folkekirkenes kristne trosklæder [10]. Der er dog intet, der tyder på, at religiøsiteten dermed er forsvundet i Danmark. I stedet anses religiøsiteten for at være privatiseret, det vil sige, at religiøsiteten er et privat valg, som ikke er dikteret af religiøse organisationer. Religiøsiteten bliver brugt som identitetsmarkører for enkeltpersonen, og undersøgelser viser, at folkekirken i højere grad for enkeltpersonen fungerer som en samfundsintegrerende civilreligiøs faktor end som en konfessionel institution. Derfor er tilslutningen til de riter, der udtrykker social identitet – eksempelvis bryllupper og dåb – stor, samtidig med at tilslutningen til gudstjenester er meget lille. At religiøsiteten er privatiseret betyder også, at de personlige religiøse handlinger såsom bøn og meditation er forblevet forholdsvis udbredte [11].

Fra de danske nationalt repræsentative værdiundersøgelser ved vi, i hvor høj (eller hvor lille) grad danskere tænker eksistentielt og tilslutter sig forskellige trosforestillinger [12]. Men vi ved stort set intet om disse tanker og forestillinger under sygdom og hospitalsindlæggelse. Endvidere viser tyske undersøgelser af hospitalspatienter, at spiritualitet og religiøsitet som *coping*-strategi særlig havde betydning for dem, som i forvejen var religiøse og spirituelt interesserede [13, 14]. I en dansk sammenhæng, hvor der er en særegen lav grad af religiøsitet som udgangspunkt, er dette interessant. Er religiøsiteten i så høj grad til stede, at den kan fungere som en resurse? Vi satte os for at undersøge danske patienters religiøsitet under deres sygdom og hospitalsindlæggelse.

Denne artikel har til formål bredt at belyse, i hvor høj grad danske patienter har religiøse og eksistentielle tanker, og om disse tanker intensiveres under deres sygdom/hospitalsindlæggelse. Ligeledes ønsker vi at belyse, i hvilken grad patienterne har forøget religiøs praksis under deres sygdom og hospitalsindlæggelse.

Materiale og metoder

I studiet indgår der data fra Rigshospitalets patientundersøgelse: »Spørgeskemaundersøgelse om patienternes tanker om helbred, tro og religiøsitet« udført på Rigshospitalet i 2005-2006. Data indbefatter 480 spørgeskemaer, der er indsamlet fra 31 sengeafsnit på Rigshospitalet i perioden fra den 1. oktober 2005 til den 1. marts 2006. Vi har undersøgt indlagte og ambulante patienter samt forældre til indlagte børn. Forældrene skulle besvare spørgsmålene om helbred ud fra barnets sygdomsbillede. Det var frivilligt og anonymt at deltage, og spørgeskemaet blev uddelt af plejepersonalet og var derefter fuldt ud respondenthåndteret. Plejepersonalet – ofte i form af afdelingssygeplejersken – blev instrueret i at uddele spørgeskemaet

til alle patientgrupper uafhængigt af alder, religiøsitet, køn og diagnose, dog skulle de patienter, der kunne forventes at blive påvirket negativt af at svare, ikke beherskede et rimeligt dansk eller var kognitivt forstyrrede, ekskluderes. På nogle afsnit foregik uddelingen af spørgeskemaer systematisk eksempelvis som en del af indlæggelsessamtalen. På andre afsnit har uddelingen været mere tilfældig. De ambulante patienter, der er inkluderet i undersøgelsen, er få, idet stort set ingen ambulante afsnit havde mulighed for at deltage. Hvert afsnit fik tildelt skemaer, alt efter hvor stor gennemstrømningen af patienter var på det enkelte afsnit. Ingen af de 31 forskellige afsnit fik dog mere end 100 skemaer til uddeling, og de fleste fik 25.

Spørgeskemaet bestod af 41 spørgsmål. Fire omhandlede patienternes egne vurderinger af deres helbred. Niogtyve spørgsmål var om patientens religiøsitet, eksistentielle tanker og religiøse adfærd. Af disse var ti spørgsmål helt enslydende med spørgsmål i Den Danske Værdiundersøgelse, der er den nationale del af de verdensomspændende, fortløbende værdiundersøgelser, World Values Survey [12], og ni spørgsmål berørte, hvilke forandringer patienterne selv havde oplevet i deres religiøsitet og eksistentielle tanker under sygdommen/hospitalsindlæggelsen. De sidste otte spørgsmål omhandlede baggrundsfaktorer (alder, køn, afsnitsnummer mv.). Undersøgelsen fra Rigshospitalet vil i resten af denne artikel blive refereret til som patientundersøgelsen.

Indtastning og statistisk analyse foregik i SPSS v. 14, og der blev anvendt standardværdi for signifikans på 0,05. Af statistiske analysemetoder er der benyttet χ^2 , gammatest, ordinal regression, logistisk regression, nominal regression, univariat variansanalyse og t-test.

Resultater

I alt 867 spørgeskemaer blev administreret af 31 hospitalsafsnit på Rigshospitalet. Svarprocenten blev 52, hvilket bliver betegnet som tilfredsstillende i respondenthåndterede undersøgelser [15]. Af de 480 spørgeskemaer vi fik retur, var 79% fra indlagte patienter, 15% fra ambulante patienter og 6% fra forældre til indlagte børn. Der var få statistiske forskelle på disse patientgrupper, men hvis man kontrollerer for alder, var der ingen forskelle. Gruppen af respondenter vil fremover blive refereret til som patienterne.

I **Tabel 1** ses fordelingerne af svar på spørgsmålene om eksistentiel tænkning og religiøsitet i patientundersøgelsen. I tabellen er der angivet, hvornår der er signifikante alders- eller kønsforskelle i svarfordelingerne. Der ses signifikante forskelle på svarfordelingen hos de to køn. I alle disse tilfælde var det kvinderne, der var mest religiøse, havde haft flest eksistentielle tanker, havde flest trosforestillinger og havde den højeste grad af religiøs adfærd. Signifikante aldersforskelle blev fundet tre steder, og her var det den yngste patientgruppe (under 36 år), der adskilte sig fra de øvrige aldersgrupper. De yngre havde oftere efterlivsforestillinger i en eller anden form. 67% af de unge under 36 troede på et liv efter døden. 80% af de

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Spørgsmål om religiøsitet og eksistentielle emner.

	Patientro-undersøgelsen (2005/2006) % (n)	Mænd, %	Kvinder, %	Signifi- kante køns- forskelle	18-35 år, %	36-55 år, %	56 år eller der- over, %	Signifi- kante alders- forskelle
<i>Hvor ofte tænker du på meningen og formålet med livet?</i>								
Oftede	47 (220)	42	52	*	46	50	46	
En gang imellem	35 (165)	35	35		35	33	35	
Sjældent	13 (62)	17	9		15	11	14	
Aldrig	5 (23)	6	4		4	6	5	
<i>Uanset om du går i kirke eller ej, vil du da mene du er:</i>								
Et troende menneske	72 (330)	63	80	***	66	68	72	
Et ikketroende menneske	22 (100)	28	15		31	26	19	
Overbevist ateist	6 (31)	9	5		3	6	9	
<i>Tror du på et liv efter døden?</i>								
Andel ja-svar	48 (205)	37	58	***	67	53	36	***
<i>Tror du på reinkarnation?</i>								
Andel ja-svar	22 (93)	12	31	***	39	24	15	***
<i>Hvilket af disse udsagn kommer nærmest din tro?</i>								
Der er en personlig Gud	25 (109)	19	32	***	23	29	22	
Der er en særlig åndelig kraft	31 (137)	26	35		41	27	32	
Jeg ved ikke hvad jeg skal tro	25 (107)	27	22		25	21	25	
Jeg tror ikke der er nogen form for Gud	19 (84)	28	11		11	23	21	
<i>Hvor stor rolle spiller Gud i dit liv?</i>								
Likert-skala 1-10, hvor 1 er ingen rolle, gennemsnit	4,76 (455)	4,24	5,23	**	4,49	4,51	4,76	
<i>Finder du trøst og styrke i religionen?</i>								
Andel ja-svar	34 (148)	26	41	***	31	33	31	
<i>Hvor ofte går du i kirke?</i>								
Går i kirke en gang om måneden eller mere	14 (63)	11	15		12	11	16	
<i>Hænder det at du beder en bøn, mediterer eller lignende?</i>								
Andel ja-svar	62 (290)	49	74	***	71	59	58	
<i>Hvor ofte beder du til Gud bortset fra ved gudstjenester?</i>								
Hver dag	17 (77)	15	17	***	9	14	17	
En gang om ugen eller mere	12 (55)	7	16		15	11	11	
Mere end en gang om måneden	5 (22)	3	6		10	4	4	
<i>Er der ting du ville have gjort anderledes i dit liv?</i>								
Andel ja-svar	50 (231)	54	45		54	50	47	
<i>Har du haft en samtale om livsspørgsmål og religiøse emner i forbindelse med din sygdom og hospitalsindlæggelse?</i>								
Andel ja-svar	19 (86)	17	21		34	22	13	***
<i>Har du savnet en samtale om livsspørgsmål og religiøse emner i forbindelse med din sygdom og hospitalsindlæggelse?</i>								
Andel ja-svar	12 (54)	8	16	**	15	14	9	

*) Signifikant forskel på femprocentniveau, χ^2 -test; **) Signifikant forskel på enprocentniveau, χ^2 -test; ***) Signifikant forskel på fempromillenniveau, χ^2 -test.

kvindelige patienter og 57% af de mandlige i gruppen under 36 år angav at bede eller meditere.

Der blev desuden spurgt til, om patienterne enten havde haft eller havde savnet en samtale om livsspørgsmål eller religiøse emner, og det var i fritekst muligt at angive samtalepartnern, eller hvem man ønskede en samtale med. 19% af patienterne angav at have haft en eller flere sådanne samtaler, og i fritekst anførte 13% af patienterne i alt 103 samtalepartnere. Som samtalepartner var familie/ægtefælle klart den hyppigste (32%). En præst var angivet i 26% af tilfældene (16% angav hospitalspræsten) efterfulgt af venner (17%), professionelle rådgivere, oftest psykologer (14%), sygeplejersker (11%) og endelig læger (1%). På spørgsmålet om, hvorvidt en samtale om liv og

religion havde været savnet, angav 12% af patienterne et sådant savn, og 3% havde savnet, men senere opnået en sådan samtale. Halvdelen – 6% af alle – angav, hvilken person de havde savnet at samtale med. Dette var oftest en præst (46%) og sjældnest en læge (3%). Det var oftest de kvindelige patienter, der havde savnet en samtale (16%).

I Tabel 2 er sammenfattet de spørgsmål, der omhandlede patienternes egne oplevelser af ændringer i religiøsitet og eksistentielle tanker i forbindelse med deres sygdom og hospitalsindlæggelse. Spørgsmålene er i tabellen sammenfattet i hovedkategorier, og det ses, at over halvdelen af patienterne angav at tænke mere over meningen og formålet med livet under deres sygdom og hospitalsindlæggelse. Der er på dette

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Patienternes oplevelse af forandring af livsværdier og religiøsitet under sygdom. Angivet i procenter, afrundede værdier, antal respondenter i parentes.

	Patientro-undersøgelsen (2005/2006) % (n)	Mænd, %	Kvinder, %	Signifikante kønsforskelle	18-35 år, %	36-55 år, %	56 år eller derover, %	Signifikante aldersforskelle	p ^a
Mening									
<i>Tænker mere på mening og formålet med livet under sygdom</i>									
Tænker mere	53 (248)	46	60	***	61	55	49	*	0,00
Tænker det samme	44 (207)	52	37		39	44	46		
Tænker mindre	3 (12)	2	3		0	1	5		
Tro									
<i>Mere eller mindre troende under sygdom</i>									
Mere troende	8 (39)	5	12	**	18	10	5	*	0,00
Det samme	90 (420)	94	87		77	89	95		
Mindre troende	1 (6)	1	1		5	1	0		
<i>Tror på et liv efter døden under sygdom</i>									
Tror mere	2 (10)	1	3		2	1	2		0,83
Det samme	95 (430)	96	94		97	96	95		
Tror mindre	3 (12)	3	3		2	2	3		
<i>Tror på reinkarnation under sygdom</i>									
Tror mere	1 (5)	0	2		2	1	1		0,03
Det samme	95 (406)	97	93		95	98	95		
Tror mindre	4 (16)	3	5		3	1	4		
<i>Gud spiller en større rolle i livet under sygdom</i>									
Spiller en større rolle	9 (42)	4	14	***	15	11	6		0,02
Det samme	86 (393)	90	82		80	83	89		
Spiller en mindre rolle	5 (22)	6	4		5	6	5		
Religiøs aktivitet									
<i>Finder trøst og styrke i religionen under sygdom</i>									
Finder mere	10 (44)	7	14	*	11	9	9		0,00
Det samme	88 (391)	91	85		85	88	90		
Finder mindre	2 (10)	2	1		4	2	1		
<i>Kirkebehov ved sygdom</i>									
Større behov	8 (35)	7	8		8	8	8		0,00
Det samme	90 (409)	91	91		91	89	91		
Mindre behov	2 (8)	2	1		1	3	1		
<i>Behov for at bede under sygdom</i>									
Større behov	14 (66)	10	19	**	28	16	9	***	0,00
Det samme	84 (391)	89	80		71	82	90		
Mindre behov	1 (6)	1	1		1	2	1		

a) Beregnet ved binomiale test med forventning om ligelige fordelinger mod »mere« og »mindre«.

*) Signifikant forskel på femprocentsniveau, gammatest; **) Signifikant forskel på etprocentsniveau, gammatest; ***) Signifikant forskel på fempromilleniiveau, gammatest.

spørgsmål signifikante køns- og aldersforskelle. Der er flest kvinder og flest yngre, som tænker mere på meningen med livet under sygdom og hospitalsindlæggelsen (60% af kvinderne over for 46% af mændene $p = 0,004$, gammaværdi: $-0,251$ og 61% af gruppen under 36 år over for 49% af gruppen over 55 år $p = 0,029$, gammaværdi: $0,178$)

Der sås også forandringer i patienternes trosliv. Samlet set angav 14% ($n = 96$) at være blevet mere troende under deres sygdom/hospitalsindlæggelse i den forstand, at de har svaret ja til et eller flere af spørgsmålene om mere tro, mens 8% ($n = 41$) har svaret ja til et eller flere spørgsmål om mindre tro. Det var oftest de unge patienter, der var blevet mere troende. Signifikant flere angav at tro mindre på reinkarnation i relation til deres sygdom. Patienterne angav ligeledes, at Gud oftere spillede en større rolle under sygdommen, og dette var især tilfældet for kvinderne. Der blev ligeledes fundet køns- og

aldersforskelle i svarene på spørgsmålene om ændringer i den religiøse adfærd. Flere kvinder end mænd fandt trøst og styrke i religionen, og flere kvinder (19%) end mænd (10%) oplevede et større behov for at bede. Blandt de yngre patienter oplevede 28% et større behov for at bede, hvorimod det kun gjaldt for 9% af de ældre patienter. Samles de tre spørgsmål (finder trøst og styrke i religion, behov for kirkegang, behov for at bede) under et, angav i alt 22% ($n = 189$) et større behov for religiøs aktivitet, mens kun 3% ($n = 16$) angav behovet som mindsket.

I Tabel 3 ses det, at 50% af patienterne angav at have fundet nye livsværdier i forbindelse med deres sygdom. Det blev i spørgeskemaet foreslået at angive disse nye værdier med stikord, og 100 personer valgte at angive i alt 118 nye værdier, og disse er samlet i kategorier i Tabel 3. Som det ses, ændres både psykologiske forhold og eksistentielle værdier.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Ændring i livsværdier; 100 respondenter har angivet, hvilke nye værdier de har fået under deres sygdom. Disse 100 respondenter har angivet 118 nye værdier, disse værdier er samlet i de nedenstående 15 kategorier med angivelse af, hvor mange procent af respondenterne, der havde angivet denne nye værdi.

Mener du, at du har fået nye værdier i livet i forbindelse med din sygdom?	Procentdel ja-svar* (n = 221)
<i>Hvilke nye livsværdier</i>	
Ændringer af en selv	
At være gladere for livet/at være i live – følelser af taknemmelighed	17
Udfolde større tolerance og kærlighed	11
Tage sig selv alvorligt, tage ansvar, bevidst om egen livsstil	7
Stresse mere af, nyde roen mere	4
Letting go – accept af sygdom og død	1
Forøget fokus på	
Nuet, dagligdagen, de små ting	17
Familie, børn	17
Venner og netværk	10
Naturen (og kunst)	6
Troslivet, eksistentielle temaer	4
Bevidsthed om livskvalitet, »at have det godt« (og smertefrihed)	4
Eget helbred	3
Udfolde egne livsmål	3
Ændrede prioriteringer	
Skelne mellem væsentligt og uvæsentligt i livet	10
Ændre forholdet mellem arbejde og fritid	4

*) $p < 0,05$, både mht. signifikante forskelle på alder og på køn; χ^2 -test (flere yngre end ældre og flere kvinder end mænd har angivet at have fået nye livsværdier).

Diskussion

Resultaterne af denne undersøgelse peger på, at en stor gruppe af patienter intensiverer deres tanker om eksistentielle og religiøse spørgsmål, forøger deres religiøse aktiviteter og finder nye livsværdier under deres sygdom/hospitalsindlæggelse. Der ses særligt en intensivering omkring den generelle eksistentielle orientering, såsom under sygdommen at tænke mere over meningen og formålet med livet. Halvdelen af patienterne angav selv at have fået nye livsværdier i forbindelse med sygdommen. Ligeledes angav halvdelen af patienterne, at de ville have gjort ting anderledes i deres liv.

En del af patienterne angav at være blevet mere religiøse under deres sygdom/hospitalsindlæggelse i form af højere grad af tro og større behov for kirkegang og bøn. Det er således både de privatreligiøse og traditionelle religiøse aktiviteter, der er blevet forøget under sygdommen. Disse resultater kunne tyde på, at religiøsitet – og herunder især den religiøse adfærd – forøges hos en del patienter i forbindelse med deres sygdomsforløb.

Omfanget af religiøst liv og trosforestillinger kan nogle steder måske virke uventet stort, dette gælder f.eks. når 62% af patienterne angav at bede, meditere eller lignende. Dette resultat er endnu mere udpræget i visse patientgrupper, således bad eller mediterede hele 74% af kvinderne (n = 170). 46% af kvinderne under 36 år troede på reinkarnation (n = 15). I værdiundersøgelsen fra 1999 er tallet 15% for kvinder, der er un-

der 36 år og bor i hovedstadsregionen, n=5). Ofte angiver dobbelt så mange kvinder som mænd religiøs tro og praksis.

Mest uventet er dog de signifikante aldersforskelle i patientroundersøgelsen. De viser, at det er den yngste patientgruppe, der er mest religiøs. Dette står i kontrast til normalbefolkningen, hvor den yngste gruppe ofte er den mindst religiøse, og hvor de mest religiøse grupper findes i den ældste del af befolkningen [16]. Resultaterne af vores undersøgelse peger i retning af, at den yngste gruppe har den største grad af religiøs forandring under sygdommen/hospitalsindlæggelsen. Dette stemmer godt overens med patienternes egen vurdering af trosudviklingen, da det også var den yngste gruppe patienter, der oftest oplevede forøget tro og bønnebehov. Det ser altså ud til, at i en dansk sammenhæng sker der en forøgelse af religiøsitet under sygdom hos de grupper af patienter, der som udgangspunkt normalt har en lav grad af religiøsitet. Disse resultater er væsentligt forskellige fra resultaterne i de udenlandske – både amerikanske og europæiske – undersøgelser om samme emne, da det her ofte var den gruppe med størst grad af religiøsitet, der oplevede, at religiøsitet fik større betydning under sygdommen [8, 13, 14]. En årsag til denne umiddelbare forskel kunne være den nyeste udvikling i religiøsitet i Danmark, idet man i sammenlignende undersøgelser af udviklingen i danskernes religiøsitet i perioden 1981-1999 har påvist, at der er sket en udjævning, hvor de forskellige segmenter i befolkningen – unge/gamle, højtuddannede/lavtuddannede nærmer sig hinanden og nu har en mere folkelig og mindre konfessionel indstilling til religion [11]. Dette kan sammenholdes med, at de nyeste tal fra Kirkefondet om folkekirkens medlemstal viser, at citysognene i København og Århus oplever en stigning i antallet af dåbs-handlinger, og at flere end tidligere af de yngre, højtuddannede er medlemmer af folkekirken [17]. Det ser altså ud til, at det skred, samfundet generelt har oplevet inden for de seneste år, hvor det religiøse betyder mere for de yngre kohorter, også slår igennem på hospitalet. Det er ikke de ældre, men de yngre, der har det største religiøse behov.

Af kritiske forhold må man – som altid, når der anvendes selvadministrerede spørgeskemaer – overveje patientrepræsentativiteten. I patientroundersøgelsen er kønsfordelingen ikke signifikant forskellig fra kønsfordelingen blandt alle indlagte patienter på Rigshospitalet. Ligeledes er datasættets aldersfordeling ikke signifikant forskelligt fra Rigshospitalets generelle aldersfordeling i 2005 (matchet i fire aldersgrupper). Men uddelingen af spørgeskemaerne savner ensartethed, og ligeledes har vi ikke haft mulighed for direkte at kontrollere, hvor systematisk spørgeskemaet blev uddelt på de enkelte afsnit. Endvidere er det problematisk, at svarprocenten ikke er højere. Det har ikke været muligt at lave en egentlig bortfaldsanalyse, men fra de 14 afsnit, som vi fik tilbagemeldinger fra, var der ingen væsentlige forskelle, hvad angår køn og alder, på dem, der valgte at deltage, og dem, der ikke gjorde.

Der må også knyttes metodekritiske overvejelser til spørgs-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

målenes ordlyd. Trosspørgsmålene i vores undersøgelse er identiske med trosspørgsmålene i den nationalt repræsentative værdiundersøgelse og er for de flestes vedkommende formuleret for over 25 år siden og i en anden, mere kristen kulturel kontekst. En patientundersøgelse, der tager udgangspunkt i religiøsitet, som den ser ud i dag, ville naturligvis give et mere nuanceret billede, men ikke kunne sammenholdes med andet materiale, idet et sådant ikke foreligger i Danmark.

Resultaterne af denne undersøgelse peger dog i alle tilfælde på, at en stor del af patienterne – og særligt de yngre – giver udtryk for, at både eksistentielle og religiøse spørgsmål har en større betydning under deres sygdom end ellers, og at en væsentlig del af patienterne har behov for samtaler om disse emner.

Korrespondance: *Nadja Ausker*, Afsnit 4003, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: nadja.ausker@rh.regionh.dk

Antaget: 6. december 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser. Tak til Københavns Universitets satsningsområde »Religion i det 21. århundrede« for økonomisk støtte i forbindelse med projektet og en generel tak til Rigshospitalets personale for hjælp med uddeling af spørgeskemaer.

Litteratur

1. Lee B, Newberg AB. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon* 2005;2:40.
2. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2005;61:461-80.
3. Braam AW, van den Eeden P, Prince MJ et al. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EORUDEM collaboration. *Psychol Med* 2001;31:803-14.
4. Koenig HG, Pargament K, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:529-35.
5. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping*. New York: The Guilford Press, 1997.
6. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998;37:710-24.
7. Pendleton SM, Cavalli KS, Pargament KI et al. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study. *Pediatrics* 2002;109:E8.
8. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. www.tro-helbred.org /april 2007.
10. Gundelach P, red. *Danskernes særpræg*. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.
11. Andersen P, Riis O, I: Gundelach P. *Danskernes værdier 1981-1999*. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
12. Inglehart R. *World Values Surveys and European Values Surveys, 1981-1984, 1990-1993, and 1995-1997*. [ICPSR version. Ann Arbor]. 2000. Institute for Social Research, 2000. Ann Arbor, Inter-university Consortium for Political and Social Research. www.europeanvalues.nl /marts 2006.
13. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen. The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health* 2005;44:321-340. www.europeanvalues.nl/index2.htm /april 2007.
14. Büssing A, Keller N, Michalsen A et al. Spirituality and adaptive coping styles in German patients with chronic diseases in a CAM health care setting. *J Complement Integr Med* 2006;3:art. 4.
15. Bryman B. *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
16. Riis O, Gundelach P. *Danskernes Værdier*. København: Forlaget Sociologi, 1992.
17. Kleinbeck S. *Statistik om folkekirkens medlemmer. I: Warburg W, Jacobsen B. Tørre tal om troen, religionsdemografi i det 21. århundrede*. Højbjerg: Forlaget Univers, 2007.

Forudsætninger for udenlandske lægers kliniske arbejde – vurderet af dansk sundhedspersonale, patienter og udenlandske læger

Afdelingslæge Anja U. Mitchell,
afdelingslæge Fatemeh Hani Tabaei, overlæge Doris Østergaard &
cand.oecon. Morten Freil

Herlev Hospital, Anæstesiologisk Afdeling og
Enheden for Brugerundersøgelser

Resume

Introduktion: Mange udenlandske læger (UL) er ansat i det danske sygehusvæsen. Formålet med undersøgelsen var at beskrive muligheder og vanskeligheder i forbindelse med ansættelse af UL på danske sygehuse.

Materiale og metoder: En spørgeskemaundersøgelse med fokus på vejledning af UL, deres sproglige og faglige kunnen samt kulturelle baggrund blev foretaget blandt UL, danske læger og sygeplejersker samt patienter i Københavns Amt. I alt blev 1.539 spørgeskemaer udsendt.

Resultater: Besvarelsesprocenten var på 49-57 i de forskellige grupper. Afdelingens vejledning af UL anså flertallet af de adspurgte danske læger og UL som tilstrækkelig, hvorimod sygeplejerskerne fandt den utilstrækkelig. En stor del af det danske personale (78-89%) havde oplevet situationer, hvor de selv eller patienterne ikke kunne forstå en UL. En mindre del af UL (27-33%) havde oplevet ikke at kunne forstå dansk personale eller patienter. UL's sproglige vanskeligheder kan ifølge patienter og dansk personale føre til utryghed eller mindre tillid til fagligheden (53-69%). Dansk personale vurderer Europæiske Union (EU)-lægers faglige kunnen til at være på stort set samme niveau som danske lægers, mens non-EU lægers faglige kunnen vurderes som værende ikke på samme niveau. Ifølge 90% af patienterne er UL fagligt dygtige. UL's kulturelle baggrund kan ifølge 50% af det danske personale og 42% af UL påvirke deres arbejde.

Konklusion: Utilstrækkelig kommunikation udgør den største udfordring for UL, og kommunikative problemer har indflydelse på