

Klædt på til at tale om livet og døden

En spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle i ældreplejen i Danmark

Christina Prinds¹

Vibeke Østergaard Steinfeldt²

Christina Larsen³

Frederik Rosenbæk⁴

Niels Christian Hvidt⁵

¹Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens vej 15, 6200 Aabenraa, Danmark
Syddansk Universitet, Klinisk Institut
cprinds@health.sdu.dk

²Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje
vst@pha.dk

³Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje
chla@pha.dk

⁴Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis
Aarhus University Hospital, Afdeling for Tab
frosenbaek@health.sdu.dk

⁵Syddansk Universitet, Sundhedsfaglige Fakultet
nchvidt@health.sdu.dk

Prinds, Christina; Hvidtjørn, Dorte; Schrøder, Katja & Viftrup, Dorte Toudal. 2023. Klædt på til at tale om livet og døden. En spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle i ældreplejen i Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 38, 87-104

Baggrund

For mange ældre er en plejebolig deres sidste hjem, hvor de bor frem til livets afslutning. Mange ældre på plejecentre sidder alene med de eksistentielle tanker og bekymringer, der trænger sig

på. Nogle har brug for, at de sundhedsprofessionelle kan træde ind i det eksistentielle rum, hvor familien ikke selv magter at være. Studier inden for eksistentiel og åndelig omsorg (EÅS) viser, at flere sundhedsprofessionelle indenfor ældreplejen ikke føler sig godt nok rustet til at tale om eksistentielle temaer og efterlyser mere uddannelse på området.

Formål

Med det overordnede formål at styrke indsatsen inden for EÅS i ældreplejen undersøgte vi sundhedsprofessionelles forudsætninger for, tilbøjelighed til og selvsikkerhed i at integrere denne omsorg i deres praksis.

Metode

Vi anvendte et pilottestet og kontekstuel tilrettet spørgeskema inspireret af Albert Banduras begreb self-efficacy hos 30 sundhedsprofessionelle tilknyttet et plejecenter eller et udekørende team på Sjælland. Data blev analyseret i Stata (Fishers eksakte test).

Resultater

Spørgeskemaet blev besvaret af 24 respondenter (80%), 7 sygeplejersker og 17 social- og sundhedsrespondenter. Højt uddannelsesniveau og høj arbejdsstedsanciennitet var positivt associeret (statistisk signifikant) med både sikkerheden i at yde EÅS og bevidstheden om, at det kan være sårbart at yde EÅS. Begge dele var også positivt associeret (statistisk signifikant) med følelsen af at være en ressource for borgeren, og at EÅS ligger inden for ens kompetenceområde.

Konklusion

Undersøgelsens fund er væsentlige både i et borger- og professionsperspektiv, fordi uddannelsesniveau er et konkret mål for at øge kvaliteten af EÅS, som vi ved, har betydning for ældre medborgere.

Equipped to talk about life and death - a questionnaire survey among health professionals in elderly care in Denmark

Background

For many seniors, a nursing home is their last home, where they live until the end of life. Many seniors in nursing homes feel lonely with existential thoughts and worries. Some need health professionals to step into the private, existential space where even family members often do not enter. Studies in existential and spiritual care (ESC) show that some health professionals in elderly care do not feel well-equipped to talk about existential topics and call for more education in the field.

Aim

To explore perceptions, attitudes, and self-efficacy among health professionals in nursing homes and home care, with the overall purpose of increasing existential and spiritual care in the elderly care in Denmark.

Method

Through a contextually adapted and pilot-tested questionnaire inspired by Albert Bandura's concept of self-efficacy, we included 30 health professionals employed at a nursing home in Zealand, Denmark. Data were analyzed in Stata (Fisher's exact test).

Results

The questionnaire was answered by 24 respondents (80%), 7 nurses and 17 nursing assistants. High level of education and high workplace seniority were positively associated (statistically significant) with both the safety of providing ESC and the awareness that it can be vulnerable to provide ESC. Both were also positively associated (statistically significant) with the feeling of being a resource for the citizen and that ESC is within one's area of competence.

Conclusion

The study's findings are significant both from a citizen and professional perspective, because educational level provide a concrete goal for increasing the quality of ESC.

Baggrund

For mange ældre er en plejebolig deres sidste hjem og dermed det sted, de bor frem til livets slutning. Der bliver stadig flere ældre, men færre plejeboliger, hvorved de ældre, der bor i denne boligform, bliver stadig mere svækkede (Skjødt, 2018).

Der har gennem de seneste år været en øget opmærksomhed på at gøre plejecentre til et godt sted at dø (Knudby, 2007; Kjeldsen, 2015a; Kjeldsen, 2015b). En pårørende beskriver det intense samvær og nærvær med sin døende far og peger på, at det er væsentligt at få talt om livet, før det er slut (Hansen, 2011). Det kunne denne familie gøre. Andre familier magter det ikke på egen hånd (Steenfeldt, 2013). Derfor er der brug for, at det fagprofessionelle personale i en form for stedfortrædelse kan træde ind i det rum, hvor familien ikke selv magter at være, og fx invitere til samtale eller være en katalysator for samtale mellem den ældre og de pårørende (Steenfeldt, 2010).

I både lærebøger (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1999; Steinfeldt, 2006, Steinfeldt, Viftrup & Hvidt, 2019) og nyere forskning (Delgado, 2015; Blank, Wood & Egan, 2018; Sundström, Blomqvist, Edberg & Rämgård, 2019; Viftrup, Hvidt & Prinds, 2021) knyttes eksistentielle overvejelser og bekymringer vedrørende livet og døden til forståelsen af en helhedsorienteret pleje. I dansk sygepleje har udtrykket åndelig omsorg været anvendt i mange år. I den engelsksprogede litteratur benævnes det som "spiritual care", hvori eksistentielle temaer ofte er indlejrede. Frem til 1980'erne har åndelig omsorg i sygeplejen været underforstået omsorg for patienters religiøse behov. I løbet af 1990'erne udvikledes en forståelse af, at også eksistentielle anliggender var en del af den åndelige omsorg (Steenfeldt 2006; 2013). I en dansk sekulær kontekst, som historisk står på skuldrene af Søren Kierkegaard (1813-1855) og eksistensfilosofien, er det meningsfuldt at anvende udtrykket eksistentiel omsorg (la Cour & Hvidt, 2010), og udtrykket "eksistentiel og åndelig omsorg" har de seneste år vundet indpas både blandt sygeplejersker og inden for andre faggrupper som fx læger og jordemødre.

I denne artikel anvendes udtrykket eksistentiel og åndelig omsorg synonymt med åndelig omsorg uagtet, hvilke udtryk der er anvendt i den refererede litteratur. Den eksistentielle og åndelige omsorg er rettet mod det, der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats i Danmark forklares som "... hvad det i dybeste forstand vil sige at være menneske" (Sundhedsstyrelsen, 2011). Det ligger indlejret i denne omsorg at tage vare på hele mennesket og indebærer at involvere sig i det menneske, man har med at gøre, og respektere den enkeltes vilje og selvbestemmelse (Steenfeldt, 2013). Inden for ældreomsorgen, både på plejecentre og i den kommunale ældrepleje, er det derfor personalets opgave også at yde eksistentiel og åndelig omsorg, hvilket vil sige at være sanseligt opmærksom på, hvad der rører sig hos den enkelte borger og finde ud af, hvad han eller hun er bedst tjent med for at opleve værdighed og udfolde livet på bedste måde. Det indebærer at møde borgeren med en oprigtig interesseret holdning, være lyttende og ikke-dømmende (Tanyi, McKenzie & Chapek, 2009).

Selv om den eksistentielle og åndelige omsorg kan medvirke til at forebygge følelser som angst og uro og dæmpe bekymringer for døden og for at miste værdighed (Kisvestróva, Klugar & Kabelka, 2013), er det ikke en selvfølge, at sundhedspersonalet drøfter spørgsmål om livet og døden med de ældre. Et europæisk studie viser, at eksistentielle spørgsmål var det, der taltes mindst om inden for de sidste tre måneder af patientens levetid (Evans et al., 2014). En sådan opmærksomhed kan være svær at praktisere i et sundhedssystem, hvor den ældre er visiteret til at modtage standardiserede sundhedsindsatser baseret på Fælles Sprog (Kommunernes Landsforening, 2022). De sundhedsfaglige ydelser er baseret på en biomedicinsk forståelse og retter sig mod konkrete medicinske problemstillinger, hvortil der afsættes en afmålt tid (Skjødt, 2019),

hvilket gør det svært for plejepersonalet at tage sig af de individuelle behov, der opstår situationsbestemt.

Eksistentielle og åndelige behov er ofte usynlige for personalet på plejecentre, og derfor vil den ældre ikke i tilstrækkelig grad få hjælp til sådanne spørgsmål (Erichsen & Büssing, 2013). Tilsvarende viser et dansk studie, at beboere i plejebolig ofte er overladt til sig selv med hverdagens tanker og bekymringer og andre påtrængende forhold som forringet helbred, forestående død og erindringer fra det levede liv (Harder & Friis, 2010).

Trods sparsom forskning om eksistentiel og åndelig omsorg i den danske ældrepleje giver dansk forskning inden for andre dele af sundhedsvæsenet anledning til at forventes, at problemstillinger og spørgsmål om livet og døden også har betydning for ældre, der bor i plejebolig eller modtager pleje i eget hjem, når livets afslutning nærmer sig (Ausker et al., 2008; Ilkjær, 2012; Steinfeldt, 2013; Moestrup, 2015; Hansen, 2016; Viftrup, Prinds, Steinfeldt & Hvidt, 2020). Forskningen viser desuden, at det kan være en udfordring for plejepersonale at tage vare på ældres eksistentielle og åndelige behov. Nogle foretrækker, at andre professionelle som for eksempel en præst tager sig af det (Ruder, 2013). Andre peger på manglende tid som en barriere for at yde eksistentiel og åndelig omsorg (Keall, Clayton & Butow, 2014; van der Vaart & van Oudenaarden, 2018). Flere studier peger på, at plejepersonalet føler sig utilstrækkeligt rustet til at tage sig af de eksistentielle temaer og behov og efterlyser uddannelse og træning samt sparring fra mere erfarne kolleger for at øge personalets tilbøjelighed og mod til at integrere dette i deres omsorgspraksis (Touhy, Brown & Smith, 2005; Abell, Gerrett-Wright & Abell, 2018; Keall, Clayton & Butow, 2014; van der Vaart & van Oudenaarden, 2018). Touhy, Brown & Smith (2005) peger desuden på, at et indgående kendskab til borgerens værdier og præferencer samt en tæt relation til borgeren har betydning for udøvelse af en eksistentiel og åndelig omsorg. Et dansk studie om praktiserende lægers kommunikation med terminale patienter fandt, at de individuelle barrierer for at tale om eksistentielle temaer kan skyldes den dominerende biomedicinske tilgang i sundhedsvæsenet, og en kultur, de beskriver som "tros-forskrækket" (Hvidt et al., 2017).

Eksisterende forskning har ofte fokuseret på sundhedsprofessionelle med lang uddannelse eller specialuddannelse for eksempel inden for hospiceområdet. Derimod har der været begrænset fokus på barrierer over for eksistentiel og åndelig omsorg blandt ikke specialuddannede sygeplejersker og social- og sundhedsprofessionelle i den kommunale ældrepleje. Formålet i denne undersøgelse var derfor at undersøge sygeplejerskers og social- og sundhedsassistenteres forudsætninger for, tilbøjelighed til og selvsikkerhed i at integrere eksistentiel og åndelig omsorg i deres praksis i ældreplejen. Hermed ønsker vi at bidrage til viden, der kan være en del af grundlaget for at tilrettelægge en kompetenceudviklende undervisning for denne personalegruppe. Undersøgelsen

var en del af et større projekt, der handler om at styrke indsatsen for den eksistentielle og åndelig omsorg i ældreplejen (Steenfeldt et al., 2022).

Metoder

Undersøgelsen var designet som en spørgeskemaundersøgelse, hvor vi konstruerede, validerede og anvendte et spørgeskema, med det formål at måle tiltroen til egne evner til at yde eksistentiel og åndelig omsorg blandt ikke specialuddannede sygeplejersker og andre social- og sundhedsprofessionelle i den kommunale ældrepleje. Mere specifikt var formålet at måle tiltro til egne evner associeret til variabler som uddannelsesniveau, uddannelsesanciennitet og arbejdsstedsanciennitet i primære sundhedsvæsen.

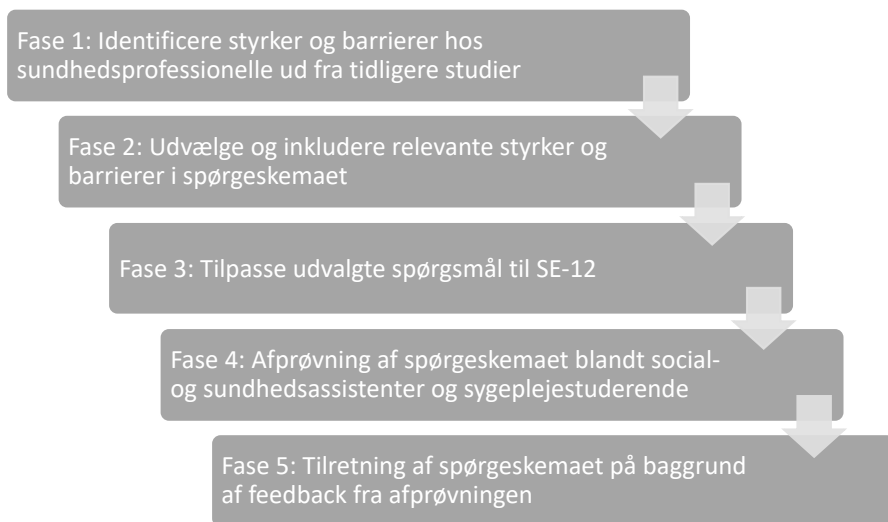
Spørgeskemakonstruktion

Spørgeskemaet blev udviklet dels på baggrund af eksisterende litteratur, som har undersøgt, hvilke barrierer for at yde eksistentiel og åndelig omsorg de sundhedsprofessionelle kan opleve, dels på baggrund af sammenlignelige spørgeskemaer med tilsvarende fokus i en dansk kontekst (Ammentorp et al., 2013, Axboe et al., 2016, Hvidt et al., 2017).

I tråd med tidligere studier, besluttede vi at anvende begrebet self-efficacy, som det forstås hos psykologen Albert Bandura (1925-2021). Self-efficacy refererer til et menneskes tiltro til egne evner til at kunne udføre specifikke opgaver tilfredsstillende (Bandura, 2006). Vi anvendte det oversatte danske begreb tiltro til egne evner i undersøgelsen. Der er således fokus på troen på evner, og ikke evnerne i sig selv. *Tiltro til egne evner* er fundet associeret til kompetenceniveau og udførelse (Bandura, 1997; Axboe, Christensen, Kofoed & Ammentorp, 2016). Den validerede self-efficacy skala (SE-12) tjente som inspiration, som den har gjort i lignende forskningsprojekter om sundhedsprofessionelles kommunikationskompetencer (Ammentorp et al., 2013; Norgaard, Ammentorp, Kyvik & Kofoed, 2012; Ammentorp & Kofoed, 2010). Spørgeskemaet blev her tilpasset formålet om at kunne måle tiltro til egne evner i relation til eksistentiel og åndelig omsorg, samt at kunne måle forskelle i tiltroen før og efter det planlagte kursus. Denne tilpasning er i tråd med Banduras anbefaling, som kritiserede forestillingen om et generaliserbart mål om self-efficacy. I stedet opfordrede han til at self-efficacy målinger tilpasses den specifikke population og kontekst (Axboe, Christensen, Kofoed & Ammentorp, 2016). Spørgeskemaets konstruktion foregik i fem faser (se figur 1). I de sidste faser blev det afprøvet (face-validering) i tre mindre grupper af sygeplejestuderende i sidste

del af uddannelsen og blandt social- og sundhedsassistenter for at teste spørgeskemaets struktur og forståelighed samt identificere fejl (Hansen et al., 2015, Tanner, 2018). Deltagerne kommenterede på de spørgsmål, der voldte problemer. På den baggrund blev ordlyden i nogle af spørgsmålene ændret og strukturen i spørgeskemaet justeret.

Figur 1: Spørgeskemakonstruktion i fem faser



Spørgeskemaet, der bestod af 35 spørgsmål, var inddelt i sektioner adskilt af forklarende tekst, som guidede deltagerne gennem besvarelsen (Slort et al., 2011). Der var fokus på opfattelse af behov for samt hyppigheden af eksistentiel og åndelig omsorg (spørgsmål 1-4), syn på eksistentiel og åndelig omsorg (spørgsmål 5-13), tiltro til egne evner relateret til eksistentiel og åndelig omsorg (spørgsmål 14-22), væsentlighed af, at eksistentiel og åndelig omsorg er en del af sundhedspersonalets kerneopgave (spørgsmål 23-27), udfordringer relateret til at tale om livet og døden (spørgsmål 28-32), uddannelse, uddannelsesanciennitet (hvor længe man har arbejdet inden for sin sundhedsprofessionelle uddannelse) og arbejdsstedsanciennitet (hvor længe man har arbejdet i den primære sundhedssektor) (spørgsmål 33-35). For at opretholde deltagerens anonymitet var alder ikke inkluderet.

Spørgsmål 1-4 som fx "Hvor ofte oplever du, at dine borgere udtrykker behov for samtale om eksistentielle bekymringer/spørgsmål/behov?" kunne besvares på en skala (1-10) fra "mindre end halvårligt" til "hver dag", spørgsmål 5-13 og 28-32 kunne besvares på en skala (1-10) fra "helt uenig" til "helt enig", spørgsmål 14-22 som fx "Hvor selvsikker er du i samtaler med dine borgere om, hvad der giver mening i livet?" kunne besvares på en skala (0-10) fra "slet ikke sikker" til "komplet sikker", spørgsmål 23-27 kunne besvares på en skala (0-10) fra "slet ikke vigtigt" til "meget vigtigt". Endelig kun-

ne spørgsmål 33-35 besvares med afkrydsning af uddannelse hhv. antal års arbejds- og uddannelsesanciennitet. Der var således kun lukkede svarkategorier, hvilket gør det muligt, at undersøgelsen senere kan indgå i en komparativ analyse (Boolsen, 2008).

Det endelige spørgeskema blev distribueret elektronisk via et link til undersøgelsen, som var lavet i softwareprogrammet SurveyXact®. Information om anonymitet, deltagelsesfrihed og dataopbevaring i overensstemmelse med GDPR-reglerne blev givet elektronisk, sammen med informationen om, at deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen blev betragtet som samtykke til deltagelse. Spørgeskemaet skulle være besvaret inden kursusstart 5 uger senere for at sikre baseline-data uden forudgående kompetenceløft fra kurset. Der blev udsendt reminder 2 og 4 uger efter første udsendelse.

Respondenter

Spørgeskemaet blev sendt til 30 respondenter, der alle var ansatte som sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter tilknyttet et plejecenter eller et udekørende team i en større sjællandsk kommune. Respondenterne var på forhånd informeret om hele forskningsprojektet herunder spørgeskemaundersøgelsen ved et kick-off-arrangement. For at opretholde respondenternes anonymitet var alder ikke inkluderet.

Analyse

Vi anvendte Fishers eksakte test med et 5% signifikansniveau i det vores datamateriale opfyldte alle af følgende forudsætninger: 1) data skal være frekvensdata, 2) kategorierne skal være uafhængige af hinanden, 3) logisk eller empirisk basis for klassificering af (nominelle) grupper, 4) summen af forventede frekvenser for alle celler skal være lig med summen af observerede frekvenser for alle celler, 5) summen af alle observerede frekvenser fratrukket summen af alle forventede frekvenser skal være lig med 0, 6) hvis populationen tæller mere end 20 respondenter, må den forventede tælling af celler være fem eller større i højst 80% af alle celler. Analyserne tog således statistisk udgangspunkt i en nul-hypotese om, at der ingen forskel var mellem associationerne for de forklarende variabler og tiltro til egne evner. Data blev analyseret i Stata version 16 (StataCorp, 2019).

Resultater

Spørgeskemaet blev udfyldt af 24 respondenter (80 %) – heraf 7 sygeplejersker og 17 social- og sundhedsassistenter. Det viste sig endvidere, at de fleste deltagere havde høj anciennitet i uddannelse, i det 16 havde ≥ 5 års uddannelsesanciennitet og 8 havde 0-5 år. Dette gjorde sig også gældende ved arbejde inden for det primære sundhedsvæsen, da 19 havde ≥ 5 års arbejdsstedsanciennitet og 5 havde 0-5 år. Se tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Uddannelsesniveau, uddannelsesanciennitet og arbejdsstedsanciennitet i år fordelt på uddannelsesniveau

	Sygeplejersker N (%)*	Social- og sundheds- assistenter N (%)	I alt N (%)
Uddannelsesanciennitet			
0-5 år	0	8 (47)	8 (33)
≥ 5 år	7 (100)	9 (53)	16 (67)
Arbejdsstedsanciennitet			
0-5 år	2 (29)	3 (18)	5 (21)
≥ 5 år	5 (71)	14 (82)	19 (79)
I alt	7 [29]*	17 [71]	24 (100)

*() = kolonneprocent, [] = rækkeprocent

Tabel 2 viser de signifikante associationer (p-værdier) mellem tiltro til egne evner til at yde eksistentiel og åndelig omsorg og henholdsvis uddannelsesniveau, uddannelsesanciennitet og arbejdsstedsanciennitet i det primære sundhedsvæsen. I de resterende items (der var 32 i alt) var der ikke forskel på svarene imellem grupperne. Aktuell range angiver det kontinuuum, hvorpå respondenterne har svaret ud af de tilgængelige svarkategorier for et givent item. Mean angiver den gennemsnitlige værdi af alle besvarelser. Standard Deviationen (SD) angiver forskellen mellem værdier og gennemsnit for besvarelserne. P-værdien angiver sandsynligheden for at fundene er fremkommet ved en tilfældighed (jo lavere p-værdi, jo lavere sandsynlighed).

Tabel 2a: Statistisk signifikante fund for uddannelsesniveau

Variabler	Kategori	Aktuel range	Mean (SD)	P-værdi
Uddannelsesniveau og svært at samtale med mine borgere om livet og døden, i et multikulturelt samfund	Sygeplejerske	0-9	2.7 (3.0)	0.022
	Social- og sundhedsassistent	0-7	3.9 (2.4)	
Uddannelsesniveau og selvsikkerhed i kendskab til teorier om åndelig omsorg	Sygeplejerske	0-10	5.4 (3.6)	0.029
	Social- og sundhedsassistent	1-8	5.2 (1.9)	
Uddannelsesniveau og selvsikkerhed i samtale med borger uden konkret løsning eller svar	Sygeplejerske	6-10	8.1 (1.7)	0.028
	Social- og sundhedsassistent	3-9	6.7 (1.7)	
Uddannelsesniveau og bevidsthed om sårbarhed i samtale om livet og døden gør det svært for mig at yde åndelig omsorg	Sygeplejerske	0-4	1.1 (1.6)	0.018
	Social- og sundhedsassistent	0-6	3.7 (2.0)	

Tabel 2b: Statistisk signifikante fund for arbejdsstedsanciennitet

Variabler	Kategori	Aktuel range	Mean (SD)	P-værdi
Arbejdsstedsanciennitet og eksistentiel samtale udenfor mit kompetencefelt	0-5 år	0-8	3.0 (3.0)	0.046
	>= 5 år	0-6	1.3 (2.2)	
Arbejdsstedsanciennitet og selvsikkerhed i samtale om døden	0-5 år	2-9	5.8 (2.5)	0.001
	>= 5 år	3-10	7.3 (1.8)	
Arbejdsstedsanciennitet og selvsikkerhed i samtale med borger uden konkret løsning eller svar	0-5 år	3-7	5.4 (1.5)	0.041
	>= 5 år	4-10	7.6 (1.6)	
Arbejdsstedsanciennitet og tilbyde mig selv som relationel ressource	0-5 år	1-7	4.2 (3.0)	0.016

Uddannelsesanciennitet

Vi fandt ingen signifikante fund for uddannelsesanciennitet og professionelles evner til at yde eksistentiel og åndelig omsorg.

Arbejdsstedsanciennitet

Vi fandt, at professionelle med høj arbejdsstedsanciennitet i højere grad ikke fandt det uden for deres kompetencefelt at yde eksistentiel og åndelig omsorg sammenlignet med professionelle med lav arbejdsstedsanciennitet ($p = 0.046$). Det samme var tilfældet for spørgsmål om, hvor sikker man følte sig i samtaler om livet og døden ($p = 0.001$), og hvorvidt man følte sig sikker i samtaler med borgerne uden konkret løsning eller svar ($p = 0.041$). Vi fandt desuden at professionelle med høj arbejdsstedsanciennitet i højere grad tilbød sig selv som relationel ressource end dem med lav anciennitet ($p = 0.016$).

Diskussion

Vi ønskede i dette studie at udvikle et spørgeskema for at afdække styrker og barrierer for at yde eksistentiel og åndelig omsorg hos sundprofessionelle i ældreplejen. Blandt respondenterne fandt vi helt overordnet, at højt uddannelsesniveau og høj arbejdsstedsanciennitet var positivt forbundet med både sikkerheden i at yde eksistentiel og åndelig omsorg og bevidstheden om, at det kan være sårbart at yde denne form for omsorg. Højt uddannelsesniveau og høj arbejdsstedsanciennitet var også positivt forbundet med følelsen af at være en ressource for borgeren, og at eksistentiel og åndelig omsorg ligger inden for ens kompetenceområde.

Et væsentligt fund var den høje arbejdsstedsanciennitet blandt de fleste respondenter, som indikerer, at sundhedsprofessionelle, i hvert fald i denne undersøgelse, bevarer deres ansættelse i den primære sundhedssektor i lang tid. Det er interessant i relation til eksistentiel og åndelig omsorg, fordi arbejdsstedsanciennitet er positivt associeret til tiltro til egne evner hertil. Især sikkerheden ved eksistentielle samtaler var tydeligt associeret til dette, og umiddelbart er det meningsfuldt, at erfaring med målgruppen over tid, som her er ældre medborgere, også styrker tiltroen til at kunne indgå i samtaler om eksistentielle temaer med dem. I tråd med den positive association mellem sikkerhed i eksistentielle samtaler og høj arbejdsstedsanciennitet var der også en øget oplevelse af at være en ressource for en ældre medborger i eksistentielle samtaler, jo højere arbejdsstedsancienniteten var. Det gjaldt også i relation til forståelsen af, at eksistentiel og åndelig omsorg ligger inden for ens kompetenceområde. For denne gruppe sundhedsprofessionelle tillægges arbejdsstedsanciennitet således stor betydning for tiltroen til at kunne yde eksistentiel omsorg. Eksistentiel og åndelig omsorg er relationsbåret, og for flere sundhedsprofessionelle i ældreplejen kan der over tid være skabt et dybt og bredt kendskab til en ældre medborger, som kan være betydningsfuldt for at kunne yde eksistentiel og åndelig omsorg (Timmermann, Prinds, Ammentorp & Larsen, 2021). Vi antager, at det er relationsdybden til de ældre, som kan være afgørende for at arbejdsstedsancienniteten er positivt associeret til de tre parametre.

Uddannelsesniveaulet var blandet, dog med flest respondenter som var social- og sundhedsassistenter. Vi fandt, at netop uddannelsesniveaulet var positivt associeret til både en øget sikkerhed i at varetage samtaler uden nogen specifik løsning eller svar og også en øget bevidsthed om den sårbarhed, der er indlejret i at tale om eksistentielle temaer. Bevidstheden om, at det kan være sårbart, er interessant, fordi det her forstås som et bindeled til selvindsigt, som synes væsentlig for at kunne indgå troværdigt i eksistentielle samtaler (Timmermann, Prinds, Ammentorp & Larsen, 2021). At kunne indgå i potentielt sårbare samtaler uden specifikke svar kræver refleksionskompetencer, som også kan opøves under uddannelse, og er en væsentlig kompetence under de fleste sundhedsprofessionelle uddannelser (Wackerhausen, 2008; Søndergaard & Eg, 2021).

Et europæisk interventionsstudie, som evaluerede effekten af et postgraduat kursus i eksistentiel og åndelig omsorg blandt læger og sygeplejersker, fandt, at deltagernes barrierer i forhold til at yde eksistentiel og åndelig omsorg blev reduceret og deres kompetencer hertil blev øget og var stabilt forøgede for flere af de målte parametre både efter en og seks måneder (van de Geer et al., 2018). Uddannelsesniveaue synes altså såvel i det hollandske studie som i dette studies fund at have betydning for både barrierer og kompetencer i forhold til at yde eksistentiel og åndelig omsorg, og ikke mindst synes det ifølge van de Geer et al. (2018) at kunne styrkes på linje med andre professionelle kompetencer.

Vi fandt i dette lille datasæt ingen signifikante fund for uddannelsesanciennitet og professionelles evner til at yde eksistentiel og åndelig omsorg. Størstedelen af respondenterne havde uddannelsesanciennitet på fem år eller mere. Kun få havde under to års erfaring. Ihukommende datasættets størrelse, kan vi ikke sige, om det er et generelt fænomen, at ikke særlig mange nyuddannede er beskæftigede i ældreplejen, eller blot et fund blandt dette studies deltagere. Imidlertid har man også i en rapport fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning fundet, at de fleste FOA-organiserede medarbejdere i hjemmepleje- og plejeboligsektoren har mere end 10 års erfaring (Rostgaard & Matthiessen, 2016). Ligeledes viser en gennemgang af dimitterundersøgelser i Dansk Sygeplejeråd fra 2017, 2019 og 2020, at kun mellem 11-14% af de nyuddannede er ansat kommunalt (Dansk Sygeplejeråd, 2022). Andre analyser viser, at der blandt sygeplejersker under 30 år er en markant høj andel, der arbejder på hospitaler, og at sygeplejersker med alderen skifter til ansættelser andre steder i sundhedsvæsenet som fx den kommunale sektor (Dansk Sygeplejeråd, 2020; 2021). Det er således grund til at antage, at en del af de sygeplejersker, som arbejder i ældreplejen også har anciennitet fra den sekundære sundhedssektor og derfor også har høj uddannelsesanciennitet, hvilket kan have betydning i forhold til at inddrage spørgsmål om livet og døden.

Undersøgelsens styrker og svagheder

I dette studie har vi hos sundhedsprofessionelle i ældreplejen målt tiltro til egne evner ved hjælp af et udviklet og facevalideret spørgeskema. Styrken ved studiet er dets tætte kontekstrelation og udviklingen og test af spørgeskemaet i denne. Det er ligeledes en styrke, at data kommer fra henholdsvis et plejecenter eller et udekørende team og dermed repræsenterer forskellige arbejdssteder i ældreplejen. Svagheden er, at datasættets størrelse er begrænset og derfor selv med den adækvate analysestrategi medfører, at fundende må forstås som tendenser, selvom en del af dem er statistisk signifikante.

Nogle af de ikke-signifikante fund kan dermed vise sig at være signifikante i en større population og omvendt. Fundene giver derfor anledning til et ønske om at "tiltro til egne evner ift eksistentiel omsorg" bliver undersøgt i en større population af sundhedsprofessionelle i ældreplejen.

Studiets fund bør læses i lyset af risikoen for selektionsbias: De kan være påvirket af faktorer, som ikke er undersøgt, for eksempel deltagernes alder, deres egne eksistentielle eller åndelige ståsteder eller relations-kontinuiteten de har til de ældre borgere, de drager omsorg for. Det samme gør sig gældende for "ønskebias", som indikerer, at respondenter svarer det, de ønsker at angive om deres professionelle omsorg for de ældre medborgere, men ikke det, de egentlig gør. Det kan føre til en højere rate af positive svar til for eksempel spørgsmålet "Hvor sikker er du på, at du med succes kan have samtaler med dine borgere omkring eksistentiel omsorg?" (Gordis, 2014).

Konklusion

I undersøgelsen fandt vi helt overordnet, at højt uddannelsesniveau og høj arbejdsstedsanciennitet var positivt forbundet med tiltroen til egne evner til at yde eksistentiel og åndelig omsorg for ældre medborgere. Uddannelsesniveaet er betydningsfuldt både i forhold til teoretisk viden, eksistentielle og åndelige behov og omsorgen for disse. Niveaet er også betydningsfuldt i forhold til at have opøvet de refleksionskompetencer, som synes væsentlige for at kunne indgå troværdigt i samtaler om eksistentielle temaer som død og dødelighed eller mening i livet. Også arbejdsstedsanciennitet højnede tiltroen til egne evner; det at kende de medborgere, man drager omsorg for, styrker tiltroen til at kunne indgå i samtaler om eksistentielle temaer med dem.

Vi finder undersøgelsens fund væsentlige både i et borger- og professionsperspektiv. I et borgerperspektiv fordi uddannelsesniveau er et konkret og opnåeligt mål for at øge kvaliteten af den eksistentielle og åndelige omsorg, som vi ved, har betydning for ældre medborgere. I et professionsperspektiv fordi tiltroen til egne evner til at kunne yde eksistentiel og åndelig omsorg kan ses som en kompetence, der kan opøves og professionaliseres, også blandt sundhedsfagligt personale uden en bacheloruddannelse. Det, tror vi, desuden kan medvirke til at skabe øget arbejdstilfredshed i den primære sundhedssektor. Afsluttende giver fundene i denne mindre undersøgelse anledning til også at undersøge uddannelsesniveau og anciennitet i en større gruppe af sundhedsprofessionelle i ældreplejen, og også andre dele af sundhedsvæsenets arbejde, hvor eksistentielle og åndelige temaer har betydning.

Finansiering

Undersøgelsen er et delstudie knyttet til projektet *Klædt på til at tale om livet og døden*, der er støttet af Helsefonden.

Appendiks

Supplerende datamateriale kan rekvireres ved henvendelse til forfatter.

Referencer

- Abell, C.H., Garrett-Wright, D. & Abell, C.E. (2018). Nurses' Perceptions of Competence in Providing Spiritual Care. *Journal of Holistic Nursing* 36(1), 33-37. Doi: 10.1177/0898010116684960
- Ammentorp, J., Thomsen, J.L., Jarbøl, D.E., Holst, R., Øvrehus, A.L. & Kofoed, P.-E. (2013). Comparison of the medical students' perceived self-efficacy and the evaluation of the observers and patients. *BMC Medical Education* 13(1), 49. Doi: 10.1186/1472-13-49
- Ammentorp, J. & Kofoed, P.E. (2010). Coach training can improve the self-efficacy of neonatal nurses. A pilot study. *Patient Education and Counseling* 79(2), 258-261. Doi: 10.1016/j.pec.2009.08.015
- Axboe, M.K., Christensen, K.S., Kofoed, P.-E. & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Medical Education* 16(1), 272. Doi: 10.1186/s12909-016-0798-7
- Ausker, N., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H. & Pedersen, M. (2008). Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. *Ugeskrift for Læger* 170(21), 1828-33.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 191-215. Doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares, & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich: information Age Publishing, pp. 307-337.
- Blank, M.-L., Wood, S. & Egan, R. (2018). Layers of engagement: Staff perceptions of spiritual care in residential aged care. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* 30(1), 78-98. Doi: 10.1080/15528030.2017.1301844
- Boolsen, M.W. (2008). *Spørgeskemaundersøgelser – fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dansk Sygeplejeråd (2021). *Sygeplejersker beskæftiget i og uden for sygeplejefaget 2020*. Notat. Tilgængelig den 22. februar 2022 på: https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejersker_beskaeftiget_i_og_uden_for_sygeplejefaget_2020.pdf
- Dansk Sygeplejeråd (2022). Oplysninger fra DSR Analyse baseret på dimittendanalyser i 2017, 2019 og 2020.
- Delgado, C. (2015). Nurses' Spiritual Care Practices: Becoming Less Religious? *Journal of Christian Nursing* 32(2), 116-122. Doi: 10.1097/CNJ.0000000000000158
- Evans, N., Costantini, M., Pasman, H.R., Van den Block, L., Donker, G.E., Miccinesi, G., Bertolissi, S., Gil, M., Zurriaga, O., Deliens, L. & Onwuteaka-Philipsen, B. (2014). End-of-Life Communication: A Retrospective Survey of Representative General Practitioner Networks in Four

- Countries. *Journal of Pain and Symptom Management* 47(3), 604-619. Doi: 10.1016/j.painsym-man.2013.04.008
- Erichsen, N.-B. & Büssing, A. (2013). Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/ Nursing Homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2013, 1-10. Doi: 10.1155/2013/913247
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology*. 5. udg. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Hansen, C.V. (2011). Afsked: Den sidste og yderste samtale. *Kronik. Kristeligt Dagblad* den 10. november.
- Hansen, F.T. (2016). *At andres ved livets afslutning*. København: Akademisk Forlag.
- Hansen, N.-H., Marckmann, B., Nørregård-Nielsen, E., Rosenmeier, L.S. & Østergaard, J. (2015). Spørgeskemaer i virkeligheden. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Harder, I. & Friis, L.K. (2010). Plejehjemsbeboeres oplevelse af livet på plejehjem. *Sygeplejersken* 110(11), 48-52.
- Hvidt, E.A., Søndergaard, J., Hansen, D.G., Gulbrandsen, P., Ammentorp, J., Timmermann, C. & Hvidt, N.C. (2017). "We are the barriers": Danish general practitioners' interpretations of why the existential and spiritual dimensions are neglected in patient care. *Communication & Medicine* 14(2), 108-120. Doi: 10.1558/cam.32147
- Ilkjær, I. (2012). *Ånde-nød*. København: Det Teologiske Fakultet, Københavns Universitet.
- Jakobsen, R.G. (2017). Flere dør i hjemlige omgivelser. *Momentum* 9(17), 1-3.
- Johansen, K. (2005). *Basal sundhedsvidenskabelig statistik – begreber og metoder*. København: Munksgaard.
- Keall, R., Clayton, J.M. & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing* 23(21-22), 3197-3205. Doi: 10.1111/jocn.12566
- Kisvetrová, H., Klugar, M. & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing* 19(12); 599-605. Doi: 10.12968/ijpn.2013.19.12.599
- Kjeldsen, S.B. (2015a). Palliation: Plejehjemmet skal være et godt sted at dø. *Sygeplejersken* 115(3), 40-43.
- Kjeldsen, S.B. (2015b). Palliation: Hospicemetoder vinder indpas på plejecentret. *Sygeplejersken* 115(3), 44-45.
- Knudby, U. (2007). Tegn på, at døden nærmer sig. *Sygeplejersken* 107(19), 48-51.
- Kommunernes Landsforening (2022). *Fælles Sprog III. En fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på sundheds- og ældreområdet*. Tilgængelig den 22. februar 2022 på <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/digitalisering-paa-sundhedsomraadet/faelles-sprog-iii/>
- La Cour, P. & Hvidt, N.C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine* 71(7), 1292-1299. Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.024
- Moestrup, L. (2015). *I dødens nærvær*. Odense: Institute of Public Health, University of Southern Denmark.
- Norgaard, B., Ammentorp, J., Kyvik, K.O. & Kofoed, P.-E. (2012). Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 32(2), 90-97. Doi: 10.1002/chp.21131
- Rostgaard, T. & Matthiesen M.U. (2016). *Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg*. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

- Ruder, S. (2013). Spirituality in Nursing. Nurses' Perceptions About Providing Spiritual Care. *Home Healthcare Nurse* 31(7), 356-367. doi: 10.1097/nhh.0b013e3182976135
- Skjødt, U. (2018). Ældre i den politiske tilrettelæggelse af boliger til svækkede ældre – et historisk perspektiv. I: S. Glasdam & F.F. Jacobsen (red.), *Gerontologi*. København: Gads Forlag, s. 354-370.
- Skjødt, U. (2019). Standardisering som redskab i organiseringen af sygepleje i det nære sundhedsvæsen. I: U. Skjødt & I. Jekes (red.). *Sygepleje i det nære sundhedsvæsen*. København: Munksgaard, s. 33-47.
- Slort, W., Blankenstein, A.H., Abarshi, E.A., Riphagen, I.L., Echteld, M.A., Aaronson, N.K., van der Horst, H. & Deliens, L. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine* 25(6), 613-629. Doi: 10.1177/0269216310395987
- StataCorp (2019). *Stata Statistical Software*. College Station TX, StataCorp. 16.0
- Steenfeldt, V.Ø. (2010). Kari Martinsens omsorgsfilosofi som referenceramme for undersøgelse af sygeplejerskens stedfortrædende praksis. I: B.B. Jørgensen & V.Ø. Steinfeldt (red.). *Med sygeplejeteori som referenceramme*. København: Gads Forlag, s. 103-199.
- Steenfeldt, V.Ø. (2006). *Eksistentielle og religiøse problemstillinger i sygeplejen*. København: Gads Forlag.
- Steenfeldt, V.Ø. (2013). *Hospice – et levende hus*. Roskilde: Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.
- Steenfeldt, V.Ø., Viftrup, D.T. & Hvidt, N.C. (red.) (2019). *Levedag*. København: Munksgaard.
- Steenfeldt, V.Ø., Jekes, I., Elrond, M., MacEachnie, L.H., Larsen, C. & Skjødt, U. (2022). Klædt på til at tale om livet og døden – afslutningsrapport. Roskilde: Professionshøjskolen Absalon. Tilgængelig den 7. februar 2023 på: https://www.ucviden.dk/files/166540375/afslutningsrapport_f_rdig_med_bilag.pdf
- Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1999). *Livssyn, sundhed og sygdom*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A.-K. & Rämgård, M. (2019). The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals – A multiple case study. *International Journal of Older People Nursing* 14(3):e12234. Doi: 10.1111/opn.12234
- Søndergaard, S.F. & Eg, M. (2021). *Refleksion og refleksivitet i sygepleje*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Tanner, K. (2018). Chapter 6 - Survey designs. In K. Williamson & G. Johanson (Eds.), *Research Methods (Second Edition)* (pp. 159-192). Chandos Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102220-7.00006-6>
- Tanyi, R.A., McKenzie, M. & Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21, 690-697. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00459.x
- Timm, H. & Hagedorn-Møller, J. (2013). *Undersøgelse af danskernes viden om livstruende sygdomme og muligheder for lindring samt ønsker til den sidste del af livet*. København: Palliativt Videncenter.
- Timmermann, C., Prinds, C., Ammentorp, J. & Larsen, H. (2021). Eksistentielle overvejelser: sårbare relationer mellem sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende. I: E.A. Hvidt, J. Søndergaard & A. Grønning (red.). *Relationer i sundhedsvæsenet: hvorfor og hvordan?* Frederiksberg: Samfundslitteratur, s. 191-208.
- Touhy, T., Brown, C. & Smith, C.J. (2005). Spiritual Caring. End of Life in a Nursing Home. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 27-35. Doi: 10.3928/0098-9134-20050901-07

- van de Geer, J., Veeger, N., Groot, M., Zock, H., Leget, C., Prins, J. & Vissers, K. (2018). Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: Results of a quasi-experimental study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 35(2), 218-228. Doi: 10.1177/1049909117692959
- van der Vaart, W. & van Oudenaarden, R. (2018). The practice of dealing with existential questions in long-term elderly care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 13(1), 1508197. Doi: 10.1080/17482631.2018.1508197
- Viftrup, D.T., Hvidt, N.C. & Prinds, C. (2021). Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 35(2), 420-429. Doi: 10.1111/scs.12872
- Viftrup, D. T., Prinds, C., Steinfeldt, V.Ø. & Hvidt, N.C. (2020). "...Nu er det hele snart forbi ..." Et kvalitativt studie af terminale patienters sproglighed omkring død og efterliv. *Klinisk Sygepleje* 34(3), 161-175. doi: <https://10.18261/ISSN.1903-2285-2020-03-02>
- Wackerhausen, S. (2008). Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. *Refleksion i praksis* 1, 3-21.