

## Statusartikel

# Den medmenneskelige samtale er en lægefaglig opgave

Martin Schultz<sup>1, 2</sup>, Mai-Britt Guldin<sup>3</sup> & Kristoffer Marså<sup>4</sup>

1) Afdelingen for Medicinske Sygdomme, Geriatrik Sektion, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 2) Dansk Selskab for Geriatri, 3) Center for Sorg og Eksistens, Aarhus, 4) Afdelingen for Multisygdom, Nordsjællands Hospital

Ugeskr Læger 2024;186:V10230658. doi: 10.61409/V10230658

### HOVEDBUDSKABER

- Eksistentiel lidelse opstår, når en oplevelse af mening og menneskelig værdi trues.
- Lægens opgave i mødet med eksistentiel lidelse er at identificere den eksistentielle lidelse, anerkende den og kunne indgå i en samtale herom. Formålet er at mindske lidelsen.
- I denne artikel præsenteres et erfaringsbaseret redskab til den medmenneskelige samtale.

Sundhedsvæsenet er under forandring, og vi lever længere med flere sygdomme [1, 2]. Således ændres livsvilkår for både patienter og pårørende, men også arbejdsvilkårene for læger. Udbrændthed blandt læger vokser og ses nu også i stigende grad blandt yngre læger og medicinstuderende [3-5]. Det har flere årsager; blandt dem er oplevelsen af at være et lille tandhjul i en stor umenneskelig maskine og følelsen af, at lægegeringen har mistet sin mening [6, 7]. Det Ethiske Råd undersøgte i 2021 omsorg i sundhedsvæsenet og skrev: »Alle har behov for at kunne se sig selv og blive set som et menneske, der i kraft af sin gøren og eksistens fortjener respekt og anerkendelse« [8] og foreslog et omsorgsfuldt fokus på det menneskelige frem for på produktion og effektivitet.

I denne artikel foreslås et klinisk redskab til den medmenneskelige samtale, der retter sig mod at identificere og lindre eksistentiel lidelse, som opstår, når patientens eksistens rammes eller trues. Den lægefaglige samtale adskiller sig fra psykologens terapeutiske samtaler og præstens sjælesorg ved at have hovedfokus på den aktuelle sygdom, prognose og behandlingsplan og i mindre grad på det eksistentielle. Målet med den medmenneskelige samtale er ikke at fjerne den eksistentielle lidelse, men at lindre den. »Stundom helbrede, ofte lindre, altid trøste«. I denne artikel ser vi netop i retningen af den trøst, en læge skal kunne tilbyde.

### EKSISTENTIEL LIDELSE

»Hvis jeg var en hund, var jeg blevet aflivet«, »jeg kan intet gøre, bare følge med«, »der er intet håb, alt er tabt«. Dette er udsagn, som patienter kommer med om deres eksistentielle lidelse. Altså den lidelse et menneske gennemlever, når eksistensen eller meningen med livet er truet. Den eksistentielle dimension af lidelse defineres i en nyligt udgivet dansk klinisk retningslinje om eksistentielle og åndelige aspekter, således: »spiritualitet er en dimension, som vedrører den måde, mennesker (...) oplever, udtrykker og/eller søger mening, formål og transcendens og den måde, man forbinder sig til øjeblikket, til sig selv, til andre, til naturen, til det betydelige (...)« [9]. I litteraturen [10] beskrives den eksistentielle dimension som: Vi forsøger at forholde os til livet og døden, skabe mening og oplevelsen af samhørighed, træffe valg og finde håb i den situation, vi står

i.

I en undersøgelse af patienter med KOL svarede 91% af de hollandske og 87% af de amerikanske patienter, at de aldrig havde talt med deres læge om eksistentielle eller spirituelle emner [11]. Blandt 411 kræftpatienter tilknyttet to amerikanske palliative enheder svarede 87%, at de blev behandlet uden respekt eller forståelse, 87% følte, at de var en byrde, 83% oplevede, at de ikke havde kontrol over deres eget liv, og 75% havde mistet meningen eller formålet med livet [12]. I et tilsvarende australsk studie fandt man blandt 319 patienter med kræft tilknyttet palliative behandlingstilbud, at omkring halvdelen oplevede moderat til svær grad af håbløshed og/eller tab af kontrol [13].

Eksistentiel lidelse er ikke et fænomen, som kun opstår hos døende patienter, men også hos patienter med kronisk sygdom [14], ved senfølger efter COVID-19 [15] eller hos ældre, der føler sig uønsket alene. Eksistentiel ensomhed beskrives som ikke alene fravær af meningsfulde relationer, men også oplevelsen af at være fundamentalt adskilt fra andre [16, 17]. Ensomhed er en velkendt risikofaktor for overdødelighed [18, 19].

Patienter ønsker sig ofte en læge, som udviser compassion, dvs. anerkender deres lidelse og samtidig handler relevant, og ikke én, der »kun« sætter sig i deres sted og medlider [20]. Læger modtager imidlertid kun sparsom systematisk uddannelse i dette. Med den rette træning vil læger potentielt på én gang kunne opfylde patienternes ønske om compassion og samtidig reducere egen risiko for at opleve belastning og udbrændthed [20, 21]. Dette forudsætter, at lægen er i stand til lytte, identificere og anerkende patientens lidelse og handle relevant herpå. En relevant handling kan være den medmenneskelige samtale, hvor lægen anerkender og lytter til den lidende patient, og hvor der skabes samhørighed og et kortvarigt medmenneskeligt fællesskab.

## DEN MEDMENNESKELIGE SAMTALE

Det kan være svært at tale om eksistentiel lidelse, når læger ikke uddannes til dette. I mange tilfælde vil andre personalegrupper være bedre uddannet og ofte have bedre rammer og tid til sådanne samtaler. Det åbenlyse paradoks er imidlertid, at læger ofte er sammen med patienterne i deres eksistentielle lidelse. Hvis vi vil have omsorg og medmenneskelighed ind i sundhedsvæsenet, er der behov for at kunne identificere, når en samtale berører eksistentielle emner, og have fagligheden til at tale om det.

Vi foreslår nedenstående samtaleredskab til den medmenneskelige samtale, som kan fungere som støtteredskab i lægesamtalen. Modellen er erfaringsbaseret og udarbejdet som et led i klinisk lægearbejde og undervisning med feedback fra forskellige sundhedsprofessionelle. Modellen er således ment som et ekspertbud på, hvordan man som læge kan møde patienter med eksistentiel lidelse.

En vigtig del af den medmenneskelige samtale er, at lægen identificerer og anerkender patientens lidelse. I læge-patient-samtalen vil magtbalancen altid være ulige. Men på ét punkt er vi lige – vi er begge mennesker, som er prisgivet vores eksistentielle vilkår og sårbarheder. Det kan for nogle læger være vanskeligt i en samtale, hvis man pludselig mærker egen sårbarhed. Det er vigtigt, når man som læge kommer i kontakt med sine egne følelser, at man kan bruge stilhed og genvinde indre ro til at gennemføre samtalen. Man kan med fordel sige noget i stil med: »Jeg kan mærke, at jeg bliver helt berørt, når vi taler om dette«. På den måde gør man det naturligt og uproblematisk, at følelser spiller en rolle i samtalen og legitimerer derved også patientens følelser.

Dernæst er det af afgørende betydning selv at tale med nogen, en god kollega eller en erfaren leder eller modtage supervision på arbejdspladsen.

Det er lægens ansvar at kunne sit fag. At kende til behandlingsmuligheder, virkning og bivirkninger samt prognose. Den eksistentielle lidelse fremkalder en menneskelig tilstand, som i sidste ende altid er det enkelte menneskes ansvar. Vi kan ikke som professionelle have samme tilgang til eksistentiel lidelse, som vi har til

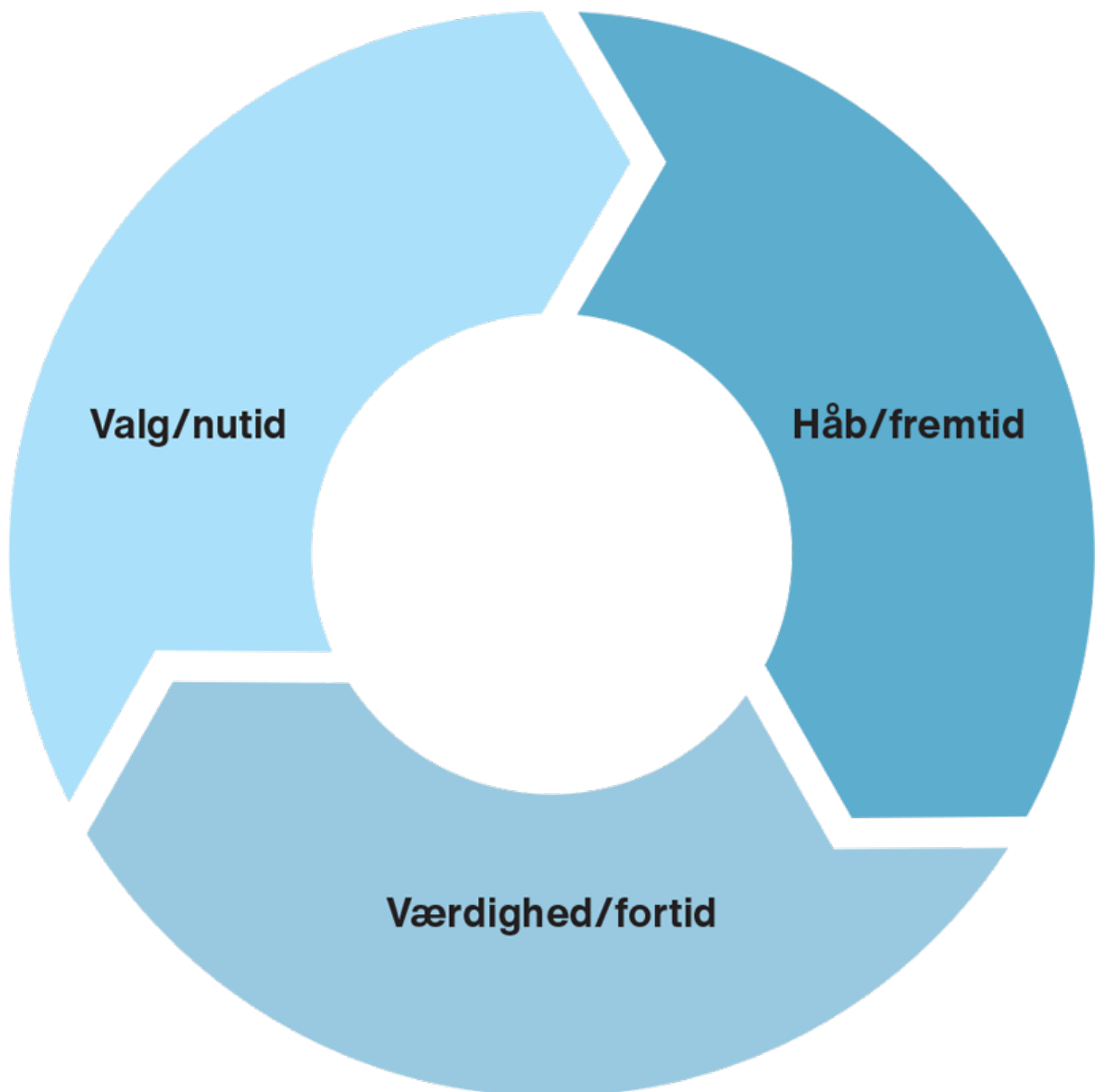
sepsis eller en blindtarmsbetændelse. Der findes ikke et flow chart eller retningslinjer, som definerer, hvordan et menneske oplever at blive ramt af sygdom. Lægens opgave og ansvar i mødet med eksistentiel lidelse er at kunne » ledsage « lidelsen, at blive i rummet sammen med patienten og skabe kontakt på et menneskeligt plan [22]. Ved at kunne skelne eksistenslidelsen fra de symptomer, der kan løses, er lægen bedre i stand til at lindre uden at blive handlingslammet, når lidelsen virker overvældende [23].

## VÆRDIGHED, VALG OG HÅB – ET REDSKAB TIL EN MEDMENNESKELIG SAMTALE

I de fleste samtaler har lægen en opgave med at spørge til en anamnese eller formidle resultatet af en undersøgelse. I disse samtaler har lægen et formål med samtalen og styrer den med det udgangspunkt. Undervejs i samtalen kan man som læge opleve, at patienten bliver fyldt af en anden agenda – altså den menneskelige lidelse, de oplever lige nu. Hvis man som læge ikke har faglighed til at møde denne lidelse og tale med patienterne om det, der er vigtigt for dem, vil mange patienter opleve sig dårligt behandlet eller gå fra samtalen mere fortvivlede end nødvendigt [20, 24].

Samtaleredskabets struktur og eksempler på udsagn kan fungere som afsæt for lægen i arbejdet med den medmenneskelige samtale. Redskabet arbejder med tre eksistentielle begreber (værdighed, valg og håb), som vi simplificeret har knyttet til tre tider: fortid, nutid og fremtid. De tre begreber og de tre tider knyttes her sammen på baggrund af eksisterende litteratur om eksistentiel lidelse (Figur 1).

**FIGUR 1** Redskab til den medmenneskelige samtale.



---

I Tabel 1 er der anført nogle eksempler på udsagn, som lægen kan benytte for at møde patienten i de tre begreber/tider. Da læger ofte har begrænset tid til at tale om den menneskelige dimension af livet, foreslår modellen, at man identificerer, hvilket af de tre begreber eller hvilken tid patienten umiddelbart udtrykker sin lidelse i. Når eksistentiel lidelse identificeres, kan man bruge modellen til at stille et eller to spørgsmål rettet mod den lidelse som er vigtig for patienten.

**TABEL 1** Eksempler på udsagn til at møde patienten i de forskellige begreber/tider. Formuleringerne i tabellen er ment som inspiration og ikke nødvendigvis konkrete formuleringer. Det er afgørende at finde et fælles sprog for, hvad og hvordan patienten ønsker at tale om den eksistentielle lidelse.

Tid/begreb 1-3	Fra patienten	Fra lægen	handling
	eksempler på udsagn	eksempler på spørgsmål	
Indledning af samtalen	-	»Jeg kan se, du bliver berørt, når vi taler om dette. Jeg vil meget gerne høre lidt mere om det, der går dig på lige nu. Vil du kort fortælle mig lidt mere om, hvad du bliver optaget af i vores snak?«	-
Begreb 1: tab af værdighed og mening	»Hvis jeg var en hund, var jeg blevet aflivet«	»Det må være voldsomt at have det sådan ... [Pause] ... Inden vi går videre og taler om behandlingen, så vil jeg gerne høre lidt mere om dig selv. Hvad har du mon lavet i dit liv før sygdom og alt dette her?« <i>Eller</i> »Hvor plejer du at kunne finde styrke, når livet er vanskeligt?«	-
Begreb 2: tab af valgmuligheder og kontrol	»Jeg kan intet gøre, bare følge med«	»Hmm. Jeg kan slet ikke forestille mig, hvad du gennemlever lige nu? ... [Pause] ... Gad vide, om du kan fortælle lidt mere om, hvordan det er at være dig lige nu?« Patienten fortæller lidt ... »Jeg kan høre, at du oplever, alle valg er taget fra dig. Det forstår jeg godt, men jeg kunne godt tænke mig at høre lidt om, hvad der er det vigtigste for dig? Så kan vi sammen se på nogle af dine valgmuligheder, der giver mening for dig«	-
Begreb 3: håbløshed	»Der er intet håb, alt er tabt nu«	»Det må være voldsomt at høre de beskeder, jeg netop har givet. Jeg kan slet ikke forestille mig, hvordan du har det lige nu ... [Pause] ... Gad vide, om du vil fortælle mig lidt mere om, hvad du tænker på lige nu« Patienten fortæller ... »Gad vide, om du kan fortælle mig, hvad der får dig til at stå op hver morgen: Hvad er vigtigt for dig? Hvad håber du på?« <i>Eller</i> »Hvis dagen i morgen skulle blive bedre end dagen i dag, hvad skulle der så til?«	-
Afslutning på samtalen	-	»Tak, fordi du har fortalt mig disse vigtige ting. Jeg kan høre, at der er meget mere, vi kunne gå ind i. Jeg ville ønske, at jeg havde mere tid, men det har jeg ikke ... Det, vi kan gøre nu, er at planlægge en opfølgende tid ... eller ...«	Hvad man som læge kan tilbyde her, afhænger af lokale forhold

## FORTIDEN, TAB AF VÆRDIGHED OG MENING

»Hvis jeg var en hund ...«. Patienten dehumaniserer sig selv, og udtrykker dermed et tab af mening og værdighed. Lægen kan f.eks. lindre dette sammen med patienten ved at søge tilbage i livet før sygdommen og genfinde værdighed her.

Lægen spørger til roller eller handlinger, som har fyldt personen med værdighed og stolthed. Mange finder dette ved at fortælle om deres arbejde, familie/børn eller fritidsinteresser. Denne tilgang til at lindre eksistentiel lidelse bygger på den evidensbaserede værdighedsterapi [25].

## NUTIDEN, TAB AF VALGMULIGHEDER OG KONTROL

Når der tales om valg og kontroltab, er det hjælpsomt sammen med patienten at finde de små ting patienten selv kan vælge eller finde mening i. Hensigten er at give patienten et realistisk billede af, hvilke handlinger patienten selv kan vælge, f.eks. i sammenhæng med behandlinger og ønsker til fremtiden. Her bliver patientens autonomi betydningsfuld, og det er væsentligt, hvordan patienten finder mening i tilværelsen, for dermed at bringe det ind i retten til at vælge mellem realistiske muligheder. Ved at tale om valgmuligheder, selv hvis det er mindre valg om behandlinger, gives patienten autonomien tilbage.

Muligheden for at vælge kobles her til oplevelsen af kontrol i situationen. Når valgmulighederne er begrænsede, kan vi blive ramt af oplevelsen af kontroltab. I samtalen kan vi ikke ændre på fortiden, eller hvad der er sket, men vi kan vælge, hvordan vi lever med det lige nu. Dette syn på valg er en simpel måde at beskrive

eksistentielle valg, som bl.a. er fremført i bogen *The Choice* [26]. Valg er i samtaleredskabet knyttet til nuet. Hvis lægen hjælper med at pege på valgmulighederne, kan patienten se sine muligheder for at udvise autonomi i situationen.

## FREMTID, HÅBLØSHED

Håb handler om fremtiden. Det er et komplekst filosofisk begreb, men vi henviser til bogen »Hvor der er håb« [27] og lignende værker for mere utømmelige beskrivelser. I denne model bruges begreberne håb og »håblinge« om en fremtid, hvor patienten måske skal støttes til at finde ud af, hvad han/hun kan håbe på. Her er det lægens rolle at undgå at tilbyde umulige håb såsom helbredelse eller bedring, hvis dette ikke er muligt.

Spørger man patienter, hvad de håber, vil mange nok svare: at blive rask. Når dette ikke er muligt, og fremtiden måske bringer forværring, møder vi forståeligt nok håbløshed. Det er naturligvis afgørende ikke at reducere den ved at relativere den. Ord som »det skal jo nok gå« eller »i det mindste har du levet længere, end vi troede« er ofte ikke hjælpsomme. Lægen skal turde »møde« patientens håbløshed og besidde evnen til at være i samtalen, selvom den rammes af håbløshed. Når samtalen handler om håb, skelnes der mellem de store håb som f.eks. helbredelse, og små håb, som er vigtige og mere realistiske, her kaldet »håblinge« (Figur 2). Eksempler på »håblinge« kan være at opleve en kommende begivenhed, som julen eller et bryllup eller et andet personligt mål. Det modvirker den eksistentielle lidelse, hvis patienten kan støttes til at finde »håblingene« gennem samtalen. »Håblinge« er ligesom håb meget personlige og kan ikke defineres af andre end patienten selv.

**FIGUR 2** Håb, håbløshed og håblinge. **A.** Håbet om, at alt bliver godt igen. **B.** Den håbløshed, som kan opstå, hvis lægen bringer kun dårligt prognostisk nyt. **C.** De små, men realistiske håb, som kan findes i en medmenneskelig samtale.



## AFSLUTNING PÅ SAMTALEN

Det gælder såvel medmenneskelige samtaler som almindelige kliniske samtaler, at man som læge kan blive tvunget til at stoppe samtalen, selvom patienten ønsker mere tid. Det er vigtigt at anerkende patientens mod til at fortælle om det sårbare, herved opleves den efterfølgende afslutning mindre afvisende og mere respektfuld. Især hvis man afslutter med at lave en plan om opfølgning, kan patienten bedre mærke et ærligt ønske om at ville hjælpe med lidelsen.

## KONKLUSION

Eksistentiel lidelse er ikke alene koblet til snarlig død, men opstår når en oplevelse af mening og menneskelig værdi trues. Således kan både syge, raske pårørende eller lægens selv blive ramt af eksistentiel lidelse. Eksistentiel lidelse er en menneskelig tilstand og skal derfor ikke forsøges fjernet eller fikset. I mødet med eksistentiel lidelse foreslår artiklen en medmenneskelig samtale til at lindre og støtte den lidende ved at pege på værdighed, valg og kontrol samt håb i en vanskelig situation. Den medmenneskelige samtale er en måde at lindre den menneskelige lidelse ved sygdom. Hvis det lykkes at tale med patienter og pårørende om deres eksistentielle lidelse i livet med sygdom, vil flere patienter opleve sig som set og forstået, og flere læger måske føle sig lidt mindre som et tandhjul i en stor umenneskelig maskine. Således er det vores forslag, at hvis læger møder patienter og pårørende med medmenneskelighed, vil læger ikke bare hjælpe patienterne, men også selv få et lægeliv med mere mening, fordi de også kan møde den eksistentielle lidelse med compassion.

**Korrespondance** *Martin Schultz*. E-mail: martin.schultz@regionh.dk

**Antaget** 15. marts 2024

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 6. maj 2024

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2024;186:V10230658.

doi 10.61409/V10230658

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### The interpersonal conversation is also a medical task

Existential suffering refers to the distress arising from an inner realisation that life has lost its meaning or when life is threatened by disease. Compassionate and conscious conversation conducted by healthcare professionals is a way to alleviate existential suffering. In this review, we present a simple conversation tool which can be used to structure and build experience in end-of-life conversations and alleviation of existential suffering. The tool aims for patients to feel dignified and better understood in their existential questions and for doctors to feel better equipped in helping the patients with their suffering.

## REFERENCER

1. Frølich A, Stockmarr. Multisygdom i Danmark – beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed. Videns- og Forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, Region Sjælland, 2022.  
[https://backend.orbit.dtu.dk/ws/portalfiles/portal/312919326/Multisygdom\\_i\\_Danmark\\_Beskrivelse\\_af\\_sygdomsclustre\\_og\\_social\\_ulighed\\_27.01.2023\\_Revideret\\_20.02.2023.pdf](https://backend.orbit.dtu.dk/ws/portalfiles/portal/312919326/Multisygdom_i_Danmark_Beskrivelse_af_sygdomsclustre_og_social_ulighed_27.01.2023_Revideret_20.02.2023.pdf) (17. jul 2023).
2. Sundheds- og Ældreudvalget 2019-20. SSU Alm del – endeligt svar på spørgsmål 658. Antal af normede hospitalsenge.  
<https://www.ft.dk/samling/20191/almdel/suu/spm/658/svar/1674096/2214691.pdf> (17. jul 2023).
3. Foreningen af Danske Lægestuderende. FADL's Studielivsundersøgelse. [https://fadl.dk/fadls-studielivsundersogelse-delrapport-1/\[gallery6723\]/0](https://fadl.dk/fadls-studielivsundersogelse-delrapport-1/[gallery6723]/0) (10 aug 2023).
4. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(12):1600-13.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
5. Hartzband P, Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Engl J Med.* 2020;382(26):2485-2487.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp2003149>

6. Patel RS, Bachu R, Adikey A et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(11):98. doi:10.3390/bs8110098. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
7. Shanafelt T, Trockel M, Rodriguez A, Logan D. Wellness-centered leadership: equipping health care leaders to cultivate physician well-being and professional fulfillment. *Acad Med*. 2021;96(5):641-651. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003907>
8. Det Etske Råd. Omsorg i sundhedsvæsenet. Det Etske Råd, 2021.
9. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Eksistentielle og åndelige aspekter i palliativ indsats, 2023.
10. Esperandio MRG, Leget C. Opening a hermeneutic space for spiritual care practices. *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião* 2023. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2022v20n62e206204>
11. Janssen DJA, Curtis JR, Au DH et al. Patient-clinician communication about end-of-life care for Dutch and US patients with COPD. *Eur Respir J*. 2011;38(2):268-276. <https://doi.org/10.1183/09031936.00157710>
12. Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF et al. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med*. 2006;9(3):666-672. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.666>
13. Kissane DW, Bobevski I, Appleton J et al. Real world experience of change in psycho-existential symptoms in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2023;66(3):212-220.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.05.015>
14. Dahl PA. Sårbarhedens kraft – at finde styrke i svagheden. *Kristeligt Dagblad*, 2020.
15. Fang C, Baz SA, Sheard L, Carpentieri JD. 'I am just a shadow of who I used to be' –exploring existential loss of identity among people living with chronic conditions of Long COVID. *Social Health Illn*. 2023;46(1):59-77. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13690>
16. Edberg A-K, Trogu G, Manattini A, et al. Existential loneliness among older people from the perspective of health care professionals: a European multicenter study. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16: 2241-2252. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S408547>
17. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp. Sundhedsstyrelsen, 2016.
18. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7) e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
19. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
20. Sinclair S, Beamer K, Hack TF et al. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*. 2017;31(5):437-447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
21. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014;9(6):873-879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
22. Marsaa K, Mendahl J, Nielsen S et al. Development of a systematic multidisciplinary clinical and teaching model for the palliative approaches in patients with severe lung failure. *Eur Clin Respir J*. 2022;9(1):2108195. <https://doi.org/10.1080/20018525.2022.2108195>
23. Neergaard MA, Larsen H. *Palliativ medicin – en lærebog*. Munksgaard, 2015.
24. Guldin MB, Leget C. The integrated process model of loss and grief - an interprofessional understanding. *Death Stud*. 2023. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2272960>
25. Chochinov HM. *Dignity therapy&;: final words for final days*. Oxford University Press, 2012. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195176216.001.0001>
26. Eger E. *The Choice*. Ebury Publishing, 2018.
27. Graven V, Olsen JB. *Hvor der er håb Fra teori til sundhedsfaglig praksis*. Samfundslitteratur, 2018.