

Innledning: Det eksistensielle

ANNE AUSTAD, HANS STIFOSS-HANSEN, LISBET BORGE OG
LINDA RYKKJE

Utgangspunktet for denne boken er vissheten om at man i helse- og sosialfaglig praksis kan komme i berøring med eksistensielle temaer. Slike temaer blir særlig synlige når mennesker presses mot grensen av hva de tåler eller mestrer (Ausker, la Cour, Busch, Nabe-Nielsen & Pedersen, 2008). I møte med sykdom og lidelse stiller mange seg spørsmål som: Hva er min verdi nå? Hvordan kan jeg holde ut smerte? Hvordan kan jeg møte døden? (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998, s. 17). Også overgang til nye livssituasjoner, som for eksempel å gifte seg og få barn, kan aktualisere eksistensiell tematikk og særlig opplevelse av mening (Rykkje, Eriksson & Raholm, 2011; Prinds, Hvidt, Mogensen & Buus, 2014). Det eksistensielle anses derfor som en del av livet, både når vi har det godt, og når vi møter motgang.

Gjennom bokens åtte kapitler presenterer vi et utvalg begreper: sårbarhet, verdighet, skam, forsoning, mening, sorg, mot og lengsel. Disse begrepene er valgt fordi de er gjenstand for vår forskningsinteresse og knyttes til praksis innen helse- og sosialfag. De inneholder eksistensiell tematikk og forstås under bokens overordnede tema: eksistensielle begreper.

Å anvende det «eksistensielle» som et overordnet begrep, slik vi her gjør, krever en utdypning. Vi vil derfor i det følgende belyse hvordan det eksistensielle eller menneskets eksistensielle dimensjon kan forstås. Videre vil vi klargjøre hvilken rolle eksistensialfilosofien spiller i vår forståelse av det eksistensielle, og belyse på hvilke premisser det eksistensielle kan betraktes som et overordnet begrep for både åndelighet, livssyn og mening. Til slutt vil vi peke på hvordan det eksistensielle kommer til uttrykk i menneskers liv, samt argumentere for betydningen av eksistensiell omsorg i profesjonell praksis og behovet for forskning på dette feltet.

DET EKSISTENSIELLE OG ET HELHETLIG SYN PÅ MENNESKET

Det eksistensielle viser til menneskers grunnleggende livsbetingelser og har å gjøre med de vilkår vi er satt under som mennesker; vår sårbarhet og avhengighet av andre, behovet for mening og vårt møte med døden (Henriksen & Vetlesen,

1997, s. 76). Som grunnleggende livsbetingelser er det eksistensielle en dimensjon ved alle menneskers liv.

Innen helse- og sosialfag ønsker en å vektlegge et helhetlig syn på mennesket. Den kjente pioneren innen omsorg for døende, C. Saunders (1978), er kjent for å ha understreket nettopp dette; at man som fagpersoner må forholde seg til mennesker ut fra et helhetlig perspektiv som inkluderer det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Dette helhetsperspektivet er tatt i bruk i nyere litteratur og forskning innen flere helse- og sosialfag (se f.eks. Danbolt, Engedal, Hestad, Lien & Stifoss-Hanssen, 2014; Galanter, 2010; Lundmark, 2014). Innen helsepsykologi er den bio-psyko-sosiale modellen utvidet slik at den også omfatter åndelige faktorer. Her understrekes menneskets evne til og mulighet for å leve i henhold til egen livsfilosofi samt betydningen av sammenheng i livet og håp (Espnes & Smedslund, 2009). Den danske religionspsykologen P. la Cour (2017, s. 792) har beskrevet «den bio-psyko-social-eksistensielle modell» til bruk i en helhetlig smertelindring. Modellen får frem at menneskers lidelse er knyttet til alle områder av livet, og danner utgangspunkt for behandling som inkluderer samtaler om det eksistensielle (la Cour & Schnell, 2016).

En bio-psyko-sosial-eksistensiell modell betyr at de ulike dimensjonene kan erfares både adskilt og sammenvevd. Tap av arbeid, barnefødsel, beskjed om alvorlig sykdom – kan bli erfart både kroppslig, psykologisk (emosjonelt, mentalt), sosialt og eksistensielt. Det er ikke alltid mulig å skille kategorisk mellom erfaringer av kropp, psyke, det sosiale og det eksistensielle, som for eksempel ved depresjon (psyke) og håpløshet (eksistens). Eksistensiell smerte eller glede kan kjennes i kroppen, og dessuten føles og oppfattes sosialt.

Samtidig som det bio-psyko-sosial-eksistensielle er tett forbundet og vevd sammen i menneskers liv, er vi opptatt av at den eksistensielle dimensjon har sin egenart. Det eksistensielle kommer til syne i menneskers opplevde sårbarhet og utfordrer både individet og nettverket til å mobilisere eksistensielle ressurser som for eksempel håp, mening og følelse av sammenheng.

DET EKSISTENSIELLE OG EKSISTENSIALFILOSOFIEN

Det eksistensielle, slik vi bruker det som overordnet begrep, er åpent i den forstand at det ikke er tilknyttet ett bestemt filosofisk paradigme. Vi kan slik sett ikke sette likhetstegn mellom «det eksistensielle» og eksistensialfilosofien. Likevel vil vi si at vårt utgangspunkt er inspirert av eksistensialfilosofien slik at vi bygger videre på ideen om at eksistensielle spørsmål er grunnleggende for det å være menneske (Jones, 2019).

Psykoterapeut I.D. Yalom, som har vært innflytelsesrik ikke minst innenfor helse- og sosialfeltet, beskriver fire «ultimate concerns»: friheten, isolasjonen, meningsløsheten og døden (Yalom, 1998). Ifølge Yalom kan disse grunnvilkårene skape angst idet vi forsøker å komme til rette med erfaringene disse temaene er en del av. Den eksistensielle angsten kommer ikke minst til uttrykk i vårt møte med døden, noe Yalom beskriver som det dypeste av de fire «ultimate concerns». Å komme til rette med dødens realitet er derfor en viktig oppgave som menneske (Yalom, 2008). Yalom og den ateistiske eksistensielle tradisjonen han er del av, er opptatt av å bekrefte behovet for mening (Jones, 2019). For eksistensialfilosofiens religiøse gren er det å erfare en transcendent realitet som peker utover en selv, en måte å møte menneskets eksistensielle angst på (Tillich, 1952; Jones, 2019). Eksistensielle temaer er, uansett sekulær eller religiøs tilnærming, en del av livet, og vi er inspirert av eksistensialfilosofiens insistering på viktigheten av å samtale om eksistensielle temaer uten nødvendigvis å gi svar (Jones, 2019).

Noen av kapitlene i boken anvender kilder fra eksistensialfilosofien (som kapittel 7 om mot og kapittel 8 om lengsel). Forfatterne har imidlertid en åpen forståelse av det eksistensielle hvor tilfanget av litteratur kommer fra ulike fagtradisjoner, og hvor eksistensialfilosofien er en av flere bakgrunner for hvordan begrepene innholdsbestemmes og brukes. Enkelte kapitler (som kapittel 5 om mening og kapittel 6 om sorg) tar utgangspunkt i mening og meningsskaping basert på nåtidig religionspsykologisk forskning på mening, mestrings og kriser. Diskursene i dette fagfeltet har et litt annet tyngdepunkt enn det som ligger som premisser i eksistensialfilosofien. For mens eksistensialfilosofien ved Yalom ser behovet for mening som et problem ved menneskelig eksistens, vil denne religionspsykologiske tilnærmingen legge vekt på mening som løsningen på mange av livets problemer (Jones, 2019). Det hevdes at «mennesker trenger et sterkt og funksjonelt meningssystem som kan møte livets basale utfordringer» (Park, Edmondson & Hale-Smith, 2013, s. 158). Et slikt meningssystem er ofte definert i mer kognitive termer, som «mentale representasjoner» (Baumeister, 1991, s. 15). Som et supplement til dette blir det imidlertid vektlagt (i kapitlet om sorg) at mening også kan forstås som noe man gjør med kroppen, og kan helhetlig uttrykkes som en kroppslig, affektiv-kognitiv prosess (Jones, 2019).

DET EKSISTENSIELLE OG DET ÅNDELIGE

I helse- og sosialfagene er det en tradisjon for å arbeide med de eksistensielle temaene under betegnelsen åndelig omsorg. Dette baserer seg på en forståelse av det åndelige som universelt menneskelig (Lundmark, 2014). I denne boken mener

vi at arbeid med det eksistensielle, for eksempel betegnet som eksistensiell omsorg, er en forlengelse av fagtradisjonen åndelig omsorg, slik den ikke minst har manifestert seg i sykepleiefaget (Giske & Cone, 2019). Ved å gjøre «eksistensiell» til hovedbegrep blir det understreket at det er tale om et allment trekk ved livet, uten tilknytning til en spesiell religion eller tro. Det eksistensielle inkluderer da både det religiøse og det åndelige, men også sekulære former for meningsdanning, noe vi kan se særlig utfoldet i denne bokens kapittel om mening.

Det kan imidlertid argumenteres for at begrepene åndelig og eksistensiell ikke er helt sammenfallende. Dette kommer ikke minst frem i debatter internasjonalt. For eksempel er det hevdet at det eksistensielle er et delområde innen begrepet åndelighet (McSherry & Cash, 2004). Videre pekes det på at det eksistensielle refererer mer til spørsmål og utfordringer, mens den åndelige dimensjonen også omfatter de «positive» svarene på disse utfordringene, som mot, forsoning og verdighet, og dessuten at det henviser til en åndelig eller religiøs dimensjon. Vi velger likevel det eksistensielle som overordnet begrep da dette i økende grad er tatt i bruk i helse- og sosialfeltet – særlig i en skandinavisk kontekst (DeMarinis, 2008; Haug, Danbolt, Kvigne & DeMarinis, 2016; LaCour & Hvidt, 2010; Lloyd, 2018; Melder, 2011; Vattø, Haug, DeMarinis, Lien & Danbolt, 2020). Vår vurdering er at det eksistensielle egner seg som overordnet begrep i denne boken fordi det gir assosiasjoner til det allmenne og tydeligere inkluderer sekulære former for meningsdannelse. Særlig innenfor palliativ omsorg (Kumta, 2016), men også innen andre fagfelt er det i dag vanlig å bruke begrepene åndelig og eksistensiell sammen. Vi hevder at den eksistensielle dimensjonen omfatter både begreper som setter ord på utfordringer (som f.eks. sorg og skam), begreper som svarer på utfordringer (som f.eks. mening og forsoning), og begreper som beskriver mulighetsrommet mellom disse (som f.eks. lengsel).

EKSISTENSIELLE MENINGSRESSURSER

Å skape og finne mening er en sentral del av den eksistensielle dimensjonen. Nært knyttet til meningsskaping er menneskers livssyn. Livssyn kan være religiøst forankret eller sekulært, og inngår i noen fagtradisjoner, som innen helsefag, som en integrert del av begrepet åndelighet (Lundmark, 2014; Rykkje, Eriksson & Raholm, 2013). I andre fagtradisjoner betraktes åndelighet som en del av livssynsbegrepet (Danbolt, 2014, s. 19). I vår sammenheng forstås livssyn funksjonelt, det vil si som betegnelse på den enkeltes levde livssyn. Det er altså ikke læren eller det foreskrevne som er i sentrum, men det vi som mennesker faktisk tror på og tar i bruk (se f.eks. kapittel 6 om sorg). Hvis vi skiller mellom begreper som hjelper

oss å gjenkjenne og sette ord på eksistensielle utfordringer, og begreper som hjelper oss å leve med eller mestre disse utfordringene, så kan man kanskje si at livssyn er særlig interessant som ressurser, det som hjelper oss å finne mening og sammenheng. I vår kultur er det lang tradisjon for å se på livssynspraksiser som for eksempel ritualer som noe man gjør for å mestre motgang og ulykker (Stifoss-Hanssen & Danbolt, 2014). Denne måten å forstå livssyn på går utover tanker og trosforestillinger, og kommer nærmere erfaring og levd praksis og dermed det kroppslige. Slik sett er det i tråd med vår beskrivelse av et helhetlig menneskesyn hvor kropp, sjel og ånd er integrerte aspekter ved å være menneske (jf. holistisk omsorg i kapittel 2 om verdighet).

I de seneste årene har det religionspsykologiske miljøet i Norge vært inspirert av den tyske psykologen T. Schnell, som forsker på mening i livet. Hun er opptatt av å finne ut hva slags spesifikke kilder personer bruker for å finne mening i tilværelsen, og i hennes studier kommer det frem at livssyn i betydningen religiøsitet og åndelighet er en viktig faktor for å skape mening (se kapittel 5). Når mennesker opplever at livet er sammenhengende, betydningsfullt, har et mål og man hører til et sted, vil mange erfare at man har stor grad av mening i livet (Schnell, 2009; 2014). Vi anser meningsdannelse som å være en viktig del av det levde livssynet og et sentralt begrep i forståelsen av det eksistensielle. Selv om mening og meningsdannelse kan ha andre teoretiske overbygninger enn religionspsykologi, forstår vi Schnells arbeid som svært aktuelt for helse- og sosialfaglig praksis.

DET EKSISTENSIELLE I HELSE- OG SOSIALFAGLIG PRAKSIS

Vår forståelse av de eksistensielle utfordringenes universelle og allmenne karakter er tuftet på et menneskesyn hvor vi oppfatter det eksistensielles tilstedeværelse som gitt, i og med hva et menneske grunnleggende sett er. Betydningen av det eksistensielle for menneskers helse og velferd er imidlertid også vist i svært mange empiriske studier (Edwards & Lowis, 2001; Kevern, 2015; Koenig, King & Carson, 2012).

Det er dessuten grunn til å tro at det eksistensielle spiller en vesentlig rolle på et folkehelsenivå, ikke minst på bakgrunn av samfunnsutviklingen slik den finner sted i retning av pluralisering og individualisme. I Norge, som i flere vestlige land, har tros- og livssynsfeltet blitt mangfoldig, noe som har medført at individet kan stå overfor mange valgmuligheter bestående av tradisjonelle og nyere trosretninger, i tillegg til sekulære livssyn. Praktisering av tros- og livssyn er blitt privatisert og individualisert (Repstad, 2010). Likeledes har individualismen i dagens samfunn, der en skal mestre det å leve i et konkurransebasert marked, overlatt ansvar

for eget liv til den enkelte. Unge mennesker kan for eksempel erfare forventninger om å forme sitt eget meningsfulle livsprosjekt som en belastning, noe som ser ut til å utgjøre et press på deres mentale helse (Lloyd, 2018). I en epidemiologisk studie har religionspsykologen V. DeMarinis (2003) undersøkt hvordan livet under slike betingelser kan utgjøre en eksistensiell utfordring, og hvordan det som står på spill for nåtidens mennesker, er å ha tilgang til et velfungerende meningssystem.

Det er helse- og sosialarbeideres oppgave å lytte til brukernes eksistensielle utfordringer i rammen av deres livsfortelling og assistere dem i arbeidet med å møte disse utfordringene. Dette er stadig mer klargjort i den faglige diskursen, at det eksistensielle og åndelige skal inngå i omsorg og helsehjelp. I Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase (Helsedirektoratet, 2018, kapittel 2) påpekes følgende: «Når livet nærmer seg slutten, vil ofte spørsmål knyttet til det åndelige, eksistensielle og religiøse få økt betydning og kan være viktige for pasientens opplevelse av identitet og mening.» Videre sier forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (Regjeringen, 2018, § 2, pkt. 2) at studentene skal ha kunnskaper om blant annet «religion og livssyn» for å sikre likeverdige tjenester. I «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, pkt. 5.2) fremkommer dette: «Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivaretatt.» Det er samtidig rimelig å forutsette at de mest avgjørende ressursene på det eksistensielle feltet vanligvis vil finnes i den enkeltes historie, i familie og fellesskap – den enkeltes kulturelle og livssynsmessige «kapital». Helse- og sosialarbeidere har således et ansvar for å tilrettelegge for samarbeid om å ta i bruk personlige og felles eksistensielle ressurser.

Det kan imidlertid virke som om åndelige og eksistensielle spørsmål i liten grad settes på dagsordenen i den praktiske hverdagen. Helse- og omsorgsdepartementet (2018) peker på at åndelige og eksistensielle behov forsømmes i dagens helse- og omsorgstjeneste, og at det blir stadig mer utfordrende i dagens religiøse og kulturelle pluralistiske samfunn. På tross av oppfordringen til å inkludere eksistensielle problemstillinger viser forskere til at det fortsatt er tilbakeholdenhet og usikkerhet på *hvordan* det kan bli inkludert (Borge & Mæland, 2017; Medås, Blystad & Giske, 2017). Vedrørende sosialhjelpstjenester viser en nylig publikasjon til at amerikanske sosialarbeidere oftere ivaretar religiøse/åndelige behov enn norske sosialarbeidere (Vetvik, Danbolt, Furman, Benson & Canda, 2018). Det kan være ulike grunner til dette. I en veileder om samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, 2013) pekes det på at det for mennesker som er avhengige av

hjelp, kan være en utfordring å utøve sin tro og sitt livssyn, og å sette ord på hva de ønsker. Det kan også være utfordrende å finne ord for det eksistensielle hos helse- og sosialarbeidere. Slik sett kan kommunikasjon og samhandling om eksistensielle spørsmål bli vanskelig.

Med dette som bakteppe presenteres i denne boken åtte kapitler om eksistensielle begreper som vi håper profesjonelle praktikere vil ha nytte av å lese, og som forhåpentlig gir et utvidet repertoar og en større forståelse i møte med pasienter eller brukere. Videre håper vi at problemstillingene vi diskuterer, vil bidra til økt innsikt i fagfeltene de representerer, og stimulere til videre forskning.

PRESENTASJON AV BOKENS BIDRAG

Det eksistensielle refererer, som nevnt, til våre grunnleggende vilkår. Vi begynner derfor boken med et kapittel om *sårbarhet*. I dette kapitlet utforsker Magdalene Thomassen hvordan fenomenet sårbarhet kan forstås både som en fellesmenneskelig erfaring og som en unik erfaring for den enkelte, både som svakhet og som ressurs. Gjennom en lesning av noen arbeider fra en fenomenologisk filosofisk tradisjon beskrives sårbarhet som et relasjonelt fenomen: Den viser oss vår gjensidige avhengighet av hverandre fra individnivå til samfunnsnivå, og gjør menneskelige fellesskap mulig.

Våre grunnleggende behov for tilknytning og avhengighet av hverandre spiller seg ofte ut i motsetningene skam og verdighet. I kapittel 2 belyser Wilfred McSherry og Adam Boughey begrepet *dignity*, verdighet, og hevder at dette ofte forbindes med respekt. Forfatterne viser gjennom en retrospektiv analyse av egen forskning hvordan fortellinger om verdighet ofte handler om individualisering og autonomi, men også at det er et komplekst begrep. Betydningen av verdighet og begrepets innhold kommer ofte klartest til syne i praksis når det mangler, og forfatterne refererer til behovet for meningsfulle interpersonlige relasjoner hvor pasienter blir behandlet som mennesker.

Skam, som kan forstås som å hemme ens opplevde verdighet, er en allmenn følelse, men skam rammer også spesielt mennesker som utsettes for særlige livsbelastninger, krenkelsers og stigmatisering. I kapittel 3 beskriver Marie Farstad skam ved hjelp av teori, forskning og kliniske vignetter. Hun reflekterer særlig over hvilken kompetanse som trengs for å utøve en skamreducerende praksis i helse- og sosialfeltet, og viser til betydningen av verdibevissthet.

Yaloms fire «ultimate concerns» omfatter også friheten og ansvaret. I møte med ansvaret kan skyld og konflikt oppstå, og derav blir *forsoning* et viktig eksistensielt anliggende, selv om veien dit kan være vanskelig. I kapittel 4 plasserer Tormod

Kleiven forsoning som et nøkkelbegrep når mennesker er i konflikt eller opplever krenkelser og overgrep, og legger vekt på at dersom en forsoningsprosess skal være frihetsskapende, er det nødvendig å forholde seg til maktforholdene i relasjonen, i tillegg til å finne måter å gjenopprette og kompensere for skaden som er påført den utsatte.

Mening er et helt sentralt begrep i det vi har kalt det eksistensielle området. Kapittel 5 omhandler menneskets søken etter mening. Torgeir Sørensen presenterer både kvalitative og kvantitative undersøkelser der han og andre har studert betydningen av mening og funnet at opplevelse av mening spiller en viktig rolle i livet og har stor betydning for helse. Sørensen viser videre hvordan man i klinisk sammenheng kan støtte og hjelpe brukere og pasienter til å finne disse kildene til mening, og hvordan dette kan bidra til eksistensiell meningsdannelse.

Ved siden av mening er som nevnt døden et grunnleggende eksistensielt tema og et av Yaloms fire «ultimate concerns». I møte med døden kan *sorg* skape en følelse av meningsløshet, og ens trosforestillinger kan rokkes. For mange begynner en prosess der en forsøker å gjenvinne mening. Ved hjelp av litteratur fra psykologi og religionspsykologi beskriver Anne Austad i kapittel 6 to dimensjoner av mening i sorgbearbeidelsen: å søke forståelse og å finne betydning i det som har hendt. Hun betoner også at mening i sorgen kan skapes gjennom rituelle handlinger hvor mening uttrykkes kroppslig.

I kapittel 7 om *mot* tar Linda Rykkje og Marie Kvamme Mæland utgangspunkt i en eksistensiell bevissthet alle mennesker deler om egen endelighet, at vi skal dø. Dette knyttes til Tillich's beskrivelse om mot til livet og angsten for en mulig ikke-væren. Videre belyses hvordan mot til å våge kan forstås som en moralsk dyd med utgangspunkt i Aristoteles' filosofi. Gjennom praksiseksempler om mot fra studenters refleksjonsnotater belyses ulike sider ved mot i klinisk praksis, med formål om å fremme praksiser der fagpersonell har «mot til å våge» å handle til pasientenes beste.

I kapittel 8 reflekterer Venke Ueland over begrepet *lengsel*. Kapitlet er forankret i forfatterens forskningsarbeider fra ulike kontekster, men det anvendes også poetiske tekster for å få frem lengselens egenart. Ueland hevder at erfaringer av lengsel kan forløse en kraft til forandring. Hvordan helsepersonell møter menneskers lengsel og kanskje vekker til live en lengsel hos et lidende menneske, kan derfor bli en eksistensiell mulighet for fornyelse.

Ueland siterer lyrikeren Hans Børli, som skriver: «Den som har lengselen i seg, er aldri fattig. Lengselen kan legge en blå kongekappe selv over tiggerens magre skuldre.» (Børli, 1981 s. 6). Lengselen kan danne et utgangspunkt for møte med flere eksistensielle erfaringer, temaer, fortolkninger og ressurser. Vi håper denne boken er et bidrag i så måte.

REFERANSER

- Ausker, N.H., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H. & Pedersen, L.M. (2008). Danske patienter intensiverer eksistensielle tanker og religiøst liv. *Ugeskrift for Læger*, 170, 1828–1833.
- Bar-Sela, G., Schultz, M.J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., ... & Ozalp, G. (2019). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliative & supportive care*, 17(3), 345–352. DOI: <https://doi.org/10.1017/S147895151800055X>
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Borge, L. & Mæland, E. (2017). Er det rom for livssystemaer i dagens psykisk helsearbeid? *Klinisk sygepleje*, 31(3), 165–177. DOI: [10.18261/issn.1903-2285-2017-03-02](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-03-02)
- Børli, H. (1981). *Landskap*. Oslo: Aschehoug.
- Danbolt, L.J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. I L.J. Danbolt, L.G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (red.), *Religionspsykologi*. (s. 17-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L.J., Engedal, L.G., Hestad, K., Lien, L. & Stifoss-Hanssen, H. (2014). *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral Care, Existential Health, and Existential Epidemiology: A Swedish Postmodern Case Study*. Stockholm: Verbum.
- DeMarinis, V. (2008). The impact of postmodernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57–74. doi: [10.1163/157361208X316962](https://doi.org/10.1163/157361208X316962)
- Edwards, A. & Lewis, M. (2001). The Batson-Schoenrade-Ventis Model of Religious Experience: Critique and Reformulation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 11(4), 215–234.
- Espnes, G.A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Galanter, M. (2010). Spirituality in psychiatry: A biopsychosocial perspective. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(2), 145–157.
- Giske, T. & Cone, P. (2019). *Å ta vare på heile mennesket. Handbok i åndelig omsorg*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Haug, S.H.K., Danbolt, L.J., Kvigne, K. & DeMarinis, V. (2016). Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. *Palliative and Supportive Care*, 14(01), 20–32. doi: [10.1017/S1478951515000644](https://doi.org/10.1017/S1478951515000644)
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/ivareta-pasient-og-parorendes-behov-for-samtale-og-informasjon-i-livets-slutfase>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 2017–2018). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A.J. (1997). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Jones, J.W. (2019). *Living Religion. Embodiment, theology, and the possibility of a spiritual sense*. New York: Oxford University Press.
- 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.
- la Cour, P. (2017). Patienten med kroniske smerter. I E. Simonsen og B. Møhl (red.), *Grundbog i Psykiatri* (2. utg.) (s. 789–796). København: Hans Reitzels Forlag.
- La Cour, P. & Schnell, T. (2016). Presentation of the Sources of Meaning Card Method: The So-MeCaM. <https://doi.org/10.1177/0022167816669620>
- Kevern, P. (2015). The spirituality of people with late-stage dementia: A review of the research literature, a critical analysis and some implications for person-centred spirituality and dementia care. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(9), 1–12.
- Koenig, H.G., King, D.E., & Carson, V.B. (2012). *Handbook of religion and health* (2. utg.). New York: Oxford University Press.
- Kumta, S. (2016). Caring for Terminally Ill Patients: Existential and Spiritual Concerns. *Asian Bioethics Review*, 8(3), 258–267.
- Lloyd, C. (2018). *Moments of meaning – Towards an assessment of protective and risk factors for existential vulnerability among young women with mental ill-health concerns: A mixed methods project in clinical psychology of religion and existential health* (Doktoravhandling i religionspsykologi). Uppsala universitet.
- Lundmark, M. (2014). Religiös och icke-religiös andlighet. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Om-vårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 237–266). Lund: Studentlitteratur AB.
- McSherry, W. & Cash, K. (2004). The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International journal of nursing studies*, 41(2), 151–161.
- Medås, K.M., Blystad, A. & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sygepleje*, 31(4), 273–286.
- Melder, C.A. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi: en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa (The epidemiology of lost meaning. A study in psychology of religion and existential public health in a Swedish context)* (Doktoravhandling). Uppsala universitet.
- Park, C., Edmondson, D. & Hale-Smith, A. (2013). «Why Religion? Meaning as Motivation.» *APA Handbook of Psychology of Religion and Spirituality*, Vol.1, s. 157–171. Washington DC: American Psychological Association.
- Prinds, C., Hvidt, N.C., Mogensen, O. & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood – A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733–74.
- Regjeringen. (2018): Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger/id2569700/>).
- Repstad, P. (2010). Fra lov til lønnekammer: religion og livssyn i dagens Norge. I I. Frønes & L. Kjølørød (red.), *Det norske samfunn* (s. 371–392). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rykkje, L., Eriksson, K. & Rahlm, M.B. (2011). A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal of Human Caring*, 15(4), 40–53.

- Rykkje, L.L., Eriksson, K. & Raholm, M.B. (2013). Spirituality and caring in old age and the significance of religion – a hermeneutical study from Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 275–284.
- Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn. (2013). *Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro og sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre*. Utgitt sammen med Norges kristne råd og Kirkerådet for den norske kirke i samarbeid med Helsedirektoratet, Divisjon primærhelsetjenester. Hentet fra <http://www.deltakelse.no/file.php?fid=139>
- Saunders, C. (1978). *The management of Terminal Malignant disease*. London: Edward Arnold.
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 483–499. doi:10.1080/17439760903271074
- Schnell, T. (2014). Meaning in life operationalized: An empirical approach to existential psychology. I S. Kreitler & T. Urbánek (red.), *Conceptions of meaning* (s. 173–194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Stifoss-Hanssen, H. & Danbolt, L.J. (2014). Om å stå oppreist etter katastrofen – ritualer og resiliens etter 22. juli. *Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. Nr. 1
- Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tillich, P. (1984). *The meaning of health. Essays I existentialism, psychoanalysis, and religion*. Chicago: Exploration Press.
- Tillich, P. (1952) *The Courage to Be*. New Haven: Yale University Press.
- Vattø, I.E., Haug, S.H.K., DeMarinis, V., Lien, L. & Danbolt, L.J. (2020). The significance ascribed to contacting a diaconal suicide-preventional crisis line in Norway: a qualitative study. *Mental Health, Religion and Culture*. DOI: 10.1080/13674676.2020.1763281
- Vetvik, E., Danbolt, T.F., Furman, L.D., Benson, P.W. & Canda, E.R. (2018). A comparative analysis of Norwegian and American social workers' views about inclusion of religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(2), s. 105–127 <https://doi.org/10.1080/15426432.2017.1422415>
- Yalom, I.D. (1998). *Eksistensiell psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Yalom, I.D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36, s. 283–297, DOI: 10.1080/08873260802350006