

Har vi brug for et nyt værktøj i værktøjskassen?

En narrativ oversigt over eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende og implikationer for rehabilitering

Tobias Kvist Stripp¹
Vicky Louise Joshi²

¹Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk universitet
tkstripp@health.sdu.dk

²Videnscenter for Rehabilitering og Palliation, Odense Universitetshospital
Victoria.Louise.Joshi@rsyd.dk

Stripp, Tobias Kvist & Joshi, Vicky Louise. 2023. Har vi brug for et nyt værktøj i værktøjskassen? – En narrativ oversigt over eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende og implikationer for rehabilitering. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 38, 25-48

Mange mennesker som overlever et hjertestop vil lide af langsigtede sekundære konsekvenser heraf. Internationale retningslinjer anbefaler derfor rehabilitering efter hjertestop. Indtil nu har modellerne for rehabilitering dog ikke eksplicit omfattet eksistentielle eller åndelige bekymringer, selvom disse er del af "total pain"-modellen kendt fra det palliative felt. Formålet med denne narrative litteraturgennemgang var at undersøge evidensen for, hvordan det eksistentielle og åndelige er på spil hos hjertestopoverlevende, og hvorledes disse emner kan påvirke rehabiliteringsindsatser. Den tilgængelige evidens, udelukkende fra kvalitative studier, viser, at eksistentielle og åndelige bekymringer er til stede hos hjertestopoverlevende. Disse kan have en negativ indvirkning på rehabiliteringen grundet frygt for at bevæge sig/ kinesiofobi eller tab af mening, hvilket fører til nedsat deltagelse. Omvendt rapporterer nog-

le overlevende, at deres hjertestop har givet dem en ny chance i livet, en vilje til at forblive raske, hvilket potentielt øger deres deltagelse i rehabilitering. Afsluttende diskuterer vi implikationerne af disse fund, navnlig, at det at undersøge hjertestopoverlevende ift. eksistentielle og åndelige problemstillinger kunne bidrage til at identificere de personer, som ville have gavn af interventioner, som har til formål at mindske disse bekymringer. Derudover kunne man potentielt identificere overlevende, for hvem eksistentielle eller åndelige bekymringer udgør en barriere for at deltage i rehabilitering. Der er imidlertid behov for mere forskning i, hvordan man undersøger hjertestopoverlevende for eksistentielle og åndelige bekymringer, hvordan disse bekymringer påvirker deltagelse i rehabilitering samt at identificere effektive metoder til at afhjælpe disse behov for at sikre, at hjertestopoverlevende kan vende tilbage til det bedst mulige liv.

Do we need a new tool in the toolbox? A narrative review of the spiritual concerns of cardiac arrest survivors and implications for rehabilitation

Many survivors of a cardiac arrest will suffer long-term secondary consequences as a result of their event. International guidelines therefore recommend rehabilitation following cardiac arrest. However, current guidelines and models of rehabilitation do not explicitly include existential or spiritual concerns though they are included in the "total pain" model from the field of palliative care. The purpose of this narrative literature review was to investigate the evidence for existential and spiritual concerns in cardiac arrest survivors and how these issues may impact rehabilitation. Evidence, solely from qualitative studies, shows that existential and spiritual concerns are present in cardiac arrest survivors and can have a negative impact on rehabilitation due to fear of movement/kinesiophobia or loss of meaning, leading to reduced participation. Conversely, some survivors report that their cardiac arrest has given them a second chance at life and a determination to stay healthy, potentially increasing their participation in rehabilitation. We go on to discuss the implications of these findings, in particular, how the screening of survivors for existential and spiritual issues could help to identify those individuals who would benefit from interventions aimed at reducing these concerns or potentially identify survivors for whom these concerns pose a barrier to participating in rehabilitation. However, more research is needed on how to screen survivors for existential and spiritual concerns, how they might influence participation in rehabilitation, and identify effective methods to mitigate existential concerns to ensure survivors of cardiac arrest return to the best life possible.

Introduktion

At eksistentielle og åndelige bekymringer er centrale i relation til helbred, er ikke nogen ny tanke inden for sundhedsområdet. Faktisk har opmærksomheden på eksistentielle og åndelige aspekter (herunder religiøse og spirituelle) inden for både forskning og klinisk praksis været tiltagende de sidste årtier, hvilket illustreres af f.eks. den omfattende bog *Handbook of Religion and Health* (Koenig et al., 2012). Efterhånden peger mange veludførte, robuste og longitudinelle studier – også fra Danmark – på at eksistentielle og åndelige ressourcer og tilknytninger har en stærk beskyttende faktor på flere sundhedsoutcomes, herunder mortalitet, sundhedsadfærd, samt fysisk og psykisk sygdom mf. (Ahrenfeldt et al., 2023; Chen et al., 2021; Czekierda et al., 2017; VanderWeele et al., 2016). Herudover, på trods af at undersøgelser peger på at det eksistentielle og åndelige er tabuiseret i Danmark (Jensen & Mørk, 2016), så demonstrerer et nyt studie at 81.9% af tilfældigt udvalgte danskere rapporterer et eksistentielt eller åndeligt behov indenfor en måned (Stripp et al., 2023). Indenfor rehabilitering har der de seneste årtier, været en udvikling, hvor fokus før har været på ren fysisk genoptræning, til at rehabilitering nu også inkluderer psykiske og sociale elementer (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018). Dog er der i litteraturen et begrænset fokus på, hvorledes eksistentielle og åndelige aspekter kan have indflydelse på rehabiliterende processer.

Formålet med denne artikel er at gennemgå og syntetisere relevant litteratur og narrativt undersøge, hvorledes det eksistentielle og åndelige er, eller ikke er, på spil hos hjertestopoverlevende, samt hvordan det påvirker deres genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Vi vil herefter forsøge at sætte disse indsigter i kontekst og perspektiv samt diskutere potentielle klinisk relevante måder, det eksistentielle og åndelige kan bringes i spil i en rehabiliteringssammenhæng.

Det eksistentielle og åndelige i en sundhedskontekst: centrale begreber

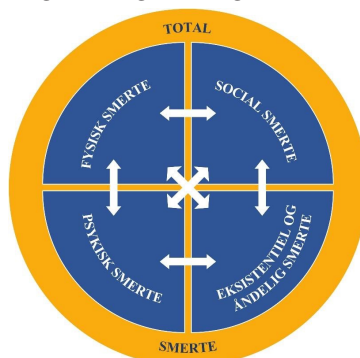
Vi forstår rehabilitering jf. World Health Organisations (WHO) definition (oversat af forfatterne) som: »interventioner designet til at optimere funktion og reducere handicap i individer med et helbredsforhold i interaktion med deres omgivelser» (WHO, 2021).

I den eksisterende videnskabelige litteratur er der fortsat ingen konsensus om, hvordan det eksistentielle og åndelige skal defineres. Dette på trods af, at litteraturen bliver stadig mere omfattende på området. Det eksistentielle forstås ofte som de grundlæggende forhold, vi mennesker har til fælles, f.eks. vores dødelighed, søgen efter meningen i livet og spørgsmålet om den frie vilje. Historisk set har eksistentielle filosoffer såsom Søren Kierkegaard (bl.a. værket *Enten – Eller* (1843)) og Jean-Paul Sartre (bl.a. værket *L'existentialisme est un humanisme* (da: Eksistentia-lisme er humanisme) (1946)) været indflydelsesrige. Men også nutidige tænkere som f.eks. Irvin D. Yalom (bl.a. værket *Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death* (da: Som at se på solen – At leve med døden) (2009)) har fået en central plads i dette felt. I denne artikel benytter vi la Cour og Hvidt's definition af det eksistentielle som et paraplybegreb, der dækker over tre aspekter af meningsskabelse: det religiøse, det spirituelle og det sekulært eksistentielle (la Cour & Hvidt, 2010). Det religiøse ses som en åndelig praksis relateret til noget transcendent. Der er tilknyttet specifikke ritualer, teologier og institutioner, og det religiøse praktiseres ofte med andre af samme overbevisning. Det spirituelle forstås, på linje med det religiøse, som havende en transcendent orientering tilknyttet specifikke ritualer og praksisser, men uden nødvendigvis en sammenhængende teologi. Det spirituelle relaterer sig i højere grad til individets søgen efter mening, men kan også praktiseres med andre. Det sekulært eksistentielle forstås her som non- og ateistiske kilder til mening, som kan indbefatte f.eks. værdier, forhold til naturen samt klassiske eksistentiefilosofiske praksisser og refleksioner om død og frihed. I denne tekst vil vi sprogligt benytte begrebet "eksistentiel og åndelig" i sammenhæng, for at dække ovennævnte tre elementer af meningsskabelse, da dette er i overensstemmelse med den danske oversættelse af det engelske ord "spiritual". Det er ligeledes "eksistentiel og åndelig", der anvendes i de danske retningslinjer for f.eks. eksistentiel og åndelig omsorg (oversat fra "spiritual care") (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Vi forstår Danmark som et post-sekulært samfund og forstår herved, at de traditionelt sekulære og non-sekulære sfærer blandes på mikro- og makroniveau, og at religion og spiritualitet, modsat forventet, ikke forsvandt som funktion af stigende modernisering og oplysning (Balboni & Balboni, 2019; Beaumont et al., 2020; Berger, 2014; Habermas, 2008). Der foreligger en omfattende litteratur, der over især de seneste årtier har benyttet begrebet til at beskrive de sociale og teologiske implikationer ved, at den klassiske sekulariseringsteori ikke har vist sig at holde vand (Berger, 1999; Geeraerts & Nynäs, 2012; Taylor, 2007). Hvad begrebet præcist dækker diskuteres fortsat i forskellige discipliner (Parmaksız, 2016). For

det aktuelle formål er det tilstrækkeligt at fastslå, at vi anerkender, at det eksistentielle og åndelige altid har haft, og med al sandsynlighed fortsat vil have, en plads i mennesker, og derved heller ikke kan ignoreres i offentlige systemer. Inden for sundhedsområdet ses det som et eksempel på det post-sekulære, at eksistentiel og åndelig omsorg anbefales i sundhedsstyrelsens retningslinjer for palliativ pleje (Sundhedsstyrelsen, 2017). Vi mener derfor også, at et potentielt fokus på det eksistentielle og åndelige ifm. rehabilitering af hjertestopoverlever, hvilket er denne artikels emne, er et udtryk for det post-sekulære. Vi har valgt la Cour og Hvidt's definition af det eksistentielle (og åndelige) (ovenstående) fordi denne definition, kompatibelt med vores forståelse af Danmark som post-sekulær, operationaliserer, hvorledes forskelligartede personlige ytringer og overbevisninger relateret til det eksistentielle, kan forstås i en pluralistisk teoretisk ramme (la Cour & Hvidt, 2010).

Vores bagvedliggende forståelse af helbred og smerte er i tråd med »total-smerte-modellen« (en: total pain) (Mehta & Chan, 2008; Richmond, 2005). I det 20. århundrede introducerede Dame Cicely Saunders modellen, i hvilken smerte blev forstået som havende fysiske, psykologiske, sociale og eksistentielle og åndelige (en: spiritual) aspekter (figur 1). Denne »eksistentielle og åndelige smerte« er nærværende især i det palliative felt (Boston et al., 2011). WHO samt andre indflydelsesrige internationale aktører benytter denne model for smerte (Sallnow et al., 2022; World Health Organization, 2002), ligesom den optræder i de danske retningslinjer for palliativ pleje (Sundhedsstyrelsen, 2017). Den verdensomspændende organisation for almen praksis, WONCA, definerer også det "eksistentielle" aspekt som en integreret del af den pleje, der ydes i almen praksis – en definition Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) også har tilsluttet sig (Allen et al., 2005). Den type pleje og omsorg som adresserer eksistentiel og åndelig smerte, betegnes som "eksistentiel og åndelig omsorg" (Hvidt et al., 2020).



Figur 1. Total smerte-modellen – tilpasset efter Mehta & Chan (2008).

Rehabilitering af hjertestopoverlevende

Hjertestopoverlevende har haft døden tæt inde på livet, og flere beskriver efterfølgende en frygt for at dø. Frygten for at dø efter et hjertestop er forståelig i betragtning af at højst 16% overlever, indtil de udskrives fra et hospital (Dansk Hjertestopregister, 2016; Yan et al., 2020). For mennesker er det faktum, at vi er dødelige, et fælles eksistentielt vilkår, som vi dog sjældent taler om – i 2016 klassificerede almene danskere døden som det tredje største tabu i samfundet (forudgået hhv. af religion/tro og psykisk sygdom) (Jensen & Mørk, 2016). Mange hjertestopoverlevende beskriver også, at de er bange for at få et nyt hjertestop. At fastslå den konkrete risiko for at dø som følge af endnu et hjertestop er dog kompliceret. På befolkningsniveau er dødeligheden for hjertestopoverlevende højere end for den generelle befolkning (Lindner et al., 2014; Petersen et al., 2020). På det individuelle plan kan risikoen for endnu et hjertestop være meget lav, forudsat at den underliggende hjertesygdom behandles (Chin et al., 2022).

Nogle hjertestopoverlevende opnår fuldkommen helbredelse efter deres hjertestop, mens andre vil døje med komplikationer af forskellig art, herunder nye eller fortsatte hjertelidelser. Disse komplikationer kan nødvendiggøre rehabilitering. Omfattende videnskabelig litteratur beskriver de indbyrdes forbundne sekundære fysiske, psykologiske, sociale og kognitive problemer, som op mod 70 % af overlevende lider under (Dougherty et al., 2000; Lilja et al., 2018; Moulaert et al., 2009; Sawyer et al., 2020; Viktorisson et al., 2019; Zook et al., 2022). I de seneste år er vi nået langt med at anerkende behovet for rehabilitering, især også i takt med at antallet af mennesker, som overlever et hjertestop, er steget (Chin et al., 2022). Internationale retningslinjer anbefaler, at hjertestopoverlevende tilbydes vurdering og rehabilitering i forhold til fysiske, kognitive og følelsesmæssige problemstillinger (Boyce et al., 2019; Nolan et al., 2021). Flertallet af disse overlevende bør også tilbydes "hjerterehabilitering" med fokus på sekundær forebyggelse af hjertelidelser gennem motion og livsstilsændringer (Nolan et al., 2021; Tang et al., 2021). Vi ved, at deltagelse i træningsbaseret hjerterehabilitering nedsætter risikoen for at dø på såvel kort som langt sigt (Dibben et al., 2021). Men i modsætning til total smerte-modellen ser de gængse rehabiliteringstilbud ikke ud til at omfatte rehabilitering for eksistentielle og åndelige faktorer (Meyer et al., 2020).

For at det er relevant at have fokus på eksistentielle og åndelige faktorer som del af rehabilitering efter hjertestop, må det eksistentielle og åndelige vises at påvirke efterforløb eller genoptræning for hjertestopoverlevende. For at undersøge, hvorvidt dette er tilfældet, vil vi narrativt gennemgå litteratur omhandlende, hvorvidt det

eksistentielle og åndelige er, eller ikke er, på spil hos hjertestopoverlevende. Vores hypotese er, at eksistentielle og åndelige faktorer er på spil hos hjertestopoverlevende, og at disse faktorer kan påvirke rehabiliteringsprocesser og genoptræning.

Metode

Denne artikel er en narrativ oversigtsartikel (*narrative review/unsystematic narrative review* (Oxman et al., 1994)) jf. metoden som beskrevet af Green et al. (2006). Årsagen til, at denne metode er valgt frem for en mere stringent systematisk afsøgning af emnet (i.e. systematic review), skyldes, at den videnskabelige litteratur på området formodedes at være meget sparsom og heterogen mht. populationer og metoder (e.g. kvantitativ og kvalitativ).

Vi søgte litteratur i Pubmed, Web of Science og CINAHL. Søgestrengen var som følger: (»heart arrest«[MeSH Terms] OR »out of hospital cardiac arrest«[MeSH Terms] OR »heart arrest«[Title/Abstract] OR »heart arrests«[Title/Abstract] OR »cardiac arrest«[Title/Abstract] OR »cardiac arrests«[Title/Abstract] OR »cardiopulmonary arrest«[Title/Abstract] OR »cardiac rehabilitation«[Title/Abstract]) AND (»religion«[MeSH Terms] OR »existential*«[Title/Abstract] OR »spiritual*«[Title/Abstract] OR »religio*«[Title/Abstract] OR »fear«[Title/Abstract] OR »dying«[Title/Abstract]). Søgningen blev ikke begrænset af tid. Søgestrengen blev optimeret til de enkelte databaser. Litteratur blev i søgeresultater udvalgt til gennemlæsning på baggrund af abstracts og titler. Studier, der tilsyneladende rapporterede eksistentielle og åndelige (i.e. religiøse, spirituelle og eksistentielle) forhold i en population af hjertestopoverlevende, blev nærlæst. Hvis studiet faktisk indeholdt empirisk data vedr. eksistentielle og åndelige forhold hos hjertestopoverlevende, blev det inkluderet i den narrative litteraturgennemgang. Derudover hånd søgte vi litteraturlister i de identificerede studier samt egne personlige biblioteker. Vi adspurgte tillige eksperter i vores netværk om relevante referencer. I denne gennemgang anvendte vi den bredest mulige definition af hjertestopoverlevende; en definition som omfatter både hjertestop for indlagte og ikke-indlagte (en: in-hospital cardiac arrest og en: out-of-hospital cardiac arrest) og hjertestop fremkaldt af alle former for årsager (kardiologiske såvel som ikke-kardiologiske). Vi inkluderede både kvalitative og kvantitative studier der beskæftigede sig med eksistentielle og åndelige forhold hos hjertestopoverlevende, både i og udenfor rehabiliteringsforløb. Vi syntetiserede og præsenterede de identificerede studier narrativt.

Litteraturgennemgang

Overordnet set, var resultatet af litteratursøgningen beskedent, hvilket peger på, at området er underbelyst. Vi identificerede i alt 14 studier der specifikt rapporterede om eksistentielle og åndelige forhold hos hjertestopoverlevende. Det tidligste studie vi fandt, var fra år 2004. Derudover var alle identificerede studier baseret på kvalitative metoder – vi identificerede ingen kvantitative undersøgelser om emnet.

Eksistentielle og åndelige temaer blandt hjertestopoverlevende

Forekomsten af eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende er beskrevet i flere kvalitative undersøgelser. Flere temaer fremhæves i de identificerede studier. Bremer et al. samt Palacios-Cena et al. finder, at hjertestopoverlevende beskriver en mangel på mening og sammenhæng (en: coherence) (Bremer et al., 2009; Palacios-Cena et al., 2011). Whitehead et al. finder, at hjertestopoverlevende ytrer behov for at reorientere deres liv (Whitehead et al., 2020). Andre studier peger på hjertestopoverlevendes religiøse og spirituelle bekymringer som f.eks. forholdet til Gud (Seyed Bagheri et al., 2020; Wachelder et al., 2016) og det eksistentielle og åndelige tema: "frygten for at dø" (Aristidou et al., 2018; Brannstrom et al., 2018; Forslund et al., 2017; Kamphuis et al., 2004). Disse forskere beskriver desuden, hvorledes angsten for at dø forstærker generaliseret angst, depression, træthed og social isolation (Brannstrom et al., 2018; Palacios-Cena et al., 2011).

Eksistentielle og åndelige forhold i relation til rehabilitering

Kvalitative undersøgelser af såvel hjertestopoverlevende som hjertepatienter tyder på, at eksistentielle og åndelige bekymringer kan være en vigtig faktor for deltagelse i rehabilitering. Årsagerne til deltagelse/ikke-deltagelse i træningsbaseret rehabilitering har mange facetter, men interessant nok kan angsten for at dø tilsyneladende udgøre såvel en facilitator, som en barriere.

Overlevere beskriver, at hjertestoppet fik dem til at konfrontere deres egen dødelighed, medførte en accept af døden eller lærte dem at leve med og endog forberede sig selv og deres familie på døden (Palacios-Cena et al., 2011). Andre overlevere fremstiller deres oplevelse af det at overleve som en ny chance for at leve, førende til en øget oplevelse af mening og formål samt følelsen af, at have fået en chance for at genopleve og ændre beslutninger i deres liv, de havde fortrudt (Bremer et al., 2019; Forslund et al., 2017; Seyed Bagheri et al., 2020). Overleverne udtrykte et ønske om at forblive sunde, herunder at dyrke mere motion, så de kunne deltage i de aktiviteter, de fandt glæde i (Forslund et al., 2017; Seyed Bagheri et al., 2020). Hjertepatienter, som stadig trænede to år efter de havde afsluttet hjerterehabiliteringen, beskrev angsten for at dø som en hovedårsag til, at de blev ved med at træne (Hardcastle et al., 2015). Derfor kan angsten for at dø være en facilitator for træningsbaseret hjerterehabilitering.

Dødsangst kan dog tilsyneladende også udgøre en barriere for deltagelse i genoptræningsinitiativer. Patienter, der led af koronararteriesygdomme, beskrev, at de oplevede kinesiofobi, frygten for at bevæge sig. Specifikt angav de en frygt for højintensiv træning, som kunne føre til, »at der skete noget farligt med deres hjerte« (Back et al., 2017). Andre var bekymrede for, at »anstrengelse af hjertet« kunne forårsage et nyt hjerteanfald (Simony et al., 2015). Back et al. beskriver, at det på et fænomenologisk plan kan være tvivlsomt, om angsten for at dø kan adskilles fra frygten for at bevæge sig (2017). Ved at anvende en tilpasset udgave af spørgeskemaet "Anxiety Sensitivity Index" på hjertestopoverlevere fandt Diaddigo et al., at angsten for at dø var associeret til et lavt engagement i fysisk aktivitet (2021). Tre fjerdedele af de hjertestopoverleverer som deltog i undersøgelsen mente, at fysisk aktivitet udført i deres hjem uden opsyn ikke var forsvarligt/sikkert (Diaddigo et al., 2021).

Diskussion

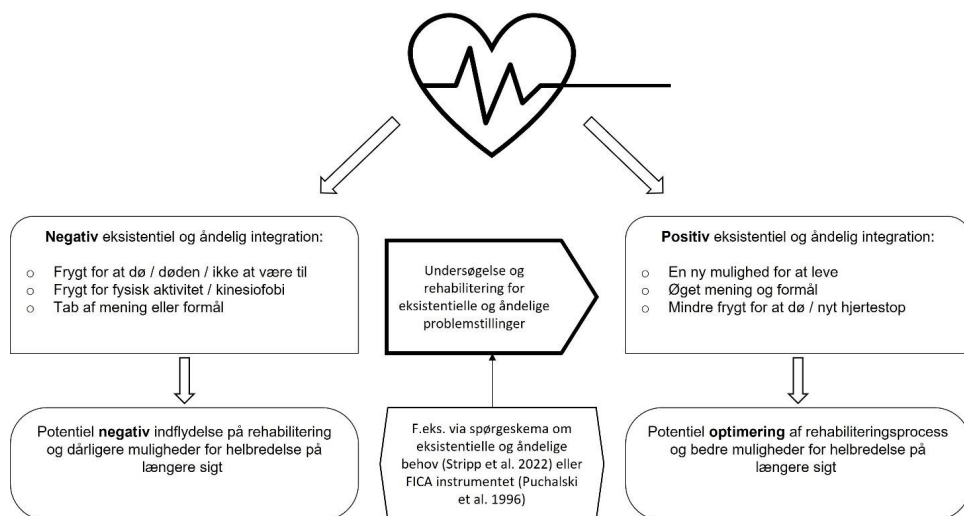
Vi finder overordnet set, at eksistentielle og åndelige temaer kan være på spil hos hjertestopoverleverer. Samtidigt viser det sig også, at disse temaer kan være anledning til både gavn og lidelse for hjertestopoverleverer, samt at eksistentielle og åndelige faktorer kan facilitere og begrænse motivationen for aktiviteter der kan beskrives som rehabiliteringsprocesser. I det følgende vil vi starte med at diskutere, hvorledes man kan forstå det eksistentielle og åndelige som facilitatorer eller barrierer for rehabilitering hos hjertestopoverleverer. Dernæst vil vi diskutere,

hvorledes forståelser af døden og dødsprocessen som et eksistentielt og åndeligt fænomen kan have betydning hos hjertestopoverlevende. Slutteligt vil vi diskutere, hvorledes total-smerte-modellen kan tænkes som ramme for rehabiliteringsprocesser.

Det eksistentielle og åndelige som facilitatorer eller barrierer

Vi har i den gennemgæede litteratur identificeret to centrale eksistentielle og åndelige manifestationer af at overleve et hjertestop. Den ene er en tilsyneladende positiv manifestation, som fører til en revitaliseret tilgang til livet og rehabilitering. Den anden er en mere ængstelig, begrænsende manifestation præget af eksistentiel frygt (for døden), som muligvis vil kunne virke hæmmende på patientens helbredelse og for praksisser inden for rehabilitering. Vi har forsøgt at samle disse to manifestationer og deres potentielle implikationer for rehabilitering i figur 2. Vi har primært været i stand til at identificere undersøgelser om, hvordan eksistentielle og åndelige problemer kan hæmme eller påvirke fysisk rehabilitering og træning. Dog mener vi, baseret på disse resultater, at det vil være rimeligt at antage, at eksistentielle og åndelige problemer også kan påvirke andre rehabiliteringsindsatser, f.eks. på det kognitive, følelsesmæssige eller sociale område. Forskning der undersøger, hvorledes det eksistentielle og åndelige påvirker mentale eller sociale rehabiliteringsprocesser, kunne kvalificere disse sammenhænge. Vi mener, at dette understøtter behovet for afklaring og overvejelser omkring eksistentielle og åndelige problemstillinger tidligt i rehabiliteringsprocessen af hjertestopoverlevende.

Figur 2. Mulige veje til integration af eksistentielle og åndelige aspekter i livet efter et hjertestop.



I tråd med de gavnlige effekter et hjertestop kan have på et individs motivation for f.eks. genoptræning, er det interessant, som Aristidou et. al. også har bemærket, at disse effekter måske kan tilskrives, at nogle hjertestopoverlevende har haft en *nærdødsoplevelse* (Aristidou et al., 2018). Mennesker har berettet om nærdødsoplevelser i årtusinder på alle kontinenter uafhængig af deres kultur eller religiøse tilhørsforhold, og man har nu studeret oplevelserne gennem mere end fire årtier (Holden et al., 2009). Nærdødsoplevelser kendetegnes karakteristisk blandt andet ved en oplevelse af intens glæde/kærlighed, et stærkt overnaturligt lys og/eller en tunnel, og at møde afdøde slægtninge eller åndelige enheder (Greyson, 1985). Nærdødsoplevelser har dog også konkrete eftervirkninger, blandt andet en øget oplevelse af mening og formål samt en taknemmelighed for livet (Greyson & Ring, 2004). Det anslås, at 10-18% af hjertestopoverlevende har haft en nærdødsoplevelse (van Lommel, 2011; van Lommel et al., 2001). Disse positive eftervirkninger af nærdødsoplevelser kan muligvis forklare, hvorfor nogle hjertestopoverlevende oplever deres hjertestop som en motivationsfaktor i forhold til fysisk træning og andre aktiviteter. En nærdødsoplevelse kan dog også være anstrengende og befordre korrekt rådgivning. Undersøgelser viser, at de som har haft denne form for oplevelse føler et behov for at tale med andre om hændelsen (Buer et al., 2016).

At identificere eller undersøge, hvordan hjertestopoverleveren håndterer og forstår hjertestoppet på et eksistentielt og åndeligt niveau, kan muligvis udstikke den rigtige vej fremad for sundhedspersonalet i en post-sekulær kultur som den danske. Først må man forsøge at identificere eksistentielle og åndelige behov og herefter igangsætte rehabiliteringsindsatser på dette område. Således vil man måske kunne bidrage til at skubbe den eventuelt negative manifestation i retning af en i stedet en positiv manifestation. Ved at have fokus på det eksistentielle og åndelige i rehabilitering, for de som har behovet, kan hjertestoppet potentielt blive en positiv ressource, som kan øge og understøtte helbredelse og andre rehabiliteringsindsatser. Det vil dog være nødvendigt at undersøge dette i fremtidige studier, ligesom det vil være nødvendigt at undersøge, hvilke eksistentielle og åndelige behov hjertestopoverleverne oplever. Studier, der kan undersøge dette i en kvantitativ skala, er på vej (Stripp, Wehberg, et al., 2022). Ud fra den tilgængelige litteratur er det desuden uklart, på hvilken måde eksistentielle og åndelige bekymringer påvirker hjertestopoverleveres mentale helbred, selvom det som nævnt er kendt, at hjertestopoverleverne (ligesom patienter der lider af forskellige andre hjertesygdomme) har en væsentligt øget risiko for at begå selvmord (Petersen et al., 2020). Et af de centrale eksistentielle og åndelige temaer for hjertestopoverleverne centrerer sig om deres frygt for og tanker om døden. Det vil vi kort prøve at folde ud på et mere teoretisk niveau.

Døden som et eksistentielt og åndeligt fænomen i relation til hjertestopoverleverne

I en akademisk sammenhæng har døden og dens uundgåelighed været genstand for menneskets interesse inden for mange discipliner, og til alle tider. Vores dødelighed er en kernebetingung i oplevelsen af at være menneske (Sallnow et al., 2022). Idet døden som begreb i sig selv kan undersøges ud fra forskellige videnskabelige discipliner, herunder antropologi, sociologi, filosofi, teologi og lægevidenskaben, opstår der mange vanskelige spørgsmål (Jakusovaite et al., 2016): Hvad forstår vi ved ordet 'død'? Kan døden være en personlig død eller er døden udelukkende en kropslig død? Hvis det sidstnævnte er tilfældet, hvornår dør kroppen så helt præcist? Disse spørgsmål kan anskues på alle niveauer af fænomenet 'død', fra det rent biologiske til det metafysiske og transcendent (Jakusovaite et al., 2016). Disse skiftende ontologiske perspektiver og manglende

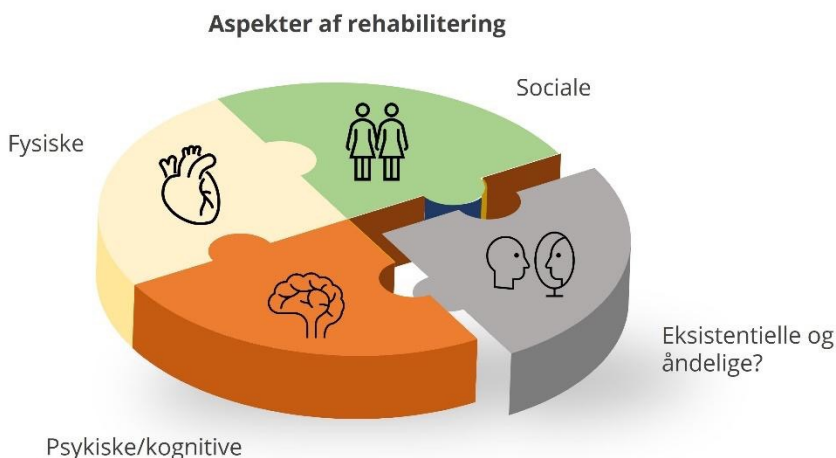
transparens i relation hertil synes blandt andet at komplicere dialogen herom (Stripp, 2021). For det aktuelle formål er det tilstrækkeligt at fastslå, at der findes en afgrænsning mellem døden og det at være døende, idet begrebet at være døende dækker over den proces, som fører til selve døden. Denne proces kan være kortvarig eller længerevarende afhængig af tilstanden. Døden i sig selv betragtes som den endelige begivenhed, hvor livet ophører. Som sådan har f.eks. den videnskabelige litteratur på det palliative område et overvejende fokus på det at dø (altså processen) frem for på døden selv (Sallnow et al., 2022). I forlængelse af ovenstående skildring af forskellen mellem dødsprocessen og døden, kan det overvejes, hvorledes dette har betydning for forskellige patientgrupper, herunder hjertestopoverlevende. Tanker om og frygt for dødsprocessen og døden kan være kilde til stor eksistentiel og åndelig smerte. Kræftpatienter ser f.eks. ofte ind i en lidelsesfuld dødsproces over måneder og år. Et andet eksempel er patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hvor dødsprocessen er præget af tiltagende funktionstab, hvor fokus for patienten kan være frygten for ikke at kunne få luft og blive kvalt, frem for frygt for døden i sig selv (Ilkjær, 2012). For patienter der får et hjertestop, er dødsprocessen, grundet sygdomstilstandens pludselige og (overvejende) uforudsigelige natur, helt eller delvist fraværende. Resultatet af dette kan være, at hjertestopoverlevende har eksistentielle og åndelige bekymringer og frygt, der i højere grad relaterer sig til døden som afslutning på livet, frem for dødsprocessen. De har ikke haft en umiddelbar erfaring eller trussel relateret til dødsprocessen, men kun relateret til det figurative møde med døden. Disse fænomenologiske forskelle kan variere på baggrund af specifikke sygdomme og diagnoser, og kan tænkes potentielt at have vigtige implikationer for patienten.

Er der behov for et nyt værktøj i værktøjskassen?

Ovenstående peger på, at eksistentielle og åndelige forhold kan virke både fremmende og hæmmende for rehabiliteringsindsatser. Det rejser naturligt spørgsmålet om, hvorvidt og hvordan man i rehabilitering kan forholde sig til det eksistentielle og åndelige. Ved en syntese af at gængse rehabiliteringsindsatser primært fokuserer på fysiske, psykiske og sociale forhold, samt at eksistentiel og åndelig smerte er en del af total-smerte-modellen, finder vi, at rehabilitering måske kunne drage nytte af ydermere at have fokus på eksistentielle og åndelige forhold. Vi

har forsøgt at illustrere dette i figur 3. Dette fokus vil også være i tråd med vores forståelse af Danmark som post-sekular – dvs. en kultur, hvor vi anerkender, at det eksistentielle og åndelige har en vigtig plads hos mennesker. Hvis vi følger WHO's definition af rehabilitering, kunne der tænkes interventioner rettet mod at "øge funktionen og reducere handicap/bekymringer" på det eksistentielle og åndelige område. Disse interventioner kunne gerne tænkes i samarbejde med individets omgivelser. Selvom der er behov for yderligere forskning på området, er det rimeligt at antage, at eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende bør italesættes. Dette både af hensyn til den eksistentielle og åndelige omsorg i sig selv, men også for at øge udbyttet af rehabilitering i forhold til andre problemer (Brannstrom et al., 2018). Det er dog også forventet, at ikke alle hjertestopoverlevende vil have gavn af eksistentiel og åndelig omsorg for disse forhold. Det kunne dog være fordelagtigt at undersøge hjertestopoverleveren for eksistentielle og åndelige problemstillinger tidligt i rehabiliteringsprocessen. En sådan identificering ville gøre det muligt at igangsætte støtteforanstaltninger omkring eventuelle identificerede problemer tidligt og parallelt med andre rehabiliterings initiativer. Men hvordan kan man i rehabiliteringsindsatser sætte fokus på og undersøge for eksistentielle og åndelige forhold? Selvom der er behov for forskning på dette lidt belyste område, vil vi her give et par bud.

Figur 3. Rehabiliteringspuslespillet for hjertestopoverlevende. Mangler der en brik?



Eksistentiel og åndelig omsorg i rehabiliterings sammenhæng

Hvis man undersøgte hjertestopoverlevende, som påbegyndte et rehabiliteringsprogram for eksistentielle eller åndelige behov, ville det måske blive muligt for klinikere at identificere underliggende eksistentielle og åndelige problemstillinger, som kræver opmærksomhed. For at undersøge dette kunne man anvende et valideret værktøj som det danske "Spørgeskema om Eksistentielle og Åndelige behov" (DA-SpNQ-20) (en: Spiritual Needs Questionnaire) (Stripp, Büssing, et al., 2022). Der findes også andre redskaber på området (Nissen et al., 2021), ligesom, der er udviklet flere forskellige værktøjer til at styrke eller understøtte den eksistentielle dialog i klinisk praksis i Danmark samt i udlandet. Se f.eks. Assing Hvidt et al.'s arbejde med EMAP – Eksistentiel koMMunikation i Almen Praksis (Assing Hvidt, Hansen, et al., 2017) eller Puchalski's udbredte FICA instrument (Puchalski & Romer, 2000). Ved at trække på erfaringer inden for eksistentiel og åndelig omsorg, kunne rehabilitering i forhold til eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende muligvis drage fordel af at involvere forskellige praksisformer (Hvidt et al., 2020). Samtaler eller andre værktøjer, som italesætter individuelle eksistentielle og åndelige bekymringer hos hjertestopoverlevende, bør være altafgørende i planlægningen af, hvordan man kan levere patient-centreret rehabilitering for eksistentielle og åndelige forhold. Det skal her bemærkes at eksistentiel og åndelig omsorg kan leveres uagtet af om den sundhedsprofessionelle betragter sig selv som troende, ateist, agnostiker, eller noget andet.

Det virker realistisk, at man bredt ville kunne undersøge hjertestopoverlevende på vej i rehabilitering for eksistentielle og åndelige behov ved f.eks. at benytte DA-SpNQ-20. Forskning savnes dog på dette område. Men når det kommer til at iværksætte konkrete indsatser for at imødekomme eksistentielle og åndelige behov på individniveau, er det vigtigt at understrege at der ikke findes nogen universalløsning, idet en individuel tilgang anbefales (Velvin et al., 2021). Nogle patienter kan opnå lindring gennem f.eks. eksistentiel terapi eller samtaler med en præst eller andre åndelige fagpersoner (imam el.lign.). For andre patienter kan f.eks. gåture i naturen eller særlige ritualer være gavnlige. Nogle rehabiliteringsstudier for hjertestopoverlevende viser, at rehabilitering i grupper øger den gavnlige effekt af interventionerne (Simony et al., 2015). Det samme er måske også tilfældet, når man italesætter eksistentielle bekymringer i rehabilitering. Det er interessant, at nogle hjertestopoverlevende har haft nærdødsoplevelser, og

at disse potentielt kan være en eksistentiel og åndelig ressource, der f.eks. giver øget oplevelse af mening i livet. Måske der her foreligger et uudforsket potentiale for at løfte rehabilitering på det eksistentielle og åndelige område gennem udnyttelse af de ressourcer, en nærdødsoplevelse kan medføre? Det er heller ikke utænkeligt, at deling af disse oplevelser kan have gavnlig effekt for andre hjertestopoverleverere, der ikke har haft en nærdødsoplevelse, i en fælles rehabiliterings- og genoptræningsproces. Mere forskning kunne med nytte kigge på, hvorledes forskellige eksistentielle og åndelige temaer kunne bruges aktivt i rehabilitering af patienter efter hjertestop.

Eksistentielle og åndelige bekymringer kan være svære at identificere og adressere for sundhedspersonale, netop fordi mange overleverere har flere indbyrdes forbundne problemer (Case et al., 2021). Et tænkt eksempel på, hvordan de komplekse fysiske, psykiske og eksistentielle forhold kan spille sammen, er hjertestopoverleveren, som beklager sig over træthed, men efter nærmere samtale viser sig at se tv om natten for at håndtere en angst, forårsaget af frygten for at få endnu et hjertestop (eksistentiel dødsangst). Udelukkende at instruere overleveren i god søvnhygiejne eller angstreduktionsstrategier kan i denne situation være nytteløst, hvis den underliggende eksistentielle frygt for at dø ikke identificeres og behandles. En udfordring er også at sundhedspersoner oplever mange barrierer for at adressere disse forhold, bl.a. grundet det samfundsmæssige tabu om eksistentielle og åndelige forhold skildret i introduktionen (Assing Hvidt, Sondergaard, et al., 2017). Patienter kan også have svært ved at erkende eller italesætte eksistentielle og åndelige behov. Dog viser et nyt studie, at danskere oplever mange behov relateret til det eksistentielle og åndelige (Stripp et al., 2023), og der er samfundsmæssigt et relevant potentiale i at inkludere disse forhold, når man tænker sundhed generelt (Stripp, 2023). Dette illustrerer ligeledes det post-sekulære spændingsfelt, der opstår ved, at det i etablerede sundhedsinstitutioner (og hos patienter selv) kan være svært at italesætte disse emner, selvom der absolut er grundlag og interesse for det – måske modsat klinikernes forventning. Denne spænding kan måske forstås som del af det opbrud med den klassiske sekulariseringsteori, som også denne artikel advokerer og er et udtryk for.

Begrænsninger

Dette studie er begrænset af den manglende systematiske gennemgang af forskningslitteraturen. Dog var formålet, idet litteraturen om eksistentielle og åndelige forhold for hjertestopoverleverere formodedes at være begrænset, at give en indføring i de mest centrale forhold og herved stimulere forskning og diskussion af dette vigtige emne. På trods af den manglende systematiske tilgang har

vi både håndsøgt referencelister samt rådført os med internationale eksperter på området for at frembringe yderligere relevant litteratur. Derfor mener vi også, at vi med en vis sandsynlighed har identificeret de mest relevante studier. Ydermere gør de internationale problemer med konsensus om definitioner på det eksistentielle og åndelige område, at det kan være besværligt at identificere relevante studier udelukkende ved litteratursøgning, da denne metode er begrænset af korrekt indeksering. Vores tilgang tilbyder i så fald en afbødning af denne begrænsning. En anden begrænsning er, at den inkluderede litteratur stammer fra flere forskellige kulturer, hvor det eksistentielle og åndelige kan tænkes at udfolde sig på forskellig vis. Selvom det eksistentielle og åndelige som sådan er alment menneskeligt og derfor understøtter, at ovenstående fortsat er relevante fund, er studier fra Danmark med hjertestopoverlevende nødvendige for at underbygge, hvilke eksistentielle og åndelige forhold, der specifikt opleves i denne population.

Konklusion

Opsummerende har vi undersøgt, hvilke eksistentielle og åndelige aspekter, der er på spil hos hjertestopoverlevende. Dernæst har vi diskuteret, hvordan praksis inden for rehabilitering af hjertestopoverlevende potentielt ville kunne drage fordel af at implementere rehabilitering af eksistentielle og åndelige forhold. Dette kunne f.eks. ske ved at screene for eksistentielle og åndelige problemstillinger tidligt i rehabiliteringsprocessen.

Selvom litteraturen på området er beskedent, er det tydeligt, at hjertestopoverlevende har eksistentielle og åndelige bekymringer og erfaringer, der relaterer sig til deres sygdom. Disse virker til at kunne opleves som positive, f.eks. en øget oplevelse af mening, en følelse af skulle bruge hver dag til det yderste samt reduceret dødsangst (især for hjertestopoverlevende der har haft en nærdødsoplevelse). Dog kan det også præsentere sig mere negativt, f.eks. frygt for døden, angst for at få et nyt (dødeligt) hjertestop samt tab af mening. Disse positive og negative oplevelser resulterer muligvis i, at det eksistentielle og åndelige kan facilitere eller være en barriere for andre rehabiliteringsindsatser. Ved at yde rehabilitering rettet mod eksistentielle og åndelige forhold, kan det eksistentielle og åndelige måske i større grad benyttes som facilitator for helbred og andre rehabiliteringsindsatser.

At undersøge hjertestopoverlevende for eksistentielle og åndelige problemer, f.eks. via et spørgeskema samt at inddrage praksisser rettet mod at lindre disse (eksistentiel og åndelig omsorg), kunne være bud på, hvorledes det eksistentielle og åndelige kan adresseres i rehabiliteringsprocesser. Ved at inkludere eksistentielle og åndelige forhold i hjertestopoverlevendes rehabilitering, understøttes en patient-centreret tilgang, hvor indsatser ikke kun er rettet mod fysiske, psykiske, og sociale aspekter (jf. total-smerte-modellen). Der er behov for yderligere forskning i, hvordan det eksistentielle og åndelige er på spil hos danske hjertestopoverlevende, hvordan rehabilitering af eksistentielle og åndelige forhold skal udføres (hos hjertestopoverlevende, men sandsynligt også i andre patientgrupper) samt effekten af rehabilitering på dette område.

Deklaration

Forfatterne deklarerer, at de ikke har nogen interessekonflikter relateret til artiklens indhold.

Referencer

- Ahrenfeldt, L. J., Møller, S., Hvidt, N. C., VanderWeele, T. J., & Stripp, T. A. (2023). Effect of religious service attendance on mortality and hospitalisations among Danish men and women: longitudinal findings from REGLINK-SHAREDK. *Eur J Epidemiol*. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00964-y>
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., & Evans, P. (2005). *The European Definition of General Practice / Family Medicine (Short Version)*. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>
- Aristidou, M., Vouzavali, F., Karanikola, M. N., Lambrinou, E., & Papathanassoglou, E. (2018). A Meta-ethnography of Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survivors' Meanings on Life and Death. *J Cardiovasc Nurs*, 33(3), E10-E20. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000467>
- Assing Hvidt, E., Hansen, D. G., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Cold, S., Gulbrandsen, P., Olesen, F., Pedersen, S. S., Sondergaard, J., Timmermann, C., Timm, H., & Hvidt, N. C. (2017). Development of the EMAP tool facilitating existential communication between general practitioners and cancer patients. *European Journal of General Practice*, 23(1), 261-268. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1326479>
- Assing Hvidt, E., Sondergaard, 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. *Commun Med*, 14(2), 108-120. <https://doi.org/10.1558/cam.32147>
- Back, M., Oberg, B., & Krevers, B. (2017). Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation - facilitators, barriers and physiotherapist's role: a qualitative study. *BMC Cardiovasc Disord*, 17(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0512-7>
- Balboni, M. J., & Balboni, T. A. (2019). *Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199325764.001.0001>
- Beaumont, J., Eder, K., & Mendieta, E. (2020). Reflexive secularization? Concepts, processes and antagonisms of postsecularity. *European Journal of Social Theory*, 23(3), 291-309. <https://doi.org/10.1177/1368431018813769>
- Berger, P. L. (1999). *The Desecularization of the World: Resurgent Religion and World Politics*. Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Berger, P. L. (2014). *The Many Altars of Modernity Toward a Paradigm for Religion in a Pluralist Age*. De Gruyter. <https://doi.org/doi:10.1515/9781614516477>
- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 604-618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>
- Boyce, L. W., Goossens, P. H., Moulart, V. R., Pound, G., & van Heugten, C. M. (2019). Out-of-hospital cardiac arrest survivors need both cardiological and neurological rehabilitation! *Curr Opin Crit Care*, 25(3), 240-243. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000609>
- Brannstrom, M., Niederbach, C., & Rodin, A. C. (2018). Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study. *Int Emerg Nurs*, 36, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.003>
- Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009). To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence. *Qual Health Res*, 19(3), 323-338. <https://doi.org/10.1177/1049732309331866>
- Bremer, A., Dahne, T., Stureson, L., Arestedt, K., & Thylen, I. (2019). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Scand J Caring Sci*, 33(1), 156-164. <https://doi.org/10.1111/scs.12616>
- Buer, O., Kalfoss, M., Weisaeth, L., & Bendz, B. (2016). Investigating near-death experiences. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 136(23-24), 1968-1969. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0953> (Kartlegging av naer doden-opplevelser.)
- Case, R., Stub, D., Mazzagatti, E., Pryor, H., Mion, M., Ball, J., Cartledge, S., Keeble, T. R., Bray, J. E., & Smith, K. (2021). The second year of a second chance: Long-term psychosocial outcomes of cardiac arrest survivors and their family. *Resuscitation*, 167, 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.06.018>
- Chen, Y., Kim, E. S., & VanderWeele, T. J. (2021). Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: evidence from three prospective cohorts. *Int J Epidemiol*, 49(6), 2030-2040. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa120>
- Chin, Y. H., Yaow, C. Y. L., Teoh, S. E., Foo, M. Z. Q., Luo, N., Graves, N., Ong, M. E. H., & Ho, A. F. W. (2022). Long-term outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 171, 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.12.026>

- Czekierda, K., Banik, A., Park, C. L., & Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health: systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11(4), 387-418. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1327325>
- Dansk Hjertestopregister. (2016). *Hjertestop uden for hospital i Danmark - Sammenfatning af resultater fra Dansk Hjertestopregister 2001-2016*. Retrieved mar 25 from http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2018/04/Dansk_Hjertestopregister2016.pdf
- Diaddigo, S., Chee, M., Roh, D., Park, S., Claassen, J., Elkind, M., Edmondson, D., & Agarwal, S. (2021). Association Between Cognitive Aversions and Engagement in Physical Activity Within 1-year of Survival after Cardiac Arrest (2569). *Neurology*, 96(15 Supplement), 2569. http://n.neurology.org/content/96/15_Supplement/2569.abstract
- Dibben, G., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A. D., & Taylor, R. S. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 11(11), CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4>
- Dougherty, C. M., Benoliel, J. Q., & Bellin, C. (2000). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung*, 29(2), 79-86. <https://doi.org/10.1067/mhl.2000.105759>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med*(54), 156-165. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4>
- Forslund, A. S., Jansson, J. H., Lundblad, D., & Soderberg, S. (2017). A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 878-886. <https://doi.org/10.1111/scs.12409>
- Geeraerts, G., & Nynäs, P. (Eds.). (2012). *Post-Secular Society* (1. ed.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315127095>.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. [https://doi.org/10.1016/s0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3467(07)60142-6)
- Greyson, B. (1985). A typology of near-death experiences. *Am J Psychiatry*, 142(8), 967-969. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.967>
- Greyson, B., & Ring, K. (2004). The Life Changes Inventory – Revised. *Journal of Near-Death Studies*, 23(1), 41-54.
- Habermas, J. (2008). Notes on Post-Secular Society. *New Perspectives Quarterly*, 25(4), 17-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1540-5842.2008.01017.x>
- Hardcastle, S. J., McNamara, K., & Tritton, L. (2015). Using Visual Methods to Understand Physical Activity Maintenance following Cardiac Rehabilitation. *PLoS One*, 10(9), e0138218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138218>
- Holden, J. M., Greyson, B., & James, D. (2009). *The handbook of near-death experiences: 30 years of investigation*. Praeger Publishers.
- Hvidt, N. C., Nielsen, K. T., Korup, A. K., Prinds, C., Hansen, D. G., Viftrup, D. T., Assing Hvidt, E., Hammer, E. R., Falko, E., Locher, F., Boelsbjerg, H. B., Wallin, J. A., Thomsen, K. F., Schroder, K., Moestrup, L., Nissen, R. D., Stewart-Ferrer, S., Stripp, T. K., Steinfeldt, V. O., . . . Waehrens, E. E. (2020). What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*, 10(12), e042142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042142>

- Ilkjær, I. (2012). *Difficulties in breathing. An investigation of significance of existential and spiritual phenomena for seriously ill patients with chronic obstructive pulmonary disease*. University of Copenhagen]. Copenhagen. <http://www.teol.ku.dk/Forskning/publikationer/>
- Jakusovaite, I., Luneckaite, Z., Peicius, E., Bagdonaite, Z., Riklikiene, O., & Stankevicius, E. (2016). Determination of death: Metaphysical and biomedical discourse. *Medicina (Kaunas)*, 52(4), 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2016.06.002>
- Jensen, E. E. Ø., & Mørk, L. B. (2016, 3. September). *Vi tier om religion og psykisk sygdom* [Interview]. Berlingske Medier. <https://www.berlingske.dk/samfund/vi-tier-om-religion-og-psykisk-sygdom>
- Kamphuis, H. C., Verhoeven, N. W., Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R. N., & Winnubst, J. A. (2004). ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *J Clin Nurs*, 13(8), 1008-1016. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01021.x>
- Kierkegaard, S. (1843). *Enten Eller*. University bookshop Reitzel.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). 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. *Soc Sci Med*, 71(7), 1292-1299. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024>
- Lilja, G., Nielsen, N., Bro-Jeppesen, J., Dunford, H., Friberg, H., Hofgren, C., Horn, J., In-sorsi, A., Kjaergaard, J., Nilsson, F., Pelosi, P., Winters, T., Wise, M. P., & Cronberg, T. (2018). Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 11(1), e003566. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUT-COMES.117.003566>
- Lindner, T., Vossius, C., Mathiesen, W. T., & Soreide, E. (2014). Life years saved, standardised mortality rates and causes of death after hospital discharge in out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 85(5), 671-675. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.002>
- Mehta, A., & Chan, L. S. (2008). Understanding of the Concept of »Total Pain«. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>
- Meyer, T., Kiekens, C., Selb, M., Posthumus, E., & Negrini, S. (2020). Toward a new definition of rehabilitation for research purposes: a comparative analysis of current definitions. *Eur J Phys Rehabil Med*(56), 672-681. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06610-1>
- Moulaert, V. R., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M., & Wade, D. T. (2009). Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation*, 80(3), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.10.034>
- Nissen, R. D., Falko, E., Stripp, T. K., & Hvidt, N. C. (2021). Spiritual Needs Assessment in Post-Secular Contexts: An Integrative Review of Questionnaires. *Int J Environ Res Public Health*, 18(24), 12898. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412898>
- Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttiger, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moulaert, V. R. M., Nikolaou, N., Mariero Olasveengen, T., Skrifvars, M. B., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Resuscitation*, 161, 220-269. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012>
- Oxman, A. D., Cook, D. J., Guyatt, G. H., Bass, E., Brill-Edwards, P., Browman, G., Detsky, A., Farkouh, M., Gerstein, H., Haines, T., Haynes, B., Hayward, R., Holbrook, A., Jaeschke, R., Juniper, E., Laupacis, A., Lee, H., Levine, M., Moyer, V., . . . Wilson, M. (1994).

- Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview. *JAMA*, 272(17), 1367-1371. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520170077040>
- Palacios-Cena, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernandez-de-las-Penas, C. (2011). Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors. *Nurs Health Sci*, 13(2), 149-155. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x>
- Parmaksız, U. (2016). Making sense of the postsecular. *European Journal of Social Theory*, 21(1), 98-116. <https://doi.org/10.1177/1368431016682743>
- Petersen, B. D., Stenager, E., Mogensen, C. B., & Erlangsen, A. (2020). The association between heart diseases and suicide: a nationwide cohort study. *J Intern Med*, 287(5), 558-568. <https://doi.org/10.1111/joim.13025>
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. 3(1), 129-137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
- Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders. *BMJ : British Medical Journal*, 331(7510), 238-238. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1179787/>
- Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E. A., Guglani, S., Hodson, M., Husebø, B. S., Kellehear, A., Kitzinger, C., Knaul, F. M., Murray, S. A., Neuberger, J., O'Mahony, S., . . . Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837-884. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02314-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02314-x)
- Sartre, J.-P. (1946). *L'existentialisme est un humanisme*. Methuen & Co.
- Sawyer, K. N., Camp-Rogers, T. R., Kotini-Shah, P., Del Rios, M., Gossip, M. R., Moitra, V. K., Haywood, K. L., Dougherty, C. M., Lubitz, S. A., Rabinstein, A. A., Rittenberger, J. C., Callaway, C. W., Abella, B. S., Geocadin, R. G., Kurz, M. C., American Heart Association Emergency Cardiovascular Care, C., Council on, C., Stroke, N., Council on, G., . . . Stroke, C. (2020). Sudden Cardiac Arrest Survivorship: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 141(12), e654-e685. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000747>
- Seyed Bagheri, S. H., Rayyani, M., Iranmanesh, S., Dehghan, M., Tirgari, B., & Hosseini, S. H. (2020). Growth: A Journey from Experience to Higher Perception Among Iranian Muslim CPR Survivors. *J Relig Health*, 59(2), 1024-1034. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0614-2>
- Simony, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *J Clin Nurs*, 24(17-18), 2581-2590. <https://doi.org/10.1111/jocn.12867>
- Stripp, T. A. (2023). Religion and spirituality in contemporary health systems. *Theology, In press*.
- Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Søndergaard, J., & Hvidt, N. C. (2023). Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *Lancet Regional Health - Europe, in press*. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100602>
- Stripp, T. K. (2021). Near-death experiences and the importance of transparency in subjectivity, ontology and epistemology. *Brain Communications*, 4(1). <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab304>
- Stripp, T. K., Büssing, A., Wehberg, S., Andersen, H. S., Kørup, A. K., Pedersen, H. F., Søndergaard, J., & Hvidt, N. C. (2022). Measuring Spiritual Needs in a Secular Society:

- Validation and Clinimetric Properties of the Danish 20-Item Spiritual Needs Questionnaire. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01533-5>
- Stripp, T. K., Wehberg, S., Büssing, A., Andersen-Ranberg, K., Jensen, L. H., Henriksen, F. L., Laursen, C. B., Søndergaard, J., & Hvidt, N. C. (2022). Protocol for EXICODE: the EXIstential health COhort DENmark—a register and survey study of adult Danes. *BMJ Open*, *12*(6), e058257. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058257>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). Anbefalinger for den palliative indsats. Retrieved 17.01.19, from https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C80837BAAA D55347D0D.ashx
- Tang, L. H., Joshi, V., Egholm, C. L., & Zwisler, A. D. (2021). Are survivors of cardiac arrest provided with standard cardiac rehabilitation? - Results from a national survey of hospitals and municipalities in Denmark. *Eur J Cardiovasc Nurs*, *20*(2), 115-123. <https://doi.org/10.1177/1474515120946313>
- Taylor, C. (2007). *A Secular Age*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- van Lommel, P. (2011). Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Ann N Y Acad Sci*, *1234*, 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06080.x>
- van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *Lancet*, *358*(9298), 2039-2045. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)07100-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07100-8)
- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry*, *73*(8), 845-851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- Velvin, G., Johansen, H., Vardeberg, K., Sjogren Fugl-Meyer, K., Wilhelmsen, J. E., & Lidal, I. (2021). Physical exercise for people with hereditary thoracic aortic disease. A study of patient perspectives. *Disabil Rehabil*, *43*(17), 2464-2471. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1703145>
- Viktorisson, A., Sunnerhagen, K. S., Johansson, D., Herlitz, J., & Axelsson, A. (2019). One-year longitudinal study of psychological distress and self-assessed health in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *BMJ Open*, *9*(7), e029756. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029756>
- Wachelder, E. M., Moulart, V. R., van Heugten, C., Gorgels, T., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2016). Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*, *109*, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.09.025>
- Whitehead, L., Tierney, S., Biggerstaff, D., Perkins, G. D., & Haywood, K. L. (2020). Trapped in a disrupted normality: Survivors' and partners' experiences of life after a sudden cardiac arrest. *Resuscitation*, *147*, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.017>
- WHO. (2021). *Rehabilitation*. Retrieved 20/12-2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of palliative care*. Retrieved 01.10.13 from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yalom, I. D. (2009). *Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death*. Jossey-Bass.
- Yan, S., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., Zong, Q., Chen, S., & Lv, C. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*, *24*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>

Zook, N., Voss, S., Blennow Nordstrom, E., Brett, S. J., Jenkinson, E., Shaw, P., White, P., & Bengner, J. (2022). Neurocognitive function following out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*, *170*, 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.10.005>