

Dokument-ID: 134012
Versjon: 0
Status: Høring

Dokumentansvarlig:
Maja Garnaas Kielland
Utarbeidet av:
Maja Garnaas Kielland

Godkjent av:
Sølvi Andersen

Godkjent fra:

1. Hensikt og omfang

Sikre pasienter og pårørendes tilgang til [åndelig og eksistensiell](#) omsorg når de mottar helsehjelp. Prosedyren gjelder alle ansatte og skal:

- Klargjøre helsepersonells ansvar og rammer
- Veilede helsepersonell i å stille gode spørsmål som inngang til samtale om tematikken
- Informere om aktuell henvisningsinstans ved behov
- Informere om dokumentasjon av åndelige og eksistensielle behov

2. Ansvar

Avdelingsleder har ansvar for å informere sine ansatte om prosedyren og legge til rette for undervisning om tematikken.

Den enkelte ansatte er kjent med prosedyren og har ansvar for å iverksette den inn mot pasienter og/eller pårørende.

3. Fremgangsmåte

Bakgrunn

Tro og livssyn har stor innvirkning på hvordan pasienter forstår og takler sykdom. [Åndelige og eksistensielle](#) behov oppstår eller forsterkes gjerne når mennesker er i krise. Pasienter med alvorlig sykdom, begrenset forventet levetid, eller kronisk sykdom, kan ha et særskilt behov for åndelig og eksistensiell omsorg. Forskning viser at denne typen omsorg kan bidra til mestring av frykt og angst, og være helsefremmende (1, 2, 3, 4, 5).

Mange undersøkelser viser at pasientene selv ønsker at åndelige og eksistensielle temaer blir tatt opp i forbindelse med en sykehusinnleggelse (1,6). Å gi åndelig og eksistensiell omsorg handler om å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål, behov og ressurser, og lytte til den mening som dette har i pasientens liv (7, 8). Det kan kort fortalt handle om å finne ut hva pasienten tenker på: «[Hva er viktig for deg – nå?](#)» (9).

Les mer om [grunnprinsipper for åndelig omsorg](#).

Studier viser at pasienter vil ha sykepleiere og leger som bryr seg om dem. Å etablere en tillitsfull pasientrelasjon er viktigere enn at ansatte har mye kunnskap om konkrete religioner og livssyn. Åndelig og eksistensiell omsorg gis i en relasjon. Lytting og det å vise empati er viktig i samtale med pasienter og pårørende (10). Empati er også nevnt som en av [4 gode vaner](#). [Les mer om empatisk kommunikasjon her](#). Det å få snakket om åndelige og eksistensielle spørsmål skal ofte ikke føre til noen konkret løsning, men kan likevel ha en effekt for pasient og/eller pårørende der og da. Det å bli lyttet til har en verdi i seg selv.

Kartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging av åndelige og eksistensielle behov er ikke nødvendigvis strukturert likt i alle deler av sykehuset. Noen steder vil det være naturlig å gjøre dette i inntakssamtale, andre steder i strukturerte samtaler under behandlingsforløpet. Noen ganger kan det komme spontane ytringer som helsepersonell vil kunne plukke opp og utforske videre. Dette krever individuell tilpasning til den enkelte pasient og/eller pårørende (12).

Det kan være nyttig å bruke kartleggingsverktøy som en huskeliste og som en hjelp til å finne konkrete og gode spørsmål under samtale om pasientens og/eller pårørendes åndelige og eksistensielle behov. Et nyttig verktøy som er laget spesielt for helsevesenet er [HOPE](#) (12):

- H for Håp: Hvor finner du styrke/trøst/mening/kilder til håp?
Dette første spørsmålet kan være meningsfullt for alle pasienter uavhengig av om de tilhører et tros- eller livssynssamfunn.
- O for organisert religion/livssyn: Tilhører du et bestemt tros- eller livssynssamfunn? Hva er til hjelp og støtte ved din tro eller ditt livssyn? Er det noe ved din tro eller ditt livssyn som ikke er til hjelp/skaper hindringer?
- P for personlig åndelighet og praksis: Hva er viktig for deg når det kommer til tros- eller livssynsutøvelse?
Målet er å finne ut hvordan sykehuset kan tilrettelegge på best mulig måte for ønsker rundt utøvelse av tro eller livssyn. Selv om pasient ikke har noe tilknytning til et bestemt tros- eller livssynssamfunn kan dette være et

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ivaretagelse av pasienter og pårørendes åndelige og eksistensielle behov - helsepersonells rammer og ansvar	Utskriftsdato: 12.06.2019		
Dokumentansvarlig: Maja Garnaas Kielland	Godkjent av: Sølvi Andersen	Dokument-Id: 134012 - Versjon: 0	Side 1 av 4

relevant spørsmål pga. ønske om tilrettelegging. Det kan handle om muligheten til å be eller meditere, lese tekster, høre på musikk, være i naturen, matbehov, gjennomføring av ritualer som dåp eller vielse m.m.

- E står for effekt på medisinsk behandling og veien videre (endring fra originalversjonen som fokuserer på livets slutt): Påvirker din sykdom å gjøre det som vanligvis hjelper deg når det gjelder tro eller livssyn? Hvordan går behandlingen vi gir sammen med din tro eller ditt livssyn? Har du samtalebehov utover den samtalen vi har nå? Ønsker du å snakke med en sykehusprest, samtalepartner eller andre? *Gjerne med litt tilleggsinformasjon som: «Du kan snakke om det som er viktig for deg. Det trenger ikke handle om religiøse spørsmål. Sykehusprester og samtalepartnere er mennesker som har god tid og er flinke til å lytte».*

Her kan helsepersonell kartlegge om det finnes konflikter mellom tro/livssyn og den medisinske behandlingen og presentere muligheten for å snakke med sykehusprest eller samtalepartner.

Åndelige og eksistensielle behov kan variere over tid og i løpet av et behandlingsforløp. Det kan derfor bli viktig å åpne opp for tematikken mer enn én gang (13).

Dokumentasjon i journal

Åndelige og eksistensielle behov bør kartlegges og dokumenteres på samme måte som helsepersonell gjør med andre fysiske og psykososiale områder (14). Dokumentasjon er spesielt viktig dersom det er praktiske hensyn eller samtalebehov som bør følges opp videre av kollegaer. Samtidig er det viktig å ha en bevissthet om at samtaler rundt det åndelige og eksistensielle kan være sensitivt. Ofte vil det være tilstrekkelig å dokumentere at tematikken er tatt opp uten å gå nærmere inn på detaljer. Det er hensiktsmessig å la pasienten være med å bestemme hva som skal stå i pasientjournalen.

Samarbeid med andre

Ofte vil familie, venner eller representanter fra tros- og livssynsamfunn allerede være i samtale med pasienten og/eller pårørende om disse temaene. Dette bør støttes og tilrettelegges fra helsepersonells side, for eksempel ved å skape egnede rom for samtaler og evt. ritualer.

Hvis pasienten og/eller pårørende ønsker det kan helsepersonell ta kontakt med relevante ressurspersoner:

- Her finner du informasjon om [Prestetjenesten og hvordan bestille](#)
- Her finner du informasjon om [Samtalepartnere fra andre tros- og livssyn og hvordan bestille](#)

Disse samtaletilbudene kan benyttes av pasienter og pårørende både på sengepost og i poliklinikk.

Egenskaper og kvalifikasjoner hos hjelperne

Det kan være mange grunner til at det kan oppleves vanskelig å ta opp temaer rundt det åndelige og eksistensielle i samtaler med pasienter og/eller pårørende. Det kan oppleves som om dette krever mer kunnskap enn det man har som helsepersonell (15). Barrierene knyttet til dette skal ikke undervurderes. [Les mer om barrierer her](#). Det er likevel viktig å peke på den rollen som helsepersonell har i å sikre at den åndelige og eksistensielle omsorgen skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen for pasienten. Ved å ivareta disse behovene, bidrar man til å hjelpe pasienten og/eller pårørende med spørsmål som kan være så viktige at de kan ha betydning for behandlingspreferanser og håndtering av et sykehusopphold (6, 16).

Følgende egenskaper og kvalifikasjoner er viktig å reflektere over og arbeide videre med (13):

- Forholdet som man selv har til egen åndelighet og eksistensielle spørsmål
- Bevissthet rundt at man ikke alltid kan ordne opp eller skape harmoni i situasjonen, men at man noen ganger må være tilstede hos pasienten i uløste livssituasjoner
- Evne til fleksibel og forståelsesfull kommunikasjon som forener ærlighet og følsomhet
- Evne til å vise empati

Mer om egenskap og kvalifikasjon hos hjelperen i [Retningslinje for palliasjon i kreftomsorgen](#) (13).

Selv om den enkelte helsearbeider strekker seg langt for å etterkomme og tilrettelegge utfra pasienters og/eller pårørendes ønsker på dette feltet, betyr det ikke at helsepersonell skal handle mot sin egen overbevisning for eksempel det å delta i religiøse ritualer. Ved ønske om bestemte ritualer kan det være riktig å kontakte [Prestetjenesten](#) eller [Samtalepartnertjenesten](#) dersom pasient og/eller pårørende ønsker dette (14).

4. Definisjoner

Åndelig og eksistensiell:

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje ivaretagelse av pasienter og pårørendes åndelige og eksistensielle behov - helsepersonells rammer og ansvar	Utskriftsdato: 12.06.2019
Dokumentansvarlig: Maja Garnaas Kielland	Godkjent av: Sølvi Andersen
Dokument-Id: 134012 - Versjon: 0	Side 2 av 4

Det engelske ordet «spirituality» har i Norden blitt oversatt til «åndelig og eksistensiell». Begrepet har tre dimensjoner som kan gripe inn i hverandre:

- **Den eksistensielle dimensjonen** dreier seg om spørsmål knyttet til identitet og mening f.eks. spørsmål om lidelse og død, skyld og skam, frihet og ansvar, glede og livsmot
- **Den verdimessige dimensjonen** dreier seg om hva som er verdifullt og viktig for den enkelte her i livet. Den er ofte knyttet tett opp til relasjonen; til oss selv, til familie, venner, arbeid, naturen, kultur og moralske standarder
- **Den religiøse dimensjonen** handler om troen eller søken etter en høyere makt

Tidligere har åndelighet blitt forstått som religiøsitet, men i dag har man en bredere forståelse hvor religion, og troen på eller søken etter en høyere makt bare er en av tre dimensjoner ved begrepet (13).

5. Referanser

1. Caple C., Heering H., Pravikoff D. (2017) Spiritual Needs of Hospitalized Patients. CINAHL Nursing Guide, February 17.
2. Medås K. M., Blystad A., Giske T. (2017) Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. Klin Sygepleje 2017;31(4):273-86.
3. Borge L., Maeland E. (2017) Er det rom for livssystemaer i dagens psykisk helsearbeid? Klin Sygepleje 2017;31 (3):165-77.
4. Torbjørnsen T., Stifoss-Hanssen H., Abrahamsen A. et al. (2000) Kreft og religiøsitet - en etterundersøkelse av pasienter med Hodgkins sykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 346-8.
5. Magelssen M., Fredheim O.M. (2011) En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2011;131:138-40.
6. Ehman J., Ott B., Short T. et al (1999) Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med 1999; 159: 1803 – 6.
7. Stifoss-Hanssen H., Kallenberg K. (1998) Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
8. Stifoss-Hanssen H. (1998) Åndelig omsorg. I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal:83-94.
9. Hirsch, A. og Røen I. (2016) Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red). Palliasjon. Nordisk lærebok. 3.utg, Gyldendal akademisk, Oslo, 315-325.
10. Edwards A., Pang N., Shiu V., Chan C. (2010) The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of life and palliative care: a meta-study of qualitative research, Palliative Medicine 2010; 0(00) 1-18.
11. Holter Brudal, L. (2014) Empatisk kommunikasjon. Gyldendal Akademisk
12. Anandarajah G., Hight E. (2001) Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. American Family Physician 2001;63:81–89.
13. Helsedirektoratet (2005) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, Åndelige utfordringer i forbindelse med palliasjon. Lastet ned fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/%C3%A5ndelige-utfordringer/kort-beskrivelse-av-det-%C3%A5ndelige>
14. Schmidt, H. (2011) Har du tid til det da? Om åndelig omsorg i sykepleien, Bergen: Fagbokforlaget.
15. Caple C., Schub T., Pravikoff D. (2017) Spiritual Care: Providing to Children and their Families. CINAHL Nursing Guide. Lastet ned fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T707375&site=nup-live&scope=site>
16. Wyller, Vegard Brunn (2015) Elefanten i rommet. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 507.

Lovverk og rettigheter

- Tros- og livssynsfrihet: [Grunnloven](#) paragraf 16 og [FNs menneskerettserklæring](#) artikkel 18
- [Helsepersonelloven](#) § 4
- Plikten om å gi helhetlige og koordinert helsetjenester, jmf. lov om spesialisthelsetjenesten §2.2 som omhandler forsvarlig helsehjelp
- [Rundskriv 1-6/2009](#) fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

- [Vedlegg 1 Empatisk kommunikasjon](#)
- [Vedlegg 2 Barrierer](#)
- [Metoderapport AGREE 2019](#)
- [Søkehistorikk 2018](#)
- [PICO 2018](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ivaretagelse av pasienter og pårørendes åndelige og eksistensielle behov - helsepersonells rammer og ansvar	Utskriftsdato: 12.06.2019
Dokumentansvarlig: Maja Garnaas Kielland	Godkjent av: Sølvi Andersen
Dokument-Id: 134012 - Versjon: 0	Side 3 av 4

- [Implementeringsplan](#)

Andre eHåndboksdokumenter

- [Døde/mors - alle styrende dokumenter samlet](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ivaretagelse av pasienter og pårørendes åndelige og eksistensielle behov - helsepersonells rammer og ansvar	Utskriftsdato: 12.06.2019		
Dokumentansvarlig: Maja Garnaas Kielland	Godkjent av: Sølvi Andersen	Dokument-Id: 134012 - Versjon: 0	Side 4 av 4