

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Hvordan omtales den åndelige og eksistensielle dimensjonen i norsk helsepolitikk?

Kirsten Anne Tornøe

Førstemanuensis

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Oslo

Tove Giske

Professor

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Bergen

Olaug Kristin Eikeland Hindal

Fagkonsulent

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna kommunene

Sølvi Anne Eide Lunde

Førstelektor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Haugesund

Anne Kasén

Professor

Institutt for sykepleie, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Bodø

Britt Moene Kuven

Dosent

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Bergen

Elisabeth Mæland

Førstelektor

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Oslo

Danuta Teresa Zablotna

Høgskolelektor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Førde

Bodil Bø

Førstemanuensis

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

[Helsepolitikk](#)

[Regjeringsdokumenter](#)

[Dokumentanalyse](#)

Sykepleien Forskning 2026;21(110110):e-110110

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.110110](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.110110)

Bakgrunn: Åndelig omsorg er en del av helhetlig sykepleie og har sine røtter i fagets og sykepleieteoretikernes menneskesyn. Nasjonale retningslinjer understreker betydningen av å ivareta helhetlig omsorg, og ivaretagelse av det åndelige og eksistensielle inngår i dette.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan Helse- og omsorgsdepartementet omtaler den åndelige og eksistensielle dimensjonen i pleie, omsorg og behandling i NOU-er og stortingsmeldinger mellom 2014 og 2024.

Metode: Vi gjennomførte en summativ innholdsanalyse av 14 dokumenter, sju NOU-er og sju stortingsmeldinger, som inneholder begrepene «åndelig», «eksistensiell», «religion», «livssyn» og «verdier». Analysen fulgte fire faser for å sikre systematikk og konsensus.

Resultat: Den manifeste analysen viser at begrepene forekommer hyppigere i stortingsmeldingene og NOU-ene som omhandler eldreomsorg og palliasjon, enn i dokumenter som legger vekt på psykisk helse. Omtalen av åndelige og eksistensielle behov er mest eksplisitt i dokumenter om eldreomsorg og palliasjon og i stor grad fraværende i dokumenter om psykisk helse.

Den latente analysen identifiserte tre temaer:

1. Begrepene er gjennomgående manglende definert, men koples til helhetlig omsorg.
2. Dokumentene beskriver åndelig og eksistensiell omsorg som en pasientrettighet og fremhever hvor viktig det er at helsepersonell har kompetanse til å identifisere, forstå og imøtekomme slike behov. Pasientene har for eksempel behov for samtaler om tro, livssyn og eksistensielle spørsmål samt tilrettelegging for trosutøvelse og støtte til håp og mening.
3. Åndelige og eksistensielle behov i livets grensesituasjoner knyttes særlig til eldreomsorg, palliasjon og abort og omtales i liten grad i dokumenter om psykisk helsevern.

Konklusjon: Med unntak av den nyeste opptrappingsplanen for psykisk helse uttrykker NOU-ene og stortingsmeldingene en visjon om helhetlig pasientomsorg som integrerer åndelig og eksistensiell omsorg. Begrepene «åndelig» og «eksistensiell» omtales imidlertid vagt eller brukes om hverandre i dokumentene, noe som kan svekke grunnlaget for faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis i utøvelsen av åndelig omsorg.

Introduksjon

Åndelig omsorg er et sentralt tema i sykepleien og har dype historiske røtter i faget. Ofte refererte teoretikere som Travelbee, Martinsen og Eriksson forstår mennesket som en helhet av kropp, sjel og ånd (1).

Dette kommer tydelig frem i Kari Martinsens omsorgsfilosofi (2) og i Katie Erikssons teori om karitativ omsorg (3). Begge fremhever at omsorg er mer enn fysisk behandling. Sykepleie handler også om å støtte menneskers søken etter mening, håp og tilhørighet.

Sykepleierens ansvar for å gi åndelig omsorg er tydelig uttrykt i den etiske kodeksen til International Council of Nurses (ICN), og § 1.2 legger for eksempel vekt på ansvaret for å tilrettelegge for og respektere individets religiøse og åndelige overbevisning (4). De yrkesetiske retningslinjene understreker sykepleieres ansvar for å understøtte menneskers mestring, håp og livsmot (5).

På norsk tenker de fleste på religion når de hører ordet *åndelighet*, og derfor brukes ofte *åndelig* og *eksistensiell* sammen for å åpne opp forståelsen. Det finnes mange definisjoner på åndelighet i helsefaget.

Weathers og medarbeideres (6) gjennomgang av 47 studier fra ulike helseprofesjoner viste tre grunnleggende kjennetegn ved åndelighet: 1) opplevelsen av tilknytning, 2) erfaringer med transcendens og 3) en følelse av mening i livet.

En mye brukt definisjon er den som The European Association for Palliative Care (EAPC) har utviklet, hvor åndelighet brukes som et paraplybegrep. EAPC definerer åndelighet som en dynamisk dimensjon ved mennesket knyttet til mening, hensikt, transcendens og vår relasjon til øyeblikket, selvet, andre, naturen og det hellige.

Det åndelige kommer til uttrykk på ulike måter: 1) eksistensielle utfordringer som kan uttrykkes som spørsmål, nød eller hvile i forholdet en har til identitet, mening, lidelse, skyld, skam, forsoning, håp, kjærlighet og glede, 2) personens verdier og holdninger samt 3) den religiøse og livssynsmessige forankringen til det enkelte mennesket (7).

Sykepleierens forpliktelse til å utøve åndelig omsorg er i tråd med flere offentlige dokumenter. Verdighetsgarantien (8) forventer at kommunehelsetjenesten tilbyr samtaler om eksistensielle spørsmål til eldre. Rundskriv nr. 1-6/2009 (9) fastslår at personer som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester, skal få tilrettelegging og bistand til å utøve sin tro eller sitt livssyn, basert på menneskerettighetene.

Sykepleieres forpliktelse til å ivareta åndelige og eksistensielle behov er dermed normativt forankret både i forskrift og fagets grunnlagstenkning. Det aktualiserer hvordan den åndelige og eksistensielle dimensjonen kommer til uttrykk i overordnede helsepolitiske dokumenter.

Både NOU-er (10) og stortingsmeldinger (11) gir sentrale normative føringer for norsk politikk og offentlig forvaltning (12). Kunnskap om hvordan Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) omtaler den åndelige og eksistensielle dimensjonen i slike dokumenter, kan derfor gi innsikt i hvordan dimensjonen forstås, vektlegges og integreres i helsepolitikken.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var derfor å undersøke hvordan HODs NOU-er og stortingsmeldinger i perioden 2014–2024 omtaler den åndelige og eksistensielle dimensjonen i forbindelse med pleie, omsorg og behandling i det norske helsevesenet.

Metode

Betegnelsen «dokument» refererer til skriftlige kilder som er tilgjengelige for forskningsmessig analyse (13). I denne studien benyttet vi en summativ innholdsanalyse (14) for å undersøke hvordan den åndelige og eksistensielle dimensjonen kommer til uttrykk i dokumentene. Analysen omfatter både en manifest (kvantitativ) og en latent (kvalitativ) tilnærming til datamaterialet (14).

Forskningsetiske vurderinger

I tråd med Helsinkideklarasjonen var det ikke nødvendig med godkjenning verken fra Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) siden studien ikke omfatter personopplysninger eller forskning på mennesker.

Datainnsamling

Prosessen startet med at alle forfatterne gjennomførte tentative søk etter relevante offentlige dokumenter, noe som resulterte i et bredt materiale på ulike helsepolitiske nivåer. Etter diskusjon besluttet vi å analysere NOU-er og stortingsmeldinger (Meld. St.) som HOD har publisert mellom 2014 og 2024.

Vi bestemte at dokumentene måtte inneholde ett eller flere av disse begrepene: «åndelig», «eksistensiell», «religion», «livssyn» og «verdier». Disse inklusjonskriteriene var basert på Tornøe og medarbeidere (15), som undersøkte hvordan disse begrepene ble tematisert i studie- og emneplaner for bachelorutdanninger i sykepleie. Begrepene inngår også i EAPCs (7) definisjon av åndelighet.

Første- og sisteforfatteren identifiserte alle NOU-er og stortingsmeldinger som HOD har publisert på regjeringen.no mellom 2014 og 2024. Dokumentenes interne søkefunksjon ble brukt for å identifisere dokumenter som inneholder ett eller flere inklusjonsbegreper. Kartleggingen resulterte i sju stortingsmeldinger og sju NOU-er (tabell 1).

Tabell 1. Utvalgte NOU-er og stortingsmeldinger fra HOD (2014–2024)

NOU-er 2014–2024 (10)
NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
NOU 2017: 16. På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende
NOU 2018: 16. Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven
NOU 2023: 4. Tid for handling: personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste
NOU 2023: 29. Abort i Norge
NOU 2023: 5. Den store forskjellen: om kvinners helse og betydning av kjønn for helse
Stortingsmeldinger 2014–2024 (11)
Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste: melding om prioritering
Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre
Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg: vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve
Meld. St. 38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten
Meld. St. 23 (2022–2023). Opptappingsplan for psykisk helse
Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga: nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar
Meld. St. 12 (2023–2024). Samisk språk, kultur og samfunnsliv: folkehelse og levekår i den samiske befolkningen
Forkortelser: HOD = Helse- og omsorgsdepartementet, NOU = Norges offentlige utredninger

Dataanalysen

Vi fordelte dokumentene mellom oss i analysegrupper. Analysen tok utgangspunkt i en summativ innholdsanalyse (14), som kombinerer en manifest (kvantitativ) og en latent (kvalitativ) tilnærming. Den manifeste analysen kvantifiserer forekomsten av utvalgte begreper, mens den latente tolker deres underliggende mening. Analysegruppene benyttet et analyseskjema som førsteforfatteren hadde utarbeidet. Analysen ble gjennomført i fire faser.

Fase 1: Manifest (kvantitativ) analyse

Hver analysegruppe kartla forekomsten av begrepene «åndelig», «eksistensiell», «religion», «livssyn» og «verdier» i sine tildelte dokumenter (se tabell 3 og 4).

Fase 2: Latent (kvalitativ) analyse

Analysegruppene gjennomførte en induktiv koding og gjorde en første tematisering av sentrale funn i hvert dokument. Tabell 2 viser et eksempel på dette. Gruppene møttes hver for seg for å diskutere og sammenfatte analysene sine.

Tabell 2. Eksempel på den latente analysen (koding og tolkning av latent innhold)

Dokument	Koding	Første tematisering av sentrale funn	Hovedtema
NOU 2017: 16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende	Lindring av pasientens fysiske smerter og plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Dette knyttes til total pain-begrepet i hospicefilosofien Personalet må kunne samtale med pasienter og pårørende om åndelige/eksistensielle temaer. Det som er viktig for pasienten, skal styre innholdet i samtalen.	Åndelig omsorg inngår i helhetlig pleie og behandling av alvorlig syke og døende. Det åndelige og eksistensielle forbindes med lidelse, problemer og behov. Krav til helsepersonell Helhetlig omsorg Begrepene brukes om hverandre	Den åndelige og eksistensielle dimensjonen i livets grensesituasjoner Helhetlig omsorg – rettigheter og krav Forståelsen av begrepene «åndelig» og «eksistensiell»

Fase 3: Tolkning og sammenfatning av gruppens analyser

Første- og sisteforfatteren utarbeidet en helhetlig syntese av analysegruppens bidrag. Ulike tolkninger mellom forfatterne ble utforsket gjennom grundige faglige drøftinger i gruppen, der vi vurderte og reviderte alternative forståelser i lys av gruppens samlede innspill.

Samtidig arbeidet vi systematisk med refleksivitet ved å diskutere hvordan vårt eget faglige ståsted og vår egen forforståelse kunne påvirke fortolkningene, og reviderte analysen der det var nødvendig. Dette arbeidet dannet grunnlaget for fase 4.

Fase 4: Konsensus om latent innhold

I fase 4 møttes hele forfattergruppen fysisk for å enes om den endelige tematiske sammenfatningen av det latente innholdet. Arbeidet bygde videre på de foregående diskusjonene og sikret en felles forståelse gjennom systematisk samarbeid og refleksivitet. Prosessen styrket analysens pålitelighet og fungerte som en avsluttende kvalitetssikring av tolkningene.

Resultater

Resultater fra den manifeste innholdsanalysen

Den kvantitative forekomsten av begrepene som rommer den åndelige og eksistensielle dimensjonen, er fremstilt i tabell 3 og 4.

Tabell 3. Resultater fra den manifeste innholdsanalysen av NOU-ene

NOU-er 2014–2024	Åndelig	Eksis- tensiell	Religion	Livssyn	Verdier
NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten	0	0	0	1	95
NOU 2017: 16. På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende	27	20	1	4	26
NOU 2018: 16. Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester	0	1	1	1	32
NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven	0	0	0	4	24
NOU 2023: 4. Tid for handling: personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste	0	1	0	0	8
NOU 2023: 29. Abort i Norge	0	3	40	14	27
NOU 2023: 5. Den store forskjellen: om kvinners helse og betydning av kjønn for helse	3	2	8	3	4

Forkortelse: NOU = Norges offentlige utredninger

Tabell 4. Resultater fra den manifeste innholdsanalysen av stortingsmeldingene

Stortingsmeldinger 2014–2024	Åndelig	Eksis- tensiell	Religion	Livssyn	Verdier
Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste: melding om prioritering	0	0	4	5	41
Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre	19	25	7	40	11
Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg: vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve	27	27	2	33	17
Meld. St. 38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten	1	1	1	0	62
Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse	0	1	1	0	0
Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga: nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar	0	0	2	1	1
Meld. St. 12 (2023–2024). Samisk språk, kultur og samfunnsliv: folkehelse og levekår i den samiske befolkningen	2	0	6	4	4

Oppsummert viser den manifeste analysen at begrepene «åndelig» og «eksistensiell» forekommer hyppig i to stortingsmeldinger: Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre (16) og Lindrende behandling og omsorg (17). Her omtales også begrepet «livssyn» langt oftere enn i de øvrige dokumentene.

Blant NOU-ene er det særlig NOU 2017: 16. På liv og død (18) som har mange forekomster av begrepene «åndelig» (27 treff), «eksistensiell» (20 treff) og «verdier» (26 treff). I NOU 2023: 29. Abort i Norge (19) er det tilsvarende et relativt høyt antall forekomster av begrepet «religion» (41 treff), «livssyn» (14 treff) og «verdier» (27 treff).

Det er også interessant å se hvor sjelden de aktuelle begrepene forekommer i enkelte dokumenter. Dette gjelder særlig Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (20), der begrepet «åndelig» ikke forekommer i det hele tatt, mens «eksistensiell» og «religion» forekommer én gang hver.

Resultater fra den latente innholdsanalysen

Gjennom den latente analysen identifiserte vi tre hovedtemaer med undertemaer. Av plasshensyn presenterer vi undertemaene som en integrert del av hovedtemaene.

Tabell 5. Tematisk sammenfatning av den latente innholdsanalysen

Hovedtema	Undertema
Forståelsen av begrepene «åndelig» og «eksistensiell»	Manglende begrepsdefinisjon
	En del av helhetlig helseforståelse
Helhetlig omsorg – rettigheter og krav	Omsorg og pasientrettigheter
	Krav til helsepersonell
Den åndelige og eksistensielle dimensjonen i livets grensesituasjoner	Livets begynnelse
	Alderdom og livets slutt

Forståelsen av begrepene «åndelig» og «eksistensiell»

Analysen viser at begrepene «åndelig» og «eksistensiell» gjennomgående ikke defineres i dokumentene. De nevnes ofte i oppramsinger av menneskelige behov uten tydelige avgrensninger, innholdsmessige avklaringer eller presisering av forskjeller. Begrepene brukes i nær sammenheng, gjerne som «åndelig/eksistensiell» og knyttes til en helhetlig helseforståelse. Dette mønsteret kommer tydelig til uttrykk i flere av analysedokumentene (17–19).

Meld. St. 24 (2019–2020) fremhever eksempelvis en helhetlig tilnærming til mennesket som inkluderer fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov, uten nærmere definisjon av de to sistnevnte:

«Hospicefilosofien handler om å ta vare på hele mennesket. I tråd med filosofien skal tjenestene ivareta bredden av menneskets liv, både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov» (17, s. 8).

Vi finner tilsvarende formuleringer i NOU 2017: 16, som fremhever at pasientene skal møtes med en helhetlig tilnærming der alle faktorer som påvirker helsetilstanden, skal vektlegges (18). Videre presiseres det:

«Pasienten og pårørendes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov skal dekkes. [...] I vurdering av pasienten skal de fire dimensjonene (fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle) kartlegges rutinemessig» (18, s. 109).

Et beslektet perspektiv kommer til uttrykk i Meld. St. 24 (2019–2020) (17), som understreker at samtaler om døden skal gi innsikt i pasientens samlede behov, inkludert de åndelige og eksistensielle. Dette viser hvordan begrepene ikke bare inngår i oppramsinger av behov, men også integreres i konkrete pasientsituasjoner.

Et tilsvarende eksempel på hvordan det åndelige og eksistensielle integreres i en helhetlig helseforståelse, finner vi i NOU 2023: 5 (21), som omhandler kvinners helse og betydningen av kjønn for helse:

«Utvalget legger til grunn en helhetlig tilnærming til helse – at helse noen ganger hovedsakelig kan påvirkes av biomedisinske prosesser, men at helse også kan være et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiokulturelle og åndelige/eksistensielle faktorer» (21, s. 33).

Materialet tyder på at begrepene «åndelig» og «eksistensiell» i de analyserte dokumentene brukes som samlebetegnelser innenfor en helhetlig helseforståelse snarere enn som klart avgrensede analytiske begreper.

Dokumentene anvender både «dimensjon» og «behov» i omtalen av åndelige og eksistensielle forhold. «Dimensjon» brukes primært deskriptivt for å beskrive åndelighet og det eksistensielle som grunnleggende og vedvarende sider ved menneskelivet, og forstås som et strukturelt nivå i en helhetlig helseforståelse.

«Behov» viser derimot til de konkrete og situasjonsavhengige uttrykkene for den åndelige og eksistensielle dimensjonen slik de fremstår i menneskers livssituasjoner, sykdomsforløp eller kriser.

Gjennomgangen av de inkluderte dokumentene viser at begrepene «åndelig» og «eksistensiell» i liten grad blir entydig definert, og det fremstår uklart om de forstås som overlappende eller som begreper med forskjellig innhold. Begrepene blir hovedsakelig knyttet til beskrivelsen av en helhetlig helseforståelse i dokumentene.

Helhetlig omsorg – rettigheter og krav

Bruken av begrepene «åndelig» og «eksistensiell» knyttes i stor grad til helhetlig omsorg for pasienters og brukeres behov. Slik omsorg relateres både til pasienters og pårørendes rettigheter og stiller samtidig krav til helsepersonells faglig forsvarlige omsorgsutøvelse. Meld. St. 15 (2017–2018) (16) presiserer eksempelvis at eksistensiell omsorg er en naturlig del av livet og derfor inngår i helhetlig omsorg for pasienter og pårørende.

Helsepersonells ansvar for å ivareta åndelige og eksistensielle behov blir blant annet begrunnet med pasientens rett til tros- og livssynsutøvelse, som regnes som en grunnleggende menneskerettighet (17).

I forlengelsen av dette fremhever dokumentene også helsevesenets plikt til å legge til rette for samtaler om eksistensielle spørsmål og støtte pasienters tro og livssyn. Meld. St. 15 (2017–2018) (16) tydeliggjør at helse- og omsorgstjenesten skal ivareta disse behovene:

«Helse- og omsorgsarbeideren skal gi omsorg til hele mennesket. Eksistensiell omsorg skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen. Behov skal kartlegges på en forsvarlig måte på linje med brukernes og de pårørendes øvrige behov» (16, s. 88).

Meld. St. 24 (2019–2020) understreker også kommunenes ansvar og skriver at «[m]ange kan trenge hjelp til å utøve sin tro og sitt livssyn. Tjenesten må derfor legge til rette for samtaler om åndelige og eksistensielle behov» (17, s. 34).

Det påpekes også at mange omsorgsutøvere mangler kompetanse på området, noe som kan føre til at de unngår å ha eksistensielle samtaler. Erfaring og kunnskap om pasientens religiøse bakgrunn fremheves derfor som viktig for å kunne tilby helhetlig omsorg (16).

Vi ser at den åndelige og eksistensielle dimensjonen er sentral i helhetlig omsorg, særlig med tanke på pasientens rettigheter, samtidig som den stiller krav til helsepersonells kompetanse, som er avgjørende for at de skal kunne møte pasientens behov på disse områdene.

Den åndelige og eksistensielle dimensjonen i livets grensesituasjoner

Den åndelige og eksistensielle dimensjonen omtales særlig i dokumenter som berører livets grensesituasjoner, som svangerskap og fødsel, alderdom, terminal fase og død. NOU 2023: 29. Abort i Norge (19) beskriver hvordan kvinner som får vite at fosteret har alvorlige avvik, kan oppleve en eksistensiell krise. Likevel omtales ikke ivaretagelse av pasientens rett til samtale rundt åndelige eller eksistensielle behov. Dokumentet legger derimot vekt på helsepersonells rett til religions- og samvittighetsfrihet, blant annet gjennom reservasjonsrett mot å utføre abort.

Den åndelige dimensjonen fremheves som en sentral del av helhetlig pleie ved livets slutt. NOU 2017: 16. På liv og død (18) beskriver dette som en del av *the total pain* i palliativ fase og understreker behovet for støttesamtaler med pårørende om åndelige og eksistensielle spørsmål.

Meld. St. 24 (2019–2020) (17) presiserer helsepersonells ansvar for å utforme omsorgstilbud som ivaretar kulturelle og åndelige behov, og påpeker at slike tilbud kan gi alvorlig syke og døende støtte til å mestre livets slutfase.

Vi ser at den åndelige og eksistensielle dimensjonen omtales særlig i dokumenter som omhandler livets grensesituasjoner, som abort, alderdom og behandling i palliativ eller terminal fase.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helse- og omsorgsdepartementets NOU-er og stortingsmeldinger omtaler den åndelige og eksistensielle dimensjonen i forbindelse med pleie, omsorg og behandling. I det følgende vil sentrale funn fra analysen bli utdypet og diskutert.

Begrepsbruk i bevegelse

Som vist i analysen anvender dokumentene ofte begrepene «åndelig» og «eksistensiell» i nær sammenheng uten tydelige definisjoner eller avgrensninger. En mulig måte å forstå dette på er å se begrepsbruken i lys av en norsk kontekst, som nevnt i innledningen, der åndelighet ofte primært forbindes med religion.

Dette kan ha bidratt til at begge begrepene anvendes for å favne en bredere forståelse. Samtidig som denne dobbeltbruken åpner for en utvidet meningshorisont, kan den også bidra til begrepsmessig uklarhet som følge av manglende avgrensning og differensiering.

Det kan videre tenkes at variasjonen i begrepsbruken henger sammen med at feltet preges av ulike teoretiske tradisjoner. Faglitteraturen beskriver ulike teoretiske tilnærminger som strukturerer begrepslandskapet på forskjellige måter.

Noen anvender «åndelighet» som et overordnet paraplybegrep, der eksistensielle, religiøse og verdimeslige dimensjoner inngår i en bred forståelse av begrepet (6, 7, 22).

Andre tar utgangspunkt i «det eksistensielle» som det overordnede begrepet, der eksistensielle erfaringer og meningsspørsmål utgjør det primære nivået og åndelige, religiøse og sekulære former for meningsdannelse forstås innenfor et eksistensielt rammeverk (23–25).

Disse ulike perspektivene kan bidra til å forklare hvorfor begrepene anvendes på forskjellige måter i dokumentene.

Analysen gir imidlertid ikke grunnlag for å fastslå at dokumentene bygger på en bestemt teoretisk retning. Snarere fremstår begrepsbruken som uavklart fordi begrepene brukes synonymt eller viser til ulike fenomener. Variasjonen kan forstås som et uttrykk for et bredere faglig mangfold, der både språklige og teoretiske forhold indirekte har påvirket begrepsbruken.

Samlet peker resultatene mot at begrepene «åndelig» og «eksistensiell» brukes på en fleksibel måte i styringsdokumentene. En slik begrepsmessig åpenhet kan imidlertid få praktiske konsekvenser, for helsepersonell kan bli usikre når de skal identifisere og ivareta pasienters åndelige og eksistensielle behov i praksis.

Manglende omtale i det psykiske helsefeltet

Et interessant resultat er den begrensede oppmerksomheten på åndelige og eksistensielle perspektiver i stortingsmeldingen Opptappingsplan for psykisk helse (20). Her brukes ikke begrepet «åndelig» i det hele tatt, mens «eksistensiell» og «religion» kun forekommer én gang hver. Dette er påfallende, for psykisk helse involverer ofte åndelige og eksistensielle behov (25–27), noe den forrige opptappingsplanen for psykisk helse (28) inkluderte i sine mål og verdigrunnlag:

«En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål» (28, kap. 1.2).

Nyere forskning viser at åndelige og eksistensielle perspektiver bør integreres i psykisk helsearbeid for å motvirke marginalisering av pasientenes subjektive opplevelser og deres behov for mening, håp og sammenheng (25, 27).

I lys av den forrige opptrappingsplanens vektlegging av åndelige og eksistensielle behov ved psykiske lidelser fremstår den nye planens reduserte integrering av disse dimensjonene som et tilbakeskritt for en helhetlig og personsentrert tilnærming i det psykiske helsearbeidet.

Helsepolitiske idealer under press

Med unntak av Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (20) viser analysedokumentene at ivaretagelse av pasienters åndelige og eksistensielle behov inngår i helhetlig omsorg. Dette indikerer at dokumentene bygger på idealer som løfter frem den relasjonelle og verdibaserte omsorgens vektlegging av verdighet, livssyn og mening (2, 3).

I denne sammenhengen er det interessant å merke seg at til tross for disse overordnede helsepolitiske idealene bestemte Stoltenberg I-regjeringen at helseforetakene skulle organiseres etter New Public Management-prinsipper (NPM), som legger vekt på effektivitet, økonomisk kontroll og målbarhet (29).

Det er relevant å fortolke funnene våre i lys av dette helsepolitiske bakteppet selv om NPM ikke omtales eksplisitt i de analyserte dokumentene. En slik fortolkning må forstås som en teoretisk refleksjon, ikke en direkte slutning fra studiens empiriske materiale. NPM prioriterer målbare resultater, noe som kan påvirke hvilke sider ved omsorgen helseforetakene prioriterer og følger opp.

I dette perspektivet kan idealet om helhetlig omsorg, som rommer relasjonelle, verdibaserte og ikke-målbare aspekter, i noen sammenhenger være mer krevende å ivareta innenfor rammer som legger vekt på det som lar seg måle (30).

Det illustreres eksempelvis gjennom studien til Hynnekleiv og medarbeidere (31), som viser at praksisfeltet sjelden bruker dokumentasjonsverktøy som VIPS og NANDA til å registrere åndelige og eksistensielle forhold. Studien viser også betydningen av å ivareta denne dimensjonen i omsorgen.

Forfatterne argumenterer for at når dokumentasjon av åndelig og eksistensiell omsorg overlates til den enkelte helsearbeider, kan det føre til betydelig praksisvariasjon og økt risiko for at pasienter ikke møtes på en helhetlig måte.

Studiens styrker og begrensninger

Inklusjonskriteriene knyttet til begrepsvalg kan ha utelukket dokumenter som anvender andre begreper for eksistensiell og åndelig tematikk, som «mening» og «håp». Studien har høy troverdighet gjennom strukturert datainnsamling og systematisk analyse, der alle forfatterne deltok gjennom diskusjoner, fellesmøter og bruk av et felles analyseskjema.

Konklusjon

Med unntak av den nyeste opptrappingsplanen for psykisk helse viser studien at NOU-ene og stortingsmeldingene knytter ivaretagelse av pasienters åndelige og eksistensielle behov til

helhetlig omsorg. Den åndelige og eksistensielle dimensjonen omtales særlig i dokumenter som berører livets grensesituasjoner, som svangerskap, fødsel, alderdom, terminal fase og død.

Begrepene «åndelig» og «eksistensiell» brukes imidlertid vagt eller om hverandre. Dette kan svekke grunnlaget for faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis i utøvelsen av åndelig omsorg.

Selv om NPM ikke omtales eksplisitt, er det tankevekkende at helseforetakene styres etter en logikk som legger vekt på effektivitet, standardisering og målbare indikatorer. Denne faktoren kan begrense handlingsrommet for å utøve helhetlig omsorg og ivareta pasienters åndelige og eksistensielle behov.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



HELSEPOLITIKK: Omtalen av åndelige og eksistensielle behov er mest eksplisitt i NOU-er og stortingsmeldinger om eldreomsorg og palliasjon og i stor grad fraværende i dokumenter om psykisk helse. *Illustrasjon: Miksmaster*

1. Alligood MR, red. Nursing theorists and their work. 10. utg. St. Louis, MO: Elsevier; 2022
2. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
3. Eriksson K. Vårdandets idé. 2. utg. Stockholm: Liber; 2015.
4. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. Revidert 2021 [internett]. Genève: ICN; 2021 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

5. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2025 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2026-03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere-2026.pdf>
6. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. Nurs Forum. 2016;51(2):79–96. DOI: [10.1111/nuf.12128](https://doi.org/10.1111/nuf.12128)
7. European Association for Palliative Care (EAPC). Spiritual care [internett]. Vilvoorde, BE: EAPC; u.å. [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>
8. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2010-11-12-1426 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Rett til egen tros- og livssynsutøvelse [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 21. juni 2026]. Rundskriv I-6/2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-62009-rett-til-egen-tros--og-livssynsu/id587577/>
10. Regjeringen.no. NOU-ar [internett]. Oslo: Regjeringen.no; 1. november 2006 [oppdatert 8. januar 2026; hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/nou-ar/id1767/>
11. Regjeringen.no. Meldingar til Stortinget [internett]. Oslo: Regjeringen.no; 1. oktober 2009 [oppdatert 28. august 2025; hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/meldst/id1754/>
12. Braut GS, Aarheim KA. Det norske helsesystemet: ei innføring i organisering, styring og politikk. Oslo: Samlaget; 2020.
13. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277–88. DOI: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687)
15. Tornøe K, Hillestad AH, Breistig S, Rosenvinge JH, Pettersen G, Sørli V, et al. «Eksistensiell omsorg» i bachelorutdanningen i sykepleie: en dokumentanalyse. Sykepleien Forsk. 2021;16(86895):e-86895. DOI: [10.4220/sykepleienf.2021.86895](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2021.86895)
16. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

17. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg: Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
18. NOU 2017: 16. På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2017 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
19. NOU 2023: 29. Abort i Norge: ny lov og bedre tjenester [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2023 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-29/id3018279/>
20. Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
21. NOU 2023: 5. Den store forskjellen: om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2023 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
22. Giske T, Cone PH. Å ta vare på heile mennesket: handbok i åndeleg omsorg. Oslo: Samlaget; 2019.
23. Austad A, Stifoss-Hanssen H, Borge L, Rykkje L. Innledning: det eksistensielle. I: Rykkje L, Austad A, red. Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. s. 11–21. DOI: [10.18261/9788215035697-2020-01](https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-01)
24. Folkhälsomyndigheten. Existentiell hälsa och folkhälsa – slutredovisning [internett]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/e/existentiell-halsa-och-folkhalsa-slutredovisning/>
25. la Cour P. Introducing existential health: the four-dimensional model. Abingdon: Routledge; 2025.
26. Sørensen T. Mening og meningsdannelse. I: Rykkje L, Austad A, red. Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. s. 99–115. DOI: [10.18261/9788215035697-2020-06](https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-06)
27. Holm CC, Karlsson BE, Holmberg Å. 'Longing for wholeness': inpatients' descriptions of spiritual experiences in specialized mental health care: a phenomenological study. J Study Spirituality. 2025;15(1):24–38. DOI: [10.1080/20440243.2024.2419628](https://doi.org/10.1080/20440243.2024.2419628)

28. St.prp. nr. 63 (1997–1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006: endringer i statsbudsjettet for 1998 [internett]. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1998 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
29. NOU 2023: 8. Fellesskapets sykehus: styring, finansiering, samhandling og ledelse [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2023 [hentet 21. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
30. Holvik MG. Statlig re-byråkratisering av hjelp til hjelpetrengende i eget hjem: en praxeologisk studie om innføring av tillitsreform i hjemmesykepleien i en norsk kommune [doktoravhandling]. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; 2025.
31. Hynnekleiv II, Giske T, Heggdal K. Traces of spiritual care in nursing records: a qualitative study of cancer care. Scand J Caring Sci. 2024;38(4):924–35. DOI: [10.1111/scs.13294](https://doi.org/10.1111/scs.13294)