

KAPITTEL 11

Skal sykehusprester dokumentere åndelig og eksistensiell omsorg i pasientens journal?

Håvard Ervik Sykehusprest, Molde sykehus, Helse Møre og Romsdal HF

Abstract: This chapter has a twofold aim. Firstly, it describes attitudes and practices among Norwegian hospital chaplains regarding documentation in the patient's medical record. Secondly, the chapter will present recent international research related to the role and function of the hospital chaplain with an emphasis on the use of medical records. Hospital chaplains work in a system where the requirement for documentation is constantly increasing, but currently they do not have automatic access to the medical record system due to the fact that hospital chaplains are not defined as healthcare personnel. This requires close collaboration with nurses, doctors and other personnel who know the patient. The development of new digital record systems is changing the way of working in hospitals turning the flow of information around patients digital. This challenges the way of working for many hospital chaplains where patient contact depends on the oral handover from healthcare personnel. This chapter argue that an active use of electronic patient records will strengthen the spiritual care to patients in Norwegian hospitals.

Keywords: documentation, hospital chaplain, spiritual care

Innledning

I helsetjenesten nyttes elektronisk pasientjournal som arbeidsflate for å sikre at relevant informasjon om pasienten er tilgjengelig for dem som medvirker i behandlingen. Dette bidrar til tverrfaglighet og kvalitet i pasientbehandlingen. I journalsystemet finnes opplysninger om pasientens helse, timeavtaler, pleieplaner, pasientens uttrykte ønsker i forbindelse med behandlingen på sykehuset, med mer. I sykehus der sykehusprester ikke har tilgang til pasientjournal, vil nødvendig informasjon bli formidlet muntlig. Sykehusprester får ofte opplysninger fra pasienter som med fordel kan videreformidles til involvert helsepersonell. Dette kan dreie seg om avtalt oppfølging, tilrettelegging eller vurderinger som vil ha betydning for pasientens opphold i sykehuset. Som ansatte i helseforetak og med en tverrfaglig arbeidsmåte oppleves manglende tilgang til journal ikke å korrespondere med funksjonen sykehusprester er satt til å utøve.

Det er mulig å identifisere ulike holdninger blant sykehusprester til bruk av pasientjournal. I noen helseforetak har sykehusprester nødvendig tilgang, men bruken varierer. Ved de fleste norske sykehus har prester ikke tilgang til å lese eller skrive journal. Dette begrunnes i at sykehusprester ikke er å anse som helsepersonell, med mindre de yter helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018, §3, 1–2). Definisjon av helsehjelp er videre beskrevet som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2018, §3, 1–3). Denne sirkelargumentasjonen medfører en uklarhet i hvordan man skal forstå sykehusprestens rolle og funksjon når det gjelder dokumentasjon. I helseforetak der sykehusprester dokumenterer i pasientjournal, begrunnes det i en forståelse av at sykehusprester yter helsehjelp.

Noen sykehusprester mener samtaler med sykehusprest ikke skal dokumenteres. Dette grunngis med konfidensialitet og pasientens antatte behov for et fritt rom i møte med åndelige og eksistensielle spørsmål. Andre hevder at tverrfaglig arbeid er avgjørende for å komme pasienten best til hjelp i slike spørsmål, og at aktiv bruk av pasientjournal styrker dette. Smeets og de Vries beskriver ulike holdninger til dokumentasjon blant sykehusprester i Nederland, og betegner dem som isolasjonistiske og assimilerende grunnholdninger (Smeets & De Vries, 2020). Disse gjenkjennes også i undersøkelsen blant norske sykehusprester.

I dette kapitlet har jeg valgt å bruke helseprest som betegnelse på prester og diakoner som arbeider i sykehus, sykehjem eller andre helseinstitusjoner.

Internasjonal forskning

I *Charting spiritual care* (Peng-Keller & Neuhold, 2020) samles forskningsbidrag fra flere land som har arbeidet med spørsmålet om tilgang og dokumentasjon i pasientjournal. Denne står sentralt i drøftingen av funnene i vår norske undersøkelse. Også European Research Institute for Chaplains in Healthcare har nylig sett på sykehusprestens praksis vedrørende dokumentasjon (Vandenhoeck et al., 2022) og har utarbeidet en kunnskapsoppsummering, «White Paper», med anbefalinger for dokumentasjon.

Et sentralt moment i nyere forskning på åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus er pasientutbytte, «Patient Related Outcome Measure» (Damen et al., 2020), der man undersøker hvordan åndelig og eksistensiell omsorg til pasienter påvirker pasientens opplevelse av blant annet sykehusopphold, samarbeid om behandling og mestring i sykdom. En forutsetning for en slik tilnærming i forskning innebærer tilgang til gode observasjoner, gjerne i form av dokumentasjon i pasientjournal. Dette aktualiserer behovet for en felles internasjonal klassifisering av åndelige og eksistensielle behov (Fitchett, 2017).

Momenter fra denne forskningen gjenspeiler seg i den norske debatten. I det videre vil jeg presentere utfordringer for norske sykehusprester når det gjelder bruk av elektronisk pasientjournal.

Metode i undersøkelse blant norske helseprester om tilgang til journal

Presteforeningens fagutvalg for prester i helsesektoren (FAPH) gjorde i 2019 en undersøkelse av helseprestens praksis vedrørende pasientjournal, og holdninger til bruk av pasientjournal. Undersøkelsen var utformet som et kort spørreskjema i Google Docs og var sammensatt av flervalgsspørsmål og spørsmål der respondenten kunne svare i fritekst for å utdype de rent kvantitative spørsmålene. Skjema ble sendt til ledende sykehusprest i alle landets 20 helseforetak i tillegg til 4 private sykehus. Dette representerer om lag 110 stillinger for prester, diakoner og samtalepartnere

med annen livssynsmessig tilknytning. Undersøkelsen ble også sendt til sykehjemsprester. Svar fra sykehjemsprester inngår ikke i materialet som presenteres her. Innen tidsfristen hadde 15 sykehus svart på undersøkelsen hvorav to var private sykehus. Informantene ble i besvarelsen informert om at resultater fra undersøkelsen ble presentert på en fagdag som FAPH arrangerte for helseprester 31. oktober 2019. Svarene ble anonymisert før presentasjonen. Jeg vil her gjengi deler av informasjonen som kom frem i denne undersøkelsen. Resultater fra undersøkelsen er ikke tidligere publisert.

Kartlegging av tilgang til journal

På spørsmål om prestatjenesten har tilgang til journal, svarer 20 % bekrefteende på dette. De oppgir, uten nærmere utdyping, at prestene ved helseforbundet har tilgang til journal. Ytterligere 20 % hevder at tilgang til journal er begrenset.

Blant dem som har tilgang til journal, svarer én innsender at man nesten alltid benytter tilgangen ved pasientkontakt, to svarer «noen ganger» og to svarer «sjelden» eller «aldri».

Undersøkelsen viser at sykehusprester på de fleste norske sykehus ikke har en aktiv bruk av journal som verktøy i forberedelsen til samtaler med pasienter. En informant skriver imidlertid at

Etter henvisning fra helsepersonell, evt. fra pasienten selv, innhentes relevant informasjon fra inntaksnotat, fortløpende journal og tverrfaglig notat for raskest mulig å sette seg inn i pasientens aktuelle livssituasjon og bidra med relevant helhetlig tilnærming for åndelig og eksistensiell samtalestøtte.

Informanten beskriver her hvordan sykehuspresters dokumentasjon ses i sammenheng med den helhetlige omsorgen for pasientene og da særlig kvaliteten på den åndelige og eksistensielle omsorgen i sykehus.

Ønskes lesetilgang til journal?

Fagutvalget var kjent med ulike holdninger til dokumentasjon i pasientjournal blant sykehusprester i Norge. I denne undersøkelsen ønsket vi å tydeliggjøre dette ved å etterspørre argumenter for praksis. Vi spurte derfor om begrunnelser for hvorfor man ønsket eller ikke ønsket slik tilgang. 33 % av sykehusprestene svarte uforbeholdent ja til at man

ønsket tilgang til journal. Ytterligere 20 % ønsket tilgang, men med ulike begrensninger.

Blant dem som har eller ønsker tilgang til journal begrunnes det slik: 1) Det sikrer at pasienter får tilbud om åndelig og eksistensiell omsorg ved at man selv kan gjøre vurderinger ut fra f.eks. liggetid og situasjon. 2) Tilgang til journal vil lette det tverrfaglige arbeid ved at det f.eks. er tidsbesparende å ikke være avhengig av muntlig gjennomgang. 3) Sykehusprester har behov for å dokumentere eget arbeid. 4) Dokumentasjon vil synliggjøre sykehusprestens funksjon. 5) Journalføring vil kunne heve kvaliteten på den åndelige og eksistensielle omsorgen.

I helseforetak der det ikke er eller ønskes tilgang til journal, begrunnes dette med 1) frihet for pasienten i møte med prestetjenesten / anonymitet, 2) lite relevant informasjon i journal, 3) taushetsplikt – både når det gjelder behov for tilgang (journalforskriften) når det gjelder presters taushetsplikt, og at det 4) forstyrrer førstekontakten. En av informantene svarer slik:

... vi kan tilby pasientene et annet rom enn terapirommet. Sjelesorgen representerer på mange måter «det vanlige, normale livet der ute». Fordi vi ikke leser journal og liten grad dokumenterer det som skjer i samtale, setter mange pasienter ord på at sjelesorgsrommet oppleves friere. Dette medfører at viktige temaer og fortellinger som kanskje ellers ikke ville blitt satt ord på ofte, fortelles (for første gang) i samtaler med oss prester. En viktig forutsetning for denne måten å arbeide på, er den felles tverrfaglige forståelsen av de ulike yrkesgruppens roller og funksjoner som har blitt opparbeidet.

Hvordan deles informasjon fra samtaler med pasienter med annet helsepersonell?

En informant oppgir at det ikke deles informasjon etter pasientmøter. De resterende oppgir tverrfaglige møter, kontakt med helsepersonell på den aktuelle avdelingen og egen dokumentasjon i journal som kanaler for informasjonsdeling. En informant oppgir at relevant informasjon dokumenteres i journal, mens de andre oppgir at informasjon som deles, er avklart med pasient. To oppgir også at de formidler vurderinger av suicidfare dersom det har kommet frem i samtalen. Flere gir uttrykk for skjønnsmessige vurderinger av hva som skal formidles fra samtalen. En informant skriver det slik: «Informasjon som er klarert med pasient eller informasjon basert på egne, subjektive inntrykk fra samtalen. Ikke informasjon som oppfattes som betroelser.»

Hvordan kommer sykehusprester i kontakt med pasienter?

Det var tidligere en vanlig praksis at sykehusprester på sine runder til sengeposter selv tok initiativ til å presentere seg for pasienter. Svarene i undersøkelsen viser at dagens praksis i hovedsak er knyttet til nært samarbeid med helsepersonell. Den dominerende praksis i dag er at personalet på sengepost tilkaller sykehusprest etter egen vurdering og avtale med pasient. En tredel oppgir imidlertid at de selv oppsøker pasienter de kjenner fra tidligere. Dette innebærer blant annet oppfølging i løpet av sykehusoppholdet.

Sykehusprestere forhold til pasientjournal i et internasjonalt perspektiv

Ulike måter å dokumentere pasientkontakt på

Uten å gå nærmere inn på sykehusprestere organisering i USA kommer det tydelig frem at dokumentasjon både er etterspurt og nødvendig. Det er utviklet ulike måter å dokumentere pasientkontakt på. På Memorial Hospital har man utarbeidet en egen dokumentasjonsmodell (Peery, 2020, s. 22) som er videreutviklet i kunnskapsoppsummeringen fra European Research Institute for Chaplains in Healthcare (ERIC) (Vandenhoeck et al., 2022).

- 1) What was the reason for your visit?
- 2) What is your assessment of the patient?
- 3) What did you do in order to make a difference (intervention)?
- 4) What difference did your visit make?
- 5) How will you ensure possible further care (accountability / spiritual care plan)?

Andre dokumenterende miljø baser seg i større grad på markører for åndelige og eksistensielle behov (Bélangier et al., 2020). En markør vil kunne være «sentrale verdier i pasientens liv». En slik tilnærming vil gjennom samtale avdekke behov som tro / tilhørighet til tros eller livssynsamfunn, uttrykte håp, viktige relasjoner, uttrykte verdier/forpliktelser og transendentale opplevelser. Dokumentasjon i journal styres på denne måten av hvilke markører som blir aktuelle.

Også i USA er det ulik praksis vedrørende dokumentasjon. Noen avstår fra å dokumentere annet enn at besøket har funnet sted, mens andre bruker metodene gjengitt over eller andre metoder for mer utfyllende å referere kontakt og resultat. En grunnholdning er at det som ikke er dokumentert, ikke har funnet sted (Peery, 2020, s. 27). Denne holdningen finner vi også igjen i norsk helsevesen, der mangelfull dokumentasjon ved helsehjelp ofte blir kritisert ved tilsyn. Pasientbehandling skal dokumenteres av hensyn til samarbeidende helsepersonell for å gi mulighet til videre god helsehjelp. Det er også viktig at pasienten vil kunne se tilbake i sin journal, og der finne beskrivelser av mottatt helsehjelp.

Helsearbeidere dokumenterer pasientopplysninger for å styrke tverrfaglig samhandling og for slik å yte best mulig helsehjelp til pasienten. Sykehusprester ønsker å styrke den helhetlige omsorgen for pasient og pårørende. Sykehusprestens journalnotater bidrar til å høyne bevisstheten om denne siden ved pasientbehandlingen (Peng-Keller & Neuhold, 2020, s. 2).

I Storbritannia synes situasjonen i større grad å ligne på vår når det gjelder dokumentasjon. Noen dokumenterer, mens andre helt og holdent unngår å dele informasjon om pasientkontakt med personale på sykehus. Blant sykehusprestene som dokumenterer finnes det ikke en ensartet mal for dette (Ross & McSherry, 2020, s. 113).

Holdninger til dokumentasjon

Til forskjell fra resten av Europa har Nederland lovfestet åndelig og eksistensiell omsorg som en del helsehjelpen. Det finnes et bredt korps av tros- og livssynsmedarbeidere, med ulik tros- og livssynsmessig tilknytning på sykehus (Zock, 2019).

Wim Smeets og Anneke de Vries har kartlagt og analysert hvordan tros- og livssynsmedarbeidere i Nederland forholder seg til dokumentasjon (Smeets & De Vries, 2020, s. 117–129). Deres analyser viser to primære holdninger blant «chaplains». En isolasjonistisk holdning understreker betydningen av konfidensialitet i møtet med åndelige og eksistensielle behov. Helseprestens samtaler med pasient antas i det store og hele ikke å være relevant for den medisinske behandlingen. Med utgangspunkt i denne holdningen vil man foretrekke å ikke dokumentere i pasientens journal.

En assimilierende holdning anser derimot tverrfaglig samarbeid om pasienten som avgjørende også for best mulig å komme pasientens til hjelp

i åndelig og eksistensielle behov. Som følge av dette vil dokumentering fra åndelig og eksistensielle samtaler i pasientjournal være å foretrekke.

Smeets og de Vries hevder at en aktiv bruk av elektronisk pasientjournal bidrar til en positiv profesjonalisering av åndelig og eksistensiell omsorg. En side ved dette er at journalføring fører til økt refleksjon før, i og etter samtaler med pasienter. Bruk av journal gjør også den tros- og livssynsmessige omsorgen for pasienten transparent for både samarbeidende helsepersonell og pasienten selv. Artikkelen anerkjenner spørsmålet om en aktiv bruk av elektronisk pasientjournal kan utfordre helsepresters særegne identitet og taushetsplikt, men argumenterer for at dokumentasjon er et avgjørende verktøy for å bidra til best mulig åndelig og eksistensiell omsorg for pasienten.

Ole Råkjær viser i sin undersøkelse blant danske sykehusprester til sykehuspresters opplevelse av å være annerledes (Råkjær, 2021). Prestens funksjon er å være en motkultur til den terapeutiske sykehuskulturen der diagnoser, screening, tiltak og behandling er arbeidsmåten. Det er nettopp i sin annerledeshet at presten, der helsevesenet fragmenterer mennesket, bidrar til å ivareta menneskets helhet.

Dokumentering i pasientjournal vil kunne bidra til at den åndelige og eksistensielle delen av pasientomsorgen blir tydeligere for samarbeidende helsepersonell. Nettopp tydeliggjøring av denne dimensjonen i mennesket er viktig i helsevesens ellers så naturvitenskaplige tilnærming.

Henvisning til sykehusprest

I helseforetak der prester ikke bruker journal, er man avhengig av å kommunisere med ansatte på sengepost gjennom samtaler på telefon eller ved oppmøte på avdelingen. Andre yrkesgrupper mottar elektroniske henvisninger/forespørsler. Mange sykehus mangler en tydelig prosedyre for hva som bør lede helsepersonell til å henvise pasienter til samtale med sykehusprest. Det finnes få standardiserte verktøy som egner seg til bruk i en travel klinisk hverdag. Helsepersonell er derfor avhengig av å bruke egen intuisjon i møte med åndelig og eksistensielle behov. Dette støttes av en internasjonal studie der man finner at helsepersonell i stor grad bygger henvisninger på egen persepsjon av pasientens åndelige og eksistensielle behov og sine egne preferanser (Poncin et al., 2020). En del elektroniske pasientjournalløsninger inneholder verktøy som kan benyttes av sykepleier og/eller lege til hjelp i dette.

I Helse Midt-Norge ble Helseplattformen lansert i 2022. Den skal sikre at alle nivå i helsetjenesten har tilgang til opplysninger om pasienten. Helseplattformen utvikles av det amerikanske selskapet Epic, og den norske løsningen bygger på amerikansk modell. Der finnes det allerede et eget område/løsning for både henvisning, dokumentasjon og lesetilgang for sykehusprester. Løsningen for sykehuspresters dokumentasjon er videreutviklet og tilpasset norske forhold gjennom et arbeid ledet av Ståle Vansvik ved St. Olavs hospital (Vansvik, 2023, s. 125–126).

Sykehusprestens rolle og samarbeidet om omsorgen for pasientene

Timmins et al. har gjort en gjennomgang av litteratur om rollen som helseprest. Det er en økende interesse i helsetjenesten for sammenhengen mellom åndelighet og helse, om religiøsitet som faktor i beslutninger vedrørende behandling, m.m. Deres artikkel argumenterer for at sykehusprester i større grad bør tilpasse arbeidsformen til det øvrige personellet på sykehus (Timmins et al., 2018). Sykehuspresten er ikke alene om den åndelige og eksistensielle omsorgen for pasienter. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hviler det et særlig ansvar på dem for ivaretagelse av disse behovene hos pasienter.

Vandenhoeck hevder at helsepresten har en viktig funksjon i å dyktiggjøre samarbeidende personell til å fange opp pasienters behov og ønsker. Disse behovene må tas på alvor og bli delt med dem som kan avhjelpe dette (Peng-Keller & Neuhold, 2020, s. 137).

Den største fordelen ved at sykehusprester dokumenterer i pasientjournal, er at man med dette bidrar til bedre helhetlig omsorg. Dette vil kunne legge til rette for at pasienten blir møtt på åndelige og eksistensielle behov. Dokumentasjon tjener bedre tverrfaglig innsats og bedre åndelig og eksistensiell omsorg.

Etiske perspektiv ved dokumentasjon

Sykehuspresters taushetsplikt regulerer hvilke opplysninger som kan deles utenfor samtalen (Leer-Salvesen, 2016). Undersøkelsen FAPH gjennomførte, viser at norske sykehusprester har et reflektert forhold til når avvergeplikt og opplysningsplikt setter taushetsplikten til side. I undersøkelsen blant norske sykehusprester fremkommer det imidlertid ulik

praksis vedrørende å innhente samtykke fra pasienter før informasjon fra samtalen dokumenteres i pasientjournal eller bringes videre til samarbeidende helsepersonell. Det er naturlig å anta at den aktuelle prest da gjør en skjønnsmessig vurdering av hvilke opplysninger som er fortrolige og ikke skal bringes videre, og hvilken informasjon som ikke er å oppfatte som fortrolig, men som vil kunne gi pasienten den nødvendige helsehjelp og omsorg under innleggelsen.

Sykehusprester arbeider i en organisasjon der informasjonsdeling er avgjørende for samhandling til pasientens beste. Helsepersonelloven setter rammer for når taushetsbelagte opplysninger kan videreformidles til samarbeidende personell. Informasjonsdeling hviler på pasientens antatte samtykke, og ved tvil bør pasienten forespørres (Helsedirektoratet, 2018).

Hvordan sykehuspresters taushetsplikt er å forstå i tverrfaglig samarbeid, kommer til uttrykk gjennom flere kommentarer i undersøkelsen blant norske sykehusprester. Dette dilemmaet kommer også tydelig frem i kunnskapsgrunnlaget fra det europeiske forskningsinstituttet der det etterspørres en ny forståelse av sykehuspresters taushetsplikt (Vandenhoeck et al., 2022, s. 11–12). Der understrekes viktigheten av at bare informasjon knyttet til pasientens behandling, blir videreformidlet. Journalløsninger som baserer seg på avkryssing av standardisert informasjon vil være mindre utfordrende enn løsninger med fritekst. I begge tilfeller bør pasienten være informert om sykehusprestens bruk av pasientjournal.

Undersøkelsen blant norske sykehusprester viser at man får tilgang til journalopplysninger om pasienter gjennom muntlig kontakt med helsepersonell. Det kan være aktuelt som forberedelse til samtale med pasienten. Ifølge pasientjournalforskriften skal pasienten ha mulighet til selv å se hvem som har hatt tilgang til pasientopplysninger (Pasientjournalforskriften, 2019). I og med at sykehusprester flest ikke legger igjen slike «spor», utfordrer en slik praksis pasientrettighetene og journalforskriften.

Sykehusprester virker i et miljø styrt av prosedyrer, rettigheter, lover og retningslinjer. Innenfor palliasjon kommer det tydelig forventninger til presters funksjon (Helsedirektoratet, 2019). Kompetansekrav og krav til omsorgen blir beskrevet på lik linje med andre ressurser i det palliative samarbeidet om pasienten. Disse «ytre» normene stiller krav til sykehuspresters arbeidsmåte og funksjon i helsetjenesten.

Andre normative krav til sykehusprester er uttrykt blant annet i stillingsutlysninger, der for eksempel pastoralklinisk utdanning, veilederkompetanse og annet fremkommer som ønsket kompetanse. Siden 2009

har også ordningen med spesialitet for prester i helse- og sosialsektoren (Presteforeningen, 2017) virket i retning av tydeligere krav til helsepresters kompetanse og yrkesutførelse. Både ytre og indre normerende prosesser fører til en tydeligere profesjonalisering av åndelig og eksistensiell omsorg i helsetjenesten. Dokumentering i pasientjournal bidrar til en ansvarliggjøring av sykehusprester i deres arbeid med å sammenholde krav og funksjon i tjenesten (Vandenhoeck et al., 2022, s. 7).

Outcome oriented chaplaincy

De senere år har det vært en voksende interesse for forskning på pasienters utbytte av åndelig og eksistensiell omsorg. I amerikansk kontekst har pasienters rapporterte velvære og opplevelse på sykehuset vært viktig å avdekke (Hall et al., 2019).

Et sentralt spørsmål i denne forskningen er hvordan en slik tilnærming kan ivareta helsepresters integritet. Peng-Keller og Neuhold hevder at styringen av helsetjenestene gjennom de siste tiår har utviklet seg mer i retning av å bli styrt etter økonomiske verdier: New Public Management har gjort sitt inntog i sykehusene og fører til nye tanker om effektivisering, økonomi og resultater (Peng-Keller & Neuhold, 2020, s. 214). Også sykehusprester blir preget av denne ledelsesfilosofien. Peng-Keller og Neuhold argumenterer for at utviklingen av «Outcome oriented chaplaincy» kan være å forstå som et resultat av dette.

Peng-Keller peker videre på det åpenbare paradokset i utviklingen av helsepresters arbeid i helsetjenesten. For å kunne oppnå en tydeligere profesjonell status i helsetjenesten må sykehusprester arbeide for å bli helsepersonell. Likevel er sykehuspresters språk og domene ikke forenlig med helsetjenestens fokus på behandling og utbytte av intervensjoner. Dette vil derfor kunne true helsepresters særegne identitet (Peng-Keller & Neuhold, 2020).

Jobin konkluderer i sin artikkel med at sykehusprester bør bidra til ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov ved aktivt å bruke elektronisk pasientjournal. Likevel advarer Jobin mot at elektronisk pasientjournal kan ha negativ påvirkning på kvaliteten på relasjonen mellom sykehusprest og pasient, ettersom sykehuspresten står i fare for å objektivere pasienten i møte med journalsystemet (Jobin, 2020, s. 199–212).

I undersøkelsen blant norske helseprester uttrykker flere av informantene lignende innvendinger. Helseprester oppfatter dokumentasjon som begrensende for pasienten i kontakten med presten og at et eventuelt krav

om å dokumentere vil utfordre tidsbruk og taushetsplikt. Helseprestens særegne rolle i møte med pasienten blir tydeliggjort i og med at denne ikke har krav om å dokumentere fra pasientkontakt. Dette uttrykkes gjennom beskrivelser av samtalen med prest som «et fritt rom».

Nye føringer om helseprester og dokumentasjon?

Dokumentasjon gjennom Helseplattformen

I Helse Midt-Norge er innføringen av ny journalløsning i gang. I løpet av april 2024 vil alle helseforetak her ha tatt Helseplattformen i bruk. I den digitale journalløsningen vil sykehus, kommunehelsetjeneste og fastlege være sammenkoblet på en felles plattform. Der vil de kunne ha tilgang til oppdaterte, samsvarende pasientopplysninger. Helseplattformen vil slik bidra til oversikt over nødvendig informasjon ved helsehjelp uten å måtte få oversendt opplysninger fra andre tjenesteytere.

I løsningen er det også en dokumentasjonsløsning for Preste- og samtale-tjenesten. Her kan man hovedsakelig dokumentere gjennom avkrysning av type aktivitet, tiltak og oppfølging. Graden av pasientopplysninger man får tilgang til, vil være begrenset til det absolutt nødvendige som for eksempel diagnose, innleggelse og planlagte avtaler på sykehuset.

Til løsningen hører også med en egen pasienttilgang. Gjennom denne vil pasienten ha innsyn i blant annet behandlingsplaner og diagnoser. Det vil også være mulig for pasienten å få tilgang til opplysninger om hvilke helsepersonell som har gjort oppslag i journalen.

Med innføringen av Helseplattformen standardiseres sykehusprestere dokumentasjon. I tidligere refererte eksempler fra blant annet USA baseres dokumentasjon på innholdet i samtalen. Helseplattformen gir i sin enkle form en standard for dokumentasjon som ikke krever annet enn samtale-nes rammer. Med denne løsningen utfordres presters taushetsplikt derfor i liten grad.

Prosedyre for ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov

Oslo universitetssykehus (OUS) har utviklet en egen prosedyre for åndelig og eksistensiell omsorg (Oslo universitetssykehus, 2020). Med denne som mal har også andre helseforetak innført lignende prosedyrer.

Prosedyren ved OUS tydeliggjør ansvar og fremgangsmåte for alt helsepersonell i å avdekke slike behov hos pasienter. Den beskriver videre hvordan man skal legge til rette for adekvat omsorg. Opplysninger om pasientens åndelige og eksistensielle behov nedtegnes ved behov i pasientens journal av helsepersonell. Prosedyren legger altså ikke opp til at helseprester selv skal dokumentere i journal, men tydeliggjør helsepersonellens ansvar i dette.

Hva står på spill om sykehusprester skal dokumentere i pasientens journal?

Sykehusprester arbeider i et system der kravet til dokumentasjon er stadig økende, men har per i dag ikke automatisk tilgang til journalsystemet grunnet i at sykehusprester ikke er definert som helsepersonell. Dette fordrer et nært samarbeid med sykepleiere, leger og annet personell som har kjennskap til pasienten.

Flere informanter peker på begrensningene eventuelle krav om dokumentasjon vil kunne legge på pasient og sykehusprest i samtalen. Det særegne i sykehuspresters samtaler med pasient og pårørende er nettopp fraværet av dokumentasjon. Dette antas å bidra til å skape et åpent rom for samtalen. En slik holdning finner lite støtte i den internasjonale forskningen der kvaliteten ses i sammenheng med en tverrfaglig ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov.

Presters taushetsplikt regulerer sykehuspresters deltakelse i tverrfaglig arbeid og innebærer at opplysninger som skal bringes videre, først avklares med pasienten. Det vil også være situasjoner der det ikke er mulig å innhente pasientens samtykke, men hvor sykehuspresten likevel må informere samarbeidende helsepersonell ut fra en skjønnsmessig vurdering.

Gjennom prosedyrer og lanseringen av Helseplattformen blir kravet til dokumentasjon av åndelig og eksistensiell omsorg tydeligere. Sykehusprester innehar spesialkompetanse i sykehusene på dette området, men har i hovedsak ikke krav om å dokumentere fra pasientkontakt. Med bakgrunn i erfaringer fra sykehusprester som dokumenterer i kontakt med pasienter, vil en slik praksis bidra til bedre ivaretagelse av pasienters åndelig og eksistensielle behov.

Fra referert forskning fremkommer det at utviklingen av nye digitale journalsystem forandrer arbeidsmåten i sykehus ved at informasjonsflyten rundt pasienter i mindre grad vil skje muntlig. Dette utfordrer

arbeidsmåten for mange sykehusprester der pasientkontakt beror på den muntlige overleveringen fra helsepersonell.

Eksempelet fra Helseplattformen viser en tilnærming til informasjonsdeling og dokumentasjon som vil kunne bidra til at sykehusprestens arbeid i den åndelige og eksistensielle omsorgen for pasienter i større grad oppfattes som en integrert del av helsetjenestens helhetlige omsorg. Den skjematisk dokumentasjonen vil ikke tillate at innholdet i samtalen kommer frem, men tydeliggjøre kontakten med Preste- og samtaletjenesten for helsepersonell. En slik fremgangsmåte vil også bidra til pasienter som har vært i kontakt med Preste- og samtaletjenesten finner spor av dette i sin egen journal.

Referanser

- Bélanger, B., Beaugard, L., Béleanger, M. & Bergeron, C. (2020). The Quebec model of recording spiritual care: Concepts and guidelines. I S. Peng-Keller & D. Neuhold (Red.), *Charting spiritual care* (s. 53–78). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_4
- Damen, A., Schuhmann, C., Leget, C. & Fitchett, G. (2020). Can outcome research respect the integrity of chaplaincy? A review of outcome studies. *Journal of health care chaplaincy*, 26(4), 131–158. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08854726.2019.1599258>
- Fitchett, G. (2017). Recent progress in chaplaincy-related research. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 71(3), 163–175.
- Hall, E., Hughes, B. & Handzo, G. (2019). Time to follow the evidence – Spiritual care in health care. *Ethics, Medicine and Public Health*, 9, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.04.011>
- Helsedirektoratet. (2018, endret 3.7.2023). Helsepersonelloven med kommentarer. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Jobin, G. (2020). Charting spiritual care: Ethical perspectives. I S. Peng-Keller & D. Neuhold (Red.), *Charting spiritual care* (s. 199–212). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_12
- Leer-Salvesen, K. (2016). *På tilliten løs? En studie av læreres og presters skjønnsutøvelse i spenningen mellom taushetsplikt, meldeplikt og avvergeplikt* [Ph.d.-avhandling]. Universitetet i Agder, Høgskulen i Volda.
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende*. OUS. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012#23>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* [FOR-2019-03-01-168]. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- Peery, B. (2020). Chaplaincy documentation in a large US health system. I S. Peng-Keller & D. Neuhold (Red.), *Charting spiritual care* (s. 21–52). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_3
- Peng-Keller, S. & Neuhold, D. (2020). *Charting spiritual care: The emerging role of chaplaincy records in global health care*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8>

- Poncin, E., Niquille, B., Jobin, G., Benaim, C. & Rochat, E. (2020). What motivates healthcare professionals' referrals to chaplains, and how to help them formulate referrals that accurately reflect patients' spiritual needs? *Journal of health care chaplaincy*, 26(1), 1–15.
- Presteforeningen. (2017). <https://www.prest.no/artikkel/spesialist-i-klinisk-prestetjeneste-innen-helse-og-sosialsektor/>
- Ross, L. & McSherry, W. (2020). Spiritual care charting/documenting/recording/assessment: A perspective from the United Kingdom. I S. Peng-Keller & D. Neuhold (Red.), *Charting spiritual care* (s. 97–116). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_6
- Råkjær, O. (2021). Fra frelse til well-being? *Tidsskrift for sjelesorg*, 41(1), 13–27.
- Smeets, W. & De Vries, A. (2020). Spiritual care and electronic medical recording in Dutch hospitals. I S. Peng-Keller & D. Neuhold (Red.), *Charting spiritual care* (s. 117–128). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_7
- Timmins, F., Caldeira, S., Murphy, M., Pujol, N., Sheaf, G., Weathers, E., Whelan, J. & Flanagan, B. (2018). The role of the healthcare chaplain: A literature review. *Journal of health care chaplaincy*, 24(3), 87–106. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1338048>
- Vandenhoeck, A., Verhoef, J., Nuzum, D., Möсли, P., Neuhold, D., Peng-Keller, S., Roser, T., Ross, L., Smeets, W. & Snowden, A. (2022). Charting by chaplains in healthcare: White paper of the European Research Institute for Chaplains in HealthCare (ERICHC). *Health and Social Care Chaplaincy*, 10(1), 50–77. <https://doi.org/10.1558/hssc.20583>
- Vansvik, S. A. (2023). *Fra kapellaner til chaplaincy*. Eget forlag.
- Zock, H. (2019). Chaplaincy in the Netherlands: The search for a professional and a religious identity. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 11–21. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5347>