

Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern



Ane Inger Bondahl Søberg
SI Reinsvoll, Sykehuset Innlandet HF
ane.inger.bondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien
ROPforsk, Sykehuset Innlandet HF
Fakultet for helse og velferd, Universitetet Innlandet

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Et eksistensielt perspektiv som gis en tydelig plass i behandling kan fremme pasienters eksistensielle helse.

Mange pasienter er i krise når de kommer til sykehuset. Å bli møtt på sin eksistensielle sårbarhet kan være avgjørende for å holde ut det uutholdelige. Hvordan kan vi bli bedre til å møte pasientenes eksistensielle uro? Og hvordan bekjempe vår egen berøringsangst for eksistensielle temaer? Disse spørsmålene kommer fra en sykehusprest og en psykiater med lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten, både i rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Pasienter uttrykker overfor sykehuspresten at tematikk knyttet til tro, sorg og andre eksistensielle forhold kan være vanskelig å ta opp med helsepersonell. Ut fra vår kliniske erfaring og forskning på feltet vil vi belyse, og også minne våre kolleger på betydningen av, den eksistensielle samtalen. Vårt utgangspunkt er at vi alle kan bidra til å skape eksistensielle rom for våre pasienter, og at denne oppgaven ikke bare er forbeholdt sykehusets prestetjeneste (som er en livssyns- og samtalejeneste).

Fellow travelers

Den amerikanske psykiateren og forfatteren Yalom (1980) skriver om menneskets fire grunnvilkår: død, meningsløshet, isolasjon og frihet, som utfordrer mennesket eksistensielt. Videre omtaler han relasjonen mellom pasient og behandler som *fellow travelers* (Yalom, 2003). Vi er alle i samme båt med våre grunnvilkår, på en felles eksistensiell reise. Eksistensfilosofene uttrykker noe av det samme, og understreker at refleksjon over de eksistensielle betingelsene vi lever under, gir muligheter for modning og vekst (Binder, 2022; Schnell, 2022). Religionspsykologisk forskning viser at eksistensielle temaer har betydning for mening og mestring blant pasienter med rusmiddellidelse (Sørensen & Lien, 2022). Videre kan pasienters erfaring av mening i livet trues i forbindelse med selvmordsforsøk (Søberg et al., 2022). Likevel ser vi at det er et stort gap mellom pasientenes behov for samtaler om det eksistensielle og det behandlere legger til rette for i terapien (Mandelkowitz et al., 2021; Halstensen, 2025).

Den eksistensielle smerten er høyst menneskelig (Yalom, 1980). Det er kanskje det som utfordrer behandlere i samtaler om mange av de eksistensielle temaene, fordi samtalen også angår en selv som behandler og vårt eget sårbare liv, siden vi er *fellow travelers*. Døden og eksistensiell uro er en menneskelig erfaring uavhengig av profesjon, sosial status og livssynstilhørighet. Usikkerheten

hos helsepersonell for å snakke om blant annet døden kan være knyttet til at det er vår egen død vi kjemper mot.



Utvikling av eksistensiell helse

Åndelige og eksistensielle temaer har vært grunnleggende i norsk helsevesen siden sykehusets opprinnelse (Aschim, 2023; Austad et al., 2020). Samtidig har livssyns- og samtaletjenesten i dag endret karakter, fra en modell med vekt på religiøs betjening til en modell basert på eksistensiell omsorg. Livssyns- og samtaletjenesten utøver sin virksomhet med bakgrunn i en livssynsåpen tilnærming, med forankring i menneskerettighetene (NOU 2013: 1, 2013; FN-sambandet, 2021; Trossamfunnsloven, 2021). Det sentrale er å gi pasienten mulighet for eksistensiell omsorg når vedkommende er i krise og har eksistensiell uro (Stifoss-Hanssen et al., 2019), og er noe alle behandlere burde være oppmerksom på og legge til rette for.

I Norge benyttes begrepet eksistensiell helse for å tydeliggjøre betydningen av det eksistensielle for den individuelle helsen (Austad & Danbolt, 2022; Danbolt et al., 2014). Samtaler om eksistensielle temaer oversees av behandlere, til tross for at religiøsitet kan være positivt beskyttende for helsen (VanderWeele et al., 2017). Også norske studier underbygger at eksistensielle behov i stor grad underkommuniseres i helsevesenet (Mandelkow et al., 2021; Søberg et al., 2022). Et eksempel fra klinisk praksis kan være en pasient som uttrykker at det er fint å snakke med sykehuspresten om sine selvmordstanker fordi sykehuspresten ikke setter på blålysene, men gir mulighet for en samtale om selvmordstankene og uroen vedkommende har. Behandlere oppleves sterkere knyttet til systemets rutiner og dokumentasjonskrav, som kan redusere pasientens muligheter til å reflektere over sine selvmordstanker.

At helsepersonell ikke bør snakke med pasientene om religion, er en praksis og holdning med lange røtter, særlig innenfor psykisk helsevern. Samtidig tilsier vår erfaring at pasientene enten har behov for å snakke om tro som en positiv kraft, ved at den tilbyr motstandskraft og tilfriskning fra psykisk sykdom, eller der tro og religiøse erfaringer er negative og også noen ganger destruktive (Fidje et al. 2025; Hustoft et al., 2013). Pasienter sier de ikke tør snakke om sin religion i frykt for at det kan tolkes som psykotiske symptomer (Brekke et al., 2018). Særlig innenfor behandling av rusmiddellidelser har vi sett hvordan temaer som skyld, skam, tilgivelse og forsoning er viktige elementer i behandling som ofte blir oversett (Sørensen et al., 2015), temaer som også knytter seg til religion.

En helhetlig helsemodell

Psykologtidsskriftets temanummer om helsepsykologi beskriver hvordan skillet mellom kropp og sjel gjennomsyrrer både utdanninger og helsevesenet (Oxman, 2024), noe som også påvirker behandling på somatiske sykehus (Schjødt, 2024). Artiklene synliggjør at helsevesenet har mistet bredden i sitt behandlingsperspektiv. Det til tross for at de fleste behandlere benytter en biopsykososial tilnærming. Men også denne modellen mangler en vesentlig dimensjon (Lien & Malkomsen, 2024), som den svenske religionspsykologen DeMarinis (2003) har jobbet frem, i en utvidet modell med en eksistensiell dimensjon. Den eksistensielle dimensjonen er helt grunnleggende, og ved å ta inn den blir modellen mer helhetlig; den blir en biopsykososial-eksistensiell modell (DeMarinis, 2003). Modellen fremhever at individet inngår i en kulturell sammenheng hvor det eksistensielle elementet er et fundament for det biologiske, psykologiske og sosiale elementet og samtidig påvirker disse

øvrige elementene. Mer enn 20 år seinere har svenske folkehelsemyndigheter fremmet et forslag om hvordan eksistensiell helse kan bidra til overordnede politiske mål for folkehelsen. Rapporten uttrykker blant annet at man ønsker å synliggjøre, stimulere til et større engasjement og øke kunnskap om det eksistensielle perspektivet på helse, og også utforske metoder der man kan følge utviklingen av helse i relasjon til det eksistensielle perspektivet (Folkhälsomyndigheten, 2025, s. 34ff).



Ved alvorlig somatisk og psykisk sykdom trues det eksistensielle jeget. For psykologer og leger kan det være utfordrende å møte pasientens eksistensielle uro (Mandelkow et al., 2021). To doktorgradsavhandlinger viser at behandlere i psykisk helsevern opplever eksistensiell tematikk som viktig, men samtidig utfordrende å ta opp i praksis (Olstad et al., 2022; Søberg et al., 2018). Noe av grunnen kan være at profesjonsutdanningene legger for lite vekt på eksistensielle spørsmål. Samtidig er sykehusets liggetid som regel kort og pasientgjennomstrømningen rask. Tiden pasienten er i behandling, skal være effektiv, og pasientens kroppslige og psykiske lidelse er i sentrum. I denne tidskampen kan det eksistensielle bli utelatt som tema i samtalen, noe også Lien og Malkomsen (2024) beskriver. I samtaler med sykehusprest er det ikke uvanlig at pasienter forteller at ingen har spurt vedkommende om tro eller livssyn. For disse pasientene er livssynet meningsgivende og en viktig del av personens identitet, og har derfor stor relevans for både sykdom og bedring.

Helsevesenets oppdrag er å bidra til syke menneskers tilfriskning, gjerne organisk tilfriskning. Ut fra denne forståelsen vil samtalen om de eksistensielle implikasjonene være sekundær (Magelsen & Fredheim, 2010), men studier viser at å vie tid til pasientens tanker og eksistensielle uro kan ha betydning i møte med pasienters erfaring av meningsløshet (Schnell, 2021). Ut fra et helhetlig helseperspektiv, slik den biopsykososial-eksistensiell modellen legger til grunn, burde samtaler om de eksistensielle temaene i prinsippet være like naturlige som den øvrige behandlingen vi tilbyr (Shelde & Laursen, 2019). For eksempel ved vurdering av akutt selvmordsfare er prosedyren at man utforsker spørsmål knyttet til pasientens lidelsestrykk. Er det en prosedyre at man etterspør personens eksistensielle smerte? Vi har i klinisk praksis snakket med unge mennesker som kommer på sykehus etter flere selvmordsforsøk, og som også har erfaring med å miste venner. Vi erfarer at ingen tidligere har snakket med dem om eksistensielle temaer knyttet til selvmordsforsøket. Årsaker til selvmordsfare er sammensatt, og hastigheten i klinikken er ofte høy. I en slik kontekst er det utfordrende å balansere pasientens stemme opp mot det som må gjøres av undersøkelser og behandlingsprosedyrer i gitte situasjoner. Slik setter man pasientens behov til side for de prosedyrene som systemet pålegger, til tross for at man ikke har sterk dokumentasjon for at prosedyrene senker forekomsten av selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Hagen et al., 2018).

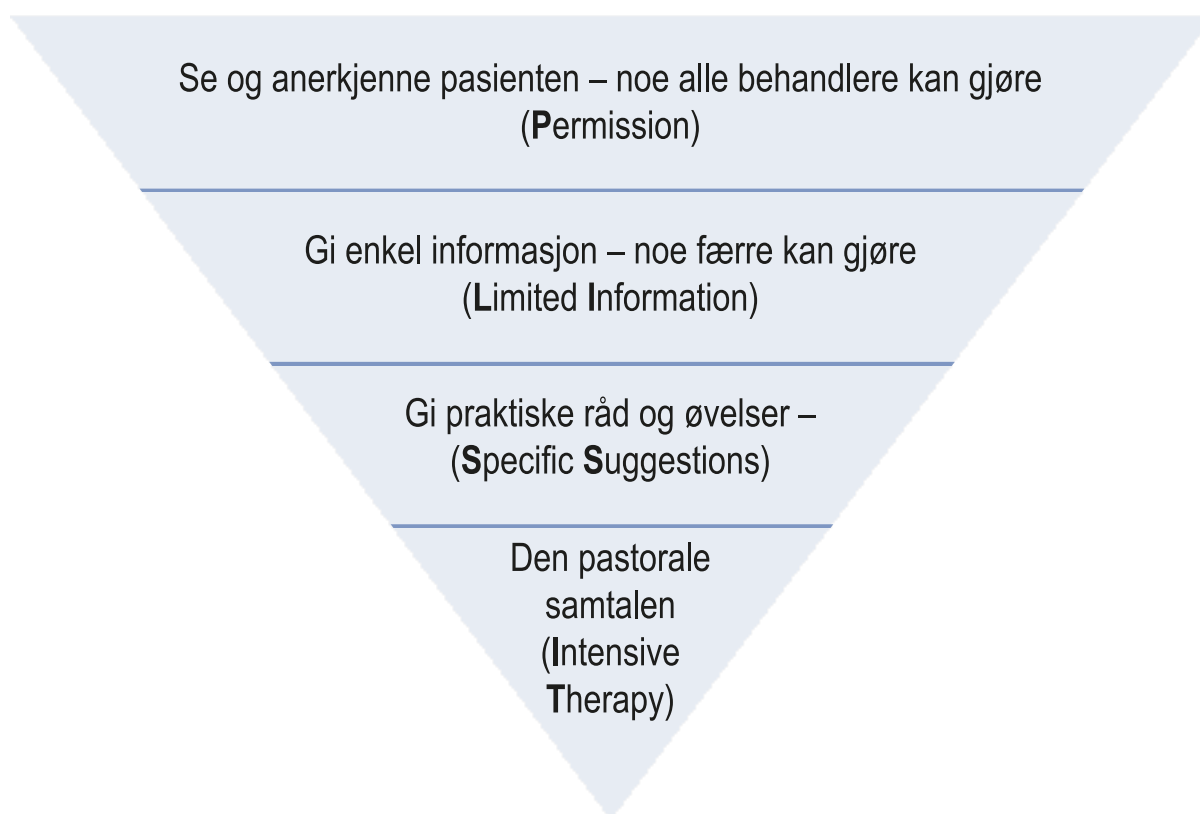
Samarbeid på tvers av profesjoner

De fleste norske sykehus har livssyns- og samtale tjeneste. De ansatte ved tjenesten, som sykehusprester/-diakoner og eventuelt andre livssynsrepresentanter, har hovedfokus på samtaler om eksistensielle temaer, men bidrar også med veiledning, slik at annet helsepersonell kan bli tryggere på hvordan de kan gå inn i eksistensielle anliggender. PLISSIT-modellen er et verktøy som kan senke terskelen og bidra til et tverrfaglig samspill i møte med pasienters eksistensielle refleksjoner (la Cour, 2014, s. 322).

Figur 1



PLISSIT-modellen



Merknad. Gjengitt og bearbeidet med tillatelse fra Gyldendal Akademisk.

Modellen viser at alle kan bidra med noe, men på ulikt nivå og ut fra ulik kompetanse på angitt fagområde. I situasjoner som blir mer komplekse, må den med spisskompetanse komme til. De ulike fagpersonene i behandlingsteamet rundt pasienten drøfter hvordan man kan møte pasientens situasjon, inklusiv det eksistensielle. I denne dialogen kan pasienten ofte delta selv.

I en samtale om eksistensielle temaer er det ikke nødvendigvis svaret helsepersonalet gir, som er vesentlig, det er like mye kompetansen i å ha en aktivt lyttende holdning. Hva angår eksistensielle temaer har pasienten, erfaringsmessig, tenkt mye selv. Dette kan være refleksjoner om tro, relasjonelle forhold, sorg og tap, mening knyttet til sykdom, fremtiden, skyld og skam, for å nevne noe. Å være aktivt lyttende til førstepersonstemmen kan gi viktig informasjon for en behandling der også de eksistensielle temaene får en naturlig plass. Å gi de eksistensielle temaene plass kan bidra til å styrke

pasientens evne til å møte livet med sine gleder og utfordringer, møte sin eksistens på en bærekraftig måte og erfare mening i det livet vedkommende lever med sykdom.



Unnlater eller mangler vi kunnskapen?

Mangelen på et eksistensielt perspektiv i helsevesenet har av noen blitt omtalt som en type «berøringsangst» eller «elefanten i rommet» (Wyller, 2015). En studie fra 2009 fant at psykologutdanningene ikke la vekt på religion i sitt program. 27 % av studentene oppfatter at faget har en lite respektfull holdning relatert til religiøse mennesker, mens 78 % av studentene ønsket at religion burde hatt en større plass i utdanningen (Reme et al., 2009). I en replikasjonsstudie fra 2020 (Mandelkow & Reme, 2022) var endringen liten. Her rapporteres det om studentenes holdning til religiøse mennesker, hvor 21 % av studentene erfarer at religiøse personer blir latterliggjort, samtidig som det fortsatt er et stort ønske om å inkludere religion i utdanningen (Mandelkow & Reme, 2022). Dette viser at det er hull i utdanningene hva angår eksistensiell kompetanse (Hjelmeland et al., 2014). Målet må være at det blir et åpent og gjensidig utforskende møte mellom psykologien og religionen (Halstensen, 2025).

Unnlatsen skjer på ulike nivåer i helsesystemet. I førende dokumenter er eksistensielle temaer lite omtalt, med unntak fra fagområdet palliasjon (Helsedirektoratet, 2019). I vedlegget til handlingsplanen for forebygging av selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) står det imidlertid at vi trenger mer kompetanse på eksistensielle temaer (s. 3). Hadde praksis vært annerledes hvis styrende dokumenter hadde vært tydeligere på betydningen av et eksistensielt perspektiv? Slik sett er den tidligere nevnte svenske rapporten interessant, der man jobber med eksistensiell helse i et folkehelseperspektiv på overordnet nivå (Folkhälsomyndigheten, 2025). En positiv endring finnes imidlertid i den norske nasjonale faglige handlingsplanen for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som understreker betydningen av etisk refleksjon og kompetanse (Helsedirektoratet, 2024). Etisk refleksjon betyr imidlertid ikke nødvendigvis et mer eksistensielt perspektiv. På den annen side legger etisk refleksjon ofte vekt på verdier og holdninger, som igjen er forbundet med eksistensiell tematikk. Slik sett kan gode etiske refleksjoner være en inngangsport i retning eksistensielle temaer. I tillegg mener vi det er verdt å minne om at de fleste sykehus i Norge har sykehusprester / livssyns- og samtaleteneste med eksistensielle problemstillinger som spesialfelt. Å styrke det tverrfaglige samarbeidet på sykehusets ulike fagområder, jamfør PLISSIT-modellen over, kan tjene til å styrke en helhetlig helsemodell der det eksistensielle har en tydelig plass og slik fremmer pasientens eksistensielle helse. Det fordrer imidlertid at behandlerne blir bevisst på og gir plass til pasientens eksistensielle refleksjoner i behandlingsrommet, og i de tverrfaglige diskusjonene. Bevissthet om det eksistensielle krever kunnskap og egen refleksjon i grunn- og videreutdanninger for alle helseprofesjoner. For å få det implementert i helsetjenesten må det også inn som en naturlig del av behandlingsplanene på linje med det vi gir av biologiske, psykologiske og sosiale behandlingstilnærminger.

Referanser

- Aschim, P. K. (2023). Fra statskirkelig anstaltprest til spesialprest i livssynsåpent samfunn. I P. K. J. Aschim, H. (Red.), *Spesialprest i livssynsåpent samfunn* (s. 35–98). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.207.ch2>



- Austad, A. & Danbolt, L. J. (2022). *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse. Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (A. Austad & L. J. Danbolt, Red. Vol. 2022/1). <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkja, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. I L. Rykkja & A. Austad (Red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis* (s. 11–22). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-01>
- Binder, P.-E. (2022). Suffering a healthy life-on the existential dimension of health. *Frontiers in Psychology*, 13, 803–792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.803792>
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2018). Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders. *International journal of mental health and addiction*, 16, 53–65. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Danbolt, L. J., Engedal, L., H., S.-H., Hestad, K. & Lien, L. (2014). *Religionspsykologi* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- DeMarinis, V. (2003). Pastoral care, Existential Health, and Existential Epidemiology. A Swedish postmodern case study. (s. 9–52). Verbum.
- Fidje, S. S., Thimm, J. C. & Mandelkow, L. (2025). Religion og spiritualitet i psykisk helse – en sonderende oversikt av kvalitativ forskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 695–703. <https://doi.org/10.52734/CIZZ2916>
- FN-Sambandet (2021, 21. desember). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkhälsomyndigheten. (2025). *Existentiell hälsa och folkhälsa Slutredovisning – förslag för fortsatt arbete* (25 033). Svenska folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/e/existentiell-halsa-och-folkhalsa-slutredovisning/>
- Hagen, J., Knizek, B. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1 461 514–1 461 511. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Halstensen, K. (2025). Religion i terapi – en øvelse i utforskning og innlevelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 704–706. <https://doi.org/10.52734/HBSA1039>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2800). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2024). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 Ingen å miste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvmond_vedlegg.pdf
- Hjelmeland, H., Espeland, B. & Småvik, R. (2014). Om undervisning i selvmordsforebygging ved relevante universitets- og høyskoleutdanninger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 348–357. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-07>
- Hustoft, H., Hestad, K. A., Lien, L., Møller, P. & Danbolt, L. J. (2013). «If I Didn't Have My Faith I Would Have Killed Myself!»: Spiritual Coping in Patients Suffering From Schizophrenia. *The International journal for the psychology of religion*, 23(2), 126–144. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.688003>

- la Cour, P. (2014). Tro og alvorlig sykdom-om forskning i nordisk kontekst. I L. J. Danbolt, G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (1. utg., s. 315–326). Gyldendal Akademisk.
- Lien, L. & Malkomsen, A. (2024). Eksistensiell krise i den biopsykososiale modellen [Invitert kommentar]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144(4). <https://doi.org/doi/10.4045/tidsskr.23.0839>
- Magelsen, M. & Fredheim, O. M. S. (2010). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 138–140.
- Mandelkow, L., Frick, E., Büsing, A. & Reme, S. E. (2021). Norwegian psychotherapy: religiosity gap and spiritual care competence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 24(4), 359–380. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1938343>
- Mandelkow, L. & Reme, S. E. (2022). Religious sensitivity at secular universities—A cross-sectional replication study among Norwegian psychology students. *Nordic Journal of Religion and Society*, 35(1), 4–19. <https://doi.org/doi.org/10.18261/njrs.35.1.1>
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssynsåpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk*. <http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/>
- Olstad, K., Lien, L., Leonhardt, M., Sørensen, T. & Danbolt, L. J. (2022). Therapists and the Topic of Meaning in Life in Their Encounters With Adolescents With Developmental Trauma: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 835 491–835 491. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.835491>
- Oxman, M. (2024). Lappeteppe av klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 808–816. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2024as11ae-Lappeteppe-av-klinisk-helsepsykologi
- Reme, S. E., Berggraf, L., Anderssen, N. & Johnsen, T. B. (2009). Er religion neglisjert i psykologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(9), 837–842. <https://doi.org/https://doi.org/10.52734/>
- Schjødt, B. (2024). Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 818–828. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2024as11ae-Fra-dualisme-til-en-helhetlig-forstaelse-av-smerte
- Schnell, T. (2021). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Schnell, T. (2022). Suffering as meaningful choice. An existential approach. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 3–15). VID vitenskapelige høyskole. <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Shelde, A. B. & Laursen, J. (2019). Den eksistensielle samtale er også lægens bord [Replik]. *Ugeskrift for læger*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511).
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. An overview from Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 60–70. <https://doi.org/10.48626/TPT.V36I2.5355>
- Søberg, A., Danbolt, L., Sørensen, T. & Haug, S. (2022). Patients at Risk of Suicide and Their Meaning in Life Experiences. *Archives for the Psychology of Religion*. <https://doi.org/10.1177/00846724221137620>



- Søberg, A., Haug, S., Danbolt, L., Lien, L. & Sørensen, T. (2018). Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(6), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1524860>
- Sørensen, T., Lien, L., Landheim, A. & Danbolt, L. (2015). Meaning-Making, religiousness and spirituality in religiously founded substance misuse services—A qualitative study of staff and patients' experiences. *Religions*, 6(1), 92–106. <https://doi.org/10.3390/rel6010092>
- Sørensen, T. & Lien, L. (2022). Significance of Self-Transcendence for Rehabilitation and Relapse Prevention among Patients with Substance Use Disorder: A Qualitative Study. *Religions*, 491(6), 13. <https://doi.org/10.3390/rel13060491>
- Trossamfunnsloven (2021). Lov om tros- og livssynssamfunn (LOV-2020-04-24-31). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2020-04-24-31>
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A. & Koh, H. K. (2017). Health and Spirituality. *The Journal of the American Medical Association*, 318(6). <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
- Wyller, V. B. (2015). Elefanten i rommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0343>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy* (M. Solli, Trans.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2003). Existential psychotherapy and religious consolation. A short comment. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(11), 936.

