



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Lindring i Nord
Kompetansesenter for
lindrende behandling



DEN NORSKE KIRKE

Sør - og Nord-Hålogaland bispedømmer



Kirkelig utdanningscenter i nord/
Girkolaš Oahpahuiguovdáš Davvin.

Sammen i omsorgen?

Rapport fra undersøkelse av menigheters samarbeid med lokal helsetjeneste i
Sør- og Nord-Hålogaland bispedømmer



Innledning

Samarbeid mellom menigheter og lokale helseinstitusjoner har gode tradisjoner mange steder her i landet. Diakoner, prester og andre er trofaste besøkere og /eller andaktsholdere på sykehjem, i andre institusjoner eller hjemme hos syke og eldre. Den norske kirke har vært og er en viktig aktør i omsorgen for mennesker som trenger ekstra støtte.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009))¹ som ble satt i verk fra 1. januar 2012, aktualiserer disse og andre sider ved kirkens arbeid. Reformens mål er å gi ”rett behandling på rett sted til rett tid”, noe som bl.a. innebærer at kommunene får økt ansvar for forebyggende helsearbeid og for omsorgen av sine syke og pleietrengende innbyggere. For å kunne løse disse utfordringene, pekes det på at samhandling må skje med flere aktører enn helsetjenestene:

”De frivillige organisasjonene spiller en betydelig rolle, og det er viktig å fokusere på videreutvikling av samarbeidsrelasjonene mellom helse- og omsorgstjenesten og organisasjonene, i takt med utfordringene som Samhandlingsreformen gir grunnlag for.”²

Den norske kirke plasserer seg selv inn i denne tenkningen, noe som bl.a. kommer til uttrykk gjennom Diakonhjemmet Høgskole sin rapport ”Diakoni og samhandling” (2010/4), skrevet på oppdrag fra Kirkerådet.³ I rapporten reflekteres det omkring kirkelig diakonalt arbeid i lys av Samhandlingsreformens målsettinger. Rapporten viser også hvordan kirkens selvforståelse og verdigrunnlag i stor grad korresponderer med de idealer og faglige verdier som kommer til uttrykk i det lovverk og de verdidokumenter som helsevesenet er forpliktet på; omsorg for hele mennesket, respekt og verdighet⁴.

Kartlegging i Nord- og Sør-Hålogaland

I samarbeid med de to nordlige bispedømmekontorer har Kompetansesenter for lindrende behandling/Lindring i nord⁵ utviklet en undersøkelse for å kartlegge hva som finnes av samarbeid mellom lokal helsetjeneste og menighet rundt om i de mange og ulike lokalsamfunn i landsdelen.

¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

² Jordheim, Kari og Korslien, Kari K.: ”Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen”, Rapport 2010/4, Diakonhjemmets Høgskole, s. 7

³ Ibid

⁴ F.eks Pasientrettighetsloven (<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html>), Standard for palliasjon (<http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>), de ulike helseprofesjonenes yrkesetiske retningslinjer osv

⁵ **Kompetansesenter for Lindrende Behandling/ Lindring i Nord (LIN)** er et ressursenter som skal bidra til at alvorlig syke og døende og deres pårørende får et best mulig behandlings- og omsorgstilbud i Helseregion Nord - uavhengig av bo- og oppholdssted.

Sentrale oppgaver:

Fagutvikling og forskning, kompetanseheving, undervisning og veiledning, nettverksbygging, fremme samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten og med andre aktører, bidra ved oppstart av enheter for lindrende behandling, formidling av ”Håndbok i lindrende behandling”

Med bakgrunn i den palliative omsorgens fokus på helhetlig menneskesyn og tverrfaglighet og som kommer til uttrykk i bl.a. ”Standard for palliasjon” (se fotnote 4), har ”Lindring i Nord” ansatt prest i 30% for å drive undervisning og nettverksbygging.

Målet er å heve kompetansen til både helsepersonell i kommunene og kirkelig ansatte bl.a. når det gjelder etikk, menneskesyn, åndelige/eksistensielle ressurser og utfordringer i omsorgen for alvorlig syke og døende. Dette skjer gjennom formidling av kunnskap, samrefleksjon over profesjonsrolle, faglighet og praksis, samt etablering/styrking av kontakt mellom helsepersonell og prester/diakoner med tanke på både pasient/pårørenderettet samarbeid og utviklings- og oppfølgingsarbeid i personalgrupper.

<http://www.unn.no/category10326.html>

Undersøkelsen setter fokus på bl.a. innhold og omfang av menighetens samhandling med helseinstitusjoner/-etater, hvem som samhandler med hvem og menigheters evt behov for kompetanse eller støtte. Det er menighetenes samhandling i forhold til det lokale helsevesens omsorgsarbeid som etterspørres, ikke arbeid med primært forebyggende siktemål.

Kartleggingen ble gjort gjennom spørreskjema som ble sendt til alle menigheter, se vedlegg. I alt 131 skjemaer ble sendt⁶. Av disse er 85 besvart, altså ca 62%. Svarprosenten i Sør-Hålogaland er på ca 76%, og i Nord-Hålogaland er den ca 52%.

Av menighetene som har svart, har 15 ansatt diakon, og 9 har diakonimedarbeider.

Skjemaet inneholder 8 spørsmål, alle med ulike svaralternativer.

Denne rapporten vil ikke gjengi resultatene i detalj, men reflekter litt over noen funn. Refleksjonene kan forhåpentligvis være til både ettertanke, utfordring og inspirasjon for først og fremst Den norske kirke og de lokale menigheter, men også til ansatte i helsevesenet.

Andakten i sykehjemmene

Den delen av lokal helsetjeneste det samarbeides mest med, er sykehjemmene. Nesten alle menighetene oppgir at de har samarbeid med sykehjem. Og samtlige av disse oppgir andakt som den hyppigst forekommende type arbeid. Nær halvparten av dem svarer at de holder andakt ukentlig, mens resten svarer 1-2 ganger pr. måned. De fleste stedene er det prestene som holder andakt (jf antallet diakoner), og med unntak av et fåtall menigheter, er organist/kantor også med i dette arbeidet.

Svært mange av menighetene oppgir også gudstjeneste og liturgisk samling som en type aktivitet de har i samarbeid med institusjoner. Hyppigheten er her imidlertid langt lavere; Ca halvparten oppgir 1-2 ganger pr måned, mens ca 25% av menighetene oppgir 2-3 ganger i året eller sjeldnere.

Det er ikke overraskende at andakt på sykehjemmene er den vanligste formen for kontakt/samarbeid mellom lokal menighet og helsevesen. Sykehjemsandakten har hørt med til «grunnreportoaret» i presters og organisters tjeneste helt siden institusjonene ble etablert i kommunene. Mange steder var «aldershjemmet» eller «gamlehjemmet» de eneste omsorgsinstitusjonene, og forkynnelse og sakramentsforvaltning for de eldste blant oss har vært ansett som viktig for menighetene.

Til tross for at disse institusjonene har forandret seg mye de siste 20 årene, ser det ikke ut til at tradisjonen med jevnlig andakter er særlig svekket. Det kan se ut som om Kirken fortsatt nyter tillit i institusjonene.

Når det gjelder hyppigheten av gudstjenester eller andre liturgiske samlinger i institusjonene, er den varierende. Men det er overraskende at såpass stor andel av menighetene har gudstjeneste kun 2-3 ganger pr. år. Tatt i betraktning at sykehjemsbeboere ofte er for skrøpelige til å komme seg til søndagsgudstjeneste i kirkene, innebærer det at de sjelden får mulighet til å delta i nattverdsfelleskap. En del beboere blir betjent gjennom soknebud, men et større sakramentalt felleskap er de i stor grad avskåret fra.

Om det faktum at beboerne i våre sykehjem nå er langt sykere enn tidligere har påvirket måten andakter og gudstjenester gjennomføres på, er verdt et forskningsprosjekt i seg selv. Jeg tror mange prester, diakoner og organister opplever det utfordrende at flere og flere i deres sykehjemsmenighet er rammet av demens (mellom 75 og 80% av beboere på sykehjem har en demenssykdom). Kanskje er det grunn til å spørre seg om andakt, i alle fall i tradisjonell forstand der hovedfokus er monologisk forkynnelse, er den mest relevante arbeidsmåten/formen i våre sykehjem?

⁶ Dette tilsvarer ikke antall menigheter; små menigheter i samme fellesrådsområde fikk samlet henvendelse, og svarte også samlet.

Sykehjemsprest Anne Jørstad har gjort et betydelig arbeid knyttet til temaet «Tro og demens». I sin fordypningsoppgave i etter- og videreutdanningsprogram om aldersdemens ved Diakonhjemmets Høgskole, skildrer hun bl.a. sine egne erfaringer med tradisjonell andakt i sitt arbeid som menighetsprest, og sitt arbeid med å finne andre måter å møte de eldre på i sykehjemmet. Hun og andre sykehjems- og menighetsprester har utviklet andaktsformer og gudstjenestelige samlinger i arbeid men mennesker med demens.⁷

Samtalen som ble borte?

Til en hver tid vil mange beboere på et sykehjem ha så svekket helse at de ikke kan delta i andakter eller gudstjenester i fellesarealer. Det faktum at over 40% av befolkningen avslutter sitt liv på et sykehjem⁸, kan indikere dette. Har menighetene fokus på denne gruppen i sitt arbeid? Tallene fra vår undersøkelse fra Hålogaland kan tyde på at disse blir betjent i svært varierende grad. Et fåtall menigheter oppgir at de har samtaler/sjelesorg ukentlig, et par menigheter har to pr måned eller sjeldnere. Omlag en fjerdedel av dem som har svart, oppgir at de har samtaler «sporadisk» eller «etter behov». Dette sier lite om hyppighet, men forteller at det ikke gjøres noen form for registrering. Andelen menigheter som ikke svarer noe på spørsmålet om hyppighet, er hele 35%. Tallene for menighetene med diakon eller diakoniarbeider avviker ikke nevneverdig fra de øvrige. Det samlede inntrykket fra undersøkelsen er at samtaler ikke er en prioritert arbeidsform, og at det gjøres lite registrering av antall. Relativt få menigheter ser ut til å ha rutiner eller faste ordninger for å fange opp evt behov for samtale/sjelesorg.

Tallene over gir grunnlag for mange refleksjoner. Har kirkelig ansatte så få samtaler som materialet kan tyde på? Vi vet at det forekommer svært mange samtaler knyttet til kirkelige handlinger (kasualiasamtaler), men det finnes altså ikke registrering av andre samtaler. Disse etterspørres ikke til kirkelig statistikk, hverken for presters eller diakoners vedkommende. Hva er grunnen til at det? Anne Grete Listrøm stiller samme spørsmål i artikkelen "Sjelesorg i menigheten" i Luthersk Kirketidende⁹. Hun beskriver hvordan mange opplever at deres arbeid knyttet til samtaler er usynlig, og hun drøfter også hvorvidt tilbudet om sjelesorg er lite kjent og tersklene for høye.

Samtale/sjelesorg er et sentralt anliggende i presters ordinasjonsforpliktelse, og jeg antar at det er viktig i mange presters pastorale selvforståelse. I offentligheten blir ofte prester fremstilt som gode samtalepartnere, og jeg tror den allmenne tillit til at dette stemmer, er stor. Forhåpentligvis er de fleste prester denne tilliten verdig, men det er all grunn til å spørre om kirka møter de behovene for samtale og sjelesorg som finnes, blant annet hos mennesker som av ulike grunner mottar omsorg fra vårt helsevesen, og kanskje spesielt hos mennesker som snart skal avslutte livet. Kirkens ansatte har mange samtaler med etterlatte ved dødsfall, men hvor mange prester bruker tid hos de alvorlig syke og døende? Materialet fra undersøkelsen tyder på at det i alle fall er svært varierende.

Også for mange diakoner har rollen som samtalepartner/sjelesørger en sentral plass i den yrkesmessige selvforståelsen, men det er altså svært varierende hvor mange samtaler de har i tilknytning til samarbeid med helsetjenesten. Noen opplever at aktivitetsbaserte tiltak¹⁰ får mer fokus fordi de er mer synlig, og at virksomheten i menigheten er dreid i retning av trosopplæring.

⁷ <http://www.demensogtro.no/>

-Jørstad, A.H.: "Vær her, Vær her. Ikke slipp taket nå! Personer med demens forteller om tro og liv", Tidsskrift for sjelesorg 3/2011, s 200-213

-Jørstad, A.H.: "Tro hos personer med demens", D&A 4/2011, <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=3114>

-Jørgensen, Anne B.: "Jeg må jo klappe mens jeg husker det". Rett til åndelig liv, også for personer med demens. Erfaringer fra et prosjekt. (upublisert)

⁸ SSB-tall fra 2010 angir 44%

⁹ Listrøm, Anne Grete: Luthersk Kirketidende 6/13 "Sjelesorg i menigheten"

¹⁰ Tiltak for større grupper, åpne arrangementer

Dette kan ha sin bakgrunn i den store oppmerksomheten trosopplæringsreformen har gitt barne- og ungdomsarbeid. Noen hevder også at tenkning om menighetsdiakoni har forandret seg, slik at både barn og ungdom, samt internasjonal diakoni har fått større plass i diakonal praksis de siste par tiårene, og at dette nå går på bekostning av de grupper som undersøkelsen fokuserer på.

Hjemmeboende lite synlige

Et økende antall mennesker med behov for omsorg fra helsevesenet, mottar denne omsorgen i sitt eget hjem. Hjemmetjenestene i våre kommuner betjener stadig flere eldre, men også flere yngre mennesker, - med funksjonshemminger, psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom eller rusproblemer vil i fremtiden motta omsorg der de bor, jf. bl.a. Samhandlingsreformens mål (se innledning) og etableringen av palliative team¹¹ og flere stillinger for kreftsykepleiere/-koordinatorer¹² i kommunene.

På bare 17 skjemaer (20%) oppgis samarbeid eller kontakt med hjemmetjeneste.

Hva kan være årsakene til såpass lave tall? Det er muligens flere faktorer som spiller inn: Det er få innarbeidede rutiner og tradisjoner for kontakt og samarbeid. Hjemmetjenestene er bygget betydelig ut de siste 10-15 årene, og kirkens ansatte har ingen «nedarvede» arbeidsmåter de lett kan gå inn i. At tjenestene er ambulerende, krever andre samarbeidsformer enn når omsorg gis i institusjon der mange både ansatte og mottakere av omsorgstjenester er samlet.

Er de ansatte i hjemmetjenesten tilstrekkelig oppmerksomme på sitt ansvar i forhold til å imøtekomme åndelig/eksistensielle behov?

Kanskje blir behovene mindre synlige for kirka når folk bor hjemme?

Med tanke på hjemmetjenestenes stadig viktigere plass i det lokale helsevesen, kan de lave tallene på samarbeid leses som ei stor utfordring for menighetens diakonale virksomhet. Her ligger et stort potensiale for utvikling av nye arbeidsformer og utveksling av kompetanse. Steder der et samarbeid allerede finner sted, kan både kirkelig ansatte og pleiere i hjemmetjenesten fortelle om spennende faglig utvikling og sterkere helhetlig omsorg for dem som bor hjemme.¹³

Kontakt og samarbeid med personalet

På spørsmål om menighetene driver undervisning for ansatte i helsesektoren, svarer kun 8 at de har dette «sporadisk» eller «etter behov». Ingen ser ut til å ha faste avtaler om dette. 6 menigheter har eller har hatt veiledning for eller sammen med ansatte i helsesektoren.

I den kontakt Lindring i Nord har med ansatte i kommunal helsetjeneste (gjennom kurs og nettverkssamlinger), uttales svært ofte tydelig behov for kompetanse og refleksjon omkring åndelig/eksistensiell omsorg, livsspørsmål og etikk. Det er grunn til å spørre om ikke kirkelig ansatte vil kunne utgjøre en betydelig ressurs her. Kirka vil altså kunne bidra til å dekke åndelig/eksistensielle behov ikke bare gjennom direkte kontakt med beboere/pasienter, men vel så mye gjennom å spre sin kompetanse og sine perspektiver til de ansatte i hjemmetjeneste og på institusjoner. Den kompetanse og erfaring som helsepersonell besitter, vil selvsagt også være av stor verdi for prester, diakoner og andre i kirka. I tverrfaglig omsorgssamarbeid trenger ikke nødvendigvis mottakerne å treffe alle faggrupper, men faggruppene trenger hverandre for å gjøre en best mulig jobb og dekke bredden i kravet om helhetlig omsorg.

¹¹ Palliative team er som regel knyttet til kreftavdelinger ved sykehus, og de har ansvar for lindrende behandling av alvorlig syke og døende, enten i avdelingen og/eller som ambulerende team i samarbeid med kommunal hjemmetjeneste. (palliasjon betyr lindring, og palliativ omsorg har utviklet seg til et eget fagfelt).

¹² Se hvilke kommuner i Nord-Norge som har slike stillinger på <http://www.unn.no/category10326.html>

¹³ F.eks samarbeid mellom kreftsykepleier og prester i Vågan i Lofoten

Det er dessuten et betydelig potensiale for økt støtte hos hverandre - både personlig og arbeidsmiljømessig i arbeid som krever store menneskelige ressurser, og som til tider kan være både fysisk, sosialt og mentalt belastende.

Ressurser og behov

De aller fleste av menighetene gir uttrykk for at de ser store udekkede behov i sine lokalmiljø, og at samarbeid med helsetjenesten kunne vært mer utviklet. Det er vel ingen overraskelse at ressursmangel oppgis som grunn for at menighetene ikke ser seg i stand til å imøtekomme disse behovene. På spørsmål om hva som skal til for å bedre kontakt og samarbeid mellom helsevesen og menighet, svarer ca 63 % "flere ansatte i menigheten", og særlig etterspørres diakoner. Ca 35% oppgir også økt kompetanse hos de kirkelige ansatte som et behov, og det er kompetanse om omsorg for alvorlig syke/døende og mennesker med demens som etterspørres aller mest. At såpass mange som ca 40% også oppgir at de trenger ideer til arbeidsformer /samarbeidsformer/tiltak, er kanskje mer overraskende at ca 22% sier de trenger hjelp til å få kontakt og etablere samarbeid med institusjoner/etater.

Avslutning

Selv om undersøkelsen ikke har tatt mål av seg til å tegne et fyldegjørende bilde av menighetene i Hålogaland sitt samarbeid med lokal helsetjeneste, viser resultatene likevel noen klare linjer og tendenser. Mange steder er møtepunkter og arbeidsformer godt etablert og innarbeidet. Dette er et viktig utgangspunkt i møte med de udekkede behov og mangel på samarbeid som også kommer til syne gjennom undersøkelsen. Disse kan leses som både økonomiske, organisatoriske og faglige utfordringer for såvel Den norske kirke som for institusjoner som utdanner kirkelig personell og kirkelig ansattes fagorganisasjoner. Utfordringene vil måtte møtes på bred front og på mange nivåer, som f.eks:

- Styrking av de diakonale perspektivene i teologisk arbeid, - kanskje særlig i pastoralteologisk tenkning og praksis
- Flere ansatte med diakonifaglig kompetanse i menighetene
- Tydelig prioritering av diakonalt arbeid fra kirkens ledelse (Kirkemøtet og Kirkerådet)
- Etter- og videreutdanning
- Utvikling av lokale kurs og workshops
- Etablering av fora for utveksling av ideer og erfaringer
- Styrking av kontakten med kompetansemiljøene utenfor de kirkelige strukturer, f.eks. diakonale institusjoner, sykehjems-og sykehusprester/diakoner, frivillige organisasjoner m.m.

Det offentlige helsevesen på sin side har utfordringer blant annet m.h.t. prioritering av tid til kontakt og samarbeid, og kompetanse og holdninger til åndelig/eksistensiell tematikk. Dette kommer til uttrykk gjennom undersøkelsen, og er gjenkjennelig fra arbeidet på LIN.

Men som tidligere sagt, etterspørres kompetanse om åndelig/eksistensiell omsorg av helsepersonell. Kontakt og samarbeid med kirkelig personell er ønsket, men mangel på møtepunkter og kjennskap til hverandre og hverandres kompetanse, er til hinder.

Samhandlingsreformens intensjoner og de lokale/regionale initiativ som er tatt de siste årene, er derfor av stor betydning.¹⁴ Måtte de være til inspirasjon og hjelp i både helsevesenets og menighetenes arbeid i møte med mennesker som trenger støtte i en krevende livssituasjon.

¹⁴ Eksempler på viktige initiativer, se Litteraturliste og avsnitt "Andre samhandlingsprosjekter/tiltak"

Litteratur

- Danbolt, L.J., Hauge, S., Kvigne, K., Skomakerstuen, L.: ”Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem. Forskningsstatus og aktuelle utfordringer”, Geriatrisk sykepleie 1/2012
- Jordheim, Kari og Korslien, Kari K.: ”Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen”, Rapport 2010/4, Diakonhjemmets Høgskole
- Jørstad, Anne H.: <http://www.demensogtro.no/>
- Jørstad, Anne H.: ”Vær her, Vær her. Ikke slipp taket nå! Personer med demens forteller om tro og liv”, Tidsskrift for sjelesorg 3/2011, s 200-213
- Jørstad, Anne H.: ”Tro hos personer med demens”, D&A 4/2011, <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=3114>
- Jørgensen, Anne B.: ”Jeg må jo klappe mens jeg husker det”. Rett til åndelig liv, også for personer med demens. Erfaringer fra et prosjekt. (upublisert)
- Listrøm, Anne Grete: ”Sjelesorg i menigheten”, Luthersk Kirketidende 6/13
- Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen”
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Ertzeid, Olav Rune, Larsen, Ellen M., Sivertsen, Stig Bjørnar: ”Mennesket lever ikke av brød alene. Aktiv omsorg med vekt på åndelige behov – en veileder”, Utviklingssenter for sykehjem, Nordland 2012

Andre samhandlingsprosjekter/tiltak

- ”Eksistensiell/åndelig omsorg for alvorlig syke og døende i kommunehelsetjenesten”. Et samhandlingstiltak for å bedre ivaretagelsen av alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende i kommunehelsetjenesten. Tysvær kommune, Bjørgene omsorg-og utviklingssenter, Kompetansesenter for lindrende behandling Helseregion vest, Stavanger bispedømme og Høgskulen Stord/Haugesund
http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/Tysv%C3%A6r%20kommune_2012013306_588039.pdf
- ”Omsorg ved livets slutt: Samtaler med alvorlig syke og døende i lokalmenigheten” – 20 studiepoengs videreutdanning i regi av MF og St.Olavs hospital (<http://www.prest.no/?p=3923>)
- ”Hjertter som ser”, samhandlingsprosjekt i regi av Akershus universitetssykehus, Sykehusprest Kristine Værness

Ingun Fosslund (f.-71)

Sykehusprest ved Universitetssykehuset Nord-Norge

Prest ved kompetansesenter for lindrende Behandling, Lindring i Nord

i samarbeid med

Diakonirådgiver Brita Bye og Solveig Seinnes ved Sør- Hålogaland bispedømmekontor

Diakonirådgiver Heidi Norbye ved Nord-Hålogaland bispedømmekontor

Universitetslektor Line M. Skum ved Kirkelig utdanningscenter i nord

Unn Tromsø juni 2013