

Samhandlingsreformen – en diakonal mulighet

Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet?

**Lisbeth Skilhagen Haaheim
Masteroppgave i diakoni MADIA 599**

**Veileder: Olav Helge Angell og
Kari Jordheim**

**Antall ord: 25990
Mai 2014**

Sammendrag

Tverrfaglig samarbeid er viktig i dagens samfunn som er blitt mer og mer sektoroppdelt. For å kunne nå de målene vi setter oss, er vi nødt til å tenke tverrfaglig samarbeid til beste for den tredje part. Å bruke hverandres fagkunnskap på tvers av sektorer og organisasjoner er med på å gi et helhetsperspektiv på en utfordring som kan være av stor betydning for mennesker med behov for hjelp fra støtteapparatet. Samhandlingsreformen er en statlig reform som er satt i gang nettopp for å motivere til mer samhandling mellom ulike organisasjoner i helsesektoren.

Ved teori ønsker jeg å formidle at kirken gjennom diakonien har en viktig rolle å synliggjøre en tjeneste for medmennesker og skaperverket og for Gud. De diakonale utfordringene er *nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet*. Diakonien uttrykkes i gjennom det diakonale arbeidet, ved forebyggende arbeid, og ovenfor utsatte enkeltmennesker og grupper. Et tverrfaglig samarbeid med helse- og sosial etaten i kommunen for å ivareta de grunnleggende verdiene i lokalsamfunnet og sammen nå det overordnede målet som Samhandlingsreformen gir. En viktig oppgave for diakonene er å tilrettelegge for bedre praksis for mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner.

I denne masteroppgaven ønsker jeg dermed å se nærmere på min «problemstilling»: Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet?

I mitt forsøk på å besvare problemstillingen har jeg brukt kvalitativ tilnærming som analyseverktøy. Utvalget i denne kvalitative analysen er begrenset til Stavanger bispedømme. Stavanger bispedømme er et geografisk område og har mange samarbeidspartnere i lokalsamfunnet. I samarbeid med diakonikonsulenten i bispedømme ble vi enige om hvilke syv diakoner jeg skulle intervjuer. Til slutt hadde jeg et intervju med diakonikonsulenten. Utvalget mitt består dermed av åtte intervjuobjekter fra Stavanger bispedømme. Intervjuene er tatt opp på lydopptaker og transkribert i etterkant.

Jeg har tolket dataene fra den kvalitative analysen ut fra et hermeneutisk forståelsesgrunnlag.

Hovedfunnene i analysen er at det tilsynelatende ikke har noen konkrete endring mellom den lokale diakonien og samarbeidet med kommunen etter Samhandlingsreformen trådte i kraft

01.01.12. Resultatene tyder på at det i fremtiden vil være viktig for diakonien å legge opp til et planmessig, systematisk tverrfaglig samarbeid som kan være med på å virkeliggjøre Samhandlingsreformen intensjon om å skape en bedre praksis rundt mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner ved hjelp av bedre tverrfaglig samarbeid. For å møte fremtidens utfordringer i helsetaten må vi tenke helhetlig og motivere til tverrfaglig samarbeid på tvers av organisasjoner.

Å komme sammen er begynnelsen.

Å holde sammen er framgang.

Å arbeide sammen er suksess.

Henry Ford

Forord

Å jobbe i kirken som diakon er spennende og krevende fordi det handler om møte med mennesker i ulike situasjoner i glede, sorg, fortvilelse, hjelpeløshet, sinne, frustrasjon, takknemmelighet for å nevne noe. Flott at jeg har fått noe fri av arbeidsgiver og mulighet til å ta mastergraden i diakoni. Tiden som deltidsstudent har vært givende. Å komme tilbake til Diakonhjemmet med en stab av fantastiske, kunnskapsrike og visjonære lærere har bare vært positivt. Det å ta masterutdannelse kun noen år etter diakonvigsling har vært utviklende faglig og nyskapende på mange måter i møte med nye diakonistudenter. I arbeidet med denne masteroppgaven så har det gitte meg mulighet til å reflektere over Samhandlingsreformens intensjon og om den har noen relevans for den lokale diakonien og for meg som diakon.

Det å skrive en masteroppgave har vært en lærerik prosess, en krevende jobb og det har ikke gått av seg selv. Derfor er det mange som fortjener en stor takk.

En stor takk til mine veiledere, Olav Helge Angell i den vanskelige oppstarten med formulering og avklaring av min problemstilling og en ekstra stor takk til Kari Jordheim som hjelp meg videre i skriveprosessen mot en endelig masteroppgave.

Takk til alle diakonene som stilte opp så velvillige som informanter. Det var veldig lærerikt å se de ulike menighetene, kirkene og arbeidsplassene. Jeg opplevde dem som stolte diakoner med omtanke og kjærlighet for den lokale diakonien de leder i de lokale menighetene. Jeg opplevde en fantastisk reise i Rogaland med gode øyeblikk og historier om hverdagsdiakoni noe som vil være godt å ta med seg videre.

En spesiell takk til Sara min datter som har fulgt meg igjennom hele oppgaven, en god samtalepartner, støttespiller og veileder. En takk også min arbeidskollega Reidun Qvale og datter Eline for gjennomlesning og korrektur.

Så til slutt vil jeg takke min fornuftige mann, Morten med all den støtten han har gitt fra A til Å. Et nyttig forskningslaboratorium hvor mine teorier har blitt drøftet, oppmuntring, kaffe og tålmodighet.

Haugesund mai 2014

Lisbeth Skilhagen Haaheim

Innhold

Sammendrag.....	1
Forord.....	3
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling.....	8
1.3 Begrunnelse for progresjonen i oppgaven for å finne løsninger på problemstillingen	9
2 Føringer og rammer fra myndighetene.....	11
2.1 Samhandlingsreformen.....	11
2.1.1 Samhandlingsreformen, betydning for pasient og nye kommuneroller	13
2.1.2 Tverrfaglig samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjoner.....	14
2.1.3 Praktiske utfordringer til samarbeid med frivillige organisasjoner.....	14
2.1.4 Gjennomføring av samhandlingsreformen.....	15
2.2 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse	16
2.3 Innovasjon i omsorg	16
2.4 Frivillighet for alle.....	17
2.5 Om verdier for den norske helsetjenesten	18
2.6 Morgendagens omsorg	19
3 Metode - Forskningsdesign	20
3.1 Valg av metode.....	20
3.1.1 Kvalitativ metode	20
3.1.2 Forskningsetikk	22
3.1.3 Utvalg	23
3.1.4 Mine begrensninger i utvalgets størrelse.....	24
3.1.5 Registrering av data.....	25
3.1.6 Reliabilitet og validitet	25
4 Teori.....	26

4.1	Diakoni	26
4.2	Institusjonsdiakoni i den norske velferdsstaten	31
4.3	Tverrfaglig samarbeid.....	32
4.4	Samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene.....	34
4.5	Fire forsknings prosjekt som kan være med på å belyse oppgaven.....	37
5	Presentasjon av funnene i datainnsamlingen, empiri og analyse	41
6	Drøfting	58
6.1	Samhandlingsreformens konsekvenser for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen.....	58
6.2	Forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet.....	67
7	Konklusjon	74
8	Litteraturliste	76
9	Vedlegg	79

1 Innledning

Etterspørselen etter helsetjenester kommer til å øke dramatisk i fremtiden grunnet eldrebølgen, flere personer med kroniske lidelser og økte forventninger til god helse generelt. Det vil samtidig komme til å være knapphet på helsepersonell. I 2010 var det 4 arbeidende personer per pensjonist i Norge, i 2050 predikteres forholdet å være redusert til 1,7 (OECD, 2011).

Samhandlingsreformen er en reform som er satt i gang for å møte de framtidige utfordringene i helsesektoren. Samhandlingsreformen motiverer til samarbeid på tvers av sektor/organisasjon og diakoniarbeidet. For å møte de framtidige utfordringene i helsesektoren er man nødt til og samarbeid på tvers av organisasjoner. Diakoniarbeidet kan ha en viktig rolle her.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den lokale menighet representerer Den norske kirke som var statlig, men ble en selvstendig organisasjon i 2012. Dette betyr at den lokale menigheten betegnes som en frivillig organisasjon. Den lokale menighet er satt til å utføre kirkens diakoni, som er omsorgstjeneste for mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner som kan forklares med tjeneste for min neste. Kirken er en del av samfunnet og derfor må diakoni alltid skje i en samfunnsmessig kontekst. Diakonien overordnede perspektiver er å stå sammen i arbeidet med å ivareta verdiene i samfunnet for alle mennesker i en sårbar og utsatt livssituasjon. (Kirkerådet, 2008)

Etter å ha jobbet 19 år i Den norske kirke, 12 år som diakonmedarbeider og 7 år som vigslet diakon, har jeg erfaringer av at samarbeid med andre instanser er viktig og nødvendig for det diakonale arbeidet i en menighet. Samarbeid på tvers av både menighetsgrenser, organisasjoner og ulike kommunale sektorer er også viktig for det diakonale arbeidet.

I 2010 ble diakoner, prester og helsepersonell i offentlig- og kommunal sektor i Nord Rogaland presentert for Samhandlingsreformen på en felles fagdag. Hensikten var å tydeliggjøre utfordringer og muligheter som Samhandlingsreformen inviterer til. Det ble lagt vekt på nødvendigheten av samarbeid i lokalmiljøet for å gi en helhetlig, koordinert og

individuell tilpasset tjenestetilbud for brukergruppen i helse- og sosialomsorgen. Det ble satt stor fokus på diakonens betydning for realisering og koordinering av besøkstjenester, sosiale sammenkomster og tilbud om åndelig og eksistensielle samtaler behov som helsetjenesten ikke nok kompetanse til.

Litt senere samme år var diakonene i Rogaland sammen med diakoni-konsulentene samlet til en fagdag med foredragsholder Kari Jordheim om temaet «Diakoni og samhandling». Rapporten med samme tema ble presentert. Dette var en fagdag til oppmuntring og veiledning for samarbeid mellom diakonien og kommunehelsetjenesten til Samhandlingsreformens forventede utfordringer i lokalsamfunnet.

Høsten 2012 var kirkeverger, prester og diakoner i nordfylket samlet til et informasjonsmøte der samhandlingskoordinatoren i Helse Fonna presenterte prosjektet angående Eksistensielle/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.

Samme år i møte med hjemmetjenestens enhetsledere ble det informert om kommunens tilbud til mennesker i ulike livssituasjoner. De var i utgangspunktet skeptisk til den diakonale omsorgstjenesten, fordi det kom fra kirken. De ønsket å være livssynsøytrale og ikke formidle kontakt fra en livssynsgruppe. Men hva med alle de andre? Det ble opplyst at de sjelden fikk spørsmål fra brukerne om åndelige og eksistensielle spørsmål, og dermed anså det ikke som et problem.

Intensjonen i Samhandlingsreformen er at kommunen må samhandle med frivillige organisasjoner for å kunne nå målet om «tilbudet om helhetlig helse». Selv om ikke Samhandlingsreformen nevner samarbeid med kirken, så mener jeg at diakonien er å regne som en frivillig organisasjon og en del av lokale miljøet kommunen er oppfordret til å samarbeide med. Dette kan være med på synliggjøring og tydeliggjøring av diakonien i lokalsamfunnet, samt diakonen sin rolle som kirkens kompetanse på omsorg, ledelse og frivillighet.

Som leder for den lokale kirkens diakoni har jeg ventet på forespørsel fra den kommunale helsesektor om samarbeid og tjenester vi kan tilby. Min faglige basiskompetanse er sykepleie med videreutdanning i diakoni. Kirke og helse har alltid vært et naturlig og spennende felt å jobbe i som diakon. Jeg mener at kirken, gjennom lang tradisjon, har god kompetanse på samhandling med ulike grupper, organisasjoner og ulike kommunale aktører. Samarbeid mellom ulike aktører foregår i varierende grad i for eksempel: samtalegrupper, gudstjenester, sorgarbeid, institusjonsbesøk, soknebud, skole-kirke samarbeid og katastrofe og krisearbeid.

Samhandlingsreformen oppfordrer kommunene til samarbeid med frivillige organisasjoner, noe som indikerer den lokale diakonien selv om kirken ikke er nevnt i rapporten. Den applauderer samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser og setter pris på det frivillige arbeid. På tross av alle de fine intensjonene reformen har om samarbeid mellom den lokale diakonien og de ulike kommunale instanser, fungerer dette av erfaring ikke i praksis. Hvorfor er dette samarbeidet så vanskelig å få til i praksis, og hva kan den lokale diakoni gjøre for at dette samarbeidet skal bli bedre?

1.2 Problemstilling

Samhandlingsreformen utfordrer den lokale diakonien til å samhandle med kommunen. I hvilken grad er diakoner involvert i arbeidet med Samhandlingsreformen, og hva er det i samhandlingsreformen som utfordrer diakonene i deres arbeid?

På bakgrunn av temaene jeg har nevnt over har jeg kommet fram til følgende problemstilling:
Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet?

Denne problemstillingen inneholder to spørsmål som jeg ønsker å finne svar på. Da er det nødvendig å belyse hva Samhandlingsreformen sin intensjon er og hva den har å si for den lokale diakonien, og hva denne forståelsen kan ha betydning for diakonen sin rolle i lokalsamfunnet.

1.3 Begrunnelse for progresjonen i oppgaven for å finne løsninger på problemstillingen

Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om den organiserte diakonien jfr. Plan for diakoni. Ikke den allmenne diakonien som omfatter alle mennesker, og heller ikke den spesielle diakonien som omhandler institusjonsdiakoni. Dette fordi samhandlingsreformen utfordrer til samarbeid og dette vil sannsynlig kreve den fagkompetansen som diakonen har. Og som videre kan utruste og organisere til frivillighet innen den allmenne diakonien i lokalsamfunnet og som er knyttet opp til kirken.

I innledningen av denne oppgaven har jeg valgt å forklare hvorfor jeg vil finne ut om Samhandlingsreformen har konsekvenser for diakonien i lokalsamfunnet når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet. Hensikten er å forstå Samhandlingsreformens intensjon om bedre helhetlig helsetilbud og viktigheten ved forebyggende arbeid i kommunene. Hvilken betydning et samarbeid med kommunen kan ha for andre aktører og organisasjoner som ikke er i helse og sosialsektoren.

Samhandlingsreformen og diakonien er to sentrale tema i oppgaven og er dermed viktig å definere. Derfor har jeg brukt mye tid på å definere Samhandlingsreformen i kapittel 2. Jeg har også i dette kapitlet tatt med noen andre direktiver og føringer fra staten for at å tydeliggjøre Samhandlingsreformens intensjoner.

Kapittel 3 er metode kapitlet, og er en presentasjon, begrunnelse og presisering av problemstillingen. Gjennom denne skriveprosessen og ved forhåndsintervjuene med sentrale diakoner i ulike posisjoner ble jeg mere og mer nysgjerrig på hvordan Samhandlingsreformen har vært med på å påvirke diakonien i Stavanger bispedømme. Det er et bispedømme med 44 diakon stillinger som har mange ulike samarbeidsrelasjoner med ulike kommunale aktører og frivillige organisasjoner. Åtte intervjuobjekter ble plukket til undersøkelsen. Spredt rundt i hele bispedømme, fra land, tettsted, forstad og by. For å finne ut av dette brukte jeg kvalitativ analyse for å komme tettere inn på informantens oppfattelse av sitt samarbeid med helsesektoren i kommunen.

Kapitel 4 er en redegjørelse for relevant forskningslitteratur innen diakonien og om diakonens direktiver fra menighetsråd og kirkeråd, og diakonens utfordringer i lokalsamfunnet. Et tverrfaglig samarbeid er helt avgjørende for at man skal kunne nå ut i lokalsamfunnet med diakonien. Harald Knutsens teori om samarbeid på vers av organisasjonsgrensene er nyttig for å finne svar på om hvordan diakonene kan organisere og samhandle med kommunen på en konstruktiv måte. Angel har skrevet i en artikkel om «Institusjonsdiakoni i den norske velferdsstaten» om viktigheten av å identifisere kollektive mål. Glavin og Erdal, og Lauvås og Lauvås har også momenter i forhold til betydningen av et realistisk syn på mulighetene i et tverrfaglig samarbeid. Jeg valgt å bruke definisjonen på diakoni for å utdype hva diakoni er og hvorfor vi utfordres til å samarbeide i lokalsamfunnet. (Kirkerådet, 2008). Litt er tatt med om hvordan diakonen er organisert og forankret i den lokale diakonien.

Kapitel 5, er en presentasjon og analyse av data fra de åtte informantene. Hovedfunnet i analysen var at fem av de syv aktuelle diakonene som jobbet i menighet sa at Samhandlingsreformen ikke hadde ført til endringer i samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunen

Ved hjelp av analysen i kapitel 5 og teorien i kapitel 4 har jeg i kapitel 6 drøftet resultatene og funnene for analysen. For å finne ut av hvordan kommunene og den lokale menighet samhandler om diakonien har jeg også benyttet Aas sin masteroppgave om samarbeid om diakoni i menighet (Aas, 2012). «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011: 11) for «Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre.» Det innebærer et omsorgstilbud der kulturelle og åndelige behov bør bli ivaretatt. Den omhandler grunnlovfestede bestemmelser om religionsfrihet og yringsfrihet (Kongeriket Norges Grunnlov, 1814). Til slutt noen momenter for hva tverrfaglig samarbeid kan bety for diakonens forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet. Knytter dette opp til rapporten som ble skrevet av Grete Karen Framgarden om den nye kirkeordning for Den norske kirke – innspill til ny organisering av kirken med særlig blick på diakonien og diakonen (Framgarden, Grete Karen, 2012).

I kapitel 7 har jeg presentert de funnene jeg har kommet fram til i løpet av drøftingen på bakgrunn av problemstillingen.

2 Føringer og rammer fra myndighetene

Statens føringer og rammer som er relevante for denne oppgaven har jeg valgt å utdype nærmere. Dette for å belyse hvilken betydning de har for den lokale diakonien i samarbeid med helse- og sosialetaten i kommunen.

- St. meld. nr. 47: Samhandlingsreformen.
- Rundskriv nr.1 – 6/2009 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse.
- NOU 2011 nr.11: Innovasjon i omsorg.
- St. meld. nr. 39: Frivillighet for alle.
- St. meld. nr. 26: Om verdier for den norske helsetjenesten.
- St.meld. nr. 29: Morgendagens omsorg.

2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, er en politisk reform som setter lover og intensiver ut i livet. Dette er en reform hvor staten overfører deler av ansvaret innenfor helsesektoren til kommunene for å gi *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* til beste for pasienten. (St.meld. nr.47, 2008 - 2009) Samhandlingsreformen inneholder blant annet insentiver til kommunen om at det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid og at man må nyttiggjøre seg av hverandres kompetanse for å skape en bedre praksis rundt mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner.

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evne til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 13)

En reform, er en forandring (omdanning) av de bestående forhold som er eller er ment å være, til det bedre. (www.storenorskeleksikon.no) Samhandlingsreformen ble til etter at daværende Helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hanssen var på reise landet rundt og observerte helse-Norge: «Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kronisk sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge.» (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 3)

B. H. Hansen utfordrer oss til å tenke nytt. Satse på forebygging framfor reparering og å sørge for økonomisk insentiver som her menes å legge forholdene til rette slik at aktørene gjennomfører handlinger som er i tråd med samfunnets interesser. Dette for at pasienten skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Staten har ansvaret for sykehusene og nå ønskes det at kommunene skal ha det overordnende ansvaret for pasientene. Sykehusene skal fortsatt ha sin spesialtjeneste men pasientene skal ikke ligge på sykehuset når de er ferdigbehandlet, da skal de tilbake til den kommunen de hører hjemme. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 3)

I Stortingsmeldingen nr. 47 er fokuset på dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer. Vurdert i forhold til både pasienters perspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv bygger st. meldingen på at det bør være bedre samhandling av helse- og omsorgssektoren angående de viktigste utviklingsområder framover. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 13)

Hovedpunktene i utfordringene i norsk helsevesen i framtiden er:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
- *Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.* Det finnes ikke gode systemer for analyse og beslutninger for hvordan man skal bedre leddene fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 13)

Stortingsmeldingens primære siktemål er å påvirke videre utvikling av helse- og omsorgssektoren gjennom å fokus på betydningen av samhandling i disse hovedpunktene:

1: Klarere pasientrolle.

2: Ny framtidig kommunerolle.

3: Etablering av økonomiske insentiver.

4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

5: Tilrettelegging av tydeligere prioriteringer.

(St.meld. nr.47, 2008 -2009, ss. 15-16)

2.1.1 Samhandlingsreformen, betydning for pasient og nye kommuneroller

I denne sammenhengen vil jeg videre konsentrere meg om samhandlingsreformen sin betydning for pasientrollen og nye framtidige kommuneroller. Det er nødvendighet og en utfordring for de ulike aktørene å komme sammen og i fellesskap finne fram til de tiltakene som må til for å bedre pasientforløpet og da på en mer samfunnsøkonomisk måte. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 19)

Det vil da være behov for en person som kan organisere disse tjenestene for at pasienten skal få sine rettslige tjenester godt koordinert. Dette vil være en lovpålagt plikt fra regjeringen Utgiftene i helse- og omsorgssektoren er for stor i dag og man må redusere de for å kunne møte morgendagens behov for en helhetlig omsorg. De offentlige utgiftene vil komme til å øke fra 44 prosent av fastlandets BNP (bruttonasjonalprodukt) i dag til 55 prosent i 2060. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 24) Spesialisthelsetjenesten er gjennomgående billigere enn kommunehelsetjenestene. Samhandlingsreformen legger sterkere fokus på viktigheten av forebyggende helseforetak. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 27)

I Norge har man i dag mange frivillige organisasjoner som er viktige aktører i denne reformen. Endringer i samhandlingsreformen gjør at det bør være en skjerpet oppmerksomhet på hvordan det videre utviklingsarbeidet gjennomføres slik at resultatet skal bli best mulig. *Utviklingen bør skje i dialog mellom myndigheter og de frivillige organisasjonene og med respekt for det idegrunnlag som de ulike organisasjonene er tuftet på.* (St.meld. nr.47, 2008 - 2009, s. 37)

Hva betyr samhandlingsreformen for pasienten: Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en del av lokalsamfunnet. Fokus på rehabilitering er nødvendig og virker tidsavgrensede. Dette kan gjøres ved hjelp av planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig støtte slik at brukeren ved egen hjelp kan fungere sosialt i samfunnet. Dette omfatter somatiske og psykisk helse, det gjelder det sosiale liv av ulik karakter. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 62) Til disse oppgavene baserer kommunene seg på involvering av de frivillige og lokale tiltakene.

Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Tidlig intervensjon har til hensikt å forhindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer enten tidlig i livet, eller tidlig i forløpet. Tidlig intervensjon er dessuten viktig for å oppnå mestring,

hindre utstøting og kroniske tilstander, samt at unødige tilleggslidelser utvikler seg. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 68)

Kommunene blir oppfordret til å ha en folkehelsekoordinator for å fremme bedre folkehelsearbeid, påvirke forutsetningene for samfunnets samlede innsats for den enkeltes levekår og helse. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 72) Erfaringen tilsier at vi bruker mye penger på å reparere. Forskning viser at tiltak må settes inn i det forebyggende arbeid som hindrer eller reduserer utvikling av sykdom. Samhandlingsreformen legger vekt på at forebyggende og helsefremmende arbeid har stor gevinst i den lange løp. Kommunene har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av nærmiljøpolitikken. Det er staten sin oppgave å legge til rette lovgiving og andre virkemidler. Det offentlige fraskriver seg ikke sitt ansvar selv om det er frivillige organisasjoner som tar hånd om enkelte områder. Dette vil kreve at det de frivillige organisasjonene har et samspill med det offentlige.

Samhandlingsreformen innebærer en sterkere satsing på kommunale tjenester og fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskeltilbud. Dersom de politiske målsetningene skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og disse fagområdene. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 130)

2.1.2 Tverrfaglig samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjoner

Samhandlingsreformen utfordrer helsepersonell på en ny måte nå som de må jobbe mer tverrfaglig, og forholde seg til en mer deltagende bruker. Målet er helhetlig behandling og at de ulike arbeidsmåtene kan bidra til kontinuitet i pasienthåndteringen. Samarbeid med familiebasert omsorg og frivillige organisasjoner har vært kjennetegnet for den norske helsetjenesten. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 131) Videre legges det til rette for at enkelte forhold skal gi økt vekst mot det helhetlige pasientforløpet.

at innsatsen på forebygging og tidlig intervensjon skal økes, inklusiv understøttelse av befolkningens ansvar for egen helse, at dette vil gi kommunenivået en mere framtrædende rolle, at de økonomiske insitamentene bedre skal understøtte de helsepolitiske målene og at IKT på en mer grunnleggende måte skal bli brukt som hjelpemiddel. (St.meld. nr.47, 2008 -2009) s.139.

2.1.3 Praktiske utfordringer til samarbeid med frivillige organisasjoner

Norsk samfunnsliv har en betydelig ressurs i de frivillige organisasjonene. Dette gjelder også for områder der det offentlige har ansvar. De frivillige organisasjonene tar ofte tak i områder som «ikke er sett» av det offentlige. Det er viktig at disse områdene blir tatt med i

vurderingene og at man verdsetter de frivillige organisasjoners rolle. Det poengteres at de frivillige organisasjonenes fleksibilitet og nærhet til brukerne bør ivaretas.

Målet er at pasienten mestrer bredden av utfordringer i sin livssituasjon. Her vil det sosiale nettverket være en viktig faktor. Frivillig engasjement skaper medmenneskelighet, engasjement og et sosialt ansvar. Frivillighet har en verdi i seg selv. Denne tjenestens målsetning innen helse- og omsorgstjenesten er at man i en medisinsk forstand, skal være frisk. Dette målet er ikke nådd før det er lagt til rette for at pasienten mestrer bredden av utfordringer i sin livssituasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet har innledet en dialog med de frivillige organisasjonene for å drøfte hvordan prosesser bør organiseres innenfor rammene til Samhandlingsreformen. Dette for å bedre samarbeidet mellom offentlige myndigheter, virksomheter og frivillige organisasjoner. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 143)

2.1.4 Gjennomføring av samhandlingsreformen

Hovedideen til Samhandlingsreformen er at det må utvikles bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører. *Da er det nødvendig at man utvikler felles forståelse for mål, rammer og hva som er de viktigste suksess- og risikofaktorene.* (St.meld. nr.47, 2008 - 2009, s. 145) Dette vil kreve endrede roller og samarbeidsmønster mellom kommuner og helseforetak, som er avhengig av at dette skjer på en koordinert måte både nasjonalt og lokalt. Samhandlingsreformen formål er at offentlige myndigheter, virksomheter og frivillige organisasjoner drøfter hvordan disse prosessene bør organiseres. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 146)

Stortingsmeldingen legger til rette for at helse- og omsorgssektorens samlede budsjett kommer av frie inntekstmidler av forventet vekst. På noen områder er det forslag om tiltak som skal gjennomføres og på andre områder forslag til hovedlinjer som skal følges. Der gis skisser til alternative løsninger men uten konkrete bestemmelser om hvilke løsninger man skal

velge. En ny kommunerolle med forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltilbud og tverrfaglig tiltak. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, s. 149)

2.2 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse

For å ivareta lokalbefolkningens verdier som del av helhetlig helse har det kommet et veiledningshefte om «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse», samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. «Alle som er avhengige av kommunale – og helsetjenester skal få tilrettelegging og bistand for å kunne utøve sin tro og sitt livssyn». Vi utfordres dermed til å tenke nytt om tverrfaglighet og samarbeid på kryss av hverandres grenser. Dette gjelder ikke bare for de som jobber innen helsesektoren men også for andre organisasjoner som kan bidra til godt, helhetlig og tilfredsstillende tilbudtilbud til alle mennesker som er avhengige av en kommunale helse- og omsorgstjenester. I november 2013 ble det utarbeidet et veiledningshefte til mottatakernes beste. Veiledningshefte er for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre:

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene eller i fellesskap med andre til tjenestemottagerens beste for at forholdene skal legges til rette for en god samhandling i lokalmiljøet. (STL, 2013)

Hvordan kan den lokale menighet møte åndelige og eksistensielle spørsmål i tråd med Samhandlingsreformen sitt ønske om tilrettelegge for god helse og forebygge sykdom. Dette på områder der god helse omfatter fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og åndelig velvære. Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle landets kommuner og fylkesmenn om rett til egen tros- og livssynsutøvelse bygger på et av *FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter fremgår det at enhver har rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet*. Dette er også en grunnleggende rettighet for de som trenger bistand og tilrettelegging på grunn av nedsatt funksjonsevne og/eller sykdom for etter eget valg, kunne utøve sin tro.

2.3 Innovasjon i omsorg

Kommunene har blitt et forvaltningsorgan for gjennomføring av mange oppgaver i vår velferdsstat. Den er myndighetsutøver, forvalter, lokalsamfunnsutvikler og tjenesteleverandør.

Det er driften som preger virksomheten. Innovasjonsarbeid må organiseres og vurderes lokalt for å løse utfordringene. For å kunne benytte seg av hverandres kompetanse viser reformen til rettigheter i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011: 11, s. 10) Den peker på at man bør benytte seg av mulighetene til å inkludere frivillige og sivile i samfunn, den fastholder at omsorg er et kommunalt og offentlig ansvar, og at omsorgsoppgavene må løses gjennom fellesskap lokalt. Det er da nødvendig at de som koordinerer helsetjenestene innen den offentlige omsorgen, kjenner til hva frivillige og organiserte organisasjoner i lokal samfunnet kan bidra med for å løse de ulike utfordringene i helhetlig helsetjeneste.

Innovasjon i omsorg, kan være å ta i bruk kunnskap eller bruke kunnskap på en ny måte for å møte nye, større og flere utfordringer med tanke på å skape muligheter for god helse og velvære. Innovasjon er alltid eksperimenterende. Omsorg er noe alle er avhengige av helt fra livets begynnelse og til livets slutt. Det er en medmenneskelig handling og bygger på de mest grunnleggende verdier i vårt samfunn. Omsorg kan gis via familien, i uformelle sammenhenger eller igjennom fellesskapets velferdsordninger. Innovasjon i kommunen må bygges på systematisk bruk av arbeid og det er en fordel at det utarbeides en overordnet strategi for kommunen som inneholder en klar plan for hva man ønsker å oppnå, hvor og med hvilke muligheter. Evnen til å ta i bruk ny kunnskap er avgjørende. De offentlige aktørene oppfordres til å skape nettverk som gir dem tilgang til ulike partnere slik at de kan motta den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig for den ønskede oppgaven. (NOU 2011: 11, s. 11).

2.4 Frivillighet for alle.

Samfunnet preges i større grad enn før av individualisme og privatisme. Fortsatt har vi behov for sosial tilhørighet gjennom deltagelse i det sosiale livet igjennom fellesskap. Fellesskap med andre har avgjørende betydning livskvalitet, fellesskap og utvikling. Frivillig organisasjoner som blant annet kirken regnes som grunnpilarer i vårt demokrati og velferdssamfunn. Frivillig arbeid gir mennesker muligheter til å bruke å utvikle seg selv. (St.melding. nr. 39, 2006-2007, s. 12) Regjeringen ønsker som hovedmål å stimulere til økt deltagelse og engasjement, særlig fra grupper som i dag faller utenfor det frivillige organisasjonslivet. Inkluderingsbegrepet omfatter alle grupper og individer som av en eller annen grunn kan falle utenfor velferdssamfunnet. (St.melding. nr. 39, 2006-2007, s. 14)

Regjeringens ønske om å utvikle et levende samspill med frivillige organisasjoner og ved å legge til rette for frivillig engasjement. Gjennom frivillig arbeid kan folk delta i meningsfylt og samfunnsnyttig virksomhet. Frivillige organisasjoner yter uvurderlig bidrag til samfunnet, både igjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats. Verdien av denne innsatsen er enorm. Frivillig virksomhet er i endring, blant annet på grunn av moderniseringsprosesser og en generell individualisering i samfunnet. Dette bidrar til å sette frivillig sektor under press. For å opprettholde en omfattende frivillig sektor i Norge, er det nødvendig med flere tiltak for å sikre rekruttering av aktive og tillitsvalgte. (St.melding. nr. 39, 2006-2007)

Dette er et interessant dokument på 291 sider som setter søkelyset på frivillighetens betydning for den som mottar og for den som utfører frivillighet, og at dette gjelder for oss alle.

2.5 Om verdier for den norske helsetjenesten

Utgangspunktet for denne meldingen er menneskerettsprinsippet i gjeldene internasjonale konvensjoner: *Hvert menneske har krav på vern om og respekt for sin integritet uten hensyn til rase, farge, språk, religion, politisk syn eller annen mening, nasjonalt eller sosialt opphav eiendom, fødsel eller andre behov* (Lov av 21. mai 1999).

Og at tjenestene skal være preget av nestekjærlighet og ansvarlig ressursforvaltning. Tryggheten står sentralt for de som er mest sårbare eller har det vanskelig og for å sikre kravet til helsetjenester og medvirkning fra hver eneste pasient og pårørende. (Stortingsmeldingen nr.26, 1999-2000).

Frivillige organisasjoner har lange tradisjoner for aktiv utforming og drift av tiltak i den norske helsetjenesten. Frivillige organisasjoner har bygd opp og drevet helseinstitusjoner, helsestasjoner og hjemmesykepleietjenester. På en del av disse områdene har det vært disse organisasjonene som har gått foran og vist hvilke modeller som kan egne seg i dagens helsevesen. Den tradisjonen om de frivillige organisasjonene står for, er et viktig supplement til den offentlige tjenesten, ikke bare når det gjelder kapasitet, men også i form av nyanser når det gjelder innholdet i tjenesten. (Stortingsmeldingen nr.26, 1999-2000, s. kap. 4)

Fra gammelt av har kirken hatt en sentral plass i omsorg ved sykdom. Diakonale ordninger har på mange måter gått foran for å utvikle et helsevesen, både nasjonalt og internasjonalt. I form av forebygging, behandling, omsorgsarbeid og i undervisning.

Kirkens arbeidsgiverorganisasjon og Kirkerådet har siden 1996 vært i dialog med departementet om hvordan kirken og helsetjenesten sammen kan møte de framtidige utfordringene helsetjenesten står ovenfor. I 1999 ble det lagt fram en rapport som viser at diakonalt arbeid i form av samarbeid mellom menighetene og kommunehelsetjenesten er primært satsningsområde for kirken. Det påpekes at samarbeidet er lite formalisert, og at det er lite samordnet forskning og fagutvikling. Kapittel 4 i denne st. meldingen står det som videre oppfølging: Departementet tar sikte på å arbeide videre for å finne fram til gode samarbeidsformer mellom diakonien og den offentlige helsetjenesten. (Stortingsmeldingen nr.26, 1999-2000)

2.6 Morgendagens omsorg

Morgendagens omsorg handler om å tenke annerledes og bedre. Mange har bruk for omsorg deler av livet eller hele livet. Noen vil ha behov i kortere perioder, mens andre treger assistanse og bistand gjennom hele livsløpet. Tiltakene i meldingen skal gi pleietrengende et bedre og enklere liv. Sammen med brukere, pårørende, frivillige, ideelle organisasjoner, næringslivet, forskningsmiljøene og kommunene. Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram fram mot år 2020. Den krever at kommunene selv settes i sentrum av innovasjonssystemet. Det er da viktig at kommunen får rammeverk og virkemidler for å trekke inn ny aktører i utformingen og produksjon av tjenestene at nye løsninger oppstår. Dette er et innovasjonsprogram som skal utforme nye løsninger for morgendagens omsorg sammen med brukeren, pårørende, kommunen og frivillige organisasjoner. (St.meld nr.29, 2012-2013)

3 Metode - Forskningsdesign

Bakgrunnen for valg av tema og vurdering av problemstilling har betydning for valg av metode som jeg ønsker å bruke i denne oppgaven. Valg av teori og sekundærlitteratur, datainnsamling, analyse og tolkning skal være med på å vise hvilken framgangsmåte jeg har benyttet i denne oppgaven og for hvordan jeg har reflektert over informasjonen som presenteres i denne masteroppgaven. Det vil si hvilket middel som benyttes til å belyse problemstillingen og komme fram til ny kunnskap.

3.1 Valg av metode

I forbindelse med metodevalg, er det problemstillingen som bestemmer fremgangsmåten. Med min masteroppgave ønsker jeg å gå i dybden av Samhandlingsreformen og vektlegge hva dens betydning er. Oppgaven vil kreve fleksibilitet fordi opplegget kan endres i løpet av undersøkelsesprosessen. En kvalitativ tilnærming er den beste måten for å finne svar på i min problemstilling.

Min problemstilling er todelt. Den spør etter hvilke konsekvenser har samhandlingsreformen for den lokale diakoni sitt samarbeid med kommunen. Det andre er og forståelse av diakonens rolle i lokalsamfunnet. Ved den første delen må ulike sider ved forskning vurderes ut i fra innhentet datamateriell. Den andre delen kan være et resultat av hva man kommer fram til ved forskningen av den første delen og som igjen kan fortolkes ved bruk av den hermeneutiske sirkel.

3.1.1 Kvalitativ metode

Denne oppgaven er en diakoniforskningsstudie som er i nærheten av en samfunnsvitenskapelig forskning. Jeg ønsker å forstå mer om den samfunnsmessige utfordringen og hvordan den lokale diakoni kan møte disse utfordringene. Kvalitativ metode vil bli brukt i denne oppgaven, dette fordi den gir viktig informasjon om, forståelse for og innsikt i den aktuelle situasjonen.

Kvalitativ metode kjennetegnes ved fleksibel forskningsopplegg. Innsamling av data ved hjelp av intervju med 6-10 informanter. I intervjusituasjon er det viktig å skape en tillitsfullt og fortrolig atmosfære, slik at forskeren får den informasjonen om de temaene som informanten bidrar med. Forskeren kan /må ta regien i intervjusituasjonen slik at informanten

føler seg trygg og har lyst til å fortelle om jobben sin og sin rolle som diakon. (Thalgaard, 1998, s. 99) I forskningen kan intervjuet defineres som en toveis systematisk samtale mellom forsker og en informant, dette for å skaffe relevant informasjon i studiet. (Haugen, 2013) Formålet med intervjuene er å få en fyldig og omfattende informasjon om synspunkter og perspektiver de har på temaer som berører min problemstilling. Ved intervjuer får man innsikt i informanters erfaringer, tanker og følelser som også er med på styrker kvaliteten på funnene i datamaterialet. Flexibiliteten til den kvalitative metoden kan føre til at både datainnsamling og analyse endres i den teoretiske antagelsen. På bakgrunn av begrunnelsen for min problemstilling og valg av metode er kvalitativ forskningsmetode den best egnet i denne oppgaven. Det innebærer at forskeren vil ha et reflektert forhold til beslutninger som blir tatt i løpet av denne prosessen.

Spørsmålskrav til intervjuene:

- Legge vekt på fleksibilitet
- Formulere et tema som skal være styrende for undersøkelsen
- Begrepsmessig og teoretisk klargjøring
- Utvikle en oversikt over tematikken og sosiale relasjoner i samfunnet
- Nødvendig kunnskap for å kunne stille rette spørsmål
- Spørsmålene må oppleves som relevante for informanten
- Intervjuene må gå i dybden om de temaene det er ønskelig å få informasjon om
- Formulere oppfølgingsspørsmål
- Strukturert intervju der sammenligninger mellom informanter er nødvendige.

(Thalgaard, 1998, ss. 87-96)

Intervjuguide for spørreundersøkelsen er lagt som vedlegg.

Forskningsetiske hensyn som må tas i forbindelse med intervjuene:

Om informantenes «Prinsippet om konfidensialitet» holdes.

Troverdighet til informanten om det er noen skjulte sider. (Thalgaard, 1998, s. 103)

Alle informanter får et samtykkeerklærings skjema, det ligger som vedlegg.

Forskningsspørsmål på bakgrunn av problemstillingen: Hvilke konsekvenser har

Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet?

- Hva kan fremme godt samarbeid mellom den lokale diakonien og kommunen?
- Hva er hindringene for et samarbeid?
- Hvorfor er felles forståelse av hva vi samhandler om og for hvem?
- Hvordan skal vi samarbeide til beste for de i en sårbar og utsatt livssituasjon?

Jeg har stilt informantene identiske spørsmål. Jeg informerte om at intervjuguiden kunne bli endret noe i den videre i intervjurunden hvis det viste seg å være vanskelige å svare på og lite relevante for oppgaven. Etter endt intervjurunde vurderte vi sammen at det var relevante og gode spørsmål å reflektere over. Noen var litt like, men de åpnet opp for å se Samhandlingsreformen sine konsekvenser fra litt forskjellige sider og at man kunne se diakonens rolle fra flere sider.

3.1.2 Forskningsetikk

Spørsmålet er om hvor nærgående forskeren kan være i en intervjusituasjon, og det er avhengig av prinsippet om at informanten ikke skal ta skade av å delta i forskningsprosjektet. Finne løsninger på å hindre at informanten kjenner seg selv igjen. Retten til beskyttelse av privatlivet (Thalgaard, 1998, s. 110)

Informert samtykke:

NESH (De nasjonale forskningsetiske komiteer) definerer prinsippet om informert samtykke slik: «Som hovedregel skal forskningsprosjektet som inkluderer personer, settes i gang bare etter deltagernes informerte og frie samtykke. Informanten har til enhver tid rett til å avbryte sin deltagelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem. (Thalgaard, 1998, s. 126)

Spesielle utfordringer med å hente inn informert samtykke i kvalitativ forskning:

Det kan være vanskelig for informanten å vite hva det egentlig samtykkes i, fordi det er preget av den fleksibiliteten kvalitative studier innebærer. Det er vanskelig å vite hvordan forskningsprosjektet utvikler seg både for forsker og informant (Thalgaard, 1998, s. 227)

Prinsippet om konfidensialitet:

De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må forhindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres, og det må stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre

opplysninger som gjør det mulig og identifisere enkeltpersoner oppbevares og tilintetgjøres (Thalgaard, 1998, s. 27)

Det innebærer at informanten har rett til beskyttelse av sitt privatliv. Viktig og ikke å skrive om forhold som kan avsløre en som identifikasjon, informasjon om alder, yrke og bosted. (Thalgaard, 1998, s. 224)

Redegjør for konsekvenser for deltagerne i kvalitativ forskning i denne oppgaven:

Det er viktig at forskeren ikke har en kritisk posisjon eller opptre som informantens advokat. Forskeren skal ikke være informantens talsperson men forskeren skal ha forståelse for informanten. Når resultatet presenteres, må ikke informanten føle seg utlevert på noen måte og informanten kan heller ikke vente at forskeren skal opptre på deres vegne (Thalgaard, 1998, s. 230)

3.1.3 Utvalg

Utvelgelsen av informanter skjer underveis i datainnsamlingen.

Hensiktsmessige informanter: Samtaler uten intervjuguide var for å orientere meg i det diakonale landskapet, som hjalp meg til å avgrense oppgavens størrelse før skrivingen begynte. Det ble syv stykker i alt, en fra Kirkerådet, en diakonirådgiver, en diakonikonsulent, Generalsekretæren i Diakonforbundet, en diakon i Haugesund bispedømme med 20 % av stillingen innen planarbeid innen palliativ omsorg, en masterstudent i diakoni og en doktorgradsstipendiat i diakoni.

Kategoribaserte utvalg: Også denne samtalen uten intervjuguide.

Doktorgradsstipendiat i diakoni og profesjonell praksis ved diakonhjemmet og som har skrevet masteroppgaven «Tydelig diakoni». Har planprosessen i Bærumsdiakonien ført til endringer i diakoniforståelse, og i tilfelle på hvilken måte? En undersøkelse blant diakoner, andre ansatte og rådsmedlemmer i Bærum bispedømme. Og diakon i Trondheim som har skrevet masteroppgaven, «Samarbeid som gir muligheter». Implementeringsperspektiv på samarbeidsavtalen mellom Trondheim kommune og kirken i Trondheim by.

Strategisk utvalg: er utvelgelse av informanter med egenskaper og kvalifikasjoner som er sentrale og vil belyse forhold til temaet som undersøkes. (Grønmo, 3.opplag 2010, ss. 88-90) Begrenset utvalget i Stavanger bispedømme etter råd fra informant i kategorisert utvalg. Et spennende bispedømme som har sterkt fokus på diakoni og som har hatt fokus på

Samhandlingsreformen og hvor diakonene er blitt informert om Samhandlingsreformen ved ulike sammenhenger nevnt innledningsvis.

Noen utfordringer i kvalitative studier, er at studier omhandler personlige temaer som det kan være vanskelig å finne informanter til. Og da må seleksjonsmåter benyttes som sikrer et utvalg med villige personer som er interessert å være med i undersøkelsen. Dette kalles ofte for snøballmetoden. Dette er en videreføring av seleksjonsmetoden, hvor de personene som er blitt med i utvalget anbefaler nye informanter som har de nødvendige egenskapene og kvalifikasjonene som er relevant for undersøkelsen. Ved denne måten har man villige informanter som ikke er redd for og «å utlevere» seg, og man kan miste viktig informasjon fra de som ikke er villig til å bli med i en slik undersøkelse. Det er ingen grunn til personlige utfordringene i denne oppgave fordi den er basert på en intervjuguide som ikke vil berøre sensitive opplysninger. (Thalgaard, 1998, ss. 55-62)

Utvalget ble vurdert ut fra de begrensningene i oppgavens ønskede størrelse og hvilket av de 11 bispedømmer i landet det skulle representere. Stavanger bispedømme ble valgt på grunnlag av et konkret forslag fra en informant i den første uformelle intervjurunden. Begrunnelsen var at det kunne være av interesse å gjøre en undersøkelse i en annen landsdel enn akkurat blant Bærumsdiakonene som først denne undersøkelsen var tiltenkt.

3.1.4 Mine begrensninger i utvalgets størrelse

Størrelsen på utvalget vurderes underveis til man har nok stoff til å få svar på problemstillingen. Utvalget må ikke være større enn at man kan gjennomføre og gå i dybden av analysen. Utvalget ble begrenset til Stavanger bispedømme, der det er 44 stillinger. Av de 44 diakonale stillingene som det i hovedsak er ansatt diakoner i ble det valgt ut 8 diakoner. Etter samtale med diakonikonsulenten i Stavanger bispedømme, ble det valgt en fordeling av informanter fra hele bispedømmet, fra nord til sør og i indre Ryfylke. Alle skulle være viglede diakoner. De skulle representere by, tettsted eller fra landet. Utvalget er diakoner ansatt av kirke og stat og diakoner ansatte i stillinger som resultat av Samhandlingsreformen. Informantene i utvalget består av 7 menighetsdiakoner og et intervju til slutt med Diakonirådgiveren, til sammen 8 informanter. Utvalget består av 6 kvinner og 2 menn.

3.1.5 Registrering av data

Intervjuene gjøres i den kirken diakonene jobber, i kjente omgivelser. Registrering av data/intervjuene skjer ved lydbåndopptak som blir transkribert og satt i et system av de funnene som jeg skal undersøke. De får på forhånd en kort konkretisering av hva masteroppgaven går ut på, intervjuguide og et samtykkeerklæringskjema. Viktig at datainnsamling og analyse foregår parallelt, dette for at datainnsamlingen til tidligere analyser av materialet kan foregå parallelt. I temasentrert forskning retter forskeren fokus mot utvalgte temaer og sammenligner all informasjon. Å analysere utsnitt av teksten for å gi en helhetlig forståelse i forhold til sammenhengen teksten er en del av. Grunnlaget for en helhetlig forståelse er analyse av sammenhenger mellom temaene. (Thalgaard, 1998, ss. 30,113,172)

3.1.6 Reliabilitet og validitet

Å tolke datainformasjonen av undersøkelsen innebærer at man reflekterer over dataens meningsinnhold og gir en presentasjon av kvalitativ forskningsresultater.

Reliabilitet, validitet og overførbarhet er kvaliteter i kvalitativ forskning.

Reliabilitet er datamaterialets pålitelighet og innebærer at den er gjennomført på en nøyaktig måte. De empiriske funnene i datainformasjonen er avhengig av at framstillingen i størst mulig grad er tro mot informantenes egne ord. Nøyaktighet i transkriberingen av intervjuene som gjør det mulig å gjengi informantenes egne utsagn. Funnene skal analyseres og drøftes, og av dette skal det trekkes en konklusjon.

Validitet er datamaterialets gyldighet for de problemstillingene som skal belyses. Validiteten er et uttrykk for hvor godt det faktiske datamaterialet svarer til forskerens intensjoner med undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen. Hvilke informasjon som benyttes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides.

Om mulig finne ut om konklusjonen av oppgaven har en overførbarhet, om funnene kan knyttes til gjenkjennelse av lignende undersøkelser.

4 Teori

I denne oppgaven er det nødvendig og belyse diakonitjenestens grunnlag, innhold, rammer og ordninger ut i fra Den norske kirkes diakoniforståelse og menighetsrådets ansvar for den lokale diakonien. For å kunne utføre oppgaver som Samhandlingsreformen initierer til er det nødvendig med egen kompetanse, tverrfaglig samarbeid, profesjonalitet når diakonirollen skal utøves i et samarbeid med andre organisatoriske og kommunale strukturer.

4.1 Diakoni

Definisjon på diakoni:

Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettighet. (Kirkerådet, 2008, s. 7)

Diakoni er evangeliet i handling og uttrykkes igjennom disse fire satsningsområdene og de gir en klar motivasjon og begrunnelse for diakoni. Vi er alle skapt i Guds bilde og til å være medmennesker. Og da er det viktig å spørre, hvem er min neste? Det gjelder omsorg for livet fra livets spede begynnelse til livets evighet. I dåpen vigsles vi til «det allmenne prestedømme» og «det allmenne diakondømmet». I Den norske kirke har hele menigheten ansvar for fellesskapet og dets oppbygning. Alle kirkens medlemmer er del i «det allmenne prestedømme og diakondømmet».

Diakonien er et sentralt begrep i Jesu forkynnelse og i den tolkningen han gir av sin egen sendelse. Hans nærvær blant de aller minste i samfunnet, omsorg for syke og lidende, påtalen av urett og hykleri, handlingene for å inkludere de utstøtte, gjør det berettiget å tale om Jesu diakonal misjon og en grunnleggende diakonal dimensjon i inkarnasjonens mysterium og i det rike han brakte nær. Det er på denne bakgrunn at diakonien framstilles som en dimensjon av det å være kirken som felleskap og oppdrag. (Nordstokke, 2011, s. 62)

Kirken er en del av samfunnet lokalt og diakonien er/bør alltid være i en samfunnsmessig kontekst. Viktig å kjenne til diakoniens muligheter, begrensninger og dens egenart for at den som virkelig trenger det kan få benytte seg av den. *Det overordnede perspektivet må være at kirkens diakoni står sammen med alle mennesker av god vilje i arbeidet med å ivareta de grunnleggende verdiene i samfunnet. (Kirkerådet, 2008)* Kirkens diakoni er spesielt rettet inn mot menneskers nød og smerte og i møte de åndelige og eksistensielle behovene. Dette krever utstrakt samarbeid og samordning av tjenester for at de som virkelig trenger det skal få tilgang

til dette tilbudet. Kirken, den lokale menighet har et særlig ansvar ovenfor helse- og sosialsektoren i forhold til å være en pådriver overfor lokale myndigheter, slik at pasienter blir tilbudt besøkstjeneste, åndelig og eksistensiell omsorg på lik linje med andre helsetjenester, som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Dette gjelder der det offentlige har ansvar og hvor pasienten har et krav på koordinerte tjenester. Den lokale menighetens møte med mennesker gjennom kirkelige handlinger som dåp, konfirmasjon og begravelser gjør at man møter mange ulike livshistorier som utfordrer til nærvær og engasjement.

Diakonien bidrar til å gjøre kirken troverdig, «en nødvendig tjeneste innenfor rammen av fellesskapet av tjenester i Den norske kirke». (Kirkemøte, 2011b, s. 3)

Diakonien er en integrert del av kirkens evangeliefremføring. I definisjonen for diakoni står det: Diakoni er «evangeliet i handling». (Kirkerådet, 2008, s. 7)

Kirkens tydeligste satsningsområde for perioden 2009-2014 er diakoni. Med dette ønsker Den norske kirke å si at de vil være en «tjenende» kirke. (Kirkemøte, 2008)

Diakonen: I følge tjenesteordningen for diakonitjenesten skal diakonen lede menighetens diakonitjeneste og ha medansvar for å rekruttere frivillige. Diakonens ulike arbeidsoppgaver er alt etter hva menighetsrådet bestemmer. Diakonen jobber med alle aldersgrupper. Felles for alle diakoner er at de skal jobbe for mennesker som har det vanskelig uansett livssyn og kulturbakgrunn. De skal legge til rette for fellesskap som er inkluderende og til forebyggende arbeid. De skal gi omsorg, spesielt i forhold til det sosiale og åndelige aspektet ved mennesket. Omsorg for skaperverket som er vern om menneskets livs miljø omfattes også av diakonien (www.diakonforbundet.no).

Kirken har profesjonelle diakoner som samhandler med hele det kristne fellesskapet.

Molmann har sagt: *Di svake trenger ingen advokater fra de sterke kretser, men de trenger brødre, søstre og venner som er glade i dem. Ved basisen er diakonien: fellesskapet av sterke og svake, funksjonshemmede og ikke funksjonshemmede* (Dietrich, Stephanie, 2011, s. 107).

Den profesjonelle diakon er seg bevist at det diakonale arbeidet skjer i fellesskapet, for fellesskapet og med fellesskapet. Profesjonalitet og bevissthet om egen delaktighet i fellesskapet går hånd i hånd (Dietrich, Stephanie, 2011, s. 108)

Hva vil det si å være diakon i Den norske kirke? En diakon er leder av kirkens omsorgsarbeid og har det faglig ansvar og er leder av eget arbeid. Diakonen har sin identitet i kirken og jobber ut fra dens grunnleggende ideer hentet fra bibelen sitt syn på nestekjærlighet. Diakonen jobber for menneskers beste i nærmiljøet, ofte sammen med offentlige og andre frivillige instanser. Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Diakonien er omsorg for hele mennesket fra livets spede begynnelse til livets slutt. Diakonien har fokus på forebyggende og helhetlig menneskeverd.

Diakoner er viktige for menighetenes diakonale arbeid fordi de fungerer som katalysator for det diakonale arbeid ved å rekruttere og veilede frivillige, gi diakonale innspill til hele staben og de ansvarlige i menighet, bidra til et kvalifisert diakonalt arbeid for diakoniutvalgene og menighetsrådene og ved å øke samarbeidet mellom menigheten og lokalsamfunnet, som brobyggere. (Dietrich, Stephanie, 2011, s. 113)

I samarbeid med frivillige, frivillige organisasjoner og kommunen vil diakonens erfaring være ønskelig og nødvendig.

Metodiske overveielser i diakonalt arbeid:

I boken «Diakonen – kall og profesjon» er det tatt med et kapittel om «Metodiske overveielser i diakonalt arbeid». Metodene som presenteres er «Se – bedømme – handle» og «Exposure».

Se – bedømme – handle er en metode inspirert av en teologisk retning som vokste fram på slutten 1960-årene. Det var igjennom kampen mot urett at frigjøringsteologene i Latin-Amerika satte et kritisk spørsmålstegn ved kirkens tradisjonelle rolle. De ville stille seg på de fattiges side for de mente at de fattige var en teologisk kilde til å forstå kristen sannhet og praksis. På bakgrunn av disse funnene utvikler kirken sitt syn, liturgi og diakoni. Det at man tar de fattige på alvor vitner om en metodikk som tar livserfaringer og sårbarhet på alvor. Dette er nødvendige erfaringer for en relevant diakoni. (Korslien, 2011, s. 234)

Exposure er en metode som *handler om å utvide sin handlingskompetanse gjennom å la seg berøre og reflektere over egne og andres erfaringer av utsatthet* (Korslien, 2011, s. 234). Det handlet om å bevege seg ut fra kirkens trygge arena, dette skulle gi nye erfaringer som var opplevd og som nødvendigvis ville gi grunnlag for endringer i kirkens diakoni. Virkeligheten

kan ikke beskrives objektivt og observatøren påvirkes av den virkeligheten man var i, det er utgangspunktet for metoden.

Disse to metodene fokuserer på at praksisnære erfaringer er nødvendig for utvikling av diakonifaglig kompetanse, for at diakonien ny-tolker sine oppgaver, for videre å planlegge, videreutvikle og iverksette ny diakonal virksomhet. *Gjennom denne metodikken kan vi utvide vår horisont og konfronteres med fordommer som hindrer vekst og utvikling.* Dette hindrer ikke at en fortsette med den tradisjonelle diakonien. *Metodene gir grunnlag for endret fokus, og setter oss i stand til å gjøre valg og prioriteringer som bidrar til en fornyet praksis* (Korslien, 2011, s. 246).

Diakonitjenesten er «en selvstendig og nødvendig tjeneste innenfor rammen fellesskap av tjenester i kirken». (Kirkemøte, 2011b, s. 3) Videre sier den at diakoni tjenesten hviler på «selvstendig teologisk grunnlag» og primært er å forstå som en «karitativ tjeneste». Vigsling i Den norske kirke er alltid knyttet til en spesifikk tjeneste. Diakonen vigsles til tjeneste for å utføre diakoni. (Det Norske Diakonforbund, 2012, s. 6)

Diakonens særlige ansvar er et lederansvar som blant annet utøves gjennom veiledning og inspirasjon (Bispemøte, 2010, s. 7) Diakonens oppgave er blant annet: *å sette menigheten i stand til å utøve det diakonale oppdrag og bruke sin særlige kompetanse i rekrutteringen, planleggingen og opplæring, i samarbeid med menighetsråd og frivillige medarbeidere og i kontakt med offentlige og frivillige instanser i kommune og nærmiljø.* (Det Norske Diakonforbund, 2012, s. 8) I denne oppgaven blir det påpekt at Samhandlingsreformen ønsker økt fokus på helsefremmende tiltak i nærmiljøet. Den lokale menigheten utfordres til å tydeliggjøre kirkens diakoni/omsorg. Dette er med på å gjøre kirken troverdig i møte med mennesker i deres hverdag og i det samfunnet de er en del av. (Det Norske Diakonforbund, 2012, s. 11)

Diakonen som samarbeidspartner. Det er et ønskelig med bedre samspill mellom kirke og helsetjeneste. Frank Grimstvedt skrev en artikkel om dette emne i 2010. At det er viktig at kirke og helsevesen snakker sammen. Dette kan være viktig for enkeltmennesket i forhold til

en verdig avslutning på livet og en verdig død.. *Mennesker må få en verdig avslutning på livet ut fra egne premisser.* Oppfordringen går på at diakonen må få en plass i samfunnet og at det offentlige må samarbeide mer med ideelle og kirkelige organisasjoner. Dette hevder han fordi religionen har kommet tilbake til folket og samfunnet. Videre sier han at åndelighet er blitt en del av den offentlige samtalen og som en del av vår kultur. (Grimstvedt, 2010)

Helseargumentet: Økte helseutfordringer gjennom at flere får kols, kreft, muskel og skjellet lidelser, utfordringene er også store innenfor psykisk sykdom og rusavhengighet. Det er mange årsaker til dette – og et komplekst bilde; for noen mennesker handler det om inaktivitet, for andre vil det værre både medfødte og sosiale årsakssammenhenger og eller fattigdomsproblemstikk. Noe som innebærer at helsevesenet ikke kan løse problemene alene. Til dette knytter det seg en etisk dimensjon ved at en verken bør eller skal la være å hjelpe mennesker i en eller annen nødsituasjon (www.komunetorget.no/snarveier/samhandling).

Det er nødvendig at kirken hører på helseargumentene som er nevnt over for å forstå hvilke problemer og utfordringer vi står ovenfor i dag og i framtiden. Diakonen ønsker å gå en del av livsveien sammen med den enkelte som har er i en sårbar eller vanskelig livssituasjon. For å nå fram med vårt tilbud er det viktig at samfunnet kjenner til vår kompetanse og vårt tilbud.

Samhandling er et norsk begrep og defineres som vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre. Samhandling er forpliktende samarbeid med en norm for handlingene – en «måte» å organisere arbeidet på/å handle sammen – i fellesskap. Dette krever koordinering for å få til flyt i arbeidsprosessen. Samhandling innebærer en gjensidig forståelse og tilpasning av egne og andre fagfolks arbeidsoppgaver. Hensikten med «å handle sammen» er å sikre flyt i arbeidsprosessene slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenester og tiltak. Denne samhandlingen baserer seg på tillit, gjensidighet, likeverd, samt en fellesforståelse av hva det skal samhandles om. Samhandling handler om å binde noe sammen, hvordan ledelsen (på system nivå) har lagt til rette med overordnede tiltak, felles møteplasser, utarbeide regler, standardprosedyrer f.eks. ulike vaktjenester i helgene, høytider. (St.meld. nr.47, 2008 -2009, ss. 146-149)

Endringer i tilbudet fra det offentlige gir nye utfordringer i lokalmiljøet. Det blir mere og mere vanlig at mennesker dør utenfor sykehusene. Dette utfordrer kommunene. Kirken mener

derfor at det vil bli større behov for kvalifisert sjelesorg ved livets slutt. Dette vil medføre at menighetsråd må utarbeide planer lokalt for hvordan man skal møte syke og døende.

Samarbeid mellom kirken, ulike organisasjoner og kommunen vil bli nødvendig for å yte best mulig omsorg for de som er syke og/eller døende. Vanskelige livssituasjoner lar seg ikke alltid endre, da er det viktig å være til stede og gå veien sammen med den personen. Dette er en av oppgavene til diakonen.

Diakonalt lederskap er nødvendig i en kirke som er diakonal. Det må være krav til fagkompetanse innen diakonifaget, en demokratisk ledelsesstruktur i menighetsråd, bispedømmeråd, kirkerådet, kirkemøte etc. Jesus er forbilde, gjennom hans lederskap i møte mellom mennesker, gjenopprette brutte relasjoner i forhold til Gud, andre mennesker og til naturen. Viktig å *styrke menneskene og deres relasjoner, forsvare de forsvarsløse og bidra til myndiggjøring og fellesskapsbygging*. (Dietrich, Stephanie, 2011, s. 122) Diakonalt lederskap er også å inspirere, rekruttere, veilede og bevisstgjøre medlemmene i menigheten.

4.2 *Institusjonsdiakoni i den norske velferdsstaten*

Diakonien har i mange tilfeller hatt en pionerfunksjon og har vært forankret i et kristent/kirkelig mandat. Institusjonsdiakoni har en lang historie. Fra den første kristne tid vokste det fram en mening om omsorg for sin neste med nytt syn med på menneskeverd. Det å ha omsorg for den syke var ikke typisk i den gresk/romerske kulturen. Videre var det omsorgen for de fattige var sentralt i kirken sitt arbeid. I reformasjonen ble de diakonale institusjonene lagt under Kongen eller staten. Dette fordi helse- og sosialomsorgen ble sett på som ansvar for den verdslige makten etter Luthers teori. Staten tok på denne måten på seg kirken sitt oppdrag og gjorde det til sitt. Den tiden var preget av at staten skulle gripe så lite inn i samfunnets ulike utfordringer som mulig, dette var oppgaver for de private.

I artikkelen «Institusjonsdiakoni i den norske velferdsstaten» skrevet av Olav Helge Angell presiserer han omsorgens betydning i institusjonsdiakoni. Diakonien har i mange tilfeller hatt en pionerrolle f.eks. innen helseomsorgen, omsorg for syke og døende og for systematisk opplæring av helsepersonell. Dette viser at de diakonale institusjonene har et dobbelt oppdrag, et kirkelig mandat og ett offentlig. Velferdsstaten har ulike funksjoner med kvalitative og kvantitative mål, og strategier knyttet til offentlig sektor. Spørsmål stilles om hva man kan

gjør for å identifisere kollektive mål? Profesjonaliseringen av tjenesteyterne er en del av velferdsoppgavene i moderniseringen av samfunnet. Denne nye «velferdspluralismen», som både offentlige, private, frivillige organisasjoner og kommersielle aktører har medvirkning til å gi ny legitimitet kan gi oss store utfordringer i fremtiden. God økonomi og gode politiske beslutninger er forutsetninger for å holde velferdsstaten oppe på dagens nivå. I sin kontekst kan det innebære at diakonale og andre frivillige tiltak ikke lenger står i en særstilling vis-à-vis det offentlige, da er de jamstilt med alle de andre aktørene, men da kan det være viktig å ha den ideologiske forankringen til kirkens diakoni. (Angell O. H., 2009, ss. 31-47)

4.3 Tverrfaglig samarbeid

I tjenesteordning for diakoner fra 2005 står det under § 3 at tjenesten utføres i samarbeid med ansatte og frivillige i menigheten.

«Tverrfaglig samarbeid, stabssamarbeid, samarbeid med frivillige understrekes ikke bare som viktig, men som selvfølgelig, og kan nesten leses opp som et krav. Den diakonale tjenesten er i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt, et fellesskapsprosjekt i menigheten.» (Jordheim, 2011, s. 161)

Hvordan kan vi få til et samarbeid med kommunehelsetjenesten og hva innebærer et tverrfaglig samarbeid? Tverrfaglig samarbeid innenfor helse- og sosialsektoren er en velkjent samarbeidsform. Samarbeid mellom kirken og kommunale instanser, der det er forskjellige organisasjonsstrukturer, er kanskje ikke så kjent. I boken «Tverrfaglig samarbeid i praksis, til beste for barn og unge i Kommune – Norge» av Glavin og Erdal definerer et tverrfaglig samarbeid på denne måten:

Et samarbeid er tverrfaglig når flere yrkesgrupper arbeider mot et felles mål på tvers av ulike faggrenser. Når ulike yrkesgrupper arbeider parallelt mot et mål, uten å ta stilling til problemet i felleskap, kan det kalles flerfaglighet. (Glavin, K. og Erdal, Bl, 2007, s. 15)

Glavin og Erdal skriver at det er nødvendig med grunnleggende avklaringer om de oppgavene det er nødvendig å samarbeide om. At man ser betydningen av et samarbeid. Og det understrekes at samarbeid er noe som må læres. Det må utvikles en samarbeidskompetanse på lik linje med fagkompetanse. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsmåte, en metode, der ulike samarbeidspartnere bruker ulike virkemidler innenfor en strategi. I samarbeid møtes ulike

faggrupper, med ulik status og erfaringer. For å få en helhet innenfor det område man samarbeider om er viktig med tverrfaglighet for og komplementere hverandre.

Forutsetninger for å få til et godt samarbeid er trygghet i eget fag, en forankring i teoretisk forståelse og egen praksis, og god ledelse. En avklaring av ansvarsforhold, felles målsetning, felles verdigrunnlag og menneskesyn kan være nyttig. Trygghet, respekt, tillit, kunnskap og kompetanse samt et realistisk syn på samarbeidsmulighetene er nyttig i tverrfaglig samarbeid. Det finnes noen opplagte hindringer som, domenekonflikt, at noen føler at gevinsten av samarbeidet er uheldig for seg selv eller at ikke det ikke gir gevinst, lite kjennskap til den andres profesjon, og ulike målsetninger. (Glavin, K. og Erdal, Bl, 2007; Glavin, K. og Erdal, Bl, 2007).

Forfatterne Kirsti Lauvås og Per Lauvås hevder at tverrfaglig samarbeid er avgjørende for gode resultater i arbeidet med funksjonshemmede, alvorlig og kronisk syke og andre mennesker med spesielle behov. (Lauvås, 2004)

I tverrfaglig samarbeid regnes både teori og praksis som en nødvendighet i dagens samfunn. Utfordringene er ikke å lage et teoretisk kart for hvordan samarbeidspartnere skal samarbeide og fungere, men det å få dette ut i praksis kan by på problemer på grunn av kryssende interesser.

Tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige etater/organisasjoner krever strengere regler enn når samarbeidet foregår mellom medarbeidere i samme etat. I lovgivningen er det regler om taushetsplikt. Dette kan være et uoverstigelig hinder for samarbeid på kryss av etater/organisasjoner. Lauvås/Lauvås presiserer at det er umulig å gi en oppskrift for hvordan tverrfaglighet må organiseres, til det er det alt for mange forskjellige personligheter, organisasjoner, områder og andre forskjelligheter. Utfordringene er at ulike organisasjoner har liten kompetanse på hvordan man kan utnytte hverandres kompetanse for å løse oppgavene. (Lauvås, 2004, s. 203)

Organisering av tverrfaglig samarbeid i praksis. Det er i hovedsak tre hindringer og det er hvordan den vertikale organisasjonen er organisert, byråkratiet og det tredje har å gjøre med fag- og profesjonsgrenser. Vellykket teamarbeid er avhengig av støtte fra ledelsen. En ønsket ledelse er støttende, veiledende og fullmakts givende.

- *Team kan gi økt handlingskapasitet, fordi sammensatte og komplekse oppgaver ikke kan ivaretas av enkeltindivider.*
- *Ressurser kan fordeles og koordineres mer effektivt gjennom felles mål og resultatansvar.*
- *Integrering av medlemmenes kompetanse kan ha potensiale til å gi mer enn summen av hvert enkelt medlems kompetanse (Lauvås, 2004, s. 212)*

4.4 Samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene.

Harald Knudsen har i artikkelen samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene sett på ulike utfordringer og hva som eventuelt må til for å samarbeide på tvers av organisasjonsgrensene. Et hovedelement her er ressursutnyttning gjennom koordinering. Grunnen til at man skal samarbeide kan ha ulike årsaker, det kan være politiske direktiver, kommunene får flere oppgaver, skjerpede krav, endrede visjoner og mål, budsjett nedskjæringer og/eller endrede samfunnsforhold. I Norge er det i fremtiden forventet en kø av nye utfordringene på grund av økning i antall eldre, kronisk syke og høyere levealder. Dette vil øke behovet for nye kompetansesammensetninger, samarbeid og fleksible nettverksstrukturer. For å kunne opprettholde den samme standarden i fremtiden vil være behov for større fleksibilitet og problemløsningsevne. (Knudsen, 2004, s. 21)

Samarbeid og samhandling mellom ulike organisasjoner, for å gi pasienten bedre service kan gi utfordringer på tvers av organisasjonsgrensene. Da kan det være nødvendig med nettverksbygging og Inter organisatorisk koordinering. Med nettverksbygging fokuserer man på andre organisasjoner, dens forbindelse og på hva man kan samarbeide om. På Inter organisatorisk koordinering ser man på utnyttelse og effektivisering innen egen organisasjon. Resultatet er samarbeid på gjensidig erkjennelse av avhengighet, og realisering av mål, en fornuftig oppgavefordeling, partenes evne og positive innstilling, men er også overordnede politiske og økonomiske rammebetingelser. Partenes interesser og politiske- økonomiske posisjon i nettverket kan da være nødvendig å kjenne til. (Knudsen, 2004, s. 27)

Ulike former for samhandling kan benevnes som horisontal og vertikal. Horisontal samhandling beskriver en samhandling foregår mellom aktører likestilt i formell makt, men med forskjellig funksjon, ansvar og kompetanse. Vertikal samhandling omfatter samhandling innenfor hierarkiske strukturer (jfr. militær organisering), der noen har mer makt enn andre, stiller aktørene ovenfor ekstra utfordringer

Harald Knudsen mener at de trengs målformuleringer, skriftlige instruksjoner og organisasjonsplaner, både for interne arbeidsopplegg og for holdninger til omgivelsene. (Knudsen, 2004, s. 27) Holdningene blir etterhvert forandret til vedlikehold av organisasjonens selvdefinerte hovedoppgaver, eller at man ønsker å styrke sin posisjon, mestre oppgaven og vise at budsjettene er vel anvendt. Maktfaktorer som kan vær med på å bygge opp sympati og støtte utenfra, kan være nødvendig hvis man vil overbevise politikere og støttespillere om egne løsninger.

Samhandlingsprosesser som vil styrke båndene i nettverket er avhengig av at samarbeidet har muligheter til forhandlinger og kompromisser i forhold til oppgaveløsning. Den mest gunstige betingelsen for samarbeid er gjennom overlappende domenefordeling. Når enhetene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre og ressursene som utveksles er viktige for begge parter har partene klar interesse av et samarbeid. Et overordnet mandat kan være nødvendig der de berørte enhetene ikke selv kan innse og ha en fordel av samarbeidet, eller at de ikke har oversikt over hvem de burde samarbeide med. Samarbeid kan være resurskrevende, i form av planlegging, forhandlinger, omskolering, møtevirksomhet, formelle godkjenninger som kan gi frustrasjon og irritasjon.

Å komme fram til en god oppgaveløsning er avhengig av at partene er enige om en felles problemstilling. Hvis ikke må det til forhandlinger, overbevisning eller bruk av tvang. Politiske prosesser, maktbruk, historiske tilfeldigheter eller helt nye kontakt- og samarbeidsbehov kan tvinges fram av nye teknologier, kompetanseendringer eller kapasitetsendringer. Å skape grunnlag for bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet for å gi bedre tilbud til forbrukerne på nye premisser vil også kunne føre til behov for samarbeid. Hvis samarbeidet skal lykkes forutsetter det at deltagerne får nødvendig støtte fra omgivelsene på organisasjonens målsetninger og arbeidsmåter.

Samhandlingsreformen er enzymet som skal få til samhandlingen mellom kommune og diakonien for å gi et godt helhetlig tjenestetilbud. God samhandling vil gi en helhetlig tjeneste og styrke tjenestemottakers livskvalitet (STL, Norges kristne råd og Kirkerådet, 2013, s. 1)

Sammensatte problemer krever allsidig belysning og at de ulike organisasjonene deltar i diskusjonen og løsningen av problemene. Bevissthetsnivået for særinteresser og fellesinteresser er ofte lavt. For å få gjennomslag for større endringer er det viktig å engasjere parter som kan utøve makt i forhold til domeneene, eller kan føre kontroll med den politiske prosessen, kontroll med implementeringen, ressurstilgang, ekspertise og muligheter for å sabotere endringene. I denne prosessen er det viktig å inkludere de som representerer og blir sterkt berørt av beslutningsutfallet.

Eksisterende rollefordeling utgjør den viktigste grunnlag for organisasjonens hovedmålsetning, og dens legitimerende og beskyttende funksjon kan være avgjørende for kvaliteten av samarbeidet. Enheter som har overlappende domener kan lettere utfylle og utnytte hverandres kompetanser, ha nytte av samarbeid og ha mindre motsetninger ovenfor hverandre enn i motsetning til enheter uten domeneoverlapping.

Samhandlingsgevinstene er avgjørende for om det er nyttig og om det er et behov for og hvilke gevinster er viktige for det eksisterende samarbeidet, og under hvilke betingelser kan de realiseres? (Knudsen, 2004, s. 51)

Umiddelbare gevinster:

- *Gir muligheter for å yte bedre tilbud ovenfor pasient bruker av offentlige tjenester.*
- *Muligheter for spesialisering.*
- *Samarbeid som bidrar til synkronisering av arbeidsrutiner, operativ rasjonalisering og forenkling av administrative rutiner, noe som gir reduserte produksjonskostnader eller bedre kvalitet.*
- *Samarbeid kan styrke selvtilliten, troen på at det nytter, og opplevelsen av å være med på stort. Det kan skapes vinnerkultur, en opplevelse av å være mange, komme i kontakt av problemene og mestre situasjonen. (Knudsen, 2004, s. 52)*

Læringsgevinster kan være en erfaringsgevinst, økt samhandling om muligheter for å danne arbeidsteam sammensatt av ulike enheter, slik at man kan oppnå ønsket kompetansekombinasjoner. Det må forhandles om pris og kvalitet, service oppfølging. Muligens må det brukes juridisk ekspertise, og det må kontrolleres at arbeidet blir skikkelig utført.

For å takle oppgaver som krever fleksible kompetansesammensetninger og kreative løsninger kombinert med helhetstenkning, må det finne sted en reell organisasjonsutvikling som setter slike verdier i fokus og reelt river ned byråkratiske hindringene. Forutsetningen for å få samarbeidet til å fungere er en kombinasjon av problem og ytre press. *Samarbeid og nettverksbygging skjer når noen vil det og gjør det!* (Knudsen, 2004, s. 59)

Det vil være et krav til analyse før man for alvor setter spørsmålstegn ved behovet og uten at noen andre har andre alternativer. Det er viktig at det tas hensyn til domenekompatibilitet og ideologiske og kvalitetsmessige kompatibilitet, det innebærer at flere systemer følger samme standard og derfor kan brukes sammen. Etablering av tillit og mulighet til grunnlag for mandat fra høyere myndighet kan gjøre oppgaven for samhandling lettere. *God etikk tilsier at organisasjonen gjør klart hva som er hva. Definerer hva som er strategisk kjerneaktiviteter, og som organisasjonen bør holde på, rendyrke og videreutvikle, og hva som er strategisk periferaktiviteter, som like godt kan overlates til markedet. Offentlige organisasjoner må regne med i økende grad å bli fratatt sine monopolstillinger som produsenter av offentlig tjenester og i økende grad rendyrke sine roller som kontraktbeskyttere.. Profesjonsstandard, yrkesetikk og organisasjonskultur spiller også en viktig rolle i denne avveiningen.* (Knudsen, 2004, ss. 67-68)

4.5 Fire forskningsprosjekt som kan være med på å belyse oppgaven

Jeg vil bruke disse fire forskningsprosjekt som forskningsgrunnlag som jeg håper kan hjelpe meg og belyse min problemstilling:

Framgarden vil i sin masteroppgave sette fokus på diakoniens betydning av planarbeid:

Tydelig diakoni. Har planprosessen i Bærumsdiakonien ført til endringer i diakoniforståelse, og i tilfelle på hvilken måte? En undersøkelse blant diakoner, andre ansatte og

rådsmedlemmer i Bærum bispedømme (Framgarden, 2011). I undersøkelsen som er foretatt i Bærumsdiakonien viser det at planprosessen har hatt innvirkning på forståelse av diakoni og diakonrolle for Bærumskirken. Som følge av planprosessen har diakonien blitt mer synlig i Bærum bispedømme. Det har ført til økt samarbeid med kommunale aktører. Større grad av samfunnsengasjement, samt en tydeliggjøring av at de diakonale tiltakene er rettet mot kommunens innbyggere i sin helhet, har ført til politisk støtte og ekstra økonomisk bevilgning til diakoni (Framgarden, 2011, s. 78) Diakonenes faglighet og kompetanse har blitt tydeligere, det har synliggjort diakonens rolle og oppgaver internt i Bærumskirken. At samarbeid har realisert tiltak som har vært urealistiske. Ansettelse av flere diakoner tross tidligere nedskjæringer. I hovedsak har diakonien dreid seg om fellsesskapsbyggende tiltak internt i menighetene, nå er oppmerksomheten rettet mot «de svake» i samfunnet. Et aktivt planarbeid, forstått som arbeid med strategi, prioriteringer og kommunikasjon har hatt innvirkning av de involverte på forståelsen, faglighet, organisering og praksis av virksomhetsområdet.

Angell og Selbekk skrev i 2005 rapporten kirke og helse. Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke (Angell O. H., 2005). Dette er en rapport som har foretatt en systematisk undersøkelse av menighetsdiakonien i Den norske kirke. Målet er å vise hva de lokale menighetene på gjør av «diakonalt helsearbeid» og hvordan arbeidet inngår i samarbeid med offentlig helsevesen. For helsevesenet skulle man tro dette var nyttig informasjon med tanke på mulig samarbeid med menighetene om hvordan deres ressurser kan nyttes til beste for pasienter og deres pårørende. Rapporten ønsker å peke på de fem diakonale profilene som de ulike menighetene tillegger ulik betydning. Den omsorgsorienterte profilen er den menighetene vektlegger størst betydning, som besøkstjeneste, sorggrupper, ungdomsdiakoni og arbeid blant mennesker med rusproblemer. Den samarbeidsorienterte profilen om samarbeid med kommunen ved, lokale samarbeidsgrupper, kriseteam og samarbeid med ideelle og humanitære og samarbeid med nærmiljøets institusjoner. Den kirkeorienterte profilen har fokus på religiøse aktiviteter som bønnegrupper, sangkor for barn og alphakurs. Den politiske- og nøds orienterte profil tillegges minst vekt av menighetene som innebærer fokus på kriser- og nødsarbeid og internasjonalt politisk arbeid. Og til slutt den institusjonsorienterte profilen som kjennetegnes ved å drive institusjoner, gjerne i samarbeid med kommunen. (Angell O. H., 2005, s. 7) *Dette sier noe om at mange menigheter setter samarbeidet med offentlig og frivillige instanser høyt i sitt diakonale arbeid og at mange menigheter, i alle fall i teorien, er åpne for å utvikle og styrke det lokale samarbeidet med*

offentlige instanser. (Angell O. H., 2005, s. 8) Å ha ansatt en diakon styrker menighetens diakonale arbeid samt ha større samarbeidsrelasjoner til det offentlig.

Aas hadde i sin masteroppgave fokus på samarbeid om diakoni i menighet. På hvilken måte fremmer diakoniutdanning, presteutdanning og gjeldene tjenesteordninger samarbeid om diakoni mellom diakoner og refter, og hvilken grad og hvordan skjer et slikt samarbeid i praksis? (Aas, 2012). Denne oppgavens oppsummering er: Etter gjennomgang av tjenesteordningene for prester og diakoner viser at tverrfaglighet ikke har et felles perspektiv. I et tverrfaglig arbeid vil det oftest oppstå noen dilemmaer. Det vil kreve mot til å treffe og stå inne for egne valg, evne til å vise rimelighet og vise klokskap. I profileringen av omsorgstjenester, der diakonen samarbeider med helse- og sosialomsorgen er det viktig å ta hensyn de offentlige myndigheters rammer som har det overordnede ansvaret. (Johannesen, 2011, s. 217). Aas påpeker i sin oppgave at *dersom et tverrfaglig arbeid i kirken skal nås, må det bruke tid både til opplæring og på å finne gode rammer og ordninger for samarbeid*. Hun sier videre i sin oppfordring til videre arbeid at *kanskje er nettopp gjennom et godt tverrfaglig samarbeid mellom kirkens ulike faggrupper at målsettingen om å leve ut evangeliet i handling kan ha en mulighet for å bli virkeliggjort* (Aas, 2012, s. 69).

Myndighet er et sentralt begrep innenfor Empowerment teorien. Samarbeid påvirkes av faglighet, tverrfaglighet, roller og ledelse. At det eksisterer en form for asymmetri mellom diakoner og prester om forståelse av «fellesskap av tjenester». Undesøkelsen viser at det er samarbeid mellom diakoner og prester om diakoni selv om samarbeid og tverrfaglig samarbeid ikke er tematisert noe særlig ved utdannelsesinstitusjonene. Spørreundersøkelsen avdekker at samarbeidet er mer en organisasjonsform enn tenke- og tilnæringsmåte. (Aas, 2012).

I masteroppgaven til Winsnes som omhandler Samarbeid som gir muligheter.

Implementerings perspektiv på samarbeidsavtalen mellom Trondheim kommune og Kirken i Trondheim by. «Med utgangspunkt i et helhetlig perspektiv på helse som ivaretar de fire dimensjonene ved menneskets grunnleggende behov; fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielle behov, vil samarbeidsavtalen mellom offentlige og kirken være et aktivum for den enkelte

bruker som skal motta det helhetlige tilbud som kommunehelsetjenesten er forpliktet til å gi» (Winsnes, 2010, s. 2)

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre. Religionsfrihet er en selvfølge for de fleste, men for mennesker som er avhengige av hjelp fra andre stemmer ikke alltid dette. Noen trenger assistanse for å kunne uttrykke hva de ønsker av tros- og livssynsutøvelse. Retten til tros- og livssynsfrihet gjelder alle, også for de som ikke kan sette ord på hva de ønsker. Livssyn er en del av helse- og omsorgsbegrepet. Underkant av 90 % er medlemmer av et tros- eller livssynssamfunn. «God samhandling vil gi en helhetlig tjeneste og styrke tjenestemottakers livskvalitet. De som leder helse- og omsorgstjenestene i kommunene og de lokale lederne i tros- og livssynssamfunnene, er sammen ansvarlige for å utvikle denne samhandlingen» (STL , 2013, s. 3) *Helse- og omsorgstjenester skal ytes med utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og ivareta menneskets fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov. Den åndelige dimensjonen er allmenn, og de åndelige sidene er en del av helheten på linje med livsvarige forhold* (STL , 2013, s. 4)

Dette kan samlet gi en forståelse av problemstillingen og føringer for hvordan forskningen skal utføres. Problemformuleringen er et ønske i forhold til det jeg kjenner til, mens presisering utgjør et kompromiss med virkeligheten av det som er mulig å undersøke i denne omgang (Winter, 1981).

5 Presentasjon av funnene i datainnsamlingen, empiri og analyse

I dette kapittelet vil jeg presenterer og analyserer resultatene fra spørreundersøkelsen.

Intervjuene er tatt opp på lydopptak og transkribert i etterkant. Resultatene er presentert etter samme struktur som i spørreskjemaet. De samme overskriftene er brukt her som i spørreundersøkelsen. De syv diakonene blir analyser sammen og informant 8 blir analysert for seg selv ettersom han er i en særstilling i forhold til de andre informantene.

Samhandlingsreformen forkortes med SHR i denne delen av oppgaven.

9 ble spurt igjennom en telefonsamtale om de kunne tenke seg å være informanter til min masteroppgave. En måtte si nei, fordi tidspunkt for intervju ikke passet.

Informantene er nummerert fra 1-8.

Informant nr. 8 fikk ikke den samme intervjuguiden fordi informanten ikke er menighetsdiakon.

Av de 8 var det to menn og seks damer.

Seks hadde sykepleien som grunnutdanning, en var barnevernspedagog og hadde pedagogisk utdanning.

Syv har 100 % stilling som diakon og

En har en 75 % stilling, den er i sin helhet en konsekvens av SHR.

En har i sin 100 % stilling en 20 % prosjektstilling (3 års varighet) i eksistensiell-/åndelig omsorg for alvorlig syke og døende i kommunehelsetjenesten.

Seks med tittelen diakon.

En ansatt som ungdomsdiakon og en som diakonirådgiver.

Fire jobber på et tettsted, en i forstad, en i bydel og to i by.

Syv bor i menigheten der de jobber.

To har utdannelse i åndelig og eksistensiell omsorg bland alvorlig syke og døende, en i spesialpedagogikk og en har videreutdanning I familieterapi.

Alle har i en kortere eller lengre periode praktisert sin grunnutdannelse.

Ingen har diakonutdannelse på masternivå.

- **Hva mener du er de viktigste endringene i samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunen, før og etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft den 01.01.12.?**

Fem har ikke lagt merke til endringer etter at SHR trådte i kraft 01.01.12.

Ingen endringer konkret, men i min bevissthet har det vært endringer (Informant 6). Men ved ulike konkrete og begrensede tiltak så har det skjedd en del endringer som, der det ble til en prosjekt stilling i 20 % (Informant 1), eller at det ble opprettet en ny 50% stilling i palliativ behandling (Informant 2), ny stilling i 75% som en konsekvens av SHR (Informant 5) Eller at en endring skjedde ved at kontakten ble etablert ved en tilfeldig samtale med en som jobber i kommunen og som tar master i palliasjon og som også har fokus på tverrfaglighet (Informant 3). Ett annet samarbeid ble til med kreftsykepleier i kommunen (Informant 6).

Tror ikke kommunen har tenkt på kirka som en samarbeidspartner, hvis ikke biskopen hadde vært på bispevisitas og tatt dette opp med kommuneledelsen, at kirken kan være en samarbeidspartner i forhold til SHR. Dette førte til at kommunen jobber bevist med kirken som en nødvendig samarbeidspartner, at det har sin styrke i mennesket og at kommunen skal være et godt sted å bo for den enkelte (Informant 4).

En forklarte at stillingen ble til på grunn av SHR. *Det var rett og slett etter besøk av biskopen der han fikk kommunen her og ledelsen til å tenke igjennom og prioritere noen av midlene fra SHR til å opprette en diakonstilling (Informant 5).*

Alle har hatt et samarbeid med kommunen på ulike arenaer før 01.01.12. det hadde også informant 5 som ble opprettet som følge av SHR. Det har da fra tidligere vært samarbeid med skole, barnehager, institusjoner for eldre, to med institusjoner for utviklingshemmede, to med integrering av innvandrere, samarbeid med helsestasjon og legesenter, barnevern, advokater, rusomsorgen, sykehusprester, boenheter for utviklingshemmede, politi i forhold til katastrofeteam for å nevne noe.

Informant 4 har hatt en helt konkret endring av samhandlingsrelasjoner med kommunen, det var etter en bispevisitas. Ledelsen og kirken hadde samarbeidsmøter om hvordan omsorgen for mennesket er sentralt og med ønsker om å gjøre kommunen til et godt sted å bo for den enkelte. Kommunen har synliggjort denne avtalen ved å skissere tre ringer som berører midtsirkelen, det utgjør kirken og frivillighetssentralen og kommunene sine egne etater, helse, sosial og kultur. Dette har ført til store endringer i møte med kommunens måte å se på kirken

som en samarbeidspartner, de regner med kirken og ønsker å ha den med i de utfordringene der kommunen ikke kan stille opp med sine egne tjenester når det gjelder helhetlig helse og ved de sosiale forebyggende tiltakene. Der har kommunen med ordføreren i spissen vært svært positive til samhandling og samarbeid. Ordføreren har avtalt et møte en gang i året med kirkevergen. To ganger i semesteret skal diakonen ha møte med kultursjefen og lederne fra de ulike avdelingene innenfor helse og sosial, lederen for de som steller med psykisk helsevern og lederen for de som har med hverdagshabilitering å gjøre. Dette er for å snakke konkret om hvordan de kan samarbeide.

Kommunen uttrykker forståelse for at kirken har en egenart, at vi egentlig er satt til å forkynne Guds ord og spre evangeliet. Og det får vi lov til, vi skal ha lov til å ha vår egenart. Og samtidig kan man samarbeide om disse områdene. Dette føles som et mirakel, det er en enorm positiv velvilje. Og dette er bare begynnelsen. (Informant 4)

Informant 1 ble utfordret i 20 % stilling i Prosjektet: Der ble statuttene for stillingen bestemt fra prosjektledelsen. Prosjektet ble påbegynt før SHR kom, med midler fra Helsedirektoratet for lindrende omsorg. Det handler om samhandling fra kommunen til kirken og til andre organisasjoner som jobber med livssyn. I prosjektet så jobbes det med hvordan samhandling konkret skal skje. Det kreves en bevissthet fra kommunehelsetjenesten og om hvordan man skal kartlegge og dokumentere at det finnes åndelige og eksistensielle behov, og at prosjektet oppfordrer til samhandling med andre instanser utenfor kommunehelsetjenesten. Det jobbes med å lage rutiner for hvordan man skal øke bevisstheten i kommunehelsetjenesten. Kirken ønsker å bidra til dette og den har stilt seg til disposisjon.

Etter at SHR trådte i kraft har det blitt mere forventet samarbeid. Samhandling har det vært før 01.01.12. også. Nå kan vi bruke SHR som en dokumentasjon på at dette er villet og ønsket, det er forskjellen og da er det lettere å utfordre til samhandling. Det gjør at samarbeidet blir mere legitimt fra begge sider fra både frivillige organisasjoner og det offentlige (Informant 7).

- **Hvordan er den lokale diakonien organisert for å samarbeide med kommunen?**

Alle har i sin lokale menighet et diakoniutvalg og en diakon som er ansatt. Ett sted har de to diakonstillinger, 100 % som ungdomsdiakonstilling og 50 % i eldrearbeid som samarbeider blant annet med sykehjemmene. Diakoniplanene er organisert og laget av diakonen sammen

med diakoniutvalg der det finnes og godkjent av menighetsråd. Hos informant 5, var diakoniplanen laget før det ble ansatt diakon og opprettet stilling. Hos informant 6, har to av de fire menighetsrådene som hun har ansvaret for laget diakoniplaner helt på egen hånd. Alle har diakoniplaner som forteller om satsningsområder for kirken i lokalsamfunnet og i noen grad en kartlegging av samarbeid med organisasjoner og kommunen. Informant nr.1, 2, 3 og 6, har ikke noen fast struktur for samarbeidet med kommunen. Som nevnt over er informant 4 og 5, organisert med ledelsen i kommunen om SHR. Informant 1 har prosjekt stilling i 20 % i palliasjon, men det har ikke forankring i samarbeid med kommuneledelsen.

Alle diakonene organiserer den frivillige tjenesten i den lokale diakoni i kirken. Den lokale diakonien eller den frivillige omsorgen er ikke koordinert av noen i kommunen, men deler av den som faller under Den norske kirke er organisert av diakonen. Flere organisasjoner jobber med den lokale diakonien, men er ikke organisert med hverandre inn imot samhandling til kommunene. Samarbeid med kommunen kommer til enten ved at diakoniplanene sier noe om det, eller på oppfordring fra diakonen, kontakten kan også bli til ved en tilfældighet. Informantene 1,2,3, 6 og 7, ser for seg at samarbeidet vil bli bedre etter hvert som mulighetene for samhandling blir kjent både kommunen, den lokale menigheten og med den det samhandle om. Det blir poengtert av informantene 4, 5 og 6, at et samarbeid kan ha godt av å være forankret på et høyere nivå i samarbeid mellom ulike kommunale aktører og den lokale menighet.

Informant 7, forteller at det innen helse er noe organisert samarbeid med kommunen. Samarbeid med tverrfaglig ressursgruppe innen lindrende omsorg for eldre det er organisert. Diakonen er satt i system og har samarbeid med institusjonen som kalles helsehus. Samarbeid om sorgsamtalegrupper med psykiatrisk helseteam og andre menigheter er organisert slik at kommunen kjenner til dette tilbudet. Besøktjenesten har brosjyrer liggende ut og bekjentgjort for kommunen som de kan gi til sine brukere. Samarbeid innen frivillighet med rusomsorgen. Innen område for mennesker med utviklingshemming skjer samarbeid ved formidling av alle våre tilbud ut til institusjonene og boenheter.

- **Hva er det SHR sier som utfordrer diakonene i deres arbeid?**

Alle sier den største utfordringen er å ha tid til alle oppgavene, alle er i full jobb, nye og andre oppgaver må prioriteres. Alle diakonene har organisert frivillige, og har mulighet til det for å få tid til å møte mennesker med ulike behov. Informant 1, sier at, *først og fremst er vi diakoner for vår egen menighet, de som bor der og er medlemmer.* En uttrykker at frivillige sitter inne med ukjent mengde kunnskap, dette krever å bli kjent med dem, organisering og dette kan kreve opplæring.

Det som utfordrer meg er å være tydelig på at vi virkelig bryr oss om de folkene som bor her og være interessert i hvordan de har det. At vi ikke bare er opptatte av troen deres men av hvordan de har det i sin helhet, livet deres. Det handler om å si at her er vi og at vi vil være med, være en tydelig kirke og en tydelig diakon. (Informant 2).

Ellers så nevner alle at retten til egen tros og livssynsutøvelse utfordrer diakonene. Det å få de som ønsker dette integrert i sine liv, og at det blir en naturlig del av helseomsorgen for dem det gjelder. Dette har diakonene et spesielt ansvar for. Det handler om å være tilstede i menneskers liv der de er, også utenfor våre kirkebygg. Det utfordrer oss til å ta noen nye skritt, finne nye veier for hvordan man skal samarbeide. Det å gå sammen og ikke gå over i hverandres område også på dette området er utfordrende. *Diakonene bør bli enda bedre bevist sin egen rolle og ha enda større frimodighet (Informant 3).*

Informant 5, er opptatt av at med SHR er det flere som kommer tidligere hjem fra sykehus. Kommunen vil møte flere behov på et tidligere tidspunkt og dette vil igjen utfordre diakonene. Diakonene må være klar over at det alltid vil være behov som man ikke kan være med på å imøtekomme. Kontinuerlig dialog med en som koordinerer helseomsorgen er nødvendig. Diakonen må være med å opprettholde fokuset på hva vi kan bidra med.

Mens informant 6, er mere opptatt av helheten, at mennesker skal bli møtt på sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Og nevner at ofte blir en møtt med spørsmål å hjelpe til med den åndelige biten, og da er det viktig å tenke helhetlig på alle disse behovene for at et menneske skal være et helt menneske.

SHR sier ikke noe direkte som utfordrer diakonene. SHR oppfordrer kommunene til samarbeid som kan ha konsekvenser for diakonene sine arbeidsfelt. Hadde vi ikke fått

hjelp fra diakonhjemmet og andre plasser til og konkretiser hva SHR sier til oss hadde den kanskje ikke sagt oss noe (Informant 7).

- **Hvordan kan SHR være med å prege hvordan man lager diakoniplaner i den lokale menighet og for hvordan man kan samarbeide med kommunen?**

Alle mener at diakoniplanen er konkret og et arbeidsredskap for hvordan vi skal jobbe med den lokale diakonien. Den er til hjelp for å konkretisere og utvidelse av perspektiver, den sier noe helt konkret om samfunnsområder og om samarbeid med kommunen. SHR hjelper oss til å tenke på de mulighetene utover vår egen menighetsgrenser og at kirken ønsker å være en del av lokalmiljøet.

Informant 1 og 7, mener at prosjektet har vært med på å prege diakoniplanen med å betjene alvorlig syke og døende med sjelesorg og med medvandring og med Guds ord som det står i kirkeloven. Begge er usikker på om SHR skal få æren av dette samarbeidet, dette på grunn av at kirken alltid har utfordret til samarbeid. Informantene 1, 2, 7, har den oppfatningen at det må være en bevissthet om ønske til samarbeid fra begge sider. I diakonien er det viktig med en bevissthet for hva vi skal prioritere og etterspørre hvor er de svakeste som trenger støtte til sine behov. Vi må samarbeide på de områdene som er naturlig for oss som kirke og være på banen i lokalsamfunnet. *Viktig å være synlige, og det å være tilstede og gi opplysning og informasjon om det arbeidet vi gjør og kan gjøre (Informant 2).*

Eks. Her er det et utvidet ressursteam for barn og ungdom, og der får ikke jeg som diakon lov å være med. De argumenterer at arbeidet er taushetsbelagt, og jeg sier at det samme har jeg. Jeg håper at SHR kan være med å åpne opp for et samarbeid med meg som ungdomsdiakon (Informant 2).

Foreløpig er det i starten på å tenke på at SHR åpner opp for samarbeid med kommune mener informant 4. Informanten forteller at samarbeidet startet da biskopen var på bispevisitas høsten 2013 og som gjorde at diakoniutvalget kunne komme aktivt på banen. At dette åpnet opp for nye tanker rundt diakoniplanene. Diakoniutvalget fikk frimodighet og ønsket å benytte de muligheter SHR åpner opp for med et samarbeid med omkring psykisk helse.

Det er spennende at innen det feltet så er det åpnet opp for at den enkelte kan ha åndelige behov. Tidligere har det vært stengsel for å åpne opp for samtaler om åndelighet, det har vært en trend å ha stemplet det som en del av sykdommen og nå skjønner de at det nødvendigvis ikke er sånn, men at mennesker kan ha åndelige behov. Vi må finne måter å samarbeide om dette på. (Informant 4).

Videre at det er viktig med dokumentasjon når man går inn i nye arbeidsoppgaver. Nevner også at det var kjekt at det ble gitt tilbakemelding fra kommunen selv om hvilke oppgaver kirken var delaktige i og høre de si at den lokale kirken bryr seg om ulike typer mennesker i lokalsamfunnet.

Noen reforhandler diakoniplanen årlig. Informant 5, forteller at de har akkurat revurdert plan for 2014-2016 og den er tydelig preget at diakonen skal samhandle med kommunen med en videreføring fra fokuset fra da de opprettet stillingen med SHR sine midler. Punktet om samarbeid er sterkt ivaretatt. Utfordringen er mer hvordan og med hvilke tiltak skal til for å prioritere og det poengteres at man må aldri lage diakoniplaner uten å vite hvor «skoen trykker» på den andre siden i samarbeidsforholdet. Fokus på helse og velferd. Viktig å ha fokus på det lokalsamfunnet uttrykker av behov.

Eks. På forebygging, kommunen vår er den yngste i gjennomsnittlig alder i landet vårt. Og kommunen ønsker at vi sammen kan jobbe med forebyggende familiearbeid. Dette samarbeider vi med familievern kontoret om. Det er viktig å se at det er flere som er opptatt av det samme og at vi kan bli enda bedre sammen til å finne løsninger. (Informant 5).

De som har flere menigheter å forholde seg har utfordringer med flere diakoniplaner og i en menighet er det to planer fordi menigheten er delt med en fjord. Det står i min arbeidsbeskrivelse at jeg skal se til at menighetsrådene utarbeider diakoniplaner. Planene inneholder ikke direkte hvem vi skal samarbeide med, men at kirken skal samarbeide med lokal samfunnet.

- **I hvilken grad er diakonen mere involvert i arbeid med SHR etter 01.01.12., og hvordan prioritere diakonen dette arbeidet?**

To stykker, informant 1 og 5, er engasjert igjennom opprettet stilling og prosjektstilling.

Alle unntatt informant 5, sier at det er ingen endringer som følge av SHR. Det har alltid vært samarbeidet med andre og kommunen før SHR kom. En kirke for folket i lokalsamfunnet enten den er knyttet til skoler, barnehager eller institusjoner. *SHR er en tankevekker for meg (Informant 2).*

Informant 3, mener at SHR ikke har gitt store endringer lokalsamfunnet, skyldes sikkert at informanten har hatt ett års studiepermisjon. For denne informanten er det viktig med et samarbeid om det å være tilstede for mennesker som er utsatte og rammet av sykdom. Og sier at det er enkelt å samarbeide med kommunen, dette fordi partene ser viktigheten av å spille på hverandre og å utnytte hverandres faglighet og ressurser. Det er god nytte å ha mange frivillige.

Dette har vist seg spesielt ved kriser, og spesielt ved en krise der det var en 16 år gammel jente som ble drept av kjæresten sin. Begge bodde her. Vi hadde åpen kirke og det kom 500 ungdommer. De frivillige i menigheten stilte opp og det var diakonen som organiserte dette arbeidet. Dette arbeidet var det ingen på legekantoret eller til helsesøsteren som kunne gjort. Viktig å være tilstede ved katastrofer og kriser og å åpne opp for et tverrfaglig samarbeid. Lokal befolkningen legger merke til et slikt engasjement fra den lokale kirken. (Informant 3).

Informant 4, opplever at kommunen har blitt oppmerksom på at det er en diakon og at de oppgavene som blir utført betyr noe for de som bor i lokalsamfunnet. Jeg har et ønske om å være en tydelig diakon og tror innsatsen er verdt det. Bli vurdert ut fra det og verdsatt på det. Det er andelenes med informant 5, hvor stilling ble opprettet som en følge av SHR, og det poengteres at det ikke var noen mulighet for opprettelse av denne stillingen uten nye friske midler. Egen forståelse er knyttet opp til at stillingen eies av kirkelig fellesråd og at det ikke er kommunen som eier stillingen.

Kreftsykepleieren har involvert flere diakoner, spesielt nevnt ved informant 1, 6 og 7, i sorg ved livets slutt. Kreftsykepleieren har sørget for større åpenhet på institusjonene, og koordinerer kontakt videre ved behov. *Jeg mener det var en hemsko tidligere med at man ikke kunne snakke om tro, det er ikke tabu å snakke om tro lengre. Kanskje har vi lært noe av våre nye landsmenn at det er naturlig å snakke om og praktisere tro. (Informant 6)*

Alle mener at diakoner må være åpne ut mot hva lokalsamfunnet, og mener at den enkelte samfunnsborger har ulike behov som diakonen kan har eller har kunnskap om.

- **Hvordan er din forståelse som diakon i lokalsamfunnet etter SHR?**

Alle sier at SHR ikke har endret sin forståelse på seg selv som diakon. Diakoni handler om en kontinuerlig bevisstgjøring. Diakon skal ta tak i de utfordringene man møter i lokalsamfunnet og hva menighetsrådet prioriterer. Informant 1 mener at samarbeid med kommunehelsetjenesten, psykiatritjenesten, kulturkontoret og med koordinatoren for flykninger er viktig. Informantene 2, 3 og 5, framhever: Vi er en diakonal kirke og SHR sier at det skal være en samhandling mellom kommunen og ulike organisasjoner i lokalsamfunnet. Viktig å være tydelig på hva man kan tilby og hva man kan bidra med. Alle nevner at det er flott å bo i den bydelen eller kommunen de jobber i, og det gjør at man har kontakt med mange forskjellige typer folk. Mange ber om samtale eller hjelp når livet er vanskelig. Det presiseres av informant 2, at det brukes tid på å gjøre kirken synlige i lokalmiljøet som for eksempel på kjøpesenteret, går i «gata» og snakker medmenneskene der, og dette medfører at flere i lokalsamfunnet tar kontakt ved behov.

Jeg jobber med barn og ungdom og det har medført til at jeg er bisitter i barnevernet, i advoktmøter og jeg er med som bisitter ved alternativ til vold. Det er andre som gjør dette også, men jeg ser verdien av å gjøre det som diakon og si at det handler om å bry seg. Og i møte med barnevernet er det fint å vise at kirka bryr seg om slike ting også. (Informant 2).

Kontakten og organiseringen av frivillighet er sentrale oppgaver som sies av informantene 1,3, 4, 5,6 og 7. Informant 3, spesifiserer at fokus på hvordan familierelasjonene endrer seg ved sykdom eller død. At det er viktig å mobilisere nettverket rundt familien i slike tilfeller.

Beslutningene om et samarbeid bør/må tas høyere opp i systemet sier informant 4 og 5, av erfaring. Poenget var at det var biskopen som utfordret kommunen til et tettere samarbeid og at det da var diakonen som var tenkt inn i dette viktige arbeidet. SHR er en bestemmelse ovenfra, og vi må sammen finne ut hva vi skal gjøre og hvor vi skal hente ressurser fra.

SHR har økt vår bevissthet på å være en tydelig diakon innen helse og omsorg. Institusjonene er klar over at de kan benytte seg av den hjelpen diakonen kan gi. Det ser nå ut for at helsearbeidere har mere fokus på at enkelte har åndelig og eksistensielle behov.

En gang var det en på et personalmøte som spurte; hva gjør vi hvis en bruker ønsker å bli bedt for eller at det blir sunget en salme. Da var det en ung jente som sa; jeg vet ikke hvordan jeg skal slå opp i Bibelen, men jeg slår opp og leser litt også prøver jeg å be og kanskje ber vi Fadervåret sammen. Det var ikke så farlig for henne om de delte den samme trua, men at det var viktig for brukeren. Etter det, så utarbeidet vi en enkel liturgi som de kunne bruke ved behov med ulike sanger, bønner og bibelsitater til trøst, oppmuntring, ved dødsangst og andre tema. Bare med denne samtalen så tror jeg det var med på å bevisstgjøre de ansatte. (Informant 5).

Diakonrollen har fått en tydeligere forståelse etter at man samarbeider på viktige arenaer. Oppslag i lokalavisen om ny ansettelse av diakon har gitt diakonen et ansikt utad. Det å bo i menigheten har også sin verdifulle betydning for å bli et kjent element i lokalsamfunnet.

Kirken treffer folk ute i lokalsamfunnet, men det handler om prioritering av egen tid og hva diakoniplanene ønsker å prioritere som kirke. Handler det om å bry seg om mennesker rundt oss. Informant 6, fortalte at kommunen hadde invitert til et kartleggingsmøte for frivillighet i kommunen. Det førte til en anledning til å systematisere og kartlegge eget frivillighets arbeid. Tilbakemeldingen fra kommunen var at kirken gjorde mye godt arbeid og mye mere enn det de visste om.

Det er nyttig å bruke bispevisitas for å tydeliggjøre hva diakonen kan være med på å virkeliggjøre med sin organisering og dyktiggjøring av frivillige i lokalsamfunnet, dette er signaler som SHR gir til kommunene for å møte framtidens utfordringer innen helse og sosialomsorgen. Informant 4 mente at SHR er med på å påvirke kommunen til samarbeid med andre. Reformen kan benyttes som påtrykk for å tydeliggjøre diakoniens betydning for lokalsamfunnet. Biskopen benyttet sin posisjon i møte med kommunal ledelse. Diakonen kunne ikke ha gjort det samme og fått denne innflytelsen. Den lokale diakonien har dratt god nytte av den gode kommunikasjonen. Nå blir alle medregnet på de områdene hvor man kan bidra. Informant 4, samarbeider med de andre organisasjoner om frivillighet, som hverdagsvenner, rundt samme bord og tiltak for å integrere våre nye landsmenn. Men er ikke sikker på om dette er konsekvensene av SHR, eller at det er naturlig samhandling, og

samarbeidet skyldes at vi sammen tenker på lokalsamfunnet som en helhet og at vi blir bedre hvis vi jobber sammen.

- **Har SHR sine konsekvenser åpnet opp for nye muligheter for organisering av diakonien?**

Informant 4 og 5, mener det er nyttig å bruke bispevisitas for å tydeliggjøre hva diakonen kan være med på å virkeliggjøre med sin organisering og dyktiggjøring av frivillige i lokalsamfunnet, dette er signaler som SHR gir til kommunene for å møte framtidens utfordringer innen helse og sosialomsorgen. I denne prosessen har det kommet noe godt ut av kommunikasjonen. Godt å oppleve at man nå blir regnet med på de områdene vi kan bidra med (Informant 4).

SHR sier at kommunen må samarbeide med andre aktører og da er den lokale kirken en naturlig samarbeidspartner. Å se denne muligheten for å samarbeide med andre er viktig for at kommunen kan oppnå målsetningen om å gi et helhetlig helsetilbud. Dette vil kreve fortrolighet mellom samarbeidspartnere, *Kanskje har dette allerede begynt eller kanskje det vil ta litt tid?* (Informant 3). Dette krever kjennskap til de ulike rollene i kommunen og finne ut hvem det er nyttig å samarbeide med.

Vi samarbeider med andre organisasjoner om frivillighet, som hverdagsvenner, rundt samme bord og tiltak for å integrere våre nye landsmenn. Vet ikke om dette er konsekvensene av SHR men det skyldes at vi sammen tenker på lokalsamfunnet som en helhet og at vi blir bedre viss vi jobber sammen. *(Informant 4)*.

Viktig å være orientert om det er muligheter for å søke om økonomiske midler til kursing for å øke kompetansen, det kan hjelpe en til å prioritere nye utfordringer kommunen vil gi, det er noe informant 1, er opptatt av. Konsekvensene er at vi har blitt bevist på det vi allerede har av samarbeid og at vi ønsker å benytte so av mulighetene til å bli bedre.

Informant 6 er opptatt av å være med der beslutninger skjer, bli kjent og synlige for hva diakonien kan være med å bidra med. Og videre at diakonene er viktige fordi de organiserer frivillige, hjelper folk til å bli betydningsfulle for andre mennesker og som igjen kan utløse mange positive sider i lokalsamfunnet.

Flere av informantene (1, 3, 4, 5, 6, 7) nevner at ved at kommunens ansatte informerer om besøks og kontakttjenesten vil flere få dette tilbudet enn når bare kirken går ut med denne informasjonen, det er en konsekvens av SHR.

Informant 5, sier at de har opprettet frivillig arbeid innenfor omsorg for døende, hvor de kan «bistå med personer som har kompetanse innen feltet (to sykepleiere og en prest, alle tre er pensjonister). Dette hjelper for å få aksept for den lokale diakoniens arbeid og at kirkevergen gir aksept og støtte utad for dette arbeidet. Ta kontakt med institusjonene for å si hva vi kan tilby og hvordan vi kan finne ut av hvem som kan ha nytte av omsorg.

Alle sier at det er viktig at diakonen er tydelig og bevisst. Informant 2 uttrykker det litt annerledes med å si at diakonene er for beskjedne. Ikke se smått på oss selv som informant 5 presiserer. SHR gjør informant 2, nysgjerrig på hva reformen åpner opp for som den lokale diakonien kan ha nytte av.

- **Finnes det noe i denne prosessen som andre menigheter kan lære av?**

- Som følge av prosjektet håper vi at det skal få betydning for andre menigheter, og at det kan nå helt inn i nasjonalt handlingsprogram og inn i kreftomsorgen når det gjelder åndelige og eksistensielle behov. At kartleggingsverktøyet HOPE kan være med i dokumentasjonen og systemarbeidet i kommunehelsetjenesten kan være til nytte for den som trenger åndelig og eksistensiell omsorg. Vi skal ha en erfaringskonferanse om prosjektet 2.oktober, invitasjonen vil gå bredt ut. (Informant 1)
- Vi må være mere på. For vi er gode. For eksempel så var jeg med på Verdensdag for psykisk helse og jeg var på en dialogkonferanse. Jeg satt og kikket rundt meg og tenkte hvorfor er det ikke flere diakoner her. Alle diakonene må være flinkere til å være litt mere på i det som kommunene arrangerer. Og være flinkere til å si at dette vil vi være med på og. Som denne verdensdagen, så sitter jeg og tenker på hvordan kan jeg bruke den anledningen til å bygge et samarbeide med andre. For så å si at her er vi og vi vil være med og vi bryr oss om dette. (Informant 2)

- Det å møtes, bli kjent, bygge ned terskler og at det forenkler og gjør det enklere å samarbeide. At man våger og bare å gå si hei, presentere seg og involvere seg litt i hverandre. Det å bidra. Det å vite hvem helsesøsteren er, kjenne til ulike instanser i kommunen. Det å bringe videre til andre menigheter er det å være åpne og gå bli kjent med de som jobber i kommunen, som kan være mulige samarbeidspartnere. Det å være aktivt oppsøkende. Å orientere seg i lokalsamfunnet. Kjennskap. (Informant 3)
- Det er veldig spennende hvor dette går? Det handler om å se mulighetene og ønsker å gå inn å jobbe i forhold til de som trenger det en kjempe motiverende tanke, det er en pust i nakken. Men vi klarer ikke alt. Hvis man ønsker en endring så må man gjøre det selv, det er ingen som går inn og tar oppgavene, man må handle selv. Skal endringer skje er man avhengige av en diakon. Jeg tror aldri vi hadde fått til så mye uten diakon. Viktig med handling og ikke bare ord. Hadde vi ikke hatt diakon så vet jeg ikke om det hadde blitt så mye handling. (Informant 4)
- (Informant 5) min overordna, kirkeverge møtte omsorgssjefen og de hadde et avklaringsmøte med spørsmål om kommunen kunne samarbeide med kirken. Det var en god hjelp for meg, at spørsmålet ble løftet opp på et ledernivå i begge sider. Viktig å møtes på samarbeidsarenaen og spørre om det er det noen eller noe vi kan tilby eller samarbeide om, dette kan føre til en åpen dør og gi ryggrad for tilbudet om tjeneste. Nyttig å bruke bispevisitasene, biskopen møter flere ulike ledere i kommunen og kan informere om kirkens diakonale tjenester og muligheten som ligger i å prioritere en diakon stilling. Diakonen har kunnskap om å bygge opp frivillig arbeid, opplæring og igangsetter av frivillighet.
- Behovet for frivillighet vil bare øke. Dette har SHR satt fokus på. Nå trengs det enda mere frivillighet for å møte behovene som dukker opp og som er ventet å komme. Tenk på at når biskopen kommer kan han/hun være med på å gjøre noe med dette. Det er viktig at diakonen tar kontakt med ulike instanser i kommunen, og finne ut hvem det er naturlig å samarbeide med. Kanskje kan menighetene ha som mål at de kan være med på å synliggjøre åndelige eller eksistensielle behov. Gjøre det allment, fjerne tabuer, gjøre alle frimodige på dette feltet. Tenker at vi er en viktig instans i et lokalsamfunn, ikke å se smått på oss selv.
- Vi jobber der vi er og ser kanskje ikke så mye på hva andre menigheter gjør. Det å være diakon er at man er mye alene og kanskje gjør andre det samme som meg. Men i

arbeidet blant innvandrere så synes jeg at vi har lyktes. Vi har fått god kontakt med de fleste innvandrerne og det blir lagt merke til og sett av andre i lokalsamfunnet.

Innvandrerne benytter kontakten med oss. Jeg ser på jobben min som viktig, fordi den er betydningsfull for mange. I hverdagen kan vi kanskje nedvurdere oss selv. Jeg kjenner at det er litt prisgitt deg selv hva du gjør ute av det, det er ikke så mange utenfor som løfter. Jeg står ganske mye alene og det er ikke godt. (Informant 6)

- Informant 7, *alle har vi noe å lære av hverandre. Diakon må være på tilbudssiden, være tilgjengelig, bli kjent, skape tillit og prioritere.*

- **Er det andre ting du vil nevne i denne sammenhengen?**

Informant 1, bevissthet om retten til et åndelig liv er viktig for de som jobber på institusjonene. Det nytter ikke at diakonen kartlegger dette behovet, det må være et samarbeid med de som jobber på institusjonene og som kan se at dette er en viktig del av omsorgen og pleien. Det er viktig i arbeidet med eldre og utviklingshemmede å hjelpe de med å finne ut av hva de ønsker ikke med bare det vi tror de trenger. Finne ut av hva som har vært viktig for de før og hva som er viktig for dem nå. «Dette er detektivarbeid og veldiginteressant». Informant 2, *Vi er gode, vi gjør utrolig mye bra og det skal vi få lov til å si! Og jeg skal lese SHR, en oppfordring til andre diakoner også.*

Tverrfaglig samarbeid er viktig, man blir bedre sammen og til hjelp for å hjelpe de som er rammet, det betyr mye for kvaliteten på hjelpen som vi kan gi. (Informant 3).

Informant 5, er veldig positiv over hvor velvillige folk er. Setter de samme målene og ikke frykter hverandre. Ingen skal ha noe monopol på mennesker i nød. Mange mennesker vil gjøre en innsats, det er bra. Det handler om å trekke i samme retning og ha gode samarbeidsrelasjoner og at vi ikke prøver å konkurrere ut hverandre. Vi ønsker alle å møte nød og behov.

Til slutt sier informant 7, at diakonien er en viktig del av samfunnet og diakonen kan være med på å realisere dette.

- **Hva er din forståelse av din egen rolle i lokalsamfunnet?**

Når det handler om sorg og kriser og om oppfølging av etterlatte er det selvfølgelig å bli regnet med sier informant 3 og 4. De blir også kontaktet fort når det er noe de kan bidra med når noe spesielt skjer. Dette er prioriterte områder for diakonene. Informant 3 nevner også støtten til barn og ungdom og kontakten ved skilsmisser som en spesiell arbeidsoppgave for henne. Det er mange som tar kontakt med kirka som ikke har noen naturlig kontakt med kirka. Disse tar kontakt fordi de vet at her kan man komme og snakke om ting som ikke bare handler om sjelesorg, om tro, men generelt om livet. Dette skyldes nok at det har blitt fortalt av enten lege eller andre de har vært i kontakt med eller at de kjenner andre som har vært i samtaler eller i begravelser eller ved oppfølging til pårørende. All oppfølging etter begravelser er informant 3, sitt ansvar i den menigheten han/hun jobber.. Og er med i begravelser der barn eller ungdommer er involvert, og gjerne i sorgsamtalene i etterkant.

Informant 6, ser på jobben sin som viktig, fordi den er viktig for mange. I hverdagen kan man nedvurdere seg selv. I jobben er man prisgitt seg selv hva man ønsker og gjør noe ut av, det er ikke så mange utenfra som løfter. Jeg står ganske mye alene og det er ikke godt, kommunens forpliktelser på samarbeid kan være med å endre denne opplevelsen.

Informant 7, mener at diakonene er en viktig del av lokalsamfunnet. Det å bidra til fellesskapsarbeid og lage møteplasser blant generasjoner er inspirerende. Kirkens omsorgsarbeid er en ressurs for lokalsamfunnet. Diakonen er en leder for det diakonale arbeidet. Vi kan gjøre en forskjell for det enkelte menneske. Og være en stor hjelp i organisering av det frivillige arbeidet i lokalsamfunnet.

- **Diakonirådgiver**

Informant 8, er i en særstilling i forhold til de andre diakonene, han jobber på bispedømmekontoret som diakonirådgiver. Og er rådgiver for alle de andre diakonene som er informanter i denne oppgaven. Som det ble antydnet i kapittelet om metode så har han fått noen litt andre spørsmål ettersom stillingen ikke tilhører en lokal menighet.

Informant 8 har jobbet sentralt sammen med diakonhjemmet om SHR muligheter for å styrke diakoniens i den lokale menighet og organisasjoner og offentlige instanser. Utdannelsen ble tatt på diakonhjemmet hvor tverrfaglighet og samarbeid var tydelig i undervisningen. Videre arbeidserfaring fra psykiatri, diakonhjemmets sykehus og menighetsdiakoni var tverrfaglig samarbeid nødvendig for å kunne utrette en tilfredsstillende behandling. Tverrfaglighet har alltid vært spennende i forhold til den diakonale konteksten som han har vært grunnleggende for utførelsene av i de ulike jobbene. Han var også med i utarbeidelsen av diakoniplanen som ble vedtatt på kirkemøte i 2008.

SHR traff informant 8, fordi grunnutdannelsen var sykepleiefaget og en naturlig følge var da fokus på en helhetlig helse. For å om mulig, oppnå helhetlig helse, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig var man avhengig av tverrfaglig kunnskap og kompetanse. Palliasjon har blitt mere synlig og gjort virkelig innenfor helseomsorgen.

I Stavanger bispedømme har samhandling vært sentralt satsningsområde det er også blitt gitt en oppfordring fra kirkerådet. For en diakonirådgiver er det også nødvendige å ta prioriteringer for hvor tyngden av rådgivningen skal ligge. *SHR sine muligheter er en døråpner for diakonen sitt arbeid med diakoni.*

Diakonirådgiveren er med på alle bispevisitasene på oppfordring av biskopen.

På bispevisitasene får jeg alltid holde et innlegg om diakoni i møte med ordfører og andre ledere i kommunale instanser. Da bruker jeg målsetningen for SHR og fokuserer på kirkens kompetanse på omsorg, ledelse og frivillighet. SHR gjør det legitimt å snakke om disse emnene innen folkehelsen.

I møtene forteller han fra ulike diakonale tiltak i kommunen, og fra tiltak som spesielt er knyttet opp til kommunehelsetjenesten, og om diakonale utfordringer i lokalsamfunnet. Dette åpner opp for en dialog om hvordan den lokale menighet og kommunene kan utnytte sine tverrfaglige tjenester. Informant 8 sine prioriteringer er tid til bispevisitasene for å komme i dialog med kommunene, menighetene for å rette søkelyset på det verdifulle diakonale arbeidet som gjøres. Reformen har gjort et løft for diakonen.

Informant 8 forteller videre at i kjølevannet av disse møtene blant kommunens ledelse, er det ofte at det inviteres igjen til en mere konkret og uhøytidelig samtale om diakoniens muligheter til tverrfaglighet, helhetlig tenkning på mennesket, frivillighet, samhandling og samarbeid. Og kaller diakonstillingen for en brobyggerstilling.

6 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte hovedfunnene i forhold til problemstillingen min - Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet. Jeg vil se på funnene mine i kapittel 5 i lys av teori fra kapittel 4 og trekke fram sentrale poenger i drøftingen.

Problemstillingen består av to hovedspørsmål:

- Samhandlingsreformens konsekvenser for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen
- Forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet

6.1 Samhandlingsreformens konsekvenser for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen

På spørsmålet om det har skjedd en endring i samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunale instanser etter SHR sin innføring den 01.01.12. vil jeg vise til kapittel 5 hvor fem av åtte diakoner svarte at det ikke hadde skjedd noen endring. Den ene diakonen som sa at det hadde skjedd endringer var den som var ansatt i diakonstilling på SHR sine midler. Den andre var en bispevisitas hvor diakonen var med på samtalemøte mellom biskopen og kommuneledelsen. Den tredje var diakonikonsulenten, som sa at på hver bispevisitas hadde diakonikonsulentet et innlegg om kirkens diakoni og om SHR og dens muligheter som åpner opp som en brobygger imellom den lokale menighet og kommunen.

Hvorfor det ikke hadde skjedd endringer svarte alle at det alltid hadde vært et samarbeid med ulike instanser, organisasjoner, frivillige, helse og sosial etaten i kommunen. Tydeliggjøring av kirkens diakonale kompetanse på omsorg, frivillighet og ledelse og synergieffekten av dette var det avgjørende for opprettelsen av den nye stillingen. Et konkret tiltak for at SHR sin intensjon om å skape tjenestestrukturer som gjennom samhandling er til beste for mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner.

Informant 4, hadde vært mange års ansatt som diakon sa at samarbeidsarenaene med kommunen ble endret etter bispevisitas og møte med kommunens ledelse, og er nå medregnet i planleggingsmøtene innen kommunens helseforetak og kulturavdelingen.

Hvis beslutningene skal tas i de øverste styringsorganene som for kirkens del biskopen og ordføreren for kommunens del har vi en utfordring i forhold til alle de beslutningene som skal tas. Dette fordi det ikke avholdes bispevisitas hvert år. I Stavanger bispedømme er det 7- 8 bispevisitaser i året og 8 år mellom hver gang. Da vil det ta lang tid mellom hver gang det forhandles frem gode avtaler mellom den lokale kirke og kommune administrasjonen for konkrete Samhandlingsavtaler. Det er gledelig å høre at det kommer noe konkret ut av en bispevisitas og at SHR har vært et middel i denne sammen hengen. Men vi må også finne andre måter vi kan fremme samarbeid på. For jeg tror som informant 7, sa det

At etter at SHR trådte i kraft har det blitt mere forventet samarbeid. Samhandling har det vært før 01.01.12. også. Nå kan vi bruke SHR som en dokumentasjon på at dette er villet og ønsket, det er forskjellen og da er det lettere å utfordre til samhandling. Det gjør at samarbeidet blir mere legitimt fra begge sider fra både frivillige organisasjoner og det offentlige (Informant 7).

På tross av at det ikke har skjedd noen betydelig endring etter SHR iverksettelse. Er konsekvensene at både diakonien og helseomsorgen i kommunene må jobbe for en helhetlig helse, det er et overordnet mål for oss som kirke og for Verdens helseorganisasjon sitt syn på helhetlig helse som kommunene jobber ut i fra. Sammen må vi finne ut hvordan vi kan nå dette målet om helhetlig helse som SHR initierer til, dette til beste for den som mottar helsetjenester

For de som ikke har denne drahjelpen fra en bispevisitas for å få fokus på diakoniens betydning for lokalsamfunnet må man finne andre løsninger. I undersøkelsen ble det påpekt av alle at de alltid hadde drevet med samarbeid i en eller annen form med ulike organisasjoner og kommunale aktører. Men det ble understreket at det ikke alltid var like enkelt å få til gode samarbeidsavtaler. Innen psykiatri og i omsorgen for utviklingshemmede var det noe som påpekte at det ikke alltid var like lett å få til et samarbeid som kom tredjepart til gode. Som informant 2, sa at innen barnevern og barne- og ungdomspsykiatri var det vanskelig å komme i en åpen dialog, der var det taushetsplikten som var det største stengselet for samhandling.

Alle sa at de satte samarbeid med offentlige og frivillige organisasjoner høyt i det diakonale arbeidet. Dette blir også påpekt i Angell og Selbekk sin rapport om «Kirke og helse» en kartlegging av diakonalt helsearbeid innen den norske kirke fra 2005. (Angell O. H., 2005, s. 8) Undersøkelsen der viser at det det er et utstrakt samarbeid på ulike plan. Og at der det er

ansatt en diakon styrker menighetens diakonale arbeid og øker samarbeidsrelasjonene til det offentlige støtteapparatet. (Angell O. H., 2005, s. 13) Dette var en rapport som ble skrevet før den nye definisjonen på diakoni trådte i kraft i 2008 og før det ble mastergrad krav for å vigsles til diakon i 2005.

Harald Knutsen i artikkelen «samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene» skriver at det er nødvendig å undersøke betingelsene for et bedre samarbeid og samhandling for å tilby bedre service overfor pasienten med bedre eller en annen kompetanse eller kapasitetsutnyttelse. Det kan være nødvendig å kjenne til partenes interesser og politiske- og økonomiske posisjon i nettverket (Knudsen, 2004, s. 27)

I Winsnes sin masteroppgave «Samarbeid som gir muligheter» viser undersøkelsen at det er nødvendig men støtte fra ledelsen. «I begge organisasjonene, Trondheim kommune og kirken i Trondheim by er det i stor grad aktiv og støttende ledelse som er en av de viktigste forutsetningene for å lykkes med implementeringsprosessen i dette samarbeidet.» (Winsnes, 2010, s. 77)

Planprosessen en prioritering av diakonale satsningsområder i lokalsamfunnet som diakonene i Bærum kommune har gjennomført, førte til større synlighet av diakonien. Det førte til økt samarbeid med kommunale aktører. Samfunnsengasjement, tydeliggjøring av diakonale tiltak mot innbyggerne i kommunen og det har ført til politisk støtte og ekstra økonomiske bevilgninger fra kommunen.

Håper det kunne ha kommet en lignende og omfattende kirke og helse rapport som den Angell og Selbekk har utført, gjerne i 2015, 10 år etter den første rapporten. Etter 2005 har det også skjedd en del endringer med ny definisjon på diakoni, utdannings krav og statlige påtrykk og oppfordringer siden da, men samarbeid har alltid vært et middel for kirkens diakonale aspekt for å yte forskjellige omsorgstjenester.

I analysen viser seks av informantene pluss at informant 8 tror samarbeidet blir bedre etter hvert som mulighetene for samarbeid blir bedre kjent for de den SHR berører. SHR er et forsøk på å imøtekomme den demografiske utviklingen som kan true den økonomiske bæreevnen i samfunnet i framtiden. SHR er et direktiv til hvordan kommunen skal arbeide, reformen sier at kommunen må samhandle med andre organisasjoner eller etater for å kunne

nå målet om helhetlig helse. Indirekte skal SHR ha innvirkning på samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunen, selv om reformen ikke har nevnt samarbeid med kirken konkret. Muligens er dette litt underlig når man tenker på at medlemmene i kirken består av ca. 80 % av den norske befolkning. Dette er ikke et eksakt antall medlemmer, det forandrer seg hele tiden. Det er nå færre som døver barna sine og det fører til at medlemsmassen vil synke i framtiden. Også på bakgrunn av en historisk sammenheng der kirken har vært sentral i forhold til den lokale diakoni som opprettelse av sykehus, utvikling av sykepleierfaget og studiet og hjemmesykepleien, dette skjedde rundt 1900-tallet.

Flere av informantene nevner att det er samarbeid i diakonien sammen med helseomsorgen, som innen psykiatritjenesten, barnevernstjenesten, ved helsestasjonene og i kontakten med sykehusprestene.

Oppmerksomheten rundt SHR rettes mot den som er avhengig av og trenger helsetjenester. Det er et ønske om å forebygge at brukerne skal få det dårligere i framtiden fordi det forventes at flere trenger helsehjelp og de økonomiske kostnadene vil da stige.

SHR har ikke hatt noen endring for samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunen. Men alle forteller at de samhandler på en eller annen måte i forhold til helse- og sosialomsorgen i kommunen. Jeg mener dette samarbeidet handler noe om at diakonien opptrer i det stille som Frans av Assisi sa det, «forkynn evangeliet om nødvendig med ord».

Nye kommunale ansvarsområder kan ha betydning for samarbeide med diakonien

Kommunen har nå fått et utvidet kommunalt ansvar innen helse- og omsorgssektoren som medfører nye arbeidsoppgaver. SHR sier også at kommunen ikke skal pålegges nye oppgaver uten at de får økonomisk støtte til dette (St.meld. nr.47, 2008 -2009). Kommunen må gjøre prioriteringer for å få økonomien til å strekke til. Prioriteringene må gjøres først og fremst for alvorlige og kritisk syke. NOU 1997:18 sier noe om prioriterings rekkefølge. (Kassah, 2014, s. 60) To diakoner forteller at de er med i planarbeidet om helse forholdene i kommunen. Men jeg kan også «høre» at flere har et tverrfaglig samarbeid i møter med helsesøster, ressurs team for barn og ungdom, kreftsykepleien, i katastrofe og kriseteam.

Undersøkelser som er blitt gjort i forbindelse med fokus på SHR er referert i boken «Samhandlingsreformen under lupen». Der er det referert fra undersøkelse på

helseinstitusjoner hvor prioriteringer må skje hele tiden, at fokus på grunnleggende behov og ernæring blir ivaretatt og at dette går på bekostning av kommunikasjon, personlig omsorg, aktiviteter. Psykososiale tjenester og åndelige behov blir nedprioritert. (Kassah, 2014, s. 71) Det hjelper lite om det står sentralt i SHR at helse- og omsorgstjenestene skal ytes ut fra pasientens ønsker og behov når kommunens prioriteringer ut fra akutte prioriterte oppgaver.

Den nye reformen vil føre til et tydelig skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, dette påpeker Idar Magne Holme i artikkelen «Samhandlingsreformen i praksis», at den fører til ineffektiv ressursbruk og ikke optimalt tilbud for pasientene. (Holme, 2010)

Diakoniens rolle

Det påpekes av to diakoner i analysen at de er usikre på om SHR skal få æren for samarbeidet innen palliativ omsorg, denne gangen var det diakonien som utfordret til samarbeid. SHR har betydning for pasientrollen i kommunen, det er av interesse for diakoniens målsetninger om omsorg for de som trenger det. Det som er nytt for diakonien er at igjennom SHR så åpnes det opp for at den lokale diakonien kan komme tydeligere på banen for pasienten og de pårørende. En diakon sa ta hun var så glad for at psykiatrien åpnet opp for den åndelige dimensjonen ved helhetlig forståelsen av helsen. En annen har i sitt arbeid hovedfokus på klubbvirksomhet med en liten kirkelig liturgi for å synliggjøre kirkens budskap for utviklingshemmede. Dette blir tydeliggjort igjennom Rundskriv nr, 1 – 6/2009 «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse» som også er kjerneområder for kirkens diakoni og heller ikke av nyere dato.

Et helhetlig helsetilbud er avhengig av at helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med tros- og livssynssamfunn har en fellesforståelse av hverandres egenart og aksepterer hverandres kompetanse. Lover og ordninger kan se greit ut på tegnebrettet men vanskelig å gjennomføre i praksis. November 2013 kom det ut et veiledningshefte om heter: *Samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre.* (STL, 2013) Dette veiledningshefte blir i diakonale sammenhenger kalt for Samhandlingsreformen nr.2.

SHR utfordrer kommunen til samarbeid med andre organisasjoner

I analysen er det en diakon som fortalte at innen rusomsorgen er det samarbeid mellom ulike organisasjoner. Det kan være organisasjoner som også organiserer frivillighet. Kanskje er samarbeidet mellom organisasjoner mere tydelig i det forebyggende arbeidet som drives i menigheten og i lokalsamfunnet. Dette som samarbeid med pensjonert lærere, grupper som jobber med fremmedspråklige, misjonsorganisasjoner, sanitetskvinner, Røde-kors, ulike religiøse organisasjoner, om SFO arbeid, organisasjoner for utviklingshemmede og frivillighetssentralen.

Kommunen har fått direktiver fra regjeringen igjennom SHR om å samhandle med ulike organisasjoner i samfunnet for å skape en bedre praksis rundt mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner. En av konsekvensene som er av stor betydning er at kommunene skal beholde pasienten lengst mulig hjemme før innleggelse på sykehus og redusere liggedøgnene til det minimale. Som igjen sier at kommunene må utbygge sin akutt og rehabiliteringstilbud. Hvis ikke disse kravene blir innfridd får de straffegebyr fra staten som igjen fører til mindre penger til andre tiltak.

Tverrfaglig samarbeid

Konsekvensene for den lokale diakonien er at SHR åpner opp for et samarbeid på enkelte områder der diakonien kan komme inn med sin kompetanse. Det gjelder områder for kritisk og alvorlig syke, ved forebyggende arbeidet, hjelpe kommunen med å drøfte hva vi praktisk kan bistå med for å nå målene til SHR. De økonomiske utfordringene kommunen står ovenfor vil også vedrøre diakonien fordi den berører pasientene i vårt lokalsamfunn. Det blir flere som blir liggende hjemme alene og kanskje må de dø alene. Dette er områder som må engasjere den lokale diakonien. Og hvordan skal vår kompetanse på omsorg ved livets slutt komme den alvorlige syke og døende for øre for at vedkommende skal få den hjelpen SHR legger opp til. Informasjon og kjennskap til hverandres fagkompetanse for å bli kjent med hverandre «ansikt til ansikt» og sammen kjenne til de utfordringene lokalsamfunnet står ovenfor. Som jeg ser det er det viktig at den lokale diakonien samarbeide tett med kommunen og dette medfører et tverrfaglig samarbeid. Faglig kompetanse kan man også hente blant frivillige. En diakon som hadde fått engasjert tre kompetente frivillige til å sitte ved sykesengen til alvorlig syke og døende, slik at den som trengte det alltid kunne ha noen ved sin side. Dette var en avtale om at de frivillige kunne sitte opp til fire timer for avlastning for pårørende eller ansatte. Til denne tjenesten var det kvalifisert frivillig hjelp av to sykepleiere og en lege.

Tverrfaglig samarbeid krever at man har avtalte møter, en fellesforståelse for mål og visjoner som er til pasienten og samfunnets beste på lang sikt. Glavin og Erdal mener at for at et samarbeid skal fungere må grunnleggende avklaringer av de oppgavene som skal utføres, først da ser man betydningen av samarbeidet. Dette fører til at vi må være delaktige for å få dette til i samfunnet. SHR utfordrer helsepersonell på en annen måte nå når brukeren av helsetjenester oppfordres til sterkere deltagelse og for og imøtekomme dette kreves tverrfaglighet på ulike plan.

SHR fokus på forebyggende helsearbeid

SHR utfordrer til forebyggende arbeid men det vil man ikke se virkningen på før kanskje det har gått 20 år. Det vil si de tiltakene som kirken gjør nå innenfor forebyggende tiltak som for forebygging av ensomhet, besøkstjeneste, gudstjenestefeiring ikke blir verdsatt i den grad den vil gi av verdi i framtiden. Det må da finnes måter man kan samhandle og samarbeide om forebyggende arbeid. Dette krever at man sammen har avklarende samtaler og møter om forståelse av SHR målsetning.

Funn i analysen viser at tradisjonelle tiltak er av betydelig forebyggende verdi. Dette kan være: formiddagstreff, klubb og lørdagskaffe for utviklingshemmede, søndagens gudstjenester med kirkekaffe, barne- og ungdomsklubber, tiltak for innvandrere og fremmedspråklige, samtalegrupper, ekteskapskurs og lignende.

Spørsmålet må stilles om hva er det som på ny utfordrer med Samhandlingsreformen? Hvilke konsekvenser kan Samhandlingsreformen sin intensjon om og styrket kapasiteten til forebygging, å se det enkelte mennesket tidlig, gripe fatt i helseutfordringen raskt og helst før det har blitt en belastning for den enkelte. Å ha kunnskap, kjennskap til historie og eventuelle muligheter kan ha betydning for hvordan man koordinerer disse tjenester i lokalsamfunnet. For at menighetene skal kunne samhandle med lokalsamfunnet er det nødvendig med grundig gjennomgang av prioriteringer i diakoniplanen om hva som skal prioriteres av oppgaver og ikke. Framtidens utfordringer for diakonen gjelde vurdering av økonomiske ressurser, bruk av og tilgang på frivillige og ansatte. Spørsmålene er mange og sprikende om ulike utfordringer innad i kirken og hvordan vi er som samarbeidspartnere. Og vi kan undre oss over hvordan vi kan bli bedre til å samarbeide med andre instanser i det lokale miljøet om å tilrettelegge for en

helhetlig satsning på omsorg i samarbeid med kommunen. Samhandlingsreformens oppfordringer og diakoniens muligheter i lokalsamfunnet.

Profesjonelle tiltak i møte med lidelse må ta hensyn til at gode fagfolk forventes å kunne ta tak i både fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner ved menneskelivet. I tillegg må gode diakonale ledere ofte også ha med seg den beste kunnskap fra fag som regnskap, finans og administrasjon inn i arbeidet. (Nordstokke, 2009, s. 76)

Betydning av diakoniplaner, handlingsplaner, målformuleringer

I denne oppgaves dataundersøkelse hadde alle menighetene utarbeidet lokale diakoni planer.

Fire av informantene hadde ansvaret for flere enn en menighet sin diakoniplan.

Diakoniplanene utføres nokså likt, de tar utgangspunkt i hva det vil si å være kirkens omsorgstjeneste diakoni,

Evangeliet i handling, som kommer til uttrykk gjennom nestekjærighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet. (Kirkerådet, 2008)

Informant 5. var den eneste som hadde reforhandlet diakoniplanen og brukt SHR konkret inn i diakoniplanen. Noen hadde hatt sin årlige gjennomgang av diakoniplanen, men en grundig gjennomgang av nye satsningsområder var ikke prioritert. Når de fortalte om sine samhandlingsrelasjoner var ikke dette en konsekvens av SHR, men en naturlig konsekvens av behov for samhandling med organisasjoner, grupper eller kommune i forhold til diakoniens oppgaver og til behov i lokalsamfunnet. Det nye er som informant 7 sa:

Samhandling har det vært før 01.01.12. Nå kan vi bruke SHR som en dokumentasjon på at dette er villet og ønsket, det er forskjellen og da er det lettere å utfordre til samhandling. Det gjør at samarbeidet blir mere legitimt fra begge sider fra både frivillige organisasjoner og det offentlige.

H. Knudsen mener det er viktig å lage gode målformuleringer, lage skriftlige instruksjoner og organisasjonsplaner er nyttig for interne arbeidsopplegg og for holdninger til omgivelsene. (Knudsen, 2004, s. 27) Det kan vi se har vært nyttig for informant 5, dette for å forsvare ressursbruken til diakonstillingen og for å tydeliggjøre mål, samarbeidsrelasjoner og resultat som kan vises til i lokalsamfunnet og for å kunne synliggjøre behovet for videre nye

økonomiske midler til den delen av stillingen som diakonistiftelsen Rogaland finansierer i tre år. For hva skjer når de tre åra har gått?

Framtidens utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene må vi finne løsninger på, vårt samfunn har ikke økonomi til å opprettholde et tilbud på dagens nivå til de som trenger helse hjelp som det ble indikert innledningsvis. Derfor må vi tenke nytt om hvordan vi kan samarbeide med andre til beste for den som trenger det. I artikkelen til Harald Knudsen kan vi lære noe om hans teori, samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser og om hvilke utfordringer, hindringer og muligheter et slikt samarbeid kan gi. Dette kan være med å belyse hvordan man bør jobbe med strategier, mål og handlingsplan for diakonien i lokalmiljøet og om mulig tydeliggjøre diakonien. Og videre stille spørsmålet om dette kan tydeliggjøre diakon i lokalsamfunnet og om det eventuelt er nødvendig for å styrke samarbeidet på tvers av organisasjonsgrenser? (Knudsen, 2004). Kristi og Per Lauvås har i boka Tverrfaglig samarbeid sagt at, i teori og i praksis regnes tverrfaglig samarbeid som en nødvendighet i dagens organisasjons- og samfunnsliv (Lauvås, 2004).

Jeg mener at det kan være lurt å gå inn og observere nye situasjoner. La seg berøre av det man opplever når man er utenfor sin komfortsone. Exposure er denne metoden blitt kalt. Det handler om å observere uten å komme inn på løsningen. Se-bedømme-handle er en annen metode for å oppnå det samme. Da lar man de utenfor sin komfortsone fortelle sin historie. (Korslien, 2011). Viktige observasjoner for å utvikle diakonifaglig kompetanse. Jeg tror at disse to metodene kan utvide vår horisont og at de kan konfronteres med fordommer som hindrer vekst og utvikling. Det var bare en diakon i analysen som nevnte og som praktiserte dette. Hun likte å sitte på trappa som lå på fortaus nivå og drikke kaffe og snakke med de som gikk forbi. Dette gjorde at hun fikk snakket med mange forskjellige typer mennesker som hun kanskje ikke ellers ville ha hatt mulighet til å snakke med. En døråpner for gode samtaler og kjennskap for de menneskene som bor i nærområdet og som vil kunne være med på å utvikle hennes praktisering av diakonien.

Helhetlig helse, de fire dimensjonene

Helhetlig helse består av en fysisk, psykisk og sosial og åndelig dimensjon. I dagbladets nettavis av 02.05.14 stod det en artikkel av Jørn Lemvik, generalsekretær i Digni som het «Framtiden er religiøs» I følge artikkelen er teorien om at vi beveger oss i en retning av sekulær modernitet, er lagt på is.

Det er vi i Norge som er unntaket til regelen. Forsvinnende få deler vår virkelighetsforståelse. Tanken om at religion er noe privat, for eksempel, avvises de fleste steder. Det ligger i religionens natur at den nettopp ikke er privat, fordi den regulerer menneskets relasjoner til hverandre, samfunnet og Gud.... For folk flest i verden styrer religion tanker og handlinger, familieliv og politikk. Man kan like det eller mislike det, men slik er det. (Lemvik, 2014).

Muligens er det som informant 6, sa at kanskje er det våre nye landsmenns behov og praksis for sin tro og religiøsitet som har vært med og åpnet opp for den åndelige dimensjonen som SHR indikerer til for å oppnå helhetlig helse.

6.2 Forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet

I analysen er hovedfunnet at det ikke har skjedd en endring mellom den lokale diakonien og kommunen etter at SHR ble iverksatt.

I denne sammenhengen tenker jeg forståelse av diakonens rolle som leder for den lokale diakonien i lokalsamfunnet. Diakon er den som leder det diakonale arbeidet i menighetens lokalsamfunn ut i fra kirkens forståelse av diakoni (Kirkerådet, 2008) men også ut fra den internasjonale forståelse av diakoni (Nordstokke, 2009). Diakonien er oppgaver som har sitt utgangspunkt fra lokale behov. Diakonen etablerer tiltak som har til hensikt å skape bedre livskvalitet for mennesker. *Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet* (Kirkerådet, 2008).

Ole Madsen en dansk biskop sa på 70-tallet, vurderte å bytte ut ordet kjærlighet med oppmerksomhet. Ordet kjærlighet er blitt så ødelagt og misforstått. Dette kan forklares eller begrunnes med at Jesus var oppmerksom. Flere steder i bibelen står det om hans oppmerksomhet: «Da så Jesus på ham og fikk han kjær». Oppmerksomhet er kjærlighet i praksis. (Kirkerådet, s. 13)

Den lokale menighet representerer Den norske kirke og er en selvstendig organisasjon. Dette betyr at den lokale menigheten betegnes som en frivillig organisasjon. Den lokale menighet er satt til å utføre kirkens diakoni, som er omsorgstjenesten for mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner som kan forklares med tjeneste for min neste. Kirken er en del av samfunnet

og derfor må diakoni alltid skje i en samfunnsmessig kontekst. Diakonien overordnede perspektiver er å stå sammen i arbeidet med å ivareta verdiene i samfunnet for alle mennesker i en sårbar og utsatt livssituasjon (Kirkerådet, 2008). Det er mange ulike grupper og i ulike alder som trenger helsehjelp, det er da nødvendig med god samhandling med andre sektorer. Hvilke sektorer dette bør være avhengig av brukerens behov og ønsker. *Departementet mener at det må være viktig å gjøre bruk av bredden av kompetanse og erfaringer som fins i de ulike faggruppene innen helse- og omsorgstjeneste.* (Jordheim K. o., 2010). Da utfordres diakonien til å vise kirkens omsorgstjeneste ved:

- Nestekjærlighet eller som den danske biskopen sa på 70 – tallet at vi kanskje skal bruke ordet oppmerksomhet i stedet for kjærlighet i møte med mennesker. Diakonen må selv utføre denne tjenesten eller organisere denne tjenesten for den som trenger denne oppmerksomheten. Denne nestekjærligheten eller oppmerksomheten kan være av ulike art. Diakonen har ansvaret for å gi de som trenger det en diakonal oppmerksomhet. Diakonene er da avhengige av respons eller at det ytres behov for den det gjelder for. Alle trenger kjærlighet/oppmerksomhet, da er det nødvendig at hver enkelt oppfordres i lokalsamfunnet til å vise oppmerksomhet mot sin neste som kan være nabo, sidemannen, familiemedlemmet, arbeidskollega, den som sitter i kassa på butikken, den jeg møter i trafikken, den som produserer maten jeg spiser eller klærne jeg kjøper. Eller det kan være for de som trenger hjelp og assistanse, omsorg for syke og døende og for rettigheter og tilrettelegging for praktisering av tro og livssynsutøvelse.
Det handler om at oppmerksomheten rettet på den enkelte om man skulle være kronisk eller alvorlig syk og avhengig av helsetjenester eller rett og slett min neste og i forbyggende tiltak som også SHR si er nødvendig for i framtiden å beholde god helse.
- Inkluderende fellesskap er viktig for alle, også de menneskene som av en eller annen grunn er forhindret av en fysisk, psykisk, sosialt eller åndelig årsak av å være med i et sosialt fellesskap. Vi er avhengige av hverandre, i ulike grad fra livets spede begynnelse til livets slutt. Dette gjelder inkluderende fellesskap blant alle som bor i lokalsamfunnet, utviklingshemmede, blant de med rus- og psykiatriske problemer, innvandrere, barn og ungdom, eldre og de som er alene. Alle har behov for fellesskap og sosial tilhørighet gjennom deltagelse i det sosiale liv. Frivillighet for alle (St.melding. nr. 39, 2006-2007) Samvær med andre har betydning for livskvalitet, fellesskap og

utvikling. Viktig å lage sosiale og inkluderende fellesskap i lokalsamfunnet som øker livskvaliteten og kan virke forebyggende for den helhetlige helsen senere. Det er da nødvendig med mange frivillige til å lage til ulike fellesskapsbyggende tiltak og arrangement.

- Vern om skaperverket, kirkens lære bygger på at alle er vi skapt i Guds bilde og alle er vi verdifulle for hverandre og for Gud. Vi er avhengige av mangfoldet i rundt oss, alle de forskjellige menneskene og alt det skapte, dyr, planter, sol og regn osv. Vi er avhengige av alt det som er i rundt oss selv om det ikke sikkert vi er i stand til å fatte omfanget av dette. For at vi kan verne om det skapte trenger vi tverrfaglig kompetanse for å få kjennskap til sammenhenger, muligheter og skadevirkninger.
- Kamp for rettferdighet, det gjelder i lokalsamfunnet og internasjonalt. Dette gjelder å kjempe for de rettighetene som SHR åpner oppfor. Kjempe for alt det skapte, mot urettferdighet og rettigheter.

For alle disse fire omsorgsdimensjonene gjelder det at man står sammen, har felles mål om de oppgavene som skal løses og ta i mot og utnytte tverrfaglighet innen fagkompetanse og å dyktiggjøre frivillige til ulike oppgavene. Kirkens omsorgstjeneste har i sin definisjon ønsker om å nå de målene som SHR ønsker om at pasienten mestrer bredden av utfordringer i sin livssituasjon.

«Plan for diakoni i Den norske kirke» oppfordrer til samarbeid om diakoni, innad i kirken, lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Denne oppgaven retter søkelys på egen diakoniforståelse og hvilken rolle diakonen kan forstås å ha i lokalsamfunnet etter Samhandlingsreformens vitalisering. Hypotesen at Samhandlingsreformen sin intensjon om ønsket samhandling mellom kommunen og lokale aktører vil påvirke samarbeidet mellom alle involverte for å sikre et helhetlig tilbud og gode pasientforløp. Reformen er et nyttig redskap i kommunikasjonen mellom kommunale samarbeidspartnere og andre aktører, det inviteres til nytenkning om samarbeid, ikke bare mellom helsesektorens tjenestenivå, men også andre aktører. Jeg mener at dette vil revitalisere diakoniens oppdrag og diakonens tydeliggjøring, og det vil da være grunn til å tro at dette kan bidra til en synliggjøring av diakoni lokalt og kommunene for øvrig.

Analysen forteller at alle menighetene har utarbeidet diakoniplaner som er vedtatt i menighetsrådet, bare en informant hadde tatt med SHR intensjon inn i diakoniplanen. *Samarbeid med kommunen kommer til enten ved at diakoniplanen sier noe om samarbeidet, eller på oppfordring fra diakonen, eller at kontakten blir til ved en tilfeldighet.* Fem av informantene ser for seg at samarbeidet vil bli bedre etter hvert som mulighetene for samhandling blir kjent både i kommunen, den lokale menigheten og med den det samhandles om.

Er samarbeidet godt nok innad i de lokale menighetene om Kirkens omsorgsoppgaver i lokalsamfunnet? Samarbeidet innad i menighetene har jeg ikke tatt mål av å besvare i denne oppgaven. Vi har fått en reform som viser oss hvordan offentlige instanser bør og skal arbeide. Vi forventer at det offentlige helsevesenet gjør de oppgavene de har kompetanse til å utføre og at de etterspør de områder der de mangler kompetanse. Nå har SHR åpnet opp for «Retten til egen- tros eller livsytelse» (Rundskriv nr 1, 2009). Da er det opp til oss å imøtekomme disse behovene for den som trenger helsehjelp ved assistanse

Diakonene i Bærum har de siste årene vært i en utviklingsprosess, fra oppsigelse til en gedigen snuoperasjon med etablering av nye diakonstillinger. Bærumsdiakonenes utarbeidelse av en felles Handlingsplan for diakontjenesten i Bærum bispedømme, viste at de sammen med kirkevergen kunne ta et grep om sin egen situasjon. Diakonenes tydelighet og at kirkevergen gir støtte til dette arbeidet var vesentlig i forhold til planens gjennomslagskraft innad i kirken og i møte med kommunen og andre samarbeidspartnere.

Det er viktig for begge parter å se, vurdere og bedømme om hvordan man skal samarbeide, det har Knutsen sagt noe om:

Ideologisk kompatibilitet, hva er god terapi, gode arbeidsmåter og behandlingsformer, oppfatninger av hva enheten er eller institusjonen står for og hva andre enheter står for.

Kvalitetsmessig kompatibilitet, vurdering av hverandres faglige presentasjonsnivå, krever respekt for hverandre og noenlunde likestilt for hverandres arbeid.

1. *Eget syn på saken til den andre.*
2. *Hvor god man synes andre gjør oppgavene sine.*
3. *Hvor god er kompetansen i den andre enden.*

Vurderingsfaktorene spiller en avgjørende rolle, både for initiering av samarbeid og vellykket gjennomføring. (Knudsen, 2004, s. 45)

Spørsmålet må stilles om hva det er som på ny utfordrer oss med Samhandlingsreformen av samhandling som vi ikke har gjort tidligere. Hvilke konsekvenser kan Samhandlingsreformen sin intensjon om og styrket kapasiteten til forebygging ha for å se det enkelte mennesket tidlig, gripe fatt i helseutfordringen raskt og helst før det har blitt en belastning for den enkelte. En må da ha kunnskap, kjennskap til historie og eventuelle muligheter som kan ha betydning for hvordan man koordinerer disse tjenester i lokalsamfunnet. For at menighetene skal kunne samhandle med lokalsamfunnet er det nødvendig med grundig gjennomgang av prioriteringer i diakoniplanen om hva som skal prioriteres av oppgaver og ikke. Framtidens utfordringer for diakonen gjelder vurdering av økonomiske ressurser, bruk av og tilgang på frivillige og ansatte. Muligens mangler diakonene som er satt til å koordinere de diakonale tiltakene kunnskap om prosedyrer som sakslister, referat, budsjetter, strategisk ledelse og gjøre politiske framstøt.

Kirkens diakoni innebærer et utstrakt samarbeid om grunnleggende verdier i samfunnet. Diakoni er kirkens omsorgstjeneste, spesielt å møte mennesker i deres nød og smerte og som innbefatter også å møte deres åndelige og eksistensielle behov. I gjennom hele «Kirke og helse» rapporten til Angell og Selbekk har det vist seg at det å ha ansatt diakon både styrker menighetens diakonale arbeid, i tillegg til at den styrker samarbeidsrelasjonene til det offentlige. (Angell O. H., 2005, s. 13)

Nordstokke har i sin rapport om «Diakoni i kontekst» som kan være nødvendig for å forstå sammenhengen med all den kunnskap og informasjon som vi treger for og forså den rollen vi har å utøve diakoni i lokalsamfunnet. Velferdsordningene er under press og man må finne mer effektive måter å løse utfordringene på. Det kan skje ved hjelp av andre organisasjoner og/eller ved privatisering. Det er sagt at offentlig velferd er kostnadskrevenende og vil undergrave den nasjonale økonomien etter hvert. (Nordstokke, 2009, s. 20)

Troen på Gud. Skaperen anerkjenner den skaptens verdighet og dype kvalitet. Troen på at ethvert menneske er skapt i Guds bilde. Det motiverer de kristne til å samarbeide med alle mennesker av god vilje. Alle dømte har fått et mandat til å være Guds medarbeider i kjærlighet

og omsorg for alt det skapte. En diakonal praksis er å være inkluderende. Dimensjonen ved å være kirke er helt avhengige av de tre dimensjonene: gudstjenestefeiring, forkynnelse og tjeneste. Disse tre dimensjonene skal orienteres til å stimulere hverandre gjensidig. (Nordstokke, 2009, ss. 24-38) Det største budet er og blir ofte kalt for «det dobbelte kjærlighetsbudet» og lyder «du skal elske Gud av hele ditt hjerte og av hele din sjel og all din forstand og din neste som deg selv». Matt 22,37-39 (Bibelen, 2011) Diakoniens praksis blir ofte omtalt som en brobygger tjeneste med å megle, gå imellom, gjenopprette relasjoner, helbrede og forsone.

Frivillighet, selvstendighet og myndig gjør enkeltmennesker i stand til å innta nye roller i samfunnet. En samfunnsborger som ønsker å forsvare sine rettigheter, delta i sosiale og politiske bevegelser. En trend i vestlige land er at stadig færre deltar i frivillighetsarbeid og organisert politisk virksomhet. Medborgerskap er viktig for å bygge demokrati. Ledelseskompentanse og effektive arbeidsmetoder er avgjørende for all diakoni. Frivillig arbeid er det største diakonale arbeidet. Å rekruttere, motivere, utruste og følge opp frivillige er en hovedoppgave på menighetsplan. Det er viktig å anerkjenne det arbeidet som blir gjort av frivillige, og inkludere de i planleggings- og evalueringsarbeidet.

Profetisk diakoni, det å forsvare rettferdigheten er en del av det mandatet og myndigheten Gud har gitt kirken og dennes diakoni. I samfunnet har diakonien oppdraget å avsløre urett og fremme rettferdighet. All handling kommuniserer et budskap og vitner om individets identitet og motivasjon. Dette kan bekreftes med ord. All diakonal praksis bør skje i samarbeid med andre. (Nordstokke, 2009, ss. 59-90)

Utfordringene og oppgaver strekker seg langt ut over det kirken og diakonien alene er i stand til å gå inn i. Å bygge allianser med andre samarbeidspartnere er å bygge det sivile samfunn og styrke lokalsamfunnet i møte med urettferdighet og menneskelig nød. (Nordstokke, 2009, s. 90)

På bakgrunn i analysen av det diakonirådgiveren sa som satte det hele i et større perspektiv: var at tverrfaglighet og samarbeid var tydelig i undervisningen på diakonhjemmet. At han har jobbet sentralt med diakonhjemmet om SHR muligheter for å styrke diakonien i den lokale menighet og i organisasjoner og i den offentlige instans. Videre om personlig samarbeidserfaringer fra psykiatrien, sykehus og menighetsdiakoni. At tverrfaglighet har vært

nødvendig i forhold til *den diakonale konteksten som har vært grunnleggende for utførelsen av de ulike jobbene* (Informant 8). Diakoniplanen som kom ut i 2008 var han med på å utarbeide. Som diakonirådgiver er det nødvendig å ta prioriteringer. Han sa at i *Stavanger bispedømme har samhandling vært et satsningsområde, det er også blitt gitt en oppfordring fra Kirkerådet*. Og sier videre at *SHR sine muligheter er en døråpner for diakonien sitt arbeid med diakoni og kaller diakonistillingen for en brobyggerstilling*. Dette for diakonen har kompetanse på tverrfaglighet, helhetlig tenkning om mennesket, frivillighet, samhandling og samarbeid. Dette sammen med de ulike rådene fra de forskjellige diakonene i analysen som jeg vil sammenfatte med det informant 7, sa: *alle har vi noe å lære av hverandre. Diakonen må være på tilbudssiden, være tilgjengelig, bli kjent, skape tillit og prioritere*.

I møte med disse utfordringene vil diakonien i den lokale menighet samarbeide med kommunen og andre aktører med ulike organisasjonssøyer, strukturer for bedre å kunne møte de helseutfordringene samfunnet vil møte i framtiden. Det kan da være nødvendig at den som koordinerer tjenesten i kommunen kjenner til de tjenestene de ulike organisasjonene kan tilby. Diakonene har tradisjon for å jobbe med frivillige og organisere frivillig arbeid innen diakoni.

7 Konklusjon

Jeg mener at kjærligheten/omsorgen er diakoniens bærebjelke. Den norske kirke sin visjon er å være en bekjennende, misjonerende, tjenende og åpen folkekirke. Diakonien er en tjeneste for mennesket og skaperverket og for Gud (Kirkerådet, 2008, s. 5) Alle utfordres til tjeneste for vår neste og da spesielt med omsorg for marginaliserte, ensomme, sårbare og utsatte enkeltmennesker eller grupper. Kirkens diakoni har som overordnet perspektiv å ivareta grunnleggende verdier i samfunnet, og kan gjerne kalles for hverdagsdiakoni.

Samhandlingsreformen åpner opp for endringer fra den offentlige sektor som gir nye utfordringer i lokalmiljøet og setter fokus på nødvendigheten av et samarbeid mellom kommunen og ulike organisasjoner og i denne sammenhengen med den lokale diakonien.

Tverrfaglig samhandling og godt samarbeid vil gi den som har behov for helsetjenester en helhetlig tjeneste. SHR sin intensjon utfordrer kommunehelsetjenesten og frivillige organisasjoner til å tenke hva som er til beste for den som trenger helsetjenester og er sammen ansvarlige for å utvikle og legge til rette for en god samhandling i lokalsamfunnet.

Hovedfunnene i min analyse viser ingen forskjell på samhandling mellom ulike kommunale aktører og diakonien i lokalmiljøet. Men de som har fått forankret samarbeidet med opprettelse av stilling eller en samarbeidsavtale har større forståelse av sin rolle i møte med kommunale aktører. Det å være en tydelig diakon, en god leder for den lokale diakonien påpekte alle som nødvendig for å få til et godt samarbeid med tverrfagligsamhandling.

Diakonen i Rogaland viser til mye samhandling av forskjellig grad. Noe er forankret i samarbeidsavtaler og mange ikke. Noen samhandlingsarenaer er blitt til ved møter mellom kommuneadministrasjonen og bispekollegiet ved bispevisitaser. Andre samhandlingstiltak har blitt til ved nødvendig samarbeid om tiltak, slik som SHR ønsker at tverrfaglig kompetanse skal bli benyttet for pasienten beste.

Tverrfaglig samarbeid krever at vi har respekt for hverandres kompetanse, utvikler en felles målforståelse og at man benytter den andres kunnskap der man ikke har relevant kunnskap selv. At man kjenner til hverandres faggrupper og hva dens kompetanse og styrke er, og at det

fortsatt er mange muligheter for å utvikle dette arbeidet, styrke kvaliteten og finne nye arenaer å samhandle på. Dette krever felles samhandlingsmøter for å kunne gi en helhetlig tjeneste og styrke tjenestemottagerens livskvalitet. *Målet er ikke nådd før det er lagt til rette for at pasienten mestrer bredden av utfordringer i sin livssituasjon.* (Jordheim K. o., 2010, s. 8)

Muligens mangler det en tydeligere forståelse av om diakonene har nok kunnskap om framstilling av hvordan prosedyrer som sakslister, referat, budsjetter, strategisk ledelse og politiske framstøt skal utformes skriftlig for at samarbeidet skal bli forankret mellom kommunale aktører og den lokale diakonien i kirken.

For å møte de fremtidige utfordringene i helsesektoren vil de ulike organisasjonene være nødt til å samarbeide. Jeg mener at diakoniarbeidet bør få en større og tydeligere rolle i helsesektoren slik at man utnytter statens ressurser optimalt i arbeidet med å tilby gode helsetjenester. Samhandlingsreformen – en diakonal mulighet? JA

8 Litteraturliste

- Aas, E. N. (2012). *Samarbeid om diakoni i menighet*. Oslo: Diakonhjemmets høgskole.
- Angell, O. H. og Selbek, A.S. (2005). *Kirke og helse, Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Angell, O. H. (2009). *Institusjonsdiakoni i den norske velferdsstaten*. I E. Aadland. Lærebokutvalget for høyere utdanning.
- Bibelen. (2011). Oslo: Bibelselskapet.
- Bispemøte. (2010). *Sak BM 03/10 Diakontjenesten i kirkens tjenestemønster*.
- Det Norske Diakonforbund. (2012). *Ny kirkeordning for Den norske kirke.-Innspill til ny organisering av kirken med særlig blick på diakonien og diakonen*. Oslo: Det Norske Diakonforbund.
- Dietrich, Stephani mfl (2011). *Diakonen-kall og profesjon*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Forskrift om verdig eldreomsorg. (2010, November 12). *Verdighetsgarantien*.
- Framgarden, G. K. (2011). *Tydelig diakoni*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Framgarden, Grete Karen. (2012). *Ny kirkeordning for Den norske kirke - innspill til ny organisering av kirken med særlig blick påp diakonien og diakonen*. Oslo: Det norske diakonforbund.
- Glavin, K.og Erdal, Bl. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis, til beste for barn og ungdom i Kommune - Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimstvedt, F. (2010, November). *Nyhetsmagasinet*.
- Grønmo, S. (3.opplag 2010). *Samfunnsvitenskapelig metode*. Fagbokforlaget.
- Haugen, H. M. (2013, mai). Undervisning MADIA 414.
- Holm, I. M. (2010, November). *Samhandlingsreformen i praksis. Nyhetsmagasinet*.
- Hummelvoll, J. K. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal akademiske.
- Johannessen, A. (4.utgave 2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Abstrakt forlag.
- Jonas Gahr, S. (2013, Januar 15). *Psykisk helse er forlkehelse. Dagsavisen*, s. 3.
- Jordheim. (2011). Oslo.
- Jordheim, K. og Korslien K.K. (2010). *Diakoni og samhandling. Diakonfaglig innspill til samhandlingsreformen*. Diakonhjemmet høgskole.

- Kassah, B. L.-A. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkeloven. (1996). § 9. Kulturdepartementet.
- Kirkemøte. (2008). *Sak KM 08/08 Visjonsdokument for Den norske kirke 2009-2014*.
- Kirkemøte. (2011b). *Diakontjenesten i kirkens tjenestemønster. Vedtak*.
- Kirkerådet. (2008). Plan for diakoni. *Kirkeloven § 9*. Oslo.
- Kirkerådet. (2010). *Plan for diakoni i Den norske kirken*.
- Kirkerådet. (u.d.). *Plan for diakoni, aktualisert for diakonale institusjoner*. Kirkens informasjonstjeneste.
- Knudsen, H. (2004). Sammarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I p. Repstad, *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg., ss. 19-74). Universitetsforlaget.
- Kongeriket Norges Grunnlov. (1814). Grunnloven. § 2 og §16.
- Lauvås, K. og Lauås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strateg 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov av 21. mai 1999. (u.d.). Menneskerettsloven. Justis og beredskapsdepartementet.
- Nordstøke, K. (2010, November). Hva er kirkens bidrag til helsetjenesten. *Nyhetsmagasinet*.
- Nordstøke, K. (2009). Diakoni i kontekst. Geneve, Sveits: Luthersk verdensforbund.
- NOU 2011: 11. (u.d.). Innovasjon i omsorg. Helse og omsorgsdepartementet.
- OECD. (2011). *Society at a Glance 2011: OECD Social Indicators*.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*.
- Rundskriv nr 1. (2009, 6). Rett til egen tros- og livssynsutøvelse. *Rundskriv nr 1*. Helse og omsorgsdepartementet.
- St.meld nr.29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*.
- St.meld. nr.47. (2008 -2009). Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- St.melding. nr. 39. (2006-2007). Frivillighet for alle. Kulturdepartementet.
- STL . (2013). Samarbedi mellom. I S. f.-o. livssynssamfunn. OsloKirkerådet.
- STL. (2013, 11). Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- g livssynssamfunn. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges kristne råd og Kirkerådet for den norske kirke i samarbeid med Helsedirektoratet.
- STL, Norges kristne råd og Kirkerådet. (2013). Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn- Den som mottar helse- og

omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro og sitt livssyn -alene og i felleskap med andre.

Store norske leksikon. (2007-2009). www.snl.no.

Stortingsmeldingen nr.26. (1999-2000). Om verdier for den norske helsetjeneste. Oslo: sosial- og helsedepartementet.

Thalgaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse* (4. utgave Universitetsforlaget og 3. utgave Fagbokforlaget. utg.). Universitetsforlaget og Fagbokforlaget.

Tysvær kommune. (Februar 2012). *Eksistensiell- /åndelig omsorg for alvorlig syke og døende i kommunehelsetjenesten*. Prosjekbeskrivelse.

Winsnes, P. A. (2010). I *Samarbeid som gir muligheter* (s. 106). Oslo: Diakonhjemmetshøgskole.

Winter, J. (1981). *Undersølgelsesmetodik og rapportskrivning*. Socialpædagogisk Bibliotek.

Wirgenes, P. E. (2013). Fra drøm til virkelighet.

www.diakonforbundet.no. (u.d.). Hentet fra www.diakonforbundet.no/index.php/diakon.

www.komunetorget.no/snarveier/samhandling. (u.d.).

www.snl.no. (u.d.). Forståelse. www.snl.no.

www.Wikipedia. (u.d.). Roller.

www.wikipedia.org. (2014). Konsekvens.

9 Vedlegg

Intervjuguide:

Til diakoner

Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen for den lokale diakonien når det gjelder samarbeid med kommunen og forståelse av egen rolle i lokalsamfunnet?

- Hva mener du er de viktigste endringene i samarbeidet mellom den lokale diakonien og kommunen, før og etter at Samhandlingsreformen tredde i kraft den 01.01.12.?
- Hvordan er den lokale diakonien organisert for å samarbeide med kommunen?
- Hva er det SHR sier som utfordrer diakonene i deres arbeid?
- Hvordan kan SHR være med å prege hvordan man lager diakoni planer i den lokale menighet for hvordan man samarbeide med kommunen?
- I hvilken grad er diakonen mere involvert i arbeid med SHR etter 01.01.12., og hvordan prioritere diakonen dette arbeidet?
- Hvordan er din forståelse som diakon i lokalsamfunnet etter SHR?
- Har SHR sine konsekvenser åpnet opp for nye muligheter for organisering av diakonien?
- Finnes det noe i denne prosessen som andre menigheter kan lære av?
- Er det andre ting du vil nevne i denne sammenhengen?

