

Kari Jordheim og
Kari Karsrud Korslien



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE |

RAPPORT 2010/4 |



DEN NORSKE KIRKE

Diakoni og samhandling

Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen

Denne rapporten er utgitt av

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diakonhjemmet.no>

Rapport: 2010/4

ISBN: 978-82-8048-086-6

ISBN: 978-82-8048-087-3 (elektronisk utgave)

ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

Omslag

Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Forord

Diakonhjemmet Høgskole, ved diakoniutdanningen, fikk våren 2010 et prosjektoppdrag fra Kirkerådet. Hensikten var å sette fokus på diakoni og de muligheter som Samhandlingsreformen initierer. Det har resultert i denne rapporten og et seminar om diakoni og samhandling. Vi takker Kirkerådet for den økonomiske støtten til å gjennomføre prosjektet, og vil også takke rådgiver i diakoni, Guro Hellgren, for konstruktive innspill og godt samarbeid underveis.

Interessen for Samhandlingsreformen ligger i å skape en bedre praksis rundt mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner. Vi har latt oss inspirere av møter med representanter for diakoni i felten; på sykehus, lærings- og mestringssenter, i diakonale prosjekter og menigheter. Gjennom samtaler, planer og feltrapporter har vi fått innblikk i viktig og nødvendig samarbeid som skjer på ulike nivå. Vi vil takke alle som har delt sine erfaringer og refleksjoner!

Vi har ønsket å lage en rapport som kan være praktisk og nyttig for kirken og relevante samarbeidspartnere i felten. Samtidig vil vi gi noen bidrag fra diakoniforskning og faglitteratur, som kan være betydningsfulle i refleksjonen over samhandling i praksis.

Diakonhjemmet Høgskole,

Oktober 2010

Kari Karsrud Korslien

Kari Jordheim

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
Del 1	6
1.1 Kort presentasjon av samhandlingsreformen.....	6
Sikring av god samhandling med andre sektorer	6
Alle aktørgrupper må være med	7
Økonomiske insentiver.....	7
Frivillige organisasjoner.....	7
Oppsummering.....	8
1.2 Kirken i velferdsstaten	8
1.3 Kommunikasjon er forutsetning for samhandling	10
Del 2	12
2.1 Frivillighet.....	12
Organisert frivillighet.....	13
2.2 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse	14
2.3 Noen eksempler på samhandling	15
Diakontjenesten i Bærum prosti.....	15
Prosjektet ”Hjerter som ser – Samhandling sykehus, kommuner/bydeler og tros- og livssynssamfunn”	17
Pilegrimsvandringer	19
Skidiakon i Hemsedal.....	19
Helsehjelp til papirløse migranter	20
Diakonhjemmet sykehus	21
Tips og inspirasjon til lokalt arbeid	21
Del 3	22
3.1 utfordringer i samhandling	22
Gode strukturer	22
Informasjon eller samhandling?	23
Økonomi.....	24
Mestring og myndiggjøring	25
Faglighet – tverrfaglighet	25
Tro som ressurs	26
Retningslinjer for diakoni og samhandling	27
Avslutning.....	28
Kilder	29

Innledning

Rapporten *Diakoni og samhandling* har samarbeid i praksis som hovedfokus. Her trekkes forbindelseslinjer mellom diakoni og samhandling med utgangspunkt i føringer fra St.meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Samarbeid er nødvendig og gir store muligheter. I Plan for diakoni anbefales økt samarbeid innad i kirken og mellom kirkesamfunn, og styrking av samarbeid i forhold til organisasjoner, institusjoner og offentlige instanser (Kirkerådet 2008:8). Denne rapporten er en bestilling fra Kirkerådet. Hensikten er å sette søkelys på mulighetene for samarbeid i forlengelse av reformen, og det er også en målsetting å bevisstgjøre kirken på det samarbeidsansvaret som ligger i kirkens diakonale oppdrag.

Rapporten bygger på nærlesing av Samhandlingsreformen, handlingsplaner og rapporter fra diakonale prosjekter innenfor kirken, faglitterære studier, og intervjuer med diakoner og koordinatorene i feltet. Vi har også vært på ekskursjoner til sykehus, lærings- og mestringssenter, besøkt en rekke nettsider og kontaktet telefonisk personer som er opptatt av diakoni og samhandling i ulike deler av landet.

I rapporten gis en kort redegjørelse for målsettinger for Samhandlingsreformen, og det fokuseres på kirkens kompetanse på omsorg, frivillighet og ledelse. Her vektlegges den kompetansen kirken har og stadig utvikler gjennom menighetsarbeid, frivillig innsats og diakonalt institusjons- og organisasjonsarbeid. Rapportens første del peker på de utfordringene som ligger i målsettinger om å skape tjenestestrukturer som utvikler samhandling til beste for mennesker i sårbare og utsatte livssituasjoner. Kirkens kommunikasjonsplattform har kjerneverdier som åpenhet, nærvær, forsakelse og håp, og rapporten må sees i sammenheng med ønske om å realisere disse. Det er en målsetting for kirken å bli mer tilgjengelig og å nå fram med erfaring og kompetanse som er utviklet ved langsiktig satsning på omsorg gjennom organiserte tjenester.

Andre del av rapporten er viet praksis. Et knippe eksempler refererer til veletablerte og nyere samarbeidsformer, og synliggjør en bredde av initiativ i tilknytning til diakoni og samhandling.

Den tredje delen av rapporten stopper opp ved utfordringene som knytter seg til samhandling. Forskning innen frivillighetsfeltet og helse- og diakonivitenskap viser at diakoni og samhandling må prioriteres på flere nivå. Prioriteringer av diakonstillinger er viktig, samtidig som samhandlingsmulighetene må tas i bruk. Diakonien er kirkens omsorgsarbeid og representerer en ressurs i det forebyggende arbeid lokalt, den reflekterer religiøse og eksistensielle spørsmål, er flerfaglig orientert og kan åpne for løsninger på tvers av tradisjonelle skillelinjer. Diakoner i felten og deres samarbeidspartnere kan tilføre Samhandlingsreformen en målrettet, vital kraft som reformen etterspør. Derfor anbefales kirkelige og diakonale arbeidsgivere å styrke sine samarbeidsrelasjoner med kommunehelsetjenesten og å vektlegge den diakonale kompetansen. Dessuten anbefales kommunehelsetjenesten å satse på samarbeid med diakonale aktører, både forebyggende og akutt, til beste for pasienter i sårbare og utsatte livssituasjoner.

Del 1

Samhandlingsreformen kan danne grunnlag for samarbeid på nye områder med større grad av forpliktelse for involverte parter. Presentasjonen av Samhandlingsreformen skal gi et grunnlag for mulige samarbeidsrelasjoner og peker på relevante felt for samhandling.

1.1 Kort presentasjon av samhandlingsreformen

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer er utgangspunktet for St.meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Samhandling defineres i reformen som

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

De sentrale utfordringene er knyttet til både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er i vurderingen av de gode helsetjenester man allerede har, at potensialet for økt samhandling fokuseres. Det pekes for det første på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Tilbakemeldinger fra pasienter viser at det er et forbedringspotensial på dette feltet. Det er et forbedringspotensial for selve tjenesten, og det er penger å tjene på effektiv ressursbruk. For det andre går kritikken ut på at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Tilbud som bidrar til å mestre eller redusere sykdomsutvikling, etterspørres. For det tredje pekes det på de utfordringer som demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet indikerer. Med flere eldre og flere mennesker med kroniske og sammensatte sykdomstilstander, øker behovet for samhandling (ibid: 13-14).

Samhandlingsreformen skal bidra til å gi svar på disse utfordringene gjennom tiltak av strukturell karakter og ved rammebetingelser som motiverer for større grad av samhandling. De fem hovedgrepene endringene legger opp til er 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) tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. I tillegg vurderes tiltak som støtter opp om Samhandlingsreformens målsettinger, deriblant samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer (ibid: 16). Tjenestestedene skal ha oppmerksomhet mot det helhetlige pasientforløpet som deres tjenester inngår i, og i henhold til Samhandlingsreformen skal innsatsen på forebygging og tidlig intervensjon økes (ibid: 139).

Sikring av god samhandling med andre sektorer

Med utgangspunkt i at store deler av befolkningen og brukerne av helsetjenestene er i yrkesaktiv alder, vises det til behovet for oppfølging av sykefravær. U hensiktsmessig ventetid bør kortes ned, og effektive løp må sikres. Det pekes på behovet for samhandling med de involverte; bruker, arbeidsgiver, fastlege, NAV- kontor, spesialisthelsetjenesten, kommunen mv. Videre vises det til arbeid for utsatte barn og unge der betydningen av samarbeid med andre sektorer utenfor helsetjenesten framheves. Eldre nevnes, og likeledes mennesker med

vesentlige og varige funksjonsnedsettelse. Innsatte i fengsel og oppfølging av løslatte er et annet eksempel på grupper det forutsettes bredt samarbeid rundt (ibid: 37).

Alle aktørgrupper må være med

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 omsorgstjenesten. De frivillige organisasjonene spiller en betydelig rolle, og det er viktig å fokusere på videreutvikling av samarbeidsrelasjonene mellom helse- og omsorgstjenesten og organisasjonene, i takt med utfordringene som Samhandlingsreformen gir grunnlag for. I Samhandlingsreformen pekes det på viktigheten av forebyggende arbeid og utvikling av kommunenes rolle på relevante samhandlingsområder. Likeledes fokuseres det på mestring og livskvalitet, der mange andre tiltak enn helse- og omsorgstjenester i mer snever forstand er aktuelle (ibid: 37).

Det presiseres at arbeidet med Samhandlingsreformen ikke har endret rammene for bruken av private tjenesteleverandører. Det innebærer at de helse- og omsorgspolitiske målene om å gi grunnlag for god drift og utvikling av de private virksomhetene, står ved lag. I dialogen mellom myndigheter og private aktører har det vært trukket fram nødvendigheten av langsiktighet i rammebetingelser og kontrakter. Samhandlingsreformen presiserer at ”Videre utvikling av helse- og omsorgstjenesten må inkludere prosesser med de private aktørene som utvikler og sikrer hensiktsmessige rammebetingelser” (ibid: 38).

Økonomiske insentiver

I henhold til Samhandlingsreformen er det viktig å etablere økonomiske insentiver som understøtter målsettingene for reformen (ibid: 97). Det innføres kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, det overføres økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter fra sykehus til kommunen, og graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten økes. Målet er å kunne redusere forbruket av spesialisthelsetjenester med raskere utskrivinger fra sykehus, og å redusere innleggelse og reinnleggelse.

Frivillige organisasjoner

Samhandlingsreformen slår fast at frivillige organisasjoner representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv (ibid: 143). Det vises til St.meld. nr 39 (2007-2008) *Frivillighet for alle*, som behandler tema med stor relevans for arbeidet med Samhandlingsreformen. Arbeid i omsorgssektoren innen rusfeltet, kosthold og tobakksforebygging er eksempler som nevnes i Samhandlingsreformen, og også idrettsarbeid trekkes frem i forbindelse med forebygging. Det presiseres at det enkelte departement har ansvar for frivillighet innen sitt område. I Samhandlingsreformen fokuseres det på frivillige organisasjoner, samarbeidsområder og samarbeidsmønstre, og dette sees i sammenheng med kommunens endrede rolle i forebyggende arbeid og målsetting om mestring og livskvalitet. Organisasjonene har en viktig rolle i å bringe fram de ”ikke sette” behovene, og det kan vurderes om organisasjonene skal ha visse tjenesteytende oppgaver overfor brukere når nærhet og fleksibilitet tilsier det (St.meld. nr 47 (2008-2009): 143).

Det vektlegges at på mange av helse- og omsorgstjenestens områder går målsettingene lengre enn til å gjøre folk friske i medisinsk forstand. ”Målet er ikke nådd før det er lagt til rette for

at pasientene mestrer bredden av utfordringer i sine livssituasjoner” (ibid: 143). Det pekes på betydningen av nettverk og utvikling av disse, og på den mulighet som ligger hos organisasjonene i å bidra på dette feltet. Organisasjonene har helt andre forutsetninger enn de offentlige virksomhetene i å bidra til nettverksutvikling. Et viktig område for organisasjonene er videreutvikling av likemannsarbeidet. Det påpekes at frivillighet har verdi i seg selv gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt ansvar, og det stilles spørsmål om hvordan samhandling mellom frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter kan styrkes.

Oppsummering

Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i at vi har et godt helsevesen der de fleste får god hjelp. Samtidig skal situasjoner med pasienter som opplever at de faller mellom flere stoler, håndteres bedre. Kommunenes rolle endres for å muliggjøre dette. Ulike faggrupper skal samarbeide bedre for å gi pasienten koordinerte og mer effektive tilbud. De frivillige organisasjonene inviteres inn på basis av den ressurs de allerede representerer, men samhandlingsområder og mønster for samhandlingen utfordres av Samhandlingsreformen. Forebyggende og nettverksfremmende virksomhet er områder det pekes på, og hjelp til mestring av livssituasjon er mål som ligger i forlengelsen av de medisinske målene for helse- og omsorgstjenesten. Sammensatte behov krever også en sammensatt innsats. Samhandlingsreformen har derfor som ambisjon å motivere for bedre bruk av faglig ekspertise til beste for pasienten. *Rett behandling på rett sted til rett tid* er det klare målet for reformarbeidet.

Diakonien har sterke tradisjoner gjennom både institusjonsdiakoni og lokalt menighetsarbeid. Ansatte ved diakonale institusjoner, diakoner og frivillige medarbeidere i menigheter og organisasjoner har utviklet relevant kompetanse som kan bidra i å betjene personer som har behov for støtte i deler av livet. Både i forebyggende arbeid og når motgang og helse skaper hindringer for fri livsutfoldelse, har diakonien et kall til tjeneste. Det vi kan samhandle om for å lindre, støtte og styrke er vesentlig, men også det kirken representerer som fellesskap basert på tro og livssyn, er ressurser når samhandling skal settes ut i livet.

1.2 Kirken i velferdsstaten

Den norske velferdsstaten er kjennetegnet av et omfattende sosialt sikkerhetssystem, institusjonaliserte sosiale rettigheter og ordninger preget av solidaritet og universalitet. Ordningen gjelder alle, uavhengig av sosial og økonomisk status (Angell og Schanche Selbekk 2005). Det er lange tradisjoner for en nær forbindelse mellom staten og kirken. Reformasjonen førte til at staten overtok mye av det ansvaret for borgernes velferd som kirken hadde hatt tidligere, og kirken tilpasset seg endringene uten at det ble problematisert.

Kirken plasserer seg i dagens samfunn i den kategorien som Samhandlingsreformen omtaler som frivillige organisasjoner. I kapittel 16 i denne kan man lese: ”Frivillige organisasjoner representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv, også i forhold til samfunnsområder der det offentlige har påtatt seg ansvar og der ansvaret er reflektert gjennom tjenester som ytes til befolkningen” (St.meld. nr 47 (2008-2009): 143). Gjennom sine menigheter, organisasjoner og institusjoner kan kirken være en betydelig aktør på flere velferdsområder. Noe av

virksomheten, for eksempel institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten og andrelinjetjenesten mer generelt, er for en stor del underlagt offentlig ansvar på statlig nivå. Andre tiltak, for eksempel innen pleie og omsorg, primærlinjetjenesten mer allment, vil være underlagt kommunalt ansvar. Menighetenes omsorgsarbeid er i sin utøvelse et selvstendig arbeid, men stillinger kan være finansiert med støtte fra stat og kommune, eller betalt av menigheten i sin helhet.

Diakoni blir brukt som betegnelse på kirkens omsorgstjeneste, og i Plan for diakoni i Den norske kirke blir diakoni videre beskrevet som

evangeliet i handling, som kommer til uttrykk gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kampen for rettferdighet (Kirkerådet 2008).

Samarbeid og samhandling med offentlige myndigheter på ulike nivå er viktig for diakonien i dette vidtfavnende arbeidet.

Olav Helge Angell utførte rundt årtusenskiftet en undersøkelse som viser at ca 10 % av det samlede institusjonstilbudet i helse- og sosialsektoren, målt i heldøgns plasser i institusjon, er drevet av diakonale aktører. I alt utgjorde privat virksomhet, diakonal og annen frivillig og kommersiell aktivitet, rundt 14 % av det samlede tilbud, hvilket igjen viser at diakonien utgjør nesten to tredjedeler av den samlede private institusjonsvirksomhet. Det er ikke grunn til tro at dette bildet har endret seg vesentlig, skriver Olav Helge Angell i en artikkel om dette i 2010 (Angell i Aadland 2010: 42). Når det gjelder menighetenes diakonale engasjement, er det i hovedsak knyttet til ikke-institusjonsbasert virksomhet. Menighetsdiakonien rommer et stort mangfold av uttrykksformer og aktiviteter som i varierende grad oppfattes som tjenesteytelser i velferdsstats-sammenheng.

I 2005 ble det lagt fram en rapport; *Kirke og helse rapporten – En kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke fra 2005*, av Olav Helge Angell og Anne Schanche Selbekk. Rapporten tar utgangspunkt i et samarbeid Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske kirke ved Kirkerådet hadde fra 1996. Rapporten er omtalt i St.meld. nr 26 (1999-2000) *Om verdier i den norske helsetjenesten*. Bakgrunnen for samarbeidet den gang var spørsmålet om hvordan kirken og helsetjenesten sammen kan møte utfordringer i helsetjenesten. Spørsmålene man stilte var: Hva har helsetjenestene og kirken som felles utfordringer, og på hvilken måte kan partene ha nytte av å samarbeide med hverandre?

Kirke og helse-rapportens mål var å vise hva slags ”diakonalt helsearbeid” menighetene utøver på lokalt plan, og hvordan arbeidet inngår i samarbeid med offentlige organer. Videre skulle rapporten peke på områder der samarbeidet kan utvikles og styrkes. Kartleggingen omfattet også en vurdering av hvordan menighetene ser på seg selv som velferdsaktører, hva de tenker er viktig å drive med i det diakonale arbeidet, og hvordan de vurderer relasjonen mellom kommune og lokalsamfunn.

I undersøkelsen om samarbeidsrelasjoner i menighetsdiakonien viser Kirke og helse-rapporten at samarbeidet mellom menighetene og offentlig sektor strekker seg fra samarbeid eller kontakt i enkeltsaker til formalisert samarbeid over tid, for eksempel gjennom drift av institusjoner, ungdomskafé eller frivillighetssentral. Funnene viser at alle de spurte

menighetene samarbeider med en eller annen offentlig instans. Flest oppgir at de samarbeider med alders- og sykehjem. Mange menigheter svarer at de også samarbeider med skoler og barnehager. I forhold til mer spesialiserte offentlige tjenestetilbud, er psykiatri den instansen som flest menigheter i utvalget samarbeider med.

Videre viser undersøkelsen at vel en tredjedel av menighetene samarbeider med det offentlige om omsorg for psykisk utviklingshemmede, med etat for kultur og fritid og med politi, mens en snau tredjedel samarbeider med offentlige hjemmetjenester, med sosialtjenesten og helsestasjoner. En fjerdedel av menighetene samarbeider med flyktningtjenesten, mens noen færre samarbeider med institusjoner innen rusomsorg eller barnevern, og med arbeidskontor. Dette viser at det totalt sett er en god del samarbeid mellom menigheter og kommunale og offentlige instanser. Men det er fortsatt er mange muligheter for å videreutvikle relasjoner, øke kvaliteten på det som er, og skape nye samhandlingsarenaer. Det viser seg at menighetene i liten grad betjener sykehus, psykiatriske institusjoner/dagsenter (både kommunale og statlige), institusjoner for rusavhengige, institusjoner/dagsenter for psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede og fengsel. Samarbeid med offentlige instanser i forhold til arbeid av mer forebyggende karakter virker også relativt lite utbredt, og også på disse områdene er det potensialer for større samordning og kontakt mellom menighet og offentlige instanser.

Angell har også gjort en større undersøkelse om samhandling mellom kirken og det offentlige i Drammen. Her finner han at et av de områdene hvor det jevnlig skjer samarbeid, er innenfor sorgarbeidet, og spesielt i forhold til sorggrupper. Det kommunale kriseteamet er også en samhandlingsarena. Han nevner også samhandling på eldresektoren. Her er det særlig den åndelige omsorgen som ivaretas av kirkens betjening gjennom sykehjemsgudstjenester og andaktsliv, men han nevner også nettverksarbeid med besøkstjenesteordninger og fellesskapsbyggende arbeid. Ellers vitner undersøkelsen om at det er forholdsvis lite *samhandling* fordi det i hovedsak dreier seg om *informasjon* fra den ene til den andre (Angell 2010).

Hva kan man så gjøre for å oppnå mer samarbeid og kontakt mellom menighet og offentlige instanser? Gjensidig kunnskap og dialog om hverandres arbeid og interesse synes her grunnleggende, og data viser et behov for dette. Gjennom hele Kirke og helse-rapporten har det også vist seg at det å ha diakon, i tillegg til å styrke menighetens diakonale arbeid, også styrker samarbeidsrelasjonene til det offentlige. Som en følge av dette, vil det å ansette flere diakoner, og å sikre de diakonene som lever med en usikker finansiering, være viktig for å ivareta og videreutvikle samarbeidet mellom menighet og offentlig sektor.

1.3 Kommunikasjon er forutsetning for samhandling

Kommunikasjonsplattformen for Den norske kirke (Kirkerådet 2006) skal inspirere til økt bevissthet om hvordan kirken framstår og oppfattes. Det vises i kommunikasjonsplattformen til menighetenes kunnskap om hva som skaper tillit og troverdighet mennesker imellom. Plattformen skal bidra til å formidle dette gjennom åpenhet, nærvær, forsakelse og håp.

Kommunikasjon kan ha avgjørende betydning i et komplekst samfunn, der menneskers sårbarhet utfordrer til samhandling. Kommunikasjonsevnen utfordres på flere plan. Hva er det viktig å samhandle om når *rett behandling - på rett sted - til rett tid* er tema? Det kirken gjør, adresseres på flere plan. Det er kommunikasjon overfor syke, deres pårørende og behandlingsapparatet. Det dreier seg om samarbeidspartnere lokalt. Samarbeidspartnere skal være kjent med kirkens omsorgstjeneste på menighetsplan, prostiplan og bispedømmeplan. Det er vesentlig å kommunisere kirkens budskap klart og tydelig, men også å åpne for samarbeid og samhandling der hvor flere deler interesser for enkeltmenneskers hverdag og sårbarhet i livet. Det tverrfaglige samarbeidet stiller krav til kvaliteten ved kommunikasjonen.

Det presiseres i kirkens kommunikasjonsplattform at menneskers livserfaringer og spørsmål er relevante for de fellesskap som utvikles. Den enkeltes forankring og tilhørighet gjelder alle, uavhengig av alder og funksjonsnivå. Det å legge til rette for mangfold og ulike trosuttrykk, er et kjennetegn ved *åpenhet* som kjerneverdi i kirkens arbeid.

Vi vil søke samarbeid med andre kristne kirkesamfunn, og være i dialog med andre religioner og livssyn. Vi vil aktivt bryte med barrierer av etnisk, kulturell og sosial art, og arbeide for åpenhet og inkludering i kirkens fellesskap (Kirkerådet 2006: 6).

Det indikerer en klar forståelse av at samhandling er en del av kirkens profesjonalitet. Som vi senere vil komme inn på gjennom eksempler, er dette en etablert arbeidsform i kirken, og den har rike utviklingsmuligheter.

Kjerneverdien *nærvær* fokuserer på medvandrerperspektivet, rom for vekst og utvikling, ettertanke, engasjement og tro. Vi kan ta utgangspunkt i fortellingen om den barmhjertige samaritan. Det sentrale spørsmålet som er foranledningen til fortellingen, er den lovkyndiges spørsmål: Hvem er så min neste? Jesus svarer med fortellingen og med spørsmålet om hvem den lovkyndige syntes var en neste for mannen som ble overfalt av røvere. Spørsmål, fortelling og refleksjon binder nærværet og handlingen sammen og utfordrer oss også i dag til nestekjærlighet i praksis.

Når det gjelder kjerneverdien *forsakelse*, forplikter vi oss til å kjempe mot det som truer menneskers verd, og til å framholde verdien av å snakke sant om livet. Samhandling som setter fokus på dette er av stor betydning. Her vil kirkens kamp mot urett og solidaritet med utsatte være hovedtema. Det er mange saker som kan nevnes. Kampen for det utfødte liv er en av dem, en annen er sorteringssamfunnet som truer, en tredje er klimautfordringene verden deler. Kirken representerer også en motkultur i forhold til forbrukersamfunnet, og er i dag en trofast støttespiller i kampen for vern av skaperverket. Dette er konkrete eksempler på hvordan kirken bidrar til håp, lokalt og globalt.

Når det gjelder kjerneverdien *håp*, er menneskets verdighet som skapt i Guds bilde, vesentlig å formidle. ”Vi vil skape vekstmuligheter for livsmot og håp som kan bære gjennom kriser, sorg og død”, heter det i kommunikasjonsplattformen (ibid: 8). Bedre samhandling mellom spesialhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og kirken kan bidra til dette. For noen som opplever seg utsatt og sårbar vil samhandling og kommunikasjonen ha avgjørende betydning. Diakonien har, ifølge Plan for diakoni, et spesielt ansvar der få eller ingen bryr seg, og har

nestekjærlighet i praksis som satsningsområde. Det er derfor mye som står på spill når kommunikasjon og samhandling skal forbedres på alle nivå.

Del 2

2.1 Frivillighet

Diakonien kommer til uttrykk i menighetens engasjement for medmennesker i vanskelige livssituasjoner. Arbeidet organiseres av menigheten. Ifølge kirkeloven er det menighetsrådets oppgave:

Å ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan gjøres for å vekke og nære det kristelige liv i soknet, særlig at Guds ord kan bli rikelig forkynt, syke og døende betjent med det, dømte gis dåpsopplæring, barn og unge samlet om gode formål og legemlig og åndelig nød avhjulpet (Kirkeloven § 9).

De ytre rammene for dette arbeidet trekkes opp av menighetsråd og fellesråd. Diakonen har et lederansvar for menighetens diakonitjeneste, og har medansvar for å rekruttere, utruste og veilede frivillige medarbeidere. Diakonen har også en særlig kompetanse til å ivareta det faglige ansvaret for en målrettet virksomhet, der frivillige og ansatte sammen gjør fellesskap, omsorg og solidaritet levende. Diakonen er nøkkelperson i dette arbeidet og bidrar i konstruktivt samarbeid til at planer og prioriteringer settes ut i livet.

Frivillige medarbeidere er på mange måter bærebjelken i diakonien. En fersk frivillighetsundersøkelse i Norge viser at andelen av befolkningen som gjør frivillig arbeid har gått ned fra 58 % i 2004 til 48 % i 2009 (Wollebæk og Sivesind 2010). Størst er nedgangen blant unge menn. I motsetning til de andre organisasjonstypene i materialet, opplever de religiøse organisasjonene imidlertid ingen tilbakegang i perioden etter 2004. Kirkelig frivillighet er relativt stabil, og Norge er fortsatt på verdenstoppen i frivillighet. Men for å bidra til økt samhandling i forlengelsen av Samhandlingsreformen, vil flere frivillige medarbeidere også bety en stor forskjell i de tilbudene vi gir.

Rapporten ”Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009” peker på nye trekk i frivilligheten som også kirkelig frivillighet må merke seg. Resultater av denne undersøkelsen indikerer større sosiale forskjeller i frivillig arbeid, at frivillighet i økende grad handler om individuell selvrealisering, at det er en vridning mot å donere penger fremfor tid, at virtuell frivillighet har vokst frem som en ny deltakelsesform og at minoriteters frivillige innsats er høyere enn antatt. Minoriteters deltagelse i frivillig arbeid er på såpass høyt nivå, at dersom førstegenerasjonsinnvandrere hypotetisk sett hadde utgjort hele den norske befolkning, hadde vi fortsatt vært i verdenstoppen i frivillighet (Wollebæk og Sivesind 2010: 49).

I rekruttering av frivillige medarbeidere er kontakt med grasrota vesentlig, og kirken har gode lokale nettverk. Det er likevel aktuelt å stille noen kritiske spørsmål. Hva gjør at frivilligheten blir sosialt lagdelt, og kan menighetens frivillighet være en motkultur der bredere lag av folket

representeres? Den ferske rapporten om frivillighet slår sprekker i myten om minoriteters frivillige innsats, men kirken må også se kritisk på om den rommer minoriteter gjennom sin frivillighet.

Organisert frivillighet

Behovet for frivillig innsats er stor. En nylig utgitt rapport om framtidens omsorgsbilde, viser en rekke utfordringer vi står overfor med hensyn til utviklingen av frivillig innsats (Disch og Vetvik 2009). Rekruttering, koordinering og bruk av frivillige medarbeidere i helse-omsorgstjenesten er avhengig av tydeligere organisering og ansvarsfordeling. Bruken av koordinatorene for den frivillige virksomheten vil kunne sikre oppfølging i tjenesten, men mange kommuner mangler slike koordinerende ledd. De høye ambisjonene om samarbeid strander på grunn av manglende koordinering og kunnskap om samarbeidsformer (Disch og Vetvik 2009: 62-63). Innsatsen utført av frivillige organisasjoner og frivillige enkeltpersoner er derfor sårbar, men kan styrkes gjennom satsning på frivillighetssentraler, eldresenter og egne koordinatorene. Diakoner har kompetanse på dette området, og innehar ofte slike koordinerende funksjoner.

I rapporten *Lyst til å glede noen?* beskrives frivillig arbeid på Lovisenberg diakonale sykehus (Darbo 2008). Her refereres det til to typer frivillig arbeid. Det ene retter seg mot menigheter og samarbeid ved utskrivning. Det andre gjelder frivillig arbeid innad i sykehuset. I 2003 ansatte sykehuset en frivillighetskoordinator i ½ stilling som i løpet av kort tid rekrutterte over 40 frivillige medarbeidere. Tjenesten bygde på en langsiktig satsning på frivillige medarbeidere der konkrete oppgaver ble løst ved hjelp av frivillig innsats. Forløperen for dagens ordning ble kalt "Kirkens Besøktjeneste" og gjaldt oppfølging ved utskrivning. Pasienter som ble utskrevet, fikk tilbud om fast besøktjeneste i hjemmet gjennom sin lokale menighet. Tilbudet ble gitt mens pasienten var innlagt, og ble realisert gjennom frivillige besøksvenner (Darbo 2008: 6).

Bruken av frivillige medarbeidere innad i sykehuset handler om å løse konkrete oppgaver som å gå med kiosktrolle, servere kaffe i vestibulen, miljøarbeid, kulturelle innslag og hjelp i sykehuskirken. De som rekrutteres, er både yngre og eldre, kompetente studenter og pensjonister, samt yrkesaktive med allsidig erfaring og interesser. Det tas høyde for at ikke alle som melder seg er egnet til alle typer oppgaver, men tjenesten kvalitetssikres gjennom intervju, kurs og opplæring. De som har pasientkontakt som sin primære tjeneste, er håndplukket blant kvalifiserte frivillige søkere og har fått inngående opplæring i hva som er hensikten med oppgaven. Alle frivillige medarbeidere undertegner taushetsløfte og inngår forpliktende avtaler om oppfølging. De frivilliges innsats skal ikke erstatte betalt arbeid, men den medmenneskelige kontakten frivillige medarbeidere står for, inngår som et vesentlig supplement i virksomheten. Det viser seg at pasienter verdsetter å snakke med noen om dagligdagse ting som ikke berører behandlingen, og tjenestene som tilbys gir trygghet og ro i en sårbar livssituasjon.

Oppfølgingen av frivillige medarbeidere i tjenesten er høyt prioritert og gis på flere måter. Det dreier seg om samtaler med den enkelte, oppfølging i forbindelse med turnus for tjenesten,

gruppesamlinger for de med samme oppgave og for hele tjenesten (Darbo 2008: 22). Det er av stor betydning for arbeidet at koordinator har faste møter med personalet og tydeliggjør de frivillige medarbeidernes rolle i virksomheten. Erfaringene fra Lovisenberg viser betydningen av gode strukturer for fremme av frivillig innsats, men også hvordan involvering motiverer for en tjeneste der god dialog legger grunnlaget for anerkjennelse og gjensidig respekt mellom pasienter, frivillige og ansatte.

2.2 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse

Kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven slår fast at personer som mottar pleie og omsorgstjenester får ” ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§3). Tros- og livssynsutfoldelsen regnes som slike grunnleggende behov. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Rundskriv 1 - 6/2009 ønsket å sikre at de som er avhengig av praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også får ivaretatt sine muligheter til egen tros- og livssynsutøvelse. Her understreker Departementet at i følge FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter, skal enhver ha rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet. Dette innbefatter også de som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger bistand og tilrettelegging for å utøve sin tro eller livssyn etter eget valg, ikke bare når de selv tar initiativ til det. Det blir understreket at tjenesteyter sammen med tjenestemottaker og hans/hennes nærmeste har ansvar for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Dette vil i neste omgang forutsette et nødvendig samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og aktuelle livssynsorganisasjoner, i tillegg til den enkeltes sosiale nettverk, familie og lokalsamfunn.

Ifølge forskrift om individuell plan, knyttes tjenestemottagerens yrings- og trosfrihet til prinsippet om medbestemmelse ved utforming av det tilbud som skal gis. Kartlegging av behov den enkelte har på området og kontakt og samarbeid med tros- og livssynssamfunn, er eksempler på hva individuell plan kan romme på dette området. For mange kan det være av betydning med mulighet til og tilgang på samtaler om eksistensielle spørsmål. I rundskrivet presiseres det at dette innebærer et aktivt ansvar for å sette seg inn i livshistorien og legge til rette for den enkelte. Kommunale helse- og omsorgstjenester må på denne bakgrunn inngå nødvendig samarbeid med aktuelle livssynsorganisasjoner for å følge opp retten til tros- og livssynsutøvelse i praksis.

”Staten innrømmer religionssvikt” var en overskrift i avisen Vårt Land 1. september 2010 i forbindelse med utgivelsen av boka med tittelen *Utviklingshemning og tros- og livssynsutøvelse*. I artikkelen blir statssekretær Dagfinn Sundbø ved Statsministerens kontor sitert, og han sier følgende: ”Vi innrømmer at dette (å legge til rette for at utviklingshemmede får oppfylt sin rett til å leve ut troen eller livssynet sitt) har vært et forsømt område.” Og han sier videre at den nye boka er et viktig verktøy som han håper gjør tjenesteyterne i stand til å etterleve rundskrivet fra Helse og omsorgsdepartementet.

I bokprosjektet har personer fra ulike trossamfunn og livssyn vært med, og redaktører er Tor Ivar Torgauten og Sølvi Dahle. Redaktørene selv tror at boka også kan få betydning for andre

deler av helse- og omsorgstjenestene. Av sykehjemsforskriftene § 4-6 for eksempel, framgår det at beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn. I dette må det kunne innfortolkes en plikt for helse- og omsorgstjenesten til å legge til rette for den enkeltes mulighet til tros- og livssynsutøvelse. På livssynsarenaen spiller Den norske kirke en viktig rolle i vårt land. Sundbø hevder at kirken er i første rekke når det gjelder å legge tilbudene til rette for de ulike brukerne, og at det nå gjelder å få boka ut til det offentlige Norge. Men det er ingen grunn til at kirken kan slå seg til ro med sitt bidrag. Det er stadig viktig at kirken har bemanning som kan ta disse behovene på alvor.

I Frivillighetsmeldingen fra 2007 understrekes trossamfunns betydning for samfunnsdeltakelsen, og det henvises til at mange kommuner har bruk for lokale trossamfunn i sitt integreringsarbeid av nyankomne flyktninger. Med utgangspunkt i en flyktnings tilhørighet til en religion, søkes det kontakt med det lokale trossamfunnet som kan gi den nyankomne et nettverk og en forankring i lokalsamfunnet. Videre understrekes det at Regjeringen anser at dialog med religiøse ledere og menigheter er av stor betydning for det arbeidet som gjøres for å bedre innvandrerbefolkningens deltakelse på ulike samfunnsområder (St.meld. nr 39 (2006-2007)).

2.3 Noen eksempler på samhandling

Som allerede nevnt, skjer det mye god og viktig samhandling innenfor helse- og omsorgsfeltet rundt i landet, selv om denne rapporten ønsker å initiere behovet for mer av dette. Vi vil i det følgende gi noen eksempler på hvordan diakoner og andre representanter fra kirken samarbeider med offentlige organer i forhold til utfordringer i samfunnet.

Diakontjenesten i Bærum prosti

Et eksempel på aktiv samhandling både mellom menigheter i et prosti og mellom menighetene og aktører i lokalsamfunnet, finner vi blant diakonene i Bærum. Siden 2002 har forholdene i menighetene innenfor Bærum kirkelige fellelråd vært preget av omorganiseringer og nedskjæringer. Antall diakonstillinger er redusert fra 6,65 årsverk i 2002 til 4,15 årsverk i 2010, fordelt på 5 stillinger mot tidligere 8. Dette betyr at bare halvparten av menighetene har diakon/prioritert diakonstilling når prosjektet starter i 2010.

Diakonene som er ansatt i vigslede stillinger i Bærum kirkelige fellelråd, har organisert seg i et faglig forum kalt Diakonforum. Gjennom dette fagforumet koordinerer diakonene sin virksomhet, og de har lagt en handlingsplan for perioden 2010-2013. Diakonforum skal være en faglig ressurs for menighetsråd, diakoniutvalg og/eller staver i menigheter hvor det ikke er diakon, det skal ha en rådgivende funksjon i arbeidet med å opprette diakoniutvalg i de menighetene som mangler dette, og det skal også kunne være rådgiver i arbeidet med lokale diakoniplaner i menighetene. Helt konkret har de 5 diakonene fordelt menighetene mellom seg, slik at også de menighetene som ikke har egen diakon, skal ha tilgang på diakonal kompetanse, noe også Plan for diakoni i Den norske kirke legger opp til (Plan for diakoni 2007, pkt. 6).

Diakonforum er videre opptatt av at arbeidsområder kan fordeles etter de enkelte diakoners fagkompetanse og personlige egenskaper, og at de innenfor sine områder kan være kontaktpersoner for Bærum kirkelige fellesråd, lokale menigheter og samarbeidende parter. Den ansvarlige diakonen knytter nettverk til kommune og frivillige organisasjoner etter behov, innenfor områder som barne-/ungdoms-/familiearbeid, eldrearbeid, frivillig medarbeiderskap, mennesker med psykisk utviklingshemming/integrering og flyktninger.

Innenfor disse arbeidsområdene fokuserer diakonene på ensomhet, sorg, behov for tilhørighet og kontakt, livsmestring, rus, psykisk helse, mangel på bolig, fattigdom, kriminalitet osv. Diakonforum uttaler at det kan være behov for at den ansvarlige diakonen bør øke kompetansen på sitt område, og det kan også være hensiktsmessig å etterspørre erfaring innenfor det arbeidsområdet som ikke dekkes opp i forbindelse med en utlysning.

Videre i handlingsplanen blir det satt fokus på 7 satsingsområder som helt konkret er knyttet tett opp mot satsingsområdene i kommunens planverk:

1. *Planarbeid*

I forbindelse med at Den norske kirke fikk en ny Plan for diakoni i 2007 vil Diakonforum oppmuntre og veilede alle menighetene i prostiet i deres arbeid med å utvikle egne lokale diakoniplaner.

2. *Kartlegging av Bærum kommune og andre sosiale aktører*

Dette skal skje ved at diakonene besøker ulike kommunale instanser og andre samarbeidspartnere. Videre skal de utrede muligheten for at diakoner er representert i områdeteam og/eller nærmiljøteam.

3. *Vold og overgrepssproblematikk*

Bærum kommune avsluttet 31.12.2009 prosjektet "Vold i nære relasjoner". I forbindelse med videreføringen av dette arbeidet har koordinator for prosjektet tatt initiativ til et samarbeid med diakonene i Bærum. Videre vil diakonene etterspørre og være pådrivere i å innføre beredskapsplan for "Håndtering av overgrepssaker" i alle menigheter i Bærum.

4. *Kirkelig nærvær i Sandvika sentrum*

I forbindelse med at Bærum kommune i sitt Handlingsprogram 2010-2013 uttaler at "Byen i Bærum skal utvikles med blandede funksjoner i en balansert bystruktur," har Bærum kommune konkret oppfordret Den norske kirke i Bærum til å være med å realisere kommunens målsetting. Dette kommer også til uttrykk i handlingsplanen for Kirkelige fellesråd i Bærum for 2010-2013 hvor visjonen for Den norske kirke framheves – *I Kristus, nær livet – en bekjennende, misjonerende, tjenende, åpen folkekirke*. Diakonforum ser for seg at et kirkelig diakonalt nærvær i Sandvika sentrum kan være å skape møteplasser som et gatekapell/stille rom, kafé, samtaletilbud, gruppetilbud ved sorg og samlivsbrudd, hjelp til livsmestring, div. kulturelle aktiviteter osv. Et av tiltakene i denne sammenheng kan være å ansette en egen *sentrumsdiakon*.

5. *Forebyggende omsorgsarbeid blant ungdom*

Kommunen har en barnevernsmelding "Sammen for barn og unge" hvor det gjøres rede for de utfordringer ungdom i Bærum står overfor, som økende krav til

vellykkethet, økende alkohol- og rusmisbruk, frafall fra videregående opplæring, økende psykiske lidelser osv. Mange unge kommer til kjøpesenteret for her å ha et sosialt møtepunkt. Diakonforum er derfor opptatt av å jobbe for å få en *senterdiakon* knyttet til Sandvika storsenter som er Skandinavias største kjøpesenter. Her er det viktig både å initiere kontakt med aktuelle samarbeidspartnere og å hente inn erfaring fra senterdiakoner andre steder i landet.

6. *Inkludering av mennesker med særlig behov*

I alle fellesskap vil det være behov for å legge forholdene til rette for grupper som står i fare for å falle utenfor fellesskapet av forskjellige grunner. Kirken har lang tradisjon for å ha fokus på inkludering. Derfor har Diakonforum mange tiltak knyttet til mennesker med utviklingshemming hvor et tettere samarbeid med kommunens avdelinger for beboere med psykisk utviklingshemming står sentralt, og rekruttering av frivillige medarbeidere er viktig. Til dette arbeidet søkes midler til et 3 års prosjekt som innebærer en diakonstilling med ansvar for ledelse og administrasjon av det utvidede arbeidet.

En annen gruppe med særlige behov som nevnes, er flyktninger og innvandrere og Bærum kommune har mange utfordringer knyttet til transittmottak og boliger for mindreårige asylsøkere. 40 % av alle barnevernshenvendelser gjelder barn med annen etnisk bakgrunn. Her ønsker diakonene å utrede mulige samarbeidstiltak mellom Bærum kommune, Den norske kirke og frivillige organisasjoner. Kirkelige tjenester til mennesker i sykehjem og hospice er svar på et uttrykt behov for mer kirkelig tilstedeværelse på bo- og behandlingssentra og et hospice i området. Nærhet og kjennskap er viktige stikkord i dette arbeidet, og diakonene ønsker at samtlige av kommunens bo- og behandlingssentra og hospice skal betjenes av fagperson med diakonifaglig kompetanse en dag pr. uke. Utvidelse av arbeidsområdet vil kreve opptrapping av diakonstillinger. Det er også et sentralt anliggende å opprette et formelt samarbeid med frivillighetskoordinatorerne på sykehjemmene.

7. *Frivillig medarbeiderskap*

I kommunens handlingsprogram er Frivillig innsats og samarbeid et satsingsområde, og dette gjenspeiles også i handlingsplanen for Bærum kirkelige fellestråd. Diakonforum ønsker å øke fokus på koordinering av frivillig medarbeiderskap, både gjennom samarbeid med Bærum kommune om det Europeiske frivillighetsåret i 2011 og ved å satse på god opplæring og oppfølging av frivillige medarbeidere i menighetene.

Ved å knytte sin handlingsplan tett opp mot kommunens planverk, får diakonene synliggjort hvordan man kan benytte de ressursene som ligger i diakonens kompetanse og menighetens muligheter, og det blir tydelig demonstrert og begrunnet hvorfor og hvordan samhandlingen mellom kirkene og lokalsamfunnet kan finne sted.

Prosjektet "Hjertes som ser – Samhandling sykehus, kommuner/bydeler og tros- og livssynssamfunn"

Prosjektets fokus er at pasient og pårørende blir sett på sin vei mellom sykehus og hjemsted. Det legges til rette for den åndelige/eksistensielle samtalen ved å knytte kontakt mellom

prestetjenesten i sykehuset og leder i tros- og livssynssamfunn. Målet er å forebygge ensomhet og isolasjon, og å fremme pasienters og pårørendes psykiske helse.

Dette er et samhandlingsprosjekt som ble satt i gang i 2007. Biskopen i Borg bispedømme, prosten i Nedre Romerike prosti og leder av Den pastoralkliniske tjeneste ved Akershus universitetssykehus (A-hus) bestemte at de ønsket å utvikle kontakt- og samarbeidsrutiner mellom A-hus og menighetene/Bymisjonen i den aktuelle sykehussektoren. En prest ble ansatt for å lede prosjektet, og det ble nedsatt en prosjektgruppe som skulle gi tilbakemeldinger og råd til prosjektleder. (I samtale med prosjektleder, skjønner vi at denne stillingen like gjerne kunne vært besatt av en diakon). Forprosjektet blir avsluttet i 2010, men det er blitt sendt en søknad til Helse rehab om midler til å utvikle prosjektet videre.

”Samhandling” mellom sykehus og lokale tros- og livssynssamfunn er i dette prosjektet definert som:

1. Planlagt oppfølging av pasient som skrives ut av sykehuset, og som flytter til eget hjem eller en institusjon, av sitt lokale tros- og livssynssamfunn
2. Planlagt oppfølging av pårørende til for eksempel sorggrupper, interessegrupper, eller kontakt med sitt lokale tros- og livssynssamfunn

Erfaringer fra prosjektets første fase viste at brukergruppene som ønsket kontakt med prosjektpresten og eventuelt kontinuerlig oppfølging, var pasienter i livets siste fase, pasienter i rehabilitering, pasienter i psykiatrien og pasienter med en alvorlig diagnose og/eller livstruende sykdom, i alder 30-90 år, samt deres pårørende i alder 20-90 år. Pasienter og pårørende har behov for å bearbeide sine livskriser gjennom åndelige/eksistensielle samtaler. Det viser seg at behovet er større enn først antatt. På grunn av sykdom over lengre tid har en del pasienter mistet mye av sitt nettverk. De har opplevelser og erfaringer knyttet til tap av funksjoner, helse, arbeid, venner. Også tap av tidligere roller og av identitet knyttet til disse, skaper problemer og kan for mange føre til en identitetskrise. Gjennom samtale kan mange få hjelp til å se de sammenhengene en står i, og noen får hjelp gjennom den støtte og de ressurser de har i sin religiøse og eksistensielle livsanskuelse. Pårørende kan også ha behov for tilsvarende samtaler og støtte, fordi de også må tåle å leve med store belastninger over tid. Mange viser at de trenger støtte og oppfølging utenfra, fordi det kan være vanskelig å finne kompetente kontaktpersoner i lokalmiljøet. Enkelte viser også at de trenger tett oppfølging en periode før de finner fotfeste i tilbudene fra lokale tros- og livssynssamfunn.

Forprosjektet i denne sykehussektoren viste at det var lite behov for å veilede pasienter og pårørende fra andre tros- og livssynssamfunn, og prosjektlederen vurderer om grunnen til dette er at frikirkesamfunn, som ofte har færre medlemmer enn en stor statskirkemenighet, har bedre oversikt over medlemmene sine, og dermed følger opp bedre. Andre religionssamfunn har egne tradisjoner knyttet til sykdom og død, og mange behov er ivaretatt av storfamiliene.

Denne måten å følge opp pasienter og pårørende på, er beskrevet som noe av Samhandlingsreformens mål. Pasienter skal bli møtt med et helhetlig helsetjenestetilbud som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp

som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene.

Målet for dette prosjektet er også at erfaringene man skaffer seg skal kunne brukes andre steder. Derfor vil dette prosjektet arbeide aktivt for å få ut informasjon om prosjektets betydning til andre helseforetak, kommuner/bydeler og bispedømmer. Det vil bli laget en enkel og informativ brosjyre.

Pilegrimsvandringer er blitt en tradisjon man har tatt opp igjen her i landet. For et par år siden kunne vi lese i avisen om et samarbeid mellom fengselsvesenet og kirken, hvor innsatte fanger fikk gå pilegrimsleden til Nidaros som en del av sin soning. For mange av disse ble det en sterk og skjellsettende opplevelse. I Telemark er pilegrimsvandringen ”Å vandre med håp” blitt arrangert tre ganger. Fra Grunge kirke over Haukelifjell til Røldal går vandringen. Den er et samarbeid mellom diakoni og psykiatri; psykisk helse, Vi-To kompetanse på Dalen og DPS i Seljord, pluss prostidiakonen og mange frivillige medarbeidere. Vandringen støttes noe økonomisk av Folkehelseprogrammet, ellers er det stor frivillig innsats fra mange som bor langs strekningen. Blant annet er det et spennende samarbeid med Edland skole hvor pilegrimene inviteres til frokost en morgen, og så går elevene dagsmarsjen sammen med pilegrimene den dagen. Folk fra andre distriktpsikiatriske senter (DPS) slutter seg til og går deler av turen, og helse- og også omsorgsministeren, Anne-Grete Strøm-Erichsen, vandret sammen med gruppen den siste dagen dette året. Uttalelser som ble hørt underveis i år var for eksempel: ”For meg er denne vandringa Det gode Liv.” ”Det er helse i hvert steg. Det er godt å kjenne at kroppen fungerer. En tenker ikke på det som er sårt og vondt. Bare det gode.” (Deltaker som uttaler seg til Telemarksavisa).

Prostidiakonen selv oppsummerer turen dette året i tre viktige punkter:

1. *Fleire som var med peikar på at skiljer vert viska ut under vandringa: Skilje mellom frisk – sjuk, sterk – svak, pleiar – brukar. God kjensle av å vera eit kollektiv. Åtte brukarar gjekk heile vegen.*
2. *Utviklar eit godt samarbeidsklima i Vest-Telemark mellom diakoni og psykiatri, mellom 1. og 2. linetenesta og mellom ulike kommunepsykiatri-tenester.*
3. *Positivt med dagsvandrarar. Samla tal deltakarar på vandringa var sytti. Fleire dagsenter fortel om gode samtalar kring prosjektet. Somme seier dei vil gå til neste år. Tanken er også at dette ikkje skal vera eit tydeleg psykiatriprosjekt, difor var sjette klasse fra Edland og prestar med. Og somme andre lokale ressursar.*

(fra prostidiakonens rapport 2010)

Skidiakon i Hemsedal

Et annet eksempel på hvordan lokale utfordringer kan trekkes fram, har vi hentet fra Hemsedal som er ei fjellbygd i Hallingdal med praktfull natur og store skimuligheter vinterstid. Hvert år får bygda stor tilstrømming av sesongarbeidere som jobber innenfor ulike deler av skibusinessen samtidig som de ønsker å stå på ski. Det har ved flere anledninger vært fokus på denne gruppa, som kan utgjøre ca. 600 ungdommer i sesongen, fordi de ofte lever et spesielt liv preget av jobb, ski og festing. Bygda har ved flere anledninger opplevd

ubehagelige situasjoner knyttet til alkohol, slossing og hærverk, der sesongarbeidere har vært involvert.

En masterstudent i diakoni fra Diakonhjemmet Høgskole reiste til Hemsedal for å ha sin praksis ved KRIK høyfjellssenter (Kristen Idrettskontakt). Hun fikk da vite om en påtenkt miljøarbeiderstilling, hvor den tilsatte skulle kartlegge miljøet blant sesongarbeiderne. Studenten fikk stillingen og gjorde en kvantitativ undersøkelse hvor hun fikk inn 110 spørreskjema. Gjennom disse har hun funnet ut mye om miljøet - deriblant at det et stort behov for rusfrie møteplasser, en person å snakke med som har taushetsplikt og som er lett tilgjengelig, hjelp til språkopplæring osv. I det hele tatt er det uttalte behov for å bli sett, lyttet til og inkludert. Prosjektstillingen var knyttet til Hemsedal menighet. Det har nå vært arbeidet videre med å se på konsekvensene av undersøkelsen og å finne ut på hvilken måte de funnene som er gjort, bør tas på alvor. Kommunen går inn for å opprette en fast stilling som miljøarbeider i Hemsedal, og det vi i denne sammenhengen ser, er at ulike krefter innenfor et lokalsamfunn med kirken i spissen, har satt fokus på en gruppe ungdommer som lokalsamfunnet har bruk for, men ikke har lagt til rette for.

Helsehjelp til papirløse migranter

”Rett til helsehjelp er en grunnleggende menneskerett,” sier generalsekretær i Kirkens Bymisjon, Sturla Stålsett. Som en praktisk konsekvens av dette, har Kirkens Bymisjon i samarbeid med Oslo Røde Kors, etablert et eget helsesenter for papirløse migranter (personer som befinner seg i Norge uten oppholdstillatelse), hvor de papirløse kostnadsfritt tilbys nødvendig helsehjelp. Diakonhjemmet Sykehus har inngått en samarbeidsavtale med senteret - en avtale som skal bidra til å sikre pasientgruppen nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange papirløse som bor i Norge i dag. Det eneste man har oversikt over, er antall mennesker som etter asylprosessen ikke retter seg etter asylavslaget. I tillegg til dette kommer de som aldri har søkt asyl, og de barna som blir født i Norge med papirløse foreldre. Statistisk Sentralbyrå har anslått at det kan bo ca. 18 000 papirløse i landet i dag.

”Å tilby eller gi helsehjelp til en person som befinner seg i Norge uten oppholdstillatelse er ikke ulovlig, og det er ikke ulovlig for et sykehus å ta imot en pasient. Det er heller ikke ulovlig å gi helsehjelp til pasienten utover det han formelt har rett på. Det er derimot ulovlig å nekte å gi øyeblikkelig eller nødvendig helsehjelp til en trengende pasient og å angi en pasient til myndighetene,” skriver Diakonhjemmet på sine nettsider. Avtalen med sykehuset sikrer at pasienter henvist fra Helsesenteret for papirløse migranter får nødvendig helsehjelp innenfor rammene av det behandlingstilbudet sykehuset tilbyr. Pasienter med en tilstand som krever øyeblikkelig hjelp og eventuell innleggelse, tas i mot etter vanlige prosedyrer. ”- Det er viktig å synliggjøre at vi ønsker å ta et spesielt ansvar for disse menneskene. Både som en samfunnspolitisk ytring og som en naturlig konsekvens av å være et diakonalt sykehus. Gjennom dette tiltaket kan vi sette "store ord" om verdier ut i praktisk handling”, uttaler sjefslege Mosvold på Diakonhjemmets nettside.

De frivillige fagfolkene som gjør en innsats ved Helsesenteret forplikter seg til å jobbe innenfor kvalitetskrav som gjelder for helsevesenet for øvrig. Disse 60 frivillige arbeiderne inngår i et fellesskap med representanter fra langt de fleste helseprofesjoner; - her jobber både leger, sykepleiere, fysioterapeuter og psykologer. ”Personene er vervet gjennom sine respektive fagforeninger, og responsen har vært god. Faktisk har vi ventelister på folk som vil jobbe her”, sa senterets daglige leder Solveig Holmedal Ottesen til Journalen, et medlemsblad for Oslo legeförening, i fjor.

På Helsesenteret møter de et mangfold av faglige utfordringer fra mennesker som lever i en tilstand av konstant usikkerhet. Mange av dem som søker hjelp, er sterkt traumatisert av krig eller andre katastrofer. ”Dette er et politisk kontroversielt spørsmål som i dag er lovtomt. Men i påvente av nødvendige retningslinjer kan vi møte de menneskene som er her, med respekt og omsorg,” sier sjefslegen.

Diakonhjemmet sykehus i Oslo har etablert en egen avdeling for samhandling.

Avdelingen består av personale med ulike arbeidsoppgaver: koordinering av pasientflyt, preste- og sosionomtjeneste, bibliotek, diakoni- og fagsykepleie, eldremedisin, praksiskonsulent og frivillighetsarbeid. I tillegg til prestene er det ansatt en sykehusdiakon på dette sykehuset. Sykehusdiakonen har et særlig ansvar for sykehusets diakonisykepleiere. På hver enhet er det en intensjon om at det skal være en sykepleier med 20 % av sin stilling knyttet til ansvar med bevisstgjøring og praktisering av diakoni.

Besøktjenesten med sin koordinator er også et viktig arbeid i sykehuset. Det består av frivillige besøksvenner fra det som tidligere ble kalt Ris kontakt i Ris menighet og Oslo Røde Kors. Det er et nært samarbeid mellom sykehuset og disse to gruppene. Besøktjenesten ved sykehuset består av to funksjoner; besøksvenner tilknyttet postene, og utlån av bøker til pasientene.

Tips og inspirasjon til lokalt arbeid

Til tider kan det være vanskelig å vite hvem man kan samarbeide med og på hvilken måte. I Tunsberg bispedømme har Fagråd i diakoni utarbeidet en katalog med tips til menighetene i forhold til ulike satsingsområder. I katalogen kan man finne beskrivelser av prosjekt i regi av organisasjoner, menigheter eller enkeltpersoner som det kan være mulig å samhandle med, og her finnes også navn og telefonnummer på konkrete kontaktpersoner.

Det henvises til andre menigheter som har gjort gode erfaringer med spesielle tiltak som sorggrupper og andre samtalegrupper, barne- og ungdomsarbeid, sjelesorg på internett, ulike kafévarianter osv. I tillegg har man samlet ideer og tips fra andre organisasjoner. For eksempel nevnes Blå Kors som en ressurs i forhold til å ha kontakt med rusmisbrukere. Mange ulike aktører nevnes i forbindelse med kurs knyttet til samliv og ekteskapsdialog. Kristent Interkulturelt Arbeid er en aktuell ressurs når det gjelder arbeid med integrering og det å ta imot fremmede. I arbeid med frivillige nevnes Frivillighetssentralene osv. Kataloger kan være praktisk for mange grupper. Man kan finne eksempler på slike innenfor kommuner, bydeler, spesielle fagområder osv. Sykehus, sykehjem og andre institusjoner som arbeider med å knytte kontakter til lokalmiljøet har også stor nytte av slike oversikter. Om det ikke

lages kataloger, kan også menighetenes lokale nettsider utvikles. Det er for eksempel ingen kategori for diakoni på den enkelte menighets nettside. Det er en mangel som snarligst bør rettes opp. Det er til stor hjelp for samhandlingen når man kan få en oversikt over de som arbeider med samme type målgrupper eller fagfelt, og få hjelp med adresser og telefonnummer til aktuelle kontaktpersoner innenfor kirke og samfunnsliv.

Del 3

3.1 utfordringer i samhandling

Gjennom forskning og konkrete eksempler nevnt i denne rapporten, kommer det tydelig fram at kirken gjennom menighetenes diakonale virksomhet og gjennom tilstedeværelse i institusjoner, søker å ivareta sitt oppdrag i møte med religiøse og åndelige behov i befolkningen, - og også utover det religiøse. Menigheter og institusjoner bidrar til å skape tilhørighet og fellesskap, og er selv arena for nettverksdannelse. Det er nettopp dette som gjør at kirken, på ulike måter og i ulike sammenhenger, er en viktig aktør i lokalsamfunnet i forhold til Samhandlingsreformens intensjoner.

Gode strukturer

I St.meld. nr 39 (2006-2007) *Frivillighet for alle* legger Kultur- og kirke departementet fire hovedstrategier til grunn for å støtte aktivt opp om frivillig sektor og bidra til økt deltakelse;

- bedre rammebetingelser for frivillig sektor
- økt oppmerksomhet om ressurser til lokal aktivitet og ”lavterskelaktivitet”
- økt oppmerksomhet om inkludering og integrering
- styrket kunnskap og forskning

Bedre rammebetingelser og økt oppmerksomhet om ressurser er faktorer som også bør være forpliktende for den rødgrønne regjeringen i dag. I kapittel 16 i Frivillighetsmeldingen, står det om Den norske kirke og frivillighet. Frivillighet i kirken kobles særlig opp mot diakonien som kirkens omsorgstjeneste og dens fellesskaps- og samfunnsbyggende siktemål, både nasjonalt og internasjonalt. Frivillig engasjement er gjerne en hoveddrivkraft i diakonalt arbeid. Det nevnes også eksplisitt at der det er tilsatt egen diakon, er det erfaring for at stillingen genererer og samordner frivillig innsats på feltet.

I oktober 2009 ble Soria Moria 2 lagt fram og her gir regjeringen et entydig løfte om etablering av nye diakonstillinger innenfor denne inneværende perioden. Økt satsing på diakonstillinger vil bidra til mer diakoni i lokalmenighetene, diakonale institusjoner og organisasjoner - et ønske vi som brenner for kirkens diakonale identitet, uforbeholdent deler med den sittende regjeringen. Men hvordan går det med løftene? På det nylig framlagte Statsbudsjettet for 2011, er det ikke bevilget penger til en eneste ny diakonstilling.

Som vi har sett, favner det diakonale arbeidet bredt. Det kan føre til at ansvaret for diakonien og opprettelse av stillinger, kan falle på ulike ”bord” i det politiske systemet. Kirkens diakoni

skal være karitativ i sin karakter, og det vil alltid være viktig å knytte stillinger opp mot arbeid som konsentrerer seg om hvordan mennesker lever i forhold til sine grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Derfor vil diakonstillinger være relevante inn i mange ulike sammenhenger, som eksemplene våre også viser; som koordinatorstillinger for frivillig innsats på ulike områder, på sykehus og andre institusjoner, i lokalmenigheter, og i mer spesifikke stillinger i forhold til barn og ungdom, som diakon på et kjøpesenter osv.

Gode strukturer er til stor hjelp for god samhandling, men det må også etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og til levere tjenester i samsvar med målene i helse- og omsorgspolitikken (St.meld. nr 47 (2008-2009):14).

Kirken, de diakonale institusjonene og organisasjonene er sentrale og viktige samarbeidsparter. Hensiktsmessige rammebetingelser og nødvendigheten av langsiktighet er også vektlagt i reformen, og dette er faktorer av stor betydning for diakoner i felten. Diakoni er ikke bare enkelttiltak og prosjekter, men en måte å leve på i fellesskap med andre mennesker, og da er det også viktig med forutsigbarhet og kontinuitet i stillingene.

Informasjon eller samhandling?

Kjennskap *til* hverandre og kommunikasjon *med* hverandre er avgjørende for at samhandling skal finne sted. Det er flere måter å ha interaksjon på, men ikke alt er samhandling. Angell presenterer 5 ulike nivåer for interaksjon:

- Enveisinformasjon
- Gjensidig informasjon
- Dialog- kommunikasjon og diskusjon om saker som er viktige for begge parter
- Gjensidig innflytelse i forhold til å ta bestemmelser
- Forpliktende samarbeidsavtaler
(Angell 2010)

De første to kategoriene er uttrykk for en løsere form for kontakt som skjer sporadisk eller mer jevnlig. De tre siste kategoriene kaller Angell for samarbeidsmodeller, eller svake og sterkere former for samhandling. Det kan være interessant å spørre på hvilket nivå en relasjon befinner seg, og i hvilken grad det er mulig å utvikle den videre til et mer samhandlende nivå.

Å kartlegge et lokalmiljø er viktig. Man må oppsøke hverandre for å bli bedre kjent med hverandre og hverandres arbeidsfelt. Hvem jobber med hva? Hvem jobber med de samme gruppene som oss? På hvilke måte jobbes det? Hvordan kan vi samarbeide til beste for det enkelte menneske, bygge nettverk og skape helhet? Det er viktig å spørre hvordan flere aktører sammen kan etablere nettverk rundt et menneske som er blitt alene som følge av sykdom, død, alderdom, rusproblematikk, brutte relasjoner osv. I Samhandlingsreformen snakker man om ”pasienten og pasientens behov for koordinerte tjenester”. *Pasienten* kan være et noe snevert begrep, for i Samhandlingsreformen legger man også stor vekt på tjenestene som skal begrense og forebygge sykdom. Det uttrykkes et ønske om å sette fokus på leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Det betyr

at svært mange mennesker berøres av reformens intensjoner, ikke bare pasienter i aktiv behandling, men alle som befinner seg i en utsatt livssituasjon.

Mye samhandling hindres av taushetsplikten innenfor helse- og omsorgstjenestene. De fleste yrkesgrupper innenfor denne sammenhengen er bundet av taushetsløftet, og det er en god sikkerhet for pasienten/brukeren at de ikke blir snakket om videre. Samtidig kan taushetsplikten noen ganger være til hinder for god samhandling rundt en person. Dette understreker betydningen av å etablere tette og gode kontakter på tvers, slik at man bygger opp tillit til hverandre. På den måten kan man i større grad bli et samarbeidende team rundt personen snarere enn å spilles ut mot hverandre.

Da diakonivalget i en menighet i Norge skulle lage sin lokale diakoniplan, sendte diakonen ut en forespørsel til ulike grupper i menigheten, men også grupper og organisasjoner ellers i lokalmiljøet, og spurte hva de så som viktige arbeidsområder i tiden framover. Ut ifra de ulike innspillene som kom inn, fikk diakoniutvalget hjelp til å prioritere behov, og de fikk hjelp til vurderingen av hvor kreftene burde settes inn i perioden som lå foran. Dette er spennende. Ikke bare får diakoniutvalget gode innspill til sitt arbeid, men man sender ut viktige signaler til andre om at man ønsker å samarbeide og å være med og bygge lokalsamfunn.

Økonomi

Flere reformer er satt i gang fra regjeringens side for å sikre at den norske solidaritetspolitikken og folketrygden er bærekraftige også for framtidige generasjoner. Samhandlingsreformen er en av dem, og i tillegg gjennomføres både en pensjonsreform og NAV- reformen. Samhandling er derfor også et grep for å spare penger. Myndighetene er opptatt av å få mest mulig ut av hver eneste helsekrone, og man er også opptatt av å involvere andre sektorer. Det uttrykkes gjennom reformen at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene må rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene, mer enn på deltjenestene. Her er kirken en aktuell aktør i helhetstenkingen. Kirken har tradisjon for å engasjere og inkludere mennesker som for en periode eller som pensjonister ikke deltar aktivt i yrkeslivet, og som dermed kan ha mer tid å bruke på en alternativ, frivillig tjeneste.

Vi har henvist til undersøkelser som viser at der det er diakon, blir det generert mer diakonal aktivitet. Det å investere i diakonstillinger er et gode for samfunnet fordi diakonene med sin tverrfaglighet representerer en viktig ressurs for et lokalmiljø, nettopp ved å ha fokus på nære relasjoner og på hvordan enkeltmennesket kan bli del av fellesskap som i neste omgang kan virke forebyggende i forhold til ensomhet og sykdom.

Økonomi er også nødvendig for å kunne sette i gang prosjekter og mer vedvarende samhandlingsaktivitet. Det er derfor viktig at det offentlige prioriterer å avsette midler til nye diakonstillinger både i menigheter og institusjoner og på helt nye møteplasser, og også å sette av midler til nye organisasjonsformer innenfor diakonalt arbeid der samhandling er et hovedansvar. Mye god forebyggende aktivitet og mange nettverk kan etableres rundt enkeltmennesker og grupper, dersom det bevilges noen midler for å komme i gang eller for å ansette dyktige ledere.

Samtidig er det viktig å understreke at samhandling er mer enn økonomisk gevinst, fordi det her dreier seg om forebygging, helhetlig omsorg, livsmestring, myndiggjøring og medvandring.

Mestring og myndiggjøring

Som vi har nevnt tidligere har Samhandlingsreformen et hovedfokus om en klarere pasientrolle. ”Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad” (St.meld. nr 47 (2008-2009):14). Også i diakonien er begrepet mestring sentralt. Mens man tidligere innenfor både helsevesenet og diakonien har hatt en tendens til å gjøre den andre/pasienten/brukeren til et objekt for andres handling, er man i dag mer opptatt av hvordan både helsepolitikken og diakonien kan legge til rette for at enkeltmennesket skal bli oppmuntret til å medvirke selv. I litteraturen kan man lese om kriterier for mestring. Psykologen Hilchen Sommerchild hevder at mestring bygger på to pilarer; tilhørighet og kompetanse. (Gjærum, Grøholt og Sommerschild 1998). Tilhørighet betyr å være deltaker i et fellesskap. For mange er familien det viktigste fellesskapet spesielt når man er skrøpelig og syk, men for de som har svak tilhørighet til familien, er det nødvendig å søke fellesskap andre steder. Her har kirken mye å tilby gjennom sine ulike fellesskap i små og større grupper, for ulike alderstrinn, med ulike fokus. Kompetansebegrepet understreker betydningen av å få den nødvendige informasjon om sin situasjon. For pasienter betyr det å få kjennskap til og kunnskap om sin sykdom, slik at de kan være med å ta ansvar for egen helse.

I eksempelet fra diakonen i Telemark, vises det hvordan pilegrimsvandringen kan bli en mestringsarena for mennesker som sliter med psykiske lidelser og ofte opplever å komme til kort. Gjennom pilegrimsvandringen skapes fellesskap og rammer, og den enkelte blir utfordret på sin egen mestringsevne.

Mestring og myndiggjøring er begreper som utfyller hverandre. Myndiggjøring (fra engelsk empowerment) viser til at hvert enkelt menneske har evner og ressurser som det må få mulighet til å utvikle for å bli et subjekt i sitt eget liv. I teologisk sammenheng er dette begrepet knyttet til at hvert enkelt menneske er skapt av Gud, uavhengig av sosial situasjon. Det er kirkens overbevisning at Gud utruker og myndiggjør mennesker. Myndiggjøring innebærer ofte et maktskifte; en skjev maktfordeling må rettes opp. Diakonien har et særlig ansvar for å ta opp slike forhold både innad i kirken og i samfunnet, spesielt i relasjoner mellom hjelpere og de som blir hjulpet, hvor maktfordelingen ofte er skjev.

Faglighet – tverrfaglighet

Rett behandling – på rett sted - til rett tid er undertittel på Stortingsmelding nr. 47. For at dette skal skje trengs det profesjonalitet og kvalitet. Vi har tidligere nevnt betydningen av de frivillige inn i det forebyggende og nettverksbyggende arbeidet, og det skal absolutt ikke undervurderes. Men i denne sammenhengen er det også viktig å understreke den profesjonalitet og kompetanse som kirkens ansatte besitter. Både prest, kateket og diakon er gjennom sine vigslingsløfter pålagt ansvar for diakonal tjeneste i menigheten. Men særlig er

det grunn til å nevne diakonen i denne sammenhengen, fordi diakonene har en fagutdannelse i helse- og sosialfag eller fra pedagogisk sammenheng før de tar sin masterpåbygning i diakoni. Det betyr at diakonene har en formell kompetanse innenfor dette feltet, og svært mange har også realkompetanse fra helse- og sosialsektoren. Det gjør dem særlig egnet som samarbeidspartnere innenfor Samhandlingsreformens nedslagsfelt.

Diakonene har altså en dobbeltkompetanse som skal utruste dem til å møte menneskers åndelige behov, så vel som de helsemessige eller sosiale. Det gjør at tanken om helhetlig omsorg, det å kunne møte mennesker både i forhold til deres fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, står sentralt for diakonen.

Tro som ressurs

I studien *Helse på norsk* belyses folks hverdagslige opplevelse av hva god helse er (Fugelli og Ingstad 2009). Det avtegner seg tre mønstre i samvirke mellom religion, helse og sykdom. For det første kan Gud være en kilde til helse og helbredelse. For det andre viser studien at de helsebringende potensialene i religionen også finnes andre steder. For det tredje viser studien at religionen og dens praksis kan skade helsen. Religion på sitt beste bidrar til mening, trygghet og normer for liv, samliv og samfunn, og gir tro og håp også i møte med en fremmedgjørende helsetjeneste (ibid: 398). Men det er ikke de sterke, personlige trosuttrykkene som preger studien. Det er de forsiktige religiøse selvangivelsene som preges av lavmæltethet og uttrykkes i liten skrift, som dominerer når det blir spørsmål om tro fremmer personlig helse (ibid:379). Det kan være mange forklaringer på forsiktigheten, men det kan være grunn til stille spørsmål om kirken og ”personlig kristne” har tatt monopol på religiøsiteten i en slik grad at den har brakt den utbredte folkelige gudstroen til taushet. Om uttrykkene er lavmælte, er de likevel klare og har hverdagens slitestyrke i seg. Dette språket må kunne tolkes av så vel kirken som helsesektoren dersom religionens ressurser skal bli et bidrag til *rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

I en artikkel i *Vårt Land* fra 6. september 2010 med overskrift *Tro som ressurs*, skriver Kjell Nordstokke om den utviklingen man har sett, særlig i USA, der en betydelig dokumentasjon viser at religiøse mennesker mestrer sykdommer bedre og kommer seg raskere etter alvorlige operasjoner. Dette får noen til å hevde at religion og spiritualitet har en helbredende funksjon, og derfor må få en plass i behandlingsopplegg. Andre mener at det er forhastet å trekke så bastante slutninger, og at denne funksjonen må settes inn i en mer sosial og kulturell sammenheng. Men uansett er det interessant å merke seg begrepet ”religious assets” som er et begrep man finner brukt i denne sammenhengen. Ordet ”assets” er hentet fra økonomien, skriver Nordstokke, og betegner ”tilgjengelig ressurser for å virkeliggjøre et formål. Det brukes også innenfor internasjonal bistand for å redusere fokuset på problemer og nødssituasjoner, og i stedet løfte fram menneskers ressurser og muligheter til tross for vanskelige levekår.” Videre mener Nordstokke at hvis man ser på ”religious assets” i forhold til spørsmål om helse, kan det omfatte ressurser som kirkene og andre religiøse bevegelser besitter. Institusjoner, for eksempel sykehus, innehar fagkompetanse og hele mangfoldet av helsefremmende tiltak, inkludert innsatsen for å fremme mestring og mening i forhold til lidelse. Men det kan også være tale om ting som indirekte kan ha en helsefremmende

betydning, som for eksempel inkluderende sosial praksis, formidlingen av etisk bevissthet, forståelse av menneskeverd og forkynnelsen av håp.

Dette perspektivet er med å understreke at diakonien heller ikke behøver å tone ned sin egenart og sitt særpreg i møte med kommunale og offentlige instanser. Diakonien forankring i den kristne tro kan være med å gi et viktig bidrag i møte med menneskers åndelige behov.

Retningslinjer for diakoni og samhandling

På en konferanse med tittel ”Diaconia against Poverty and Exclusion: Future Challenges and Context in Europe”, avholdt i Heidelberg i september 2010, presenterte professor Heinrich Bedford-Strohm åtte såkalte ”Guidelines for a Public Diaconia in Europe.” I disse retningslinjene blir det holdt fram at kirkene må bli mye mer bevisst sin rolle i sivilsamfunnet. Bedford-Strohm understreker at det ikke er noen motsetning i å ha en sterk og tydelig forankring i kristen tro og samtidig ha et åpent og aktivt samarbeid med både andre religiøse og ikke religiøse samarbeidspartnere.

Videre understreker han at målet for diakonien er å skape og være med å utvikle inkluderende og respektfulle grunnstrukturer både lokalt og globalt, slik at alle mennesker kan få et verdig liv. Velferdsstatsmodeller er viktige for å skape slike strukturer og trengs derfor å utvikles videre. Når vi i dag snakker om at det er kriser i velferdsstaten, er det viktig at vi holder fram at prinsippene om trygghet og likeverd for alle fortsatt er verdier vi må arbeide for og holde høyt. Å leve et verdig liv er en menneskerett, derfor skal ikke sivilsamfunnet erstatte de garantier som det offentlige har plikt på seg til å skape rundt hvert enkelt menneske. Sivilsamfunnet består av viktige samarbeidspartnere for det offentlige for å skape bedre livsvilkår for mange mennesker.

Menighetsdiakonien og institusjonsdiakonien må anerkjenne, støtte og inspirere hverandre, hevder Bedford-Strohm. Veldrevne diakonale institusjoner kan være et uttrykk for Jesu kall til mennesker om å tjene sin neste, fordi de er uttrykk for en lang historie med erfaringer på hvordan man best kan organisere hjelp og assistanse. Menighetsdiakonien rotfester diakonien fordi den er nær til menneskers daglige problemer, og kan være den konstante påminner om å sette enkeltmennesket i sentrum og ikke institusjonene eller organisasjonen i seg selv. På den annen side kan menighetene gjøre seg bruk av den organiserte diakonien når den hjelpen som trengs, overgår deres muligheter.

På Det lutherske verdensforbunds Addis - Abeba-konsultasjon om diakoni i 2008 ble det opprettet retningslinjer for diakonal adferd. I denne sammenhengen ble retningslinjene knyttet opp mot internasjonalt diakonisamarbeid og hvordan de ulike aktørene bør jobbe sammen, men de er også relevante for andre typer diakonalt arbeid og annet type samarbeid.

Vi vil her gjengi enkelte av punktene. Diakoni i praksis:

1. innarbeider barmhjertighet, inkluderende åpenhet, gjensidighet, respekt, ansvarlighet og pålitelighet som grunnleggende verdier
2. uttrykker solidaritet og gjensidig ansvar på tvers av grenser, og søker muligheter for å dele ressurser

3. søker allianser; økumenisk med mennesker av annen tro og med andre aktører i det sivile samfunn
4. har medvirkning, medvandring og myndiggjøring som sine viktigste metoder
5. er kontekstuell og bruker derfor ulike metoder
6. er klar over sine begrensninger, og bevisst på faren for å skape avhengighet.

(LVF 2010: 93)

Avslutning

Samhandlingsordet appellerer. Det gjelder å gi ordet liv og praktisk innhold. Derfor er det viktig å dele kunnskap og erfaring fra gode samhandlingstiltak med hverandre for å gi hverandre innspill til å utvikle nye tiltak. Denne rapporten henter frem intensjonene ved Samhandlingsreformen og viser studier, erfaringer og utfordringer knyttet til kirkens engasjement. Rapporten peker på behovet for formalisert samarbeid, god kommunikasjon og økonomiske forutsetninger. Vi har gjennom denne rapporten hatt ønske om å skape en større bevissthet om kirkens ansvar for samhandling og om den tradisjon og kompetanse diakonien har på dette området. Eksempelene aktualiserer mange spørsmål om hvordan kontakten kommer i stand, hvilke samarbeidspartnere man har i nærmiljøet; om relasjonen forblir i en informasjonskategori eller om den utvikler seg til konkrete tiltak der den enkeltes liv blir tatt på alvor.

Når det gjelder deltakelse og samarbeid innebærer samhandling også at resultatet kan bli annerledes enn vi forestilte oss på forhånd. Tillit og positive forventninger til samarbeidet er avgjørende for å lykkes. Diakonien skal i sitt vesen aldri være ekskluderende, verken i sin teologiske selvforståelse eller i sin praktiske utfoldelse. Bare slik kan den være et uttrykk for ”the healing of the world”, som er et mål for diakonien.

Kirken er både et trosfellesskap og en del av den offentlige forvaltning. 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. Samtidig er det nødvendig å ha et avklart forhold både til diakoniens muligheter og begrensninger og til dens egenart.

Kilder

- Angell, Olav Helge og Selbekk, Anne Schanche 2005. *Kirke og helse rapporten – En kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*. Diakonhjemmet
- Angell, Olav Helge og Pessi, Anne Birgitte. “Co-operation in Welfare” i: *Diaconia* 1:2010
- Angell, Olav Helge 2010. I: Aadland (red.) *Kan institusjoner elske?* Akribe
- Darbo, Elin 2008. *Lyst til å glede noen?* Lovisenberg Diakonale sykehus
- Det lutherske verdensforbund (LVF) 2010. *Diakoni i kontekst*
- Disch; Per Gunnar og Vetvik, Einar 2009. *Framtidas omsorgsbilde*. Senter for omsorgsforskning
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (Forskrift om individuell plan). <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/ho-20041223-1837.html> hentet 12.10.2010
- Fugelli, Per og Ingstad, Benedicte 2009. *Helse på norsk*. Gyldendal
- Gjærum, Grøholt og Sommerschild 1998. *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug (4. opplag 2003)
- Helse – og omsorgsdepartementet 2009. Rundskriv 1 - 6/2009 *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse*
- Lov om Den norske kirke (kirkeloven). <http://lovdata.no/all/hl-19960607-031.html> hentet 12.10.2010
- Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). <http://www.lovdato.no/all/hl-19821119-066.html> hentet 12.10.2010
- Kirkerådet 2008: *Plan for diakoni i Den norske kirke*
- Kirkerådet 2006: *Kommunikasjonsplattformen for Den norske kirke*
- Nordstokke, Kjell, ”Tro som ressurs” i: *Vårt Land* 6. september 2010 s 22-23
- St.meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- St.meld. nr 26 (1999-2000) *Om verdier i den norske helsetjenesten*.
- St.meld. nr 39 (2007-2008) *Frivillighet for alle*

Wollebæk og Sivesind 2010. ”Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009” <http://sivilsamfunn.no/Ressurser/Publikasjoner/Rapporter/2010/2010-003> hentet 07.10.2010

The Lutheran World Federation. *Serving the Whole Person. The practice and Understanding of Diakonia within the Lutheran Communion.* LWF Documentation 54/2009

Andre kilder

Bærumdiakonene: Handlingsplan for perioden 2010-2013.

Diakonhjemmet sykehus, hentet 15.09.10

http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=495&I=3949

Erikstein, Eilev: Prostidiakonens rapport 2010

Gilje, Marianne: Prosjektrapport fra Hemsedal 2010

Helsehjelp til papirløse migranter,

<http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Helsesenteret-for-papirlose-migranter/Hva-gjor-vi/> og

http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?C=422&I=8045&D=2 hentet

15.09.10

Tunsberg bispedømmeråd: Plan for diakoni. Tips og inspirasjon til lokalt arbeid (2009)

Værnes Kristine: Prosjektleder. Prosjektet ”Hjertes som ser – Samhandling sykehus, kommuner/bydeler og tros- og livssynssamfunn”



DEN NORSKE KIRKE



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Samhandlingsordet appellerer. Det gjelder å gi ordet liv og praktisk innhold. Derfor er det viktig å dele kunnskap og erfaring fra gode samhandlingstiltak med hverandre for å gi relevante innspill til å utvikle nye tiltak. Denne rapporten henter fram intensjonene ved St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Rapporten viser studier, erfaringer og utfordringer knyttet til kirkens diakonale engasjement. Rapporten peker på behovet for formalisert samarbeid, god kommunikasjon og økonomiske forutsetninger.

Diakonhjemmet Høgskole ved diakoniutdanningen fikk i 2010 et prosjektoppdrag av Kirkerådet om diakoni og samhandling.

Forfatterne av rapporten underviser ved Diakonhjemmet Høgskole. De er begge diakoner, med lang erfaring fra felten.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og 160 ansatte, fordelt på studiestedene Oslo og Rogaland.

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.