

# Når så vi deg syk og kom til deg?

En undersøkelse av kirkens støtte til alvorlig syke  
og deres pårørende

Av Kari Karsrud Korslien

## Sammendrag

I 2007 ble det gjennomført en undersøkelse blant prester og diakoner om Den norske kirkes støtte til syke, døende, pårørende og etterlatte. Undersøkelsen tok utgangspunkt i en svensk studie av Eva Jeppsson Grassman og Anna Whitaker fra 2006. De svenske forskere stilte spørsmål om hvorvidt kirken støttet alvorlig syke, hvilke typer støtte man tilbød og hvilke tilbud pårørende og etterlatte mottok. I denne artikkelen presenteres erfaringer fra den norske undersøkelsen. Resultatene viser at hverken prester eller diakoner mener at syke og døende får den støtten de trenger hjemme eller på institusjon. Knapphet på tid og ressurser hindrer en bedre tjeneste. Respondentene hevder at kirkens støtte kan bedres dersom flere frivillige bidrar. Formidlingen av kirkens tilbud om støtte drøftes mot slutten av artikkelen, der undersøkelsens sorggrupperesultater trekkes inn. Det er etablerte rutiner for formidling av tilbud om sorggruppe, men det mangler tilsvarende for tilbud om kirkens støtte til alvorlig syke. Respondentene har tro på at kirkens tilbud kan formidles bedre, under forutsetning av økt samhandling. I tillegg bør arbeid med frivillige prioriteres. St.meld. nr. 47 (2008–2009) **Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid** legger opp til økt samarbeid lokalt. Samhandling til beste for alvorlig syke og deres pårørende bør gis prioritet. Aktivt samarbeid som også tar retten til tros- og livssynsutøvelse på alvor, kan bidra til et mer helhetlig tilbud.

## «Når så vi deg syk og kom til deg?»

Matteus 25,35–36 gir en konkret utfordring til kirkens diakoni. Vi skal gi mat til den sultne og drikke til den tørste, ta imot den fremmede, kle den nakne, se til den syke og besøke den fengslede. Det er et fellesskap mellom den som

strever og har tungt å bære og menneskesønnen. Kirkens omsorgstjeneste har et tydelig oppdrag i møte med «en av disse mine minste søsken». Hvordan gjennomfører så kirken sitt diakonale oppdrag overfor alvorlig syke? I kirkeloven § 9 pålegges menighetsrådet et ansvar for at syke og døende blir betjent med Guds ord, og at legemlig og åndelig nød blir avhjulpet. Prester og diakoner skal ifølge sine tjenesteordninger og retningslinjer for gudstjenestelige funksjoner utøve sjelesorg, reise i soknebud og besøke syke<sup>1</sup>. Kirkens omsorgstjeneste for alvorlig syke og deres pårørende er derfor både et trossmessig og et lovmessig oppdrag som er pålagt så vel menighetens fellesskap som kirkens prester og diakoner. I Rundskriv I-6/2009 *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) presiseres det at retten til trosutøvelse ikke bare gjelder når man selv tar initiativ til det, og det vises til den rettighet enhver som er under pleie og omsorg har til tros- og livssynsutøvelse.

**Kirkens omsorgstjeneste for alvorlig syke og deres pårørende er derfor både et trossmessig og et lovmessig oppdrag som er pålagt så vel menighetens fellesskap som kirkens prester og diakoner.**

## Metode, utvalg og praktisk gjennomføring

Det stilles spørsmål ved kirkens støtte til alvorlig syke, pårørende og etterlatte. Studien bygger på et forskningsarbeid av Grassman og Whitaker (2006) som undersøkte den svenske kirkes støtte til alvorlig syke, pårørende og etterlatte. I undersøkelsen ble det brukt et omfattende spørreskjema som omhandlet kirkelige ansattes bakgrunn, beskrivelser av menighetene, støtte til syke hjemmeboende, støtte til institusjonsbeboere, støtte til sykes pårørende og etterlatte samt spørsmål om kirkens rolle i velferdsstaten. Skjemaet inneholdt både åpne og lukkede spørsmål. Spørreskjemaet ble oversatt til norsk og godkjent av de svenske forskerne. Diakoner og prester fra Hamar bispedømme og Stavanger bispedømme ble valgt som respondenter på undersøkelsen. Man antok at bispedømmene representerte en viss bredde i kirkelig sammenheng. Det ble lagt vekt på regionale forskjeller som historisk sett har preget øst- og vestland (Repstad 2000: 35, Botvar 2009: 19).

Tall for 2009 viser at Den norske kirke hadde i alt 38 290 gravferder, og av disse hadde Hamar 4 191 og Stavanger 2 773<sup>2</sup>. Tunsberg bispedømme ble senere inkludert i materialet for å øke antall respondenter. Tunsberg hadde i alt 4 205 gravferder i 2009. Biskopene i de utvalgte bispedømmene ble orientert om spørreundersøkelsen, og de ga tillatelse til gjennomføringen. Spørreskjemaet ble sendt til 121 prester og diakoner i bispedømmene, og 65 returnerte skjemaet. Svarprosenten var 55 %. Dataene fra undersøkelsen ble

registrert i NSDstat, og statistikkprogramvaren SPSS ble benyttet i bearbeiding av datamaterialet.

Resultatene gir et bilde av ansattes oppfatning av hva slags støtte som ble gitt. Det kunne vært ønskelig å få tematikken belyst fra syke og sørgende selv, men det var det ikke rom for i undersøkelsen. Det ble heller ikke foretatt dybdeintervju med ansatte slik de svenske forskerne valgte å gjøre i sin studie. Det kunne vært ønskelig med et mer omfattende materiale, men spørreundersøkelsen har kvalitative bidrag gjennom åpne spørsmål, og vesentlige kvantitative bidrag som kan vise seg fruktbare i en videre utvikling av kirkenes arbeid blant syke og etterlatte.

### Ansattes bakgrunn og sammensetning i menighet

I undersøkelsen deltok 23 kvinner, hvorav 11 prester og 12 diakoner, og 42 menn, hvorav 35 prester og 7 diakoner. Menigheter med diakon ble prioritert. Det var flere prester enn diakoner med i utvalget, noe som gjenspeiler situasjonen for landet som helhet.

**Tabell 1 Fordeling av utvalget på kjønn og stilling, prosent (N=65)**

	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>	<i>Total</i>
Prester	48	83	71
Diakoner	52	17	29
Total	100	100	100
(N)	(23)	(42)	(65)

Flere menigheter er uten diakon, og flere deler en diakonstilling. En kartlegging fra Diakonhjemmet Høgskole bekrefter dette. I 2005 hadde 44 % av menighetene enten diakon, diakoniarbeider eller ungdomsdiakon (Angell og Selbekk 2005: 37). Fordelingen bekreftes av en kartlegging fra Det Norske Diakonforbund (2009). Ifølge kartleggingen hadde 652 menigheter ikke tilgang til diakonal kompetanse<sup>3</sup>. Til sammenlikning hadde Sverige, med en befolkning på 9,3 mill. (hvorav 71,3 % er medlem av kirken<sup>4</sup>), 1 160 diakoner<sup>5</sup>, mens Norge, med 4,8 mill. (hvorav 79,2 % er medlem av Den norske kirke), hadde 275 diakoner<sup>6</sup>.

### Yrke, utdanning og menighet

Utvalget besto av både nyutdannede og svært erfarne yrkesutøvere, men de fleste hadde erfaring fra tjenesten i seks til ti år eller mer.

**Tabell 2 Fordeling av personer i utvalget med og uten tilleggsutdanning etter kjønn, prosent (N=65)**

	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>	<i>Total</i>
Med tillegg	57	77	71
Uten tillegg	43	23	29
Total	100	100	100
(N)	(21)	(44)	(65)

Utvalget viste en viss variasjon med hensyn til tilleggsutdanning. Eksempler på tilleggsutdanning var presteforeningens videreutdanningstilbud, for eksempel pastoralklinisk utdanning (PKU). Utdanning fra høyskole eller universitet ble ofte nevnt. Flere menn enn kvinner var med i undersøkelsen, og andel menn med tilleggsutdanning var større enn kvinnenes.

Utvalget besto av menigheter i både bygd og by. Enkelte arbeidet i kun én menighet, mens mange forholdt seg til flere menigheter. På spørsmålet: «Gir din menighet støtte til ...», gikk det ofte fram at prest og diakon arbeider i flere enn én menighet. Når menigheten skulle beskrives, var det krysset av for flere alternativer. Dette tydet på at man beskrev et større geografisk område. Tjenesteordningen for prester<sup>7</sup> bekrefter at prestenes tjenstedistrikt er hele prostiet, og kartleggingen av kirkens diakoni støtter opp om at flere menigheter deler på en diakonstilling (Angell og Selbekk 2005).

### Kirkens støtte til syke hjemmeboende

Spørsmål om kirkens støtte til hjemmeboende syke eldre viste at 18 kvinner, hvorav ti diakoner og 8 prester, ga støtte. Det var 4 kvinnelige respondenter som svarte at de ikke ga støtte til hjemmeboende eldre. Av svarene gikk det fram at 38 menn, hvorav 8 diakoner og 30 prester, ga støtte til eldre som bodde hjemme. Det var også her 4 respondenter som oppga at de ikke ga støtte til hjemmeboende eldre.

**Det er rimelig å anta at en ungdomsprest eller ungdomsdiakon har mindre med alvorlig syke og døende å gjøre enn andre ansatte.**

Det er ikke nevneverdig forskjell på respondentenes praksis på dette feltet. Et mindretall av menn og kvinner har oppgitt at de ikke hadde et tilbud til hjemmeboende. Det kan skyldes arbeidsfordeling. Det er rimelig å anta at en ungdomsprest eller ungdomsdiakon har mindre med alvorlig syke og døende å gjøre enn andre ansatte. Dessuten kan nyansatte ha færre oppdrag i starten enn de som har vært lengre i tjenesten. Svarene kan også tyde på ulik fortolkning av tilbud. Noen av respondentene skrev at de hadde erfaring med å besøke alvorlig syke, men

definerte ikke kontakten og erfaringen som et tilbud til hjemmeboende eldre.

Et vesentlig spørsmål i undersøkelsen var om man mente at hjemmeboende

**Et vesentlig spørsmål i undersøkelsen var om man mente at hjemmeboende fikk den støtten de trengte fra menigheten. 91 % av respondentene svarte negativt.**

fikk den støtten de trengte fra menigheten. 91 % av respondentene svarte negativt. Dette var en felles oppfatning for kvinner og menn, prester og diakoner. Det var heller ingen forskjell mellom bispedømmene. Resultatet er tankevekkende når så å si alle går hjem til eldre som etterspør et tilbud om støtte. Svarene på de åpne spørsmålene i undersøkelsen kan kaste lys over dette paradokset. På

spørsmål om hva kirken kunne gjort, pekte respondentene på tre forhold der menighetene klart kunne forbedret seg:

- Menigheten kunne hatt besøkstjeneste der frivillige går på besøk til hjemmeboende som ønsker besøk.
- Kirken kunne arbeidet mer systematisk overfor hjemmesykepleien for å få kjennskap til alvorlig syke som ønsker besøk.
- Menigheten kunne generelt sett vært mer oppsøkende og gått bredere ut med informasjon om hva som kan tilbys fra kirkens side.

Det ble pekt på at ressursene er små; det er både personalmangel og mangel på frivillige medarbeidere. Det ble uttrykt et klart ønske om å få noen til å organisere besøkstjeneste. «Vi trenger flere ressurser til å organisere besøkstjeneste. Vi ønsker oss diakon.» Respondentene viste til behovet for flere frivillige medarbeidere. Man ønsket å organisere en besøkstjeneste, og der man allerede har en besøkstjeneste, ønsket man å styrke den. En prest skrev «Jeg er aleneprest uten diakon, og vi mangler for tiden frivillige.» Svarene antydte forventninger om at en diakon kunne bidratt til økt frivillighet i menigheten. Mangel på frivillige utfordrer tydeligvis menighetene, og utsagn som «Menighetens ansatte og frivillige kunne ikke gjort stort mer enn det de gjør,» ga inntrykk av at kapasiteten mange steder var sprengt.

Uttalelsene viste også at man i liten grad hadde oversikt over hvem som trengte besøk. «Hvis vi hadde ressurser, kunne vi kartlagt behovet for hjemmebesøk», hevdet en av respondentene. «Det blir litt tilfeldig hvem vi kjenner til og blir kontaktet av», skrev en annen. Respondentene uttrykte behov for samarbeid med hjemmetjenesten. «Det er et problem at kirken ikke får tips fra for eksempel hjemmesykepleien om behov», og «Kirken kunne hatt bedre kontakt og samarbeid med hjemmesykepleien, utarbeidet informasjonsfoldere angående kirkens tjenester, og da i særlig grad diakonens arbeidsområder, og også satt fokus på besøkstjeneste», uttalte en annen. Noen

var opptatt av at tilbudet kunne gjøres tydeligere, mens andre igjen mente tilbudet var kommunisert tydelig nok og pekte på den informasjonen de hadde gitt gjennom menighetsbladet og informasjonsbrosjyrer. Det var samlet sett en bred oppfatning av at kirken kunne nå bedre fram med sitt tilbud til hjemmeboende eldre.

### Kirkens støtte til institusjonsbeboere

Undersøkelsen viste mange paralleller i kirkelig ansattes oppfatning av tilbudet til institusjonsbeboere. Alle respondentene hadde erfaring med å gå på besøk. Det var likevel 80 % som mente at institusjonsbeboerne ikke fikk den støtten de trenger fra menigheten. Dette resultatet er noe bedre enn for hjemmeboende.

Menighetenes vektlegging av omsorg for ensomme og eldre i institusjon bekreftes gjennom kartleggingen av diakonalt helsearbeid i Den norske kirke (Angell og Selbekk 2005). Kartleggingen viste at det i første rekke ble tilbudt andakter og gudstjenester til beboere på institusjon, mens besøk utgjorde omlag halvparten av tjenestetilbudet. Tilbud om sosiale samlinger utgjorde omlag en fjerdedel av det samlede tilbudet. Resultatene føyer seg inn i tendensen for et landsgjennomsnitt, men tilbud om sosiale samlinger ligger noe lavere i Hamar bispedømme enn i Stavanger bispedømme. Det var færre diakoner i Hamar enn i Stavanger da kartleggingen ble gjort (Angell og Selbekk 2005: 36–39). Tatt i betraktning at diakoner tradisjonelt har hatt ansvar for det fellesskapsbyggende arbeidet i menigheten, kan resultatet ha sammenheng med bemanningssituasjonen i 2005.

Samtaler om eksistensielle spørsmål var en vesentlig del av kirkens tilbud til alvorlig syke. Samtaler om religiøse spørsmål mer spesifikt forekom nesten like hyppig, og nattverd var en viktig del av tilbudet. Undersøkelsen viste videre at 80 % av de som ble kontaktet ved alvorlig sykdom, var prester. Flere større kommuner har institusjonsprest. Diakoner er derimot sjelden en del av den lønnede pastoralkliniske tjenesten ved sykehus eller sykehjem. Tjenestetilbudet ved sykehjemmene dekkes i hovedsak av menighetenes diakoner og prester samt frivillige medarbeidere. Det ser ut til at støtte utover andaktstilbudet er noe mangelfullt, noe utsagn som «Vi gir nok andakter, besøker grupper, men har for lite tid til den enkelte», kan tyde på. Hyppigheten når det gjaldt andakter varierte fra en gang i uka til hver 14. dag og eller en gang i måneden. Respondentene krysset ikke av for kun ett svaralternativ når de svarte på hvilken støtte kirken gir. Det kan tyde på at møtet mellom kirkelig ansatte og syke er sammensatt. Møtet kan være preget av det sosiale, men også omhandle samtaler om

**Det ser ut til at støtte utover andaktstilbudet er noe mangelfullt, noe utsagn som «Vi gir nok andakter, besøker grupper, men har for lite tid til den enkelte», kan tyde på.**

eksistensielle, religiøse og åndelige spørsmål. Avkrysningen av flere alternativer tydet på at besøk og ritualer kombineres. Det svaralternativet som forekom hyppigst vedrørende kirkens støtte til institusjonsbeboerne, var at det ble gitt tilbud om andakt, bønn og nattverd. Disse resultatene gir støtte for at organisert besøkstjeneste kan bidra til et mer helhetlig tilbud, særlig med hensyn til samtale og sosialt samvær.

Sterkere kirkelig tilstedeværelse kunne bedre situasjonen. Om man tilbrakte mer tid sammen, kunne det, ifølge flere respondenter, bidra til å senke terskelen for å henvende seg. Det går igjen at informasjonen og ansattes frimodighet til å fortelle om kirkens tilbud kunne vært bedre. Prester og diakoner påpekte behovet for samarbeid med ansatte på institusjonen. «Vi kunne gjort mer kjent at vi gjerne kommer på besøk», skrev en av respondentene. «Vi må vise hva kirken betyr og ønsker å bety», skrev en annen.

## Bevissthet om kirkens nærvær

Undersøkelsen viste at troen på informasjon er stor, og at det oppsøkende arbeidet er viktig. «Kirken kan styrke bevisstheten om at prest og diakon kan tilkalles ved behov. Til dette er bedre samarbeid med personalet på sykehjem og liknende viktig», ble det hevdet. Dessuten er det behov for å avdramatisere prestens besøk som tegn på at vedkommende «ligger på det siste». Det er behov for å understreke at tilbudet er for alle, ikke bare «utvalgte». Utsagnet «Det må bli kjent at vi ønsker å være medmennesker ved livets ulike faser og spesielt de vanskelige», er i tråd med kirkens diakonale oppdrag. Det ser ut til at respondentene har en oppfatning av at det å ta kontakt forbindes med «å være

til bry». Som en av respondentene skrev: «Vi må ut med mer informasjon, gjøre det mer alminnelig. Folk er så redd for å være til bry.» Undersøkelsen viste at ansatte ønsker å være på tilbudssiden, men ressursmangel setter begrensninger for den oppsøkende virksomheten. Undersøkelsen bekrefter at betjeningen på institusjonene er mer oppmerksom på den ressurs kirken representerer, enn tilfellet er med ansatte i hjembaserte tjenester. Likevel er det grunn til å tro at kontakten med betjeningen på institusjoner også kan bli bedre. Den kan bedres ved at det etableres tillitsfulle relasjoner.

Undersøkelsen *Helse på norsk*, som har belyst forholdet mellom religion og helse, underbygger at utsagn om «barnetro, en bagasje, noe vi har med oss» uttrykkes i små bokstaver og kommer fram først når samtaler får tid til å utvikle seg. «Men de er der som en lavmælt, men likevel viktig melding» (Fugelli og Ingstad 2009: 378–380). Det er derfor viktig å ta seg

tid når man formidler kontakt. Undersøkelsen gir grunnlag for å hevde at forbedringspotensialet når det gjelder institusjonsbeboere er knyttet til kvaliteten ved kontakt og informasjon og tydeliggjøring av tilbud.

Det er ikke stor forskjell på kirkelig ansattes praksis. Både prester og diakoner går regelmessig på besøk. De har tro på en organisert besøkstjeneste, at frivilliges innsats er av stor betydning, og de bekrefter behovet for en ansatt til å lede og utvikle besøkstjenesten. Diakoner nevnes som en viktig ressurs i utviklingen av frivillig innsats. Behovet for en koordinator understrekes også i en undersøkelse av Herrestad, Lundereng og Øhrn (2010). De beskriver Fransiskushjelpens bruk av frivillige i omsorg for alvorlig syke kreftpasienter og hvordan oppfølging og veiledning av frivillige håndteres av koordinatoren.

Kirkens ansatte er regelmessig på institusjonene, og faste andakter bidrar til en rytme. Det ser ut til at informasjonen til beboere er bedre enn til syke hjemmeboende eldre. Etterspørselen av bedre samarbeid og kontakt kan tyde på at kirkelig ansatte likevel strever med å nå fram. Det kan også tenkes at informasjonen gis, men at terskelen for å ta kontakt er for høy. Det er grunn til å stille spørsmål om forespørsler om støtte uttrykt i «små bokstaver», oppfattes og besvares. Det er derfor grunn til å gjennomgå menighetenes rutiner for kontakt med institusjonene.

**Det ser ut til at informasjonen til beboere er bedre enn til syke hjemmeboende eldre.**

## Sorggrupper, kommunikasjon og respons

I vår undersøkelse ble også støtten til etterlatte og pårørende kartlagt. Resultatene viste at det i hovedsak er diakoner som driver sorggrupper. 43 % av gruppetilbudet drives av diakon, og i tillegg er det 26 % som drives av diakoner i samarbeid med frivillige. Dette tyder på en arbeidsdeling. Prester er i hovedsak engasjert overfor alvorlig syke og pårørende i forbindelse med gravferd, og diakoner er mest aktive når det gjelder sorggrupper og frivillig virksomhet.

Undersøkelsen viste at det er klare og tydelige rutiner for oppstart av sorggrupper. Tilbudet nevnes først i forbindelse med sorgsamtalen. Deretter sendes brev. I tillegg annonseres det. De sørgende gis regelmessig tilbud om sorggrupper. Sørgende og etterlatte inviteres også i forbindelse med spesielle gudstjenester og minnemarkeringer. Kirken har kjennskap til hvem de etterlatte er, og ansatte har rutiner for informasjon og oppfølging. Undersøkelsen viste at oppslutningen om grupper er større ved spesielle tilbud enn ved generelle tilbud. Oppslutningen samlet sett var under 10 %, mens ved spesielle tilbud som sorggrupper etter selvmord, katastrofer og lignende var oppslutningen på om lag 25 %. Dette er lavt tatt i betraktning at alle nærmeste pårørende kontaktes. Det tyder på at mange mennesker finner støtte og hjelp for sorgen



sin flere steder. Det er fortsatt et spørsmål om tilbud formidles godt nok, og om det ville nådd flere dersom ansatte deltok på flere arenaer og fortalte hva kirkens støtte under sykdom, sorg og død kan bestå i.

## Informasjon og samarbeid

Resultatene våre viste at det var bedre rutiner for informasjonen om sorggruppetilbudet enn tilfellet var ved besøks- og samtaletilbud til alvorlig syke. Det at kirkelig ansatte vet hvem pårørende er, letter kontakten, og de etablerte rutinene bidrar til at informasjonen når fram. På spørsmål om hvorfor ikke flere benytter sorggruppetilbudet, svarte ansatte at de ikke trodde alle sørgende hadde behov for å delta i en gruppesammenheng. Det er interessant at gode rutiner for informasjon ikke nødvendigvis ser ut til å øke etterspørselen. Å delta i en gruppe passer tydeligvis noen, mens andre har alternative måter å bearbeide sorgen sin på. Det er rimelig å anta at de som mangler nettverk, familie og arbeid, er mer sårbare når sorgen rammer enn de som har større kontaktflate. Det er derfor viktig at kirkens diakoni gir differensiert støtte til de mest sårbare. Når det gjelder sorggruppetilbud, er det mye som tyder på at det er viktig å samtale om hva en sorggruppe kan være. Dersom *Helse på norsk* har rett i at den utbredte folkelige gudstroen blir taus og ydmyk i møte med kirken og de personlig kristne (Fugelli og Ingstad 2009: 380), kan kirkens ansatte ha mye å vinne på å lytte til erfaringer fra sørgende som ikke identifiserer seg med sterk tro. Dette bør også få konsekvenser for gruppetilbudet som må bygges på respekt, gjensidighet og likeverd.

Undersøkelsen vår viste at deler av ansatte var orientert om hvem som ga et tilbud om sorggrupper. De kunne derfor henvise videre når det var mer hensiktsmessig. Men undersøkelsen viste også at mange *ikke* kjente til andre tilbud enn menighetens. Om dette skyldes manglende kartlegging eller om menighetens tilbud var det eneste, er uklart. For å forbedre praksis vil det være nyttig å sjekke ut om flere gir tilbud, eller også om andre kan være interessert i å samarbeide om et tilbud. Gjensidig informasjon kan øke sjansen for å få etablert nye tilbud.

En undersøkelse viser at kommuner og menigheter deler interessen for bedre samarbeid (Disch og Vetvik 2009). Samhandling og medisinsk oppfølging er et prioritert område for kommunene. Frivillige støttespillere

i omsorgstjenesten er spesielt nevnt, og innsatsen fra enkeltpersoner og organisasjoner trekkes fram som vesentlig.

Samhandlingsreformen slår fast at frivillige organisasjoner representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv (St.meld. nr. 47 (2008–2009: 143)). Frivillighet forstås som en verdi i seg selv, gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt ansvar. Organisasjonenes viktige rolle i å bringe fram de «ikke-sette» behovene framheves. Det kan også ifølge Samhandlingsreformen vurderes om organisasjonene skal ha visse tjenesteytende oppgaver overfor brukere når nærhet og fleksibilitet tilsier det. Samhandlingsreformen vektlegger at på mange av helse- og omsorgstjenestens områder går målsettingene lenger enn til å gjøre folk friske i medisinsk forstand. «Målet er ikke nådd før det er lagt til rette for at en pasient mestrer bredden av utfordringer i sine livssituasjoner» (ibid.: 143). Samhandlingsreformen peker på betydningen av nettverk og utvikling av disse, og på mulighetene organisasjonene har til å bidra på dette feltet. Organisasjonene har andre forutsetninger enn de offentlige virksomhetene når det gjelder å bidra til nettverksutvikling for enkeltmennesker.

Kirkens omsorgstjeneste er ikke spesielt nevnt i Samhandlingsreformen. Men kirkens fellesskapsbyggende virksomhet og inkluderende praksis burde være relevant for å nå fram til rett behandling på rett sted til rett tid (Jordheim og Korslien 2010: 8). Menneskers eksistensielle og religiøse spørsmål har betydning for helse og utvikling, men disse er ikke tatt med i Samhandlingsreformen. Derimot benyttes begrepet opplæring. Opplæring er en del av spesialisthelsetjenestens oppgaver, og det er en prioritert oppgave å støtte opp under pasienter og pårørende. Det ligger i kirkens oppdrag å bidra til helhetlig omsorg, og kirken har tilbud som kan øke livskvalitet og mestring. På tross av kirkens spesialkunnskap og kompetanse er det likevel mye som tyder på at kirken ikke regnes med i denne sammenhengen.

**På tross av kirkens spesialkunnskap og kompetanse er det likevel mye som tyder på at kirken ikke regnes med i denne sammenhengen.**

Kirkelig ansatte har relevant kompetanse og ofte tilleggsutdanning på felter som er deres primærrområder. Dette bør kommunene merke seg som en ressurs i samarbeidet om å bedre tilbudet for alvorlig syke. Når det gjelder videre opplæring og videreutdanningstilbud for ansatte, bør samhandling være et relevant tema for alle yrkesgrupper som berøres av reformen. Et helhetlig tilbud som inkluderer kirkelig nærvær bør kommuniseres tydeligere. Kommunene bør ta konsekvensen av ansvaret de har og prioritere flere diakonstillinger – av hensyn til syke, pårørende og sørgende, men også av hensyn til rekruttering, koordinering og tilrettelegging av frivillig innsats (Disch og Vetvik 2009: 62).

Terskelen for å ta kontakt kan være høy for mennesker som er alvorlig syke. Tilliten må bygges over tid, og man må ta de religiøse behov som preger situasjonen på alvor. Kirken har ansvar for å formidle sin støtte, og den må i sin praksis ta høyde for det mangfold som menigheten representerer av ulike religiøse og åndelige behov. Undersøkelsen bekrefter betydningen av å utforme dette i fellesskap. Prinsippet om rett behandling på rett sted til rett tid er vesentlig, for altfor ofte har ansvaret for omsorgen for alvorlig syke blitt pulverisert og overlatt til den syke selv. Det er gjerne en sykepleier som er koordinator for pasientens individuelle plan. Planen skal ivareta den enkeltes viktigste områder, noe som innbefatter tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse (Jordheim og Korslien 2010: 14). Involverte fra kirkens side og ansatte i helsetjenesten har derfor sammen et ansvar for å utvikle relevante tilbud sammen med den tilbudet gjelder.

og Korslien 2010: 14). Involverte fra kirkens side og ansatte i helsetjenesten har derfor sammen et ansvar for å utvikle relevante tilbud sammen med den tilbudet gjelder.

Informasjon fra kirken må derfor nå både betjeningen og institusjonsbeboerne. Men ikke nok med det; syke, pårørende, frivillige og ansatte i kommunene og institusjonene må være fortrolig med tilbudet, og ansatte må ha rutiner for å fange opp behovet. Derfor må prester og diakoner prioritere det lokale samarbeidet til beste for alvorlig syke i egne hjem og på institusjon. Det er å være i pakt med kirkens diakonale oppdrag.

## Oppsummering og konklusjon

Undersøkelsen viste at forvaltningen av kirkens oppdrag om å se til syke klart kan forbedres. Kirkens ansatte tilbyr støtte i hjemmene og i institusjoner, men de er samstemte i at hjemmeboende og institusjonsbeboere ikke får den støtten de trenger fra sin menighet. Prester og diakoner ser behovene og etterspør bedre kapasitet. Det pekes på behov for kartlegging, organisert besøkstjeneste, flere ansatte, bedre samarbeid og informasjon for å utvikle et bedre tilbud til alvorlig syke. Flere ønsker diakon for å få dette på plass.

Prester og diakoner har et klart ønske om å gå til syke, men de har ikke nok kunnskap om hvem som trenger støtten. Det pekes derfor på behovet for økt samarbeid med hjembaserte tjenester. Dette samarbeidet må utvikles slik at det kommer syke og pårørende til gode i form av tilbud om relevant kirkelig betjening. Bedre formidling av tilbud er viktige skritt i riktig retning. Tillitsbyggende arbeid og kontakt med ansatte i hjemmetjenesten og institusjonene kan bidra til nødvendige endringer. Kirken har et kall til omsorg og skal legge til rette for tros- og livssynsutøvelse. Derfor er det viktig å bidra til bedre forhold for alle som ønsker kontakt, og ikke bare for spesielt interesserte.

Erfaringene viser at det å ta kontakt med kirken fortsatt for mange forbindes med «å ligge på det siste», og hindres av at syke ikke «vil være til bry». Dette bør kirkelig ansatte ta opp med sine samarbeidspartnere. De bør formidle tydeligere hva de kan tilby og hvilke prosedyrer som gjelder for å ta kontakt. Å delta på møter og informere muntlig og skriftlig, kan være nyttig, og det gir også anledning til å tematisere holdninger ansatte har i deres møte med alvorlig sykes religiøse og eksistensielle behov. Samtalene kan skape endring.

Det kan se ut som om det er en viss tilbakeholdenhet i omtalen av kirkens tilbud. Ansatte som allerede opplever å være i en hardt presset situasjon, er muligens mer tilbakeholdne enn de strengt tatt trenger å være. Etterspørselen etter sorggrupper viste at sørgende henter støtte flere steder. Det er rimelig å anta at det også gjelder alvorlig syke og deres pårørende.

**Kirken kan gjennom fellesskap og spesialkompetanse bety et nødvendig og verdifullt bidrag til helhetlig omsorg i møte med alvorlig syke, pårørende og sørgende.**

Det pekes avslutningsvis på Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009) som et mulig utgangspunkt for å bedre samarbeidet om tilbud til alvorlig syke mennesker. Det er ønskelig med samarbeid med frivillige organisasjoner. Kirken kan gjennom fellesskap og spesialkompetanse bety et nødvendig og verdifullt bidrag til helhetlig omsorg i møte med alvorlig syke, pårørende og sørgende.

### **Abstract**

In 2007 a study was carried out among pastors and deacons concerning the Church of Norway's support to sick and dying persons and their relatives. The examination took its point of departure in a Swedish study that had dealt with this concern, asking what kind of support was offered and how relatives of critically sick people were accompanied. In this article we present experiences from the Norwegian study. The results show that pastors and deacons are giving such support, but both groups think that sick and dying persons do not get the support they need, independent of being at home or institutionalized. They allege that church support could be improved if more volunteers were involved in the church's organized care. Both lack of time and resources prevent a better service. The communication of church support is discussed at the end of the article where also results from the groups for mourners are discussed. They show how routines are established offering participation in a group for mourners. The church's support to sick persons is harder to convey. The respondents believe that such support might improve if the communication becomes clearer. The article concludes that better cooperation is necessary and that work with volunteers should be given priority. In this light the possibility of increased cooperation within the framework of The Coordination Reform is confirmed.

Kari Karsrud Korslien

er høyskolelektor ved Diakonhjemmet Høgskole

E-post: korslien@diakonhjemmet.no

### Referanser

- Angell, O. H. og Selbekk, A. S. (2005). *Kirke og helse: kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*. Rapport. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole
- Botvar, P. K. (2009). *Skjebnetro, selvutvikling og samfunnsengasjement: den politiske betydningen av ulike former for religiøsitet blant norske velgere*. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo
- Disch, P. G. og Vetvik, E. (2009). *Framtidas omsorgsbilde: slik det ser ut på tegnebrettet: omsorgsplanlegging i norske kommuner: status i 2009 – utfordringer mot 2015*. Arendal: Senter for omsorgsforskning Sør, Rapport nr. 1
- Fornyings-, administrasjon og kulturdepartementet (2004). Tjenesteordning for diakoner <http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041120-1895.html>, hentet 30.03.2011
- Fornyings-, administrasjon og kulturdepartementet (2008). Tjenesteordning for menighetsprester <http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19901019-4983.html>, hentet 30.03.2011
- Fugelli, P. og Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grassman, E. and Whitaker, A. (2006). With or without faith spiritual care in the church of Sweden at a time of transition. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 1-2
- Hegstad, H. (1996). *Folkekirke og trosfelleskap: et kirkesosiologisk og ekklesiologisk grunnproblem belyst gjennom en undersøkelse av tre norske lokalmenigheter*. KIFO perspektiv nr 1. Trondheim: Tapir
- Hegstad, H. (1999). *Kirke i forandring: fellesskap, tilhørighet og mangfold i Den norske kirke*. Oslo: Luther
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Rundskriv 1-6/2009 *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse*
- Henriksen, J. O. og Repstad, P. (2005). *Tro i sør: sosiologiske og teologiske blikk på sørlandsk religion*. Bergen: Fagbokforlaget
- Herrestad, H., Lundereng, J., Øhrn, A. (2010). Fransiskushjelpens bruk av frivillige i omsorgen for alvorlig syke kreftpasienter. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 1
- Jordheim, K. og Korslien, K. K. (2010). *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole
- Kirkemøtet (2000). *Retningslinjer for kateketens og diakonens gudstjenestelige funksjoner*. Rundskriv 5-2000 <http://www.kirken.no/index.cfm?event=doLink&famId=136>, hentet 30.03.2011
- Kirkerådet (2008). *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo: Kirkerådet
- Lov om Den norske kirke (kirkeloven) <http://www.kirken.no/index.cfm?event=doLink&famId=136>, hentet 30.03.2011

Repstad, P. (2000). *Religiøst liv i det moderne Norge: et sosiologisk kart*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet

#### Noter

- 1 Tjenesteordning for prester, § 2c, Tjenesteordning for diakoner, § 2 og Rundskriv nr 5–2000: *Retningslinjer for kateketens og diakonens gudstjenestelige funksjoner*, pkt 3.2.1 og *Plan for diakoni* understreker ansvaret.
- 2 Statistikk [http://www.ssb.no/kirke\\_kostr/tab-2010-06-16-01.html](http://www.ssb.no/kirke_kostr/tab-2010-06-16-01.html), hentet 30.11.2010
- 3 Det er 1 287 menigheter i Den norske kirke.
- 4 Medlemstall i Svenska kyrkan <http://www.svenskakyrkan.se/default.aspx?id=645562>, hentet 16.10.2010
- 5 Svenska kyrkan <http://www.svenskakyrkan.se/default.aspx?id=642918>. Hentet 10.08.2011
- 6 Medlemstall i Den norske kirke <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=230>, hentet 16.10.2010
- 7 Tjenesteordningen ble endret i 2008, og i § 9 står det: «Menighetsprester har ett eller flere sokn som tjenestested (særskilt arbeidsområde) og hele prostiet som tjenestedistrikt, med mindre det følger av arbeidsavtale at tjenestedistriktet skal være en avgrenset del av prostiet.»