



DET TEOLOGISKE
MENIGHETSFAKULTET

Fra personavhengig til relasjonsavhengig

Hvordan kan ritualer knyttet til åndelig omsorg for døende
bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste
i møte med det lokale sykehjemmet?

Silje Sjøtveit

Veileder

Førsteamanuensis Tormod Kleiven

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Det teologiske Menighetsfakultet og er godkjent som del av denne utdanningen

Det teologiske menighetsfakultet, 2013, vår

AVH501: Masteravhandling (30 ECTS)

Master i Diakoni

Sammendrag:

En undersøkelse av hvordan ritualer knyttet til omsorg for døende kan bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste i møte med det lokale sykehjemmet. Trettisju menighetsdiakoner i Oslo og Borg bispedømme fikk mail med spørsmål om de hadde erfaring fra arbeid med døende. Tjue svarte, hvorav syv sa de hadde erfaring fra ritualer ved livets slutt. De fem med mest erfaring ble valgt ut til semistrukturert kvalitativt dybdeintervju des 2012/jan 2013. De diakonene som jobbet mest med døende hadde til felles at de jevnlig gikk på menighetens lokale sykehjem og etablerte relasjoner med ansatte og beboere. Det kom frem at de sykehjemmene som var eid av lokal menighet eller kirkens bymisjon, oftere tok kontakt med kirken for at prest eller diakon skulle komme. Det kom også frem at kirken i altfor liten grad synliggjør at de har et forbønnsrituale og nattverd for døende. Ved å analysere materialet gjennom diakonifaglig teori og Urie Bronfenbrenners økologiske nettverksteori, kan en få økt forståelse for samhandling mellom kirke og sykehjem.

Bronfenbrenners modell forstår kirken og sykehjemmet som mikronivåer og det systemiske samarbeidet mellom de som mesonivå. Videre forstås arenaer der avgjørelser blir tatt, som indirekte påvirker mikronivåene, som eksonivå. Det kan være stabsmøte i kirken, politiske avgjørelser, personalmøter på det lokale sykehjemmet. Tilslutt er det generelle strømninger og verdier i samfunnet som utgjør makronivået. Sekulariseringen i samfunnet kan bli sett på som en av flere faktorer som avgjør om døende får tilbud om samtale/forbønn/nattverd ved livets slutt. Diakonen blir i Bronfenbrenners begrepsverden å forstå som en primærtenke som beveger seg mellom ulike mikronivåer og etablerer relasjoner og knytter nettverk. Funnene i undersøkelsen er i hovedsak sammenfallende med funnene i en større undersøkelse gjort av Eva Jeppsson Grassman og Anna Whitaker fra Sverige i 2010 på den svenske kirkens støtte til alvorlig syke og døende.

Summary:

A research piece on how rituals related to care for dying can become an integrated part of the church's diaconal service with respect to the local nursing home. Thirty seven deacons in Oslo and Borg dioceses received an email questionnaire about their experience in the care of the dying. Twenty deacons answered, of which seven reported their experience of rituals at the end of life. Five of them with the most experience were chosen for semi-structured qualitative interviews performed in December 2012 and January 2013. What the deacons working most with dying had in common, was that they regularly visited the local nursing home, and established relations with health workers and residents. Nursing homes owned by the church or a religious organisation established more regular contact with the church than communal nursing homes. The churches do not effectively communicate when it comes to highlighting what care the church can offer to dying people. While reading the material through the glass of Urie Bronfenbrenner's ecological network theory, one can understand the local church and the nursing homes as *microlevels* and the systemic interaction between them as *mesolevel*. One can also see the arenas where decisions are made that indirectly affect the microlevels as *exolevel*. The exolevel might be the church staff meeting, political decisions, or staff meetings in the local nursing home. Finally, general values in the society account for the *macrolevel*. Secularization can be one of many factors deciding if dying people get offered counselling, prayer or communion at the end of life. The deacon, in terms of Bronfenbrenner, is understood as the primary link between the different microlevels and establishing relationships to link the network. The findings of this research primarily coincide with the findings of a bigger study in 2010 by Eva Jeppsson Grassman and Anna Whitaker from Sweden, of the Swedish Church's support for seriously ill and dying.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	1
1.0 INNLEDNING	2
1.1 PRESENTASJON AV TEMA	2
1.2. OPPGAVENS PRAKTISKE OG TEORETISKE BETYDNING	3
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	4
1.4 BEGREPSAVKLARING	4
1.4.1 RITUAL	4
1.4.2 ÅNDELIG OMSORG	4
1.4.3 KIRKENS DIAKONALE TJENESTE	5
1.4.4 INTEGRERT DEL	5
1.5 AVGRENSNINGER	6
1.6 DATA OG ANALYSEMETODER	6
1.7 DESIGNBESKRIVELSE	7
2.0 LITTERATURGJENNOMGANG	8
2.1 FORSKNINGSLITTERATUR	8
2.2 ANNEN FORSKNINGSRELATERT LITTERATUR	9
2.3 RAPPORTER OG STORTINGSMELDINGER	11
2.4 ANNEN RELEVANT LITTERATUR	14
3.0 MATERIALE OG METODE	15
3.1 UTVALG	15
3.2 PLANLEGGING AV INTERVJU	17
3.3 TRANSKRIBERINGSPROSESSEN	18
3.4 KLARGJØRING AV MATERIALET FOR ANALYSE	18
3.5 FORSKNINGENS RELIABILITET	19
3.6 FORSKNINGENS VALIDITET	19
3.7 FORSKNINGSRELASJONEN	20
3.8 ETISKE OVERVEIELSER	22

4.0 ANALYSE OG TOLKNING AV MATERIALET

23

4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE	23
4.2 HVEM ER ANSVARLIG?	24
4.3 PREST ELLER DIAKON?	24
4.4 EN DIAKONAL TJENESTE?	25
4.5 HYPPIGHET	26
4.6 KONTAKT I FORKANT	27
4.7 SELVE RITUALET	29
4.8 SYNLI GGJØRING AV KIRKENS ARBEID	32
4.9 SYSTEMATISK SAMARBEID	33
4.10 Å BLI KONTAKTET	35
4.11 OPPSUMMERING	37
4.11.1 OMSORG VED LIVETS SLUTT SOM DIAKONAL TJENESTE	37
4.11.2 BETYDNING AV NETTVERK OG RELASJONER	38
4.11.3 RITUALER OG SYNLI GGJØRING	38

5.0 FORSKNINGENS TEORIGRUNNLAG

40

5.1 DIAKONIFAGLIG TEORI	40
5.1.1 OMSORG FOR DØENDE SOM DIAKONAL TJENESTE	40
5.1.2. DIAKONENS NETTVERKSROLLE I EKKLESIOLOGISK PERSPEKTIV	41
5.1.3. DØENDES ÅNDELIGE BEHOV	42
5.1.4 KIRKENS STØTTE TIL SYKE OG DØENDE PÅ SYKEHJEM	44
5.1.5 KJENNETEGN PÅ MENIGHETENE SOM UTØVER STØTTE TIL DØENDE	46
5.1.6 BETYDNINGEN AV AT KIRKEN ETABLERER KONTAKT FØR DØDSLEIE	47
5.1.7 POTENSIALET SOM LIGGER I AT KIRKEN ER OPPDELT I SOGN	48
5.1.8 «DEN GODE DØD» - ÅNDELIG OMSORG	48
5.2 NETTVERKSTEORI	49
5.3 BROMFENBRENNERS UTVIKLINGSØKOLOGISKE MODELL	50
5.3.1 BRONFENBRENNERS ØKOLOGISKE UTVIKLINGSMODELL FOR ELDRE?	51
5.3.2 MIKROSYSTEMET	51
5.3.3 MESOSYSTEMET	52
5.3.4 EKSOSYSTEMET	54
5.3.5 MAKROSYSTEMET	55
5.3.6 KRITIKK AV BROMFENBRENNER	55

6.0 DRØFTING **57**

6.1 OMSORG VED LIVETS SLUTT SOM DIAKONAL TJENESTE **57**

6.2 BETYDNING AV NETTVERK OG RELASJONER **61**

6.3 RITUALER OG SYNLIGGJØRING **69**

7.0 AVSLUTNING **74**

7.1 KONKLUSJON **74**

7.2 IMPLIKASJON FOR NY TEORI **76**

7.3 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING **77**

ETTERORD **78**

8.0 LITTERATURLISTE **79**

VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE 85

VEDLEGG 2 MAIL TIL DIAKONER 87

VEDLEGG 3 SAMTYKKE FRA DIAKONER PÅ MAIL 88

VEDLEGG 4 NSD 89

VEDLEGG 5 SAMTYKKEERKLÆRING 90

VEDLEGG 6 STILLINGSANNONSE 92

Forord

Arbeidet med denne masteravhandlingen har gjort meg mer interessert i forskning enn jeg hadde forventet i forkant. Kanskje nettopp fordi jeg jobber som diakoniarbeider og nå fikk muligheten til å undersøke noen jeg syntes «lugget» i praksis. Så takk til Tron Fagermoen som gjennom samtale satte meg på sporet av hva jeg skulle skrive om, og tusen takk til veileder Tormod Kleiven som tålmodig har lyttet, lest, gitt raske tilbakemeldinger og beskrevet materialet mitt som «rikt» når det egentlig var helt «kaos». En stor takk går til min mann for all datateknisk hjelp og den generelle støtten han har vist meg gjennom hele masterstudiet. Jeg vil også gjerne takke Sjur Isaksen for muligheten jeg fikk 15.mars 2013 til å legge min forskning frem for videreutdanningen for prester og diakoner «Omsorg ved livets slutt» som gikk på MF 2012/2013.

Takk også til sokneprest Tone Anne Hvalen for lynrask opplæring i ritualet «Omsorg for døende» i gudstjenesteboka våren 2011. Kyndig veiledning på telefon i forkant av ritualet, har trolig medvirket til min store interesse for dette fagfeltet. En stor takk til de fem diakonene som villig delte av sine erfaringer og refleksjoner rundt arbeidet sitt og takk for interessante betraktninger på mail fra noen av diakonene som ikke ble intervjuet. Takk til Annette Fagerberg for god hjelp til transkribering av intervjuer. Det hele ble ikke så overveldende når vi kunne dele på det. Og takk til Tinn kirkelige fellesråd ved kirkeverge Leif Kåre Mangen for muligheten til å ta master i diakoni ved siden av jobben som diakoniarbeider i kirken i Tinn. Takk til domprost Bjarne Sveinall som oppmuntret meg til å ta master i diakoni en vårdag i 2010. Og takk til biblioteket på Rjukan ved Sanja Pasovic som har skaffet til veie alle tenkelige og utenkelige bøker til denne avhandlingen. Tilslutt takk til Birgit Signe Røysland som er en del av mitt sosiale nettverk, og en viktig relasjon inn mot det lokale sykehjemmet der jeg jobber som menighetsdiakon. Telefonen fra henne var starten på dette forskningsprosjektet.

Tinn,

15. mai 2013

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Min undring i møte med temaet «*ritualer knyttet til omsorg for døende*» startet i praksis. Jeg var relativt ny som diakoniarbeider, og hadde holdt et innlegg om «åndelig omsorg» på et fagseminar for ansatte ved mitt lokale sykehjem. På seminaret sa jeg blant annet at vi i kirken gjerne kommer når noen ligger for døden. Noen få dager etter fagseminaret ringte det en sykepleier fra sykehjemmet, og spurte om jeg kunne komme til en som lå for døden. Jeg ringte en lokal sogneprest og spurte hvordan jeg skulle gjøre dette. Hun sa at jeg skulle finne ritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenestebok 1992:122) og be sykehjemmet gjøre klart blomster, lys og hvit duk. Jeg kunne også ta med olivenolje i en fin krukke om jeg ville salve den døende med kors i pannen. På sykehjemsrommet skinte sola inn, hvitveis buketten stod på den hvite duken og den døende lå fredlig, men mer eller mindre bevisstløs i sengen. Ektemannen og datteren var tilstede. Jeg fortalte kort om ritualet, og datteren ønsket da å bli med. Det ble en fin stund. Ekstra fint ble det da ektemannen deltok i fadervår med brusten røst. Datteren gav meg et fast håndtrykk og takket etter forbønnen. Personlig var jeg sterkt berørt at det som skjedde, og gjorde meg noen tanker om jeg som diakoniarbeider kunne gjøre mer av dette. Jeg undret meg over om det var helt tilfeldig at telefonen fra sykehjemmet kom rett etter fagseminaret, og hvordan vi som kirke kan sørge for at de ansatte «husker på oss» og tar kontakt ved behov.

Min umiddelbare hypotese var at det virker veldig tilfeldig og personavhengig om kirken blir spurt og involvert når noen ligger for døden. Min første tanke var at her må godt utarbeidede skjemaer og gode kartleggingsverktøy til, for å avdekke hvem som ønsker et slikt forbønnsrituale. Videre tenkte jeg at det ikke må være avhengig av at jeg som diakoniarbeider kjenner sykepleiere privat, eller at sykepleiere vet om at den som ligger for døden har kirkelig tilhørighet fordi de bor i samme bygd. Jeg så et behov for å lage system som ikke var personavhengig, eller finne noen som hadde utarbeidet et godt system i praksis som jeg kunne ta med meg inn i mitt videre arbeid i kirken. Min hypotese var desto bedre systemisk samarbeid mellom kirke og sykehjem blir, jo flere døende ville få tilbud om samtale eller nattverd ved livets slutt.

Som diakoniarbeider har jeg også erfart viktigheten av nettopp ritualet i møte med den døende og pårørende. Jeg ble tilkalt som diakon til en mann som var kreftsyk og som lå for døden. Familien sa om seg selv at de var «høykirkelige» og de ønsket at prest eller

diakon skulle komme å be fadervår med deres far. Jeg gikk kort gjennom hva ritualet jeg kunne gjøre inneholdt, og den ene sønnen takket ja til det. Da vi kom inn på rommet til den døende på sykehjemmet, var hans kone og to av hans sønner tilstede. Jeg gjennomførte ritualet «Omsorg for døende» (ibid.) og vi fire sang de to første versene av «Eg veit i himmelrik» etter ønske fra den ene sønnen. Stemmen brast for sønnene, tårene rant og det var en fortettet stemning i rommet. Den ene sønnen takket, og sa at det var spesielt bra at det ikke hadde blitt «så mye prat», men at bibeltekstene og salmene fikk stå for seg selv. Denne erfaringen gjorde meg mer nysgjerrig også på ritualets betydning ved dødsleiet.

Disse erfaringene var mitt utgangspunkt for å ville intervju andre menighetsdiakoner om hvordan de samarbeider med sitt lokale sykehjem, og hvordan de jobber med ritualer ved livets slutt.

1.2. Oppgavens praktiske og teoretiske betydning

Tradisjonelt har presten ofte blitt tilkalt når noen har ligget for døden i Norge. I dag er det ikke lenger automatikk i at kirken blir kontaktet ved et dødsfall. Det er også helt naturlig ettersom samfunnet vårt har blitt mer sekularisert, og ikke alle døende, eller pårørende til døende opplever at det er naturlig å ha kontakt med kirken på dødsleiet. Men for de som fortsatt ønsker et slikt tilbud, ser jeg at samarbeid mellom kirke og lokalt sykehjem har et forbedringspotensiale. I 2009 ble det sendt ut et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets kommuner og fylkesmenn, der det slås fast at alle mennesker på heldøgnsinstitusjon har rett til å få tilrettelagt tros- og livssynsutøvelse (Rundskriv I -6/2009). Rundskrivet viser til lovparagrafer i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven samt sykehjemsforskrifter (ibid). I teorien ligger det altså til rette for at samarbeid skal skje, men min hypotese er at det i praksis er noe tilfeldig og mangelfullt. I kirkeloven står det at menighetsrådet skal «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, døpte gis dåpsopplæring, barn og unge samlet om gode formål og legemlig og åndelig nød avhjulpet (Kirkeloven § 9). Ettersom menighetsrådene er ansvarlig også for det diakonale arbeidet som drives, kan det være naturlig å tenke at de delegerer arbeidet med å «betjene syke og døende med Guds ord» til en ansatt diakon, eventuelt i samarbeid med presten.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Gjennom erfaring fra praksis vokste følgende spørsmål frem: Er omsorg for døende en diakonal tjeneste? Hvordan kan den i tilfelle bli en integrert del av diakonjobben? Hvem fra kirken har ansvar for at tjenesten blir utført, og hvem bør utføre det? Og er kirken tydelig nok på at vi har et tilbud til døende ovenfor det lokale sykehjemmet? Hva skal til for at samarbeidet mellom kirken og sykehjemmene fungerer systematisk og godt? På bakgrunn av spørsmålene ovenfor har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan ritualer knyttet til åndelig omsorg for døende bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste i møte med det lokale sykehjemmet?»

1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil i det følgende gjøre kort rede for noen sentrale begreper i problemstillingen som er styrende for forståelsen av hva jeg er ute etter å finne ut av i dette forskningsprosjektet. Begrepene vil bli behandlet mer grundig i kapittel 5.0. *Forskningens teorigrunnlag*.

1.4.1 Ritual

Selve begrepet *ritual* kommer fra latin og betyr fastsatt ordning (Fremmedordbok 1991). Når jeg skriver *ritualer* i problemstillingen, knytter jeg det opp til omsorg for døende, og har helt konkret hatt ritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenesteboka 1992:122) som utgangspunkt. Også ritualet «Nattverd hos en syk - soknebud» (ibid 1992:118) er sentralt i omsorgen for døende. I tillegg til disse konkrete skrevne ritualene, anser jeg også det å be fadervår, lyse velsignelsen og syngesalmer ved dødsleie i selvvalgt rekkefølge som ritualer.

1.4.2 Åndelig omsorg

Begrepet omsorg er et krevende ord å definere nettopp fordi det er så vidt, og kan forstås ulikt avhengig av konteksten det blir brukt i (Fanuelson i Johannessen mfl 2009:142). Det slås fast i Plan for diakoni at «*Diakoni er kirkens omsorgstjeneste*» (2010:7). I denne avhandlingens sammenheng avgrenses begrepet mot *åndelig omsorg for døende*. I et helhetlig menneskesyn er det viktig å møte menneskers fysiske, sosiale, psykiske og åndelige behov (Nielsen 2005:16). Det er det åndelige diakon og prest har spesialkompetanse på, samtidig som diakonen ofte også har en helse- og sosialfaglig utdannelse og erfaring i bunnen.

Tornøe gjør rede for begrepet «åndelig omsorg» ut fra et kristen perspektiv (Tornøe 1996:14). Og i møte med døende skriver hun om «åndelig omsorg» på en måte som gir et verdifult bidrag til min undersøkelse:

Åndelig omsorg og tro er noe langt mer enn terapeutiske redskap til å mestre, beherske og underlegge seg lidelsen og døden. Å møte pasienters åndelige og eksistensielle behov handler nemlig om noe mer enn terapi og behandling. Det dreier seg dypest sett om å gi mennesker mot til å leve med smerte, fysisk og eksistensielt når alt håp er ute. Samtidig handler det om å være nærværende og til stede hos mennesker som har gitt opp livsmotet og overgitt seg til sin fortvilelse (ibid. 1996:11).

1.4.3 Kirkens diakonale tjeneste

Begrepet kirkens diakonale tjeneste er i videste forstand definisjonen fra *Plan for diakoni* «evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende felleskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet» (Plan for diakoni 2010:8). Det kan være naturlig å tenke omsorg for døende inn under punktet nestekjærlighet, da omsorg for døende handler om å vise omsorg ovenfor sin neste. I den gamle tjenesteordningen for diakoner sto det «...særlig grad er rettet mot mennesker i nød..» (Kirkemøte 2004).

1.4.4 Integreert del

Selve begrepet *integrere* er latinsk og har sin opprinnelse fra matematikkfaget og betyr fullstendigjøre og innpassing (Berlufsen 1991). Når jeg spør hvordan omsorg for døende kan bli en **integreert del** av kirkens diakonale tjeneste, tenker jeg helt konkret på at omsorg for døende skal innpasses i menighetsdiakonens arbeidsoppgaver. Å ha omsorg for døende, samt tilby ritualer ved livets slutt, bør være en like selvølgelig oppgave for en menighetsdiakon som for eksempel å holde andakt på sykehjem. Når en arbeidsoppgave er integreert, er den innarbeidet i hverdagen.

1.5 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense min forskning om ritualer ved livets slutt til det som skjer og eventuelt ikke skjer på det lokale sykehjemmet for en menighetsdiakon. Det gjøres mye godt arbeid av institusjonsdiakoner for døende, men jeg er mer nysgjerrig på hvordan samarbeid mellom kirke og sykehjem fungerer lokalt. De fleste sykehjem har ikke egen institusjonsprest eller diakon, og er avhengig av å samarbeide med den lokale kirke for å dekke de døendes åndelige behov. Slik kirkesognene er organisert i Norge i dag, har alle sykehjem en lokalkirke i nærheten som potensielt bør kunne ivareta åndelige behov hos døende. Nå er det selvfølgelig ikke bare kristne som har rett på tilrettelagt tro- og livssynsutøvelse, men også alle andre troende. Jeg har allikevel valgt å avgrense min forskning til det lokale sykehjemmets samarbeid med Den norske kirke, heretter ofte kalt kirken. Man kunne tenke seg at det var mer naturlig å intervjuere prester i lokalmenighetene eller avdelingssykepleiere på sykehjemmene om dette temaet. Jeg har imidlertid vært mest interessert i hvordan diakonene jobber på dette feltet, ettersom jeg synes det er et klart diakonalt ansvar å gjøre seg tilgjengelig for de som er alvorlig syke og døende (Kirkeloven §9). Nå er det også slik at svært mange menigheter i Norge ikke har ansatt en diakon. Mye diakonalt arbeid kan drives av aktive diakoniutvalg, men ritualer ved livets slutt krever etter min vurdering spesifikk erfaring og kompetanse som diakoner og prester har.

1.6 Data og analysemetoder

Jeg har valgt en induktiv tilnærming for å kunne svare på min problemstilling. Det ble sendt mail ut til alle trettisju diakoner i Borg og Oslo bispedømme høsten 2012. Mitt empiriske materiale er basert på to kilder. Jeg mottok skriftlig svar fra tjue av diakonene, hvor svarene på mail i seg selv utgjør den ene delen av materialet. Jeg har videre gjort fem semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuer med de diakonene som gjennom mail gav tilbakemelding på at de hadde mest erfaring. Den siste delen er hovedmaterialet. Svarene på mail supplerer og forsterker funnene i den kvalitative undersøkelsen. Intervjuene ble transkribert og gjennomlest i januar 2013, og materialet ble sammen med svarene på mail gjort klart for analyse og tolkning. Både i arbeidet med intervjuguiden (Se vedlegg 1) og analysearbeidet har jeg latt begreper og temaer fra problemstillingen styre utvalg av spørsmål og temaer.

1.7 Designbeskrivelse

For å besvare problemstillingen min, vil jeg først gjøre rede for tidligere forskning som er gjort på temaet åndelig omsorg ved livets slutt og samarbeid mellom kirke og sykehjem. Det vil vise at det er relativt lite forskning som går direkte inn på det konkrete samarbeidet mellom menighetsdiakon og ansatte på sykehjem når det gjelder ritualer ved livets slutt. I forkningsgjennomgangen går jeg kort gjennom forskning som er relatert til min undersøkelse, mens jeg i teorigrunnlagskapitlet vil gå nøyere inn på det som jeg vil trekke inn i drøftingen opp mot mine funn. I material og metode delen vil jeg si noe om hvorfor jeg valgte semistrukturert kvalitativt intervju som hovedmetode. Jeg vil også gjøre rede for forskningens realitet og validitet som utarter seg noe annerledes i kvalitativ forskning kontra kvantitativ forskning (Widerberg 2001). De etiske overveielser som er gjort underveis i forskningsprosjektet blir gjort rede for. Ettersom forskningsrelasjonen er sentral i kvalitativ forskning, vil jeg også beskrive hvordan jeg opplevde den i min undersøkelse, samt vise til noen eksempler i materialet. I teorigrunnlagskapitlet vil jeg presentere diakonifaglig teori og nettverskteori fordi funnene viser betydningen av nettverk og relasjoner. Jeg benytter Uri Bronfenbrenners (1979, 2005) økologiske nettverksmodell med de fire nivåene mikro, meso, ekso og makro som en forståelsesramme å lese materialet gjennom. Bronfenbrenners modell består av noen begreper som kan tydeliggjøre nivåene diakonen opererer på i samhandling med ansatte og beboere på sitt lokale sykehjem. Jeg ser på modellen som et verktøy til å øke forståelsen for hva diakonene som jobber mye med ritualer ved livets slutt, foretar seg. Den diakonifaglige teorien tydeliggjør omsorg for døende som en diakonal tjeneste, og gir noen innfallsvinkler og perspektiver i arbeidet med å svare på problemstillingen. I drøftingsdelen har jeg sammenfattet funnene i tre hoveddeler, og vil diskutere Bronfenbrenners modell og diakonifaglig teori opp mot mine funn. I konklusjonen vil jeg oppsummere og gjøre rede for om mine hypoteser blir bekreftet eller avkreftet, samt se om det kan føre til ny kunnskap innenfor feltet samarbeid mellom kirke og sykehjem. Jeg vil tilslutt antyde noen svar på min problemstilling.

2.0 Litteraturgjennomgang

Det eksisterer lite litteratur og forskning som går direkte på samarbeidet mellom kirke og sykehjem, og enda mindre når det kommer til ritualer ved livets slutt, og organisatorisk samarbeid. Arbeidet med å få oversikt over fagfeltet viser et stort antall rapporter og stortingsmeldinger som omhandler nettopp det å ivareta den åndelige omsorgen ved livets slutt. Det står i sterk kontrast til hvor mangelfullt og tilfeldig det kan virke som det er i praksis. Men det bekrefter min antakelse om at det eksisterer mye forskning på at åndelig omsorg er viktig, og hvordan det bør gjøres, men lite på hvordan samarbeidet organisatorisk skal gjennomføres.

De kriteriene jeg har valgt ut litteraturen på, er om den sier noe om ritualer ved livets slutt og åndelig omsorg for døende på sykehjem. Jeg begynner med å gå gjennom den forskningen som ligger nærmest opp til min interesse, og som jeg også vil gå dypere inn i under kapittel 5.0. *Forskningens teorigrunnlag*. Så vil jeg nevne noe omliggende forskning som viser noe av forskningssamtalen rundt temaet åndelig omsorg ved livets slutt. Jeg vil legge frem ulike rapporter og stortingsmeldinger fra de siste 10-15 årene som viser hvordan det er jobbet på flere nivåer fra ulikt hold med å bedre den åndelige omsorgen ved livets slutt. Tilslutt i dette kapitlet vil jeg referere til annen litteratur som kan bidra til å belyse problemstillingen og gi større innsikt når det gjelder samarbeid mellom kirke og sykehjem ved livets slutfase.

2.1 Forskningslitteratur

Liv Wergeland Sørbye forskning er en sentral bidragsyter på tematikken «omsorg ved livets slutt». Hun har forsket på dette helt siden hun skrev sin hovedoppgave i sykepleie om temaet (1978) og frem til i dag som hun jobber som professor på Diakonhjemmets høgskole. Sørbye skrev flere forskningsrapporter på 80- og 90- tallet som tar for seg åndelig omsorg for døende (Sørbye 1980,1990,1992), og hun deltok også i forskningen som ligger bak rapporten «En naturlig avslutning på livet» på oppdrag fra KS (Forstrøm 2012).

Forskningen jeg har funnet som ligger nærmest mitt interessefelt er Kari Korsliens artikkel «Når så vi deg syk og kom til deg?» (Korslien 2011). Det er en undersøkelse av kirkens støtte til alvorlig syke og deres pårørende. Korsliens undersøkelse bygger på en større forskning som ble gjort av de to svenske forskere Eva Jeppsson Grassmann og Anna Whitaker fra 2006. De stilte blant annet spørsmål om hvorvidt kirken støttet alvorlig syke, og hvilken type støtte man tilbød (Jeppsson & Whitaker 2006).

Det er også gjort en større undersøkelse av kirken i Sverige og Finland som ligger nært opp til min interesse: «*Spiritual Care in the Last Phase of Life: A Comparison between the Church of Sweden and the Church of Finland*» (Jeppsson mfl. 2010). Denne undersøkelsen er en sammenlikning mellom den svenske og den finske kirkes åndelige omsorg for døende.

Charlotte Engel beskrev i sin doktorgradsbehandling om den svenske kirkes dilemma. Det er et gap mellom den svenske kirkes planer, og den diakoni som blir utøvd i praksis (2006). Engel hevder at den indrekirkelig diakoni har kommet på bekostning av diakoniens egentlige oppdrag; å mette sultne, besøke syke og sørge for de som er i nød. Hun etterspør diakonenes fokus på blant annet syke og døende (ibid.).

Rita Nielsens bok «*At være sig selv - at blive sig selv*» bygger på en kvalitativ undersøkelse av den åndelige dimensjonen hos døende mennesker. Hun sier noe om hvilke åndelige behov som melder seg i den situasjonen, og hvordan disse behovene kan tilgodeses av omgivelsene (Nielsen 2005).

I boka «*Åldrande och omsorgens gestalter*» (Jeppsson & Whitaker 2012:189) gjøres det rede for en undersøkelse som ble gjort i den svenske kirken «*Existentiell omsorg i församlingens hägn: Svenska kyrkans roll i livets sista tid*».

2.2 Annen forskningsrelatert litteratur

Annen forskning som viser noe av den pågående forskningssamtalen rundt temaet åndelig omsorg på sykehjem er blant annet fagartikkelen «*Hva er en god død i sykehjem?*» som ble publisert i Sykepleien Forskning 2007. De peker på at ca 40 prosent av dødsfall i Norge skjer på sykehjem og at andelen trolig vil øke. De hevder at det med få unntak er lite systematisk kunnskap om hva som karakteriserer en god død på sykehjem, og hvordan behandling, pleie og omsorg ved livets slutt foregår (Bjørndal og Gjerberg 2007). De har i sin undersøkelse intervjuet 14 personer med ulik fagbakgrunn som er ansatt ved fem sykehjem i fire helseregioner. De ansatte ble spurt om sine erfaringer med sykehjempasientert livsavslutning. Når det redegjøres for hva en god død er for pasienter på sykehjem, understrekes viktigheten av respekten for livssyn, og pasientens og pårørendes ønsker til hvordan den siste fasen i livet skal være, for å oppnå «den gode død» (ibid. 2007).

Rakel Maria Stusdal Larsen har i sin masteravhandling i diakoni analysert håpets form og plass hos mennesker som er døende, og understreker med det hvor sentralt håpet er ved livets slutt (Larsen 2011).

Mette Bøe har sett på samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten når det gjelder åndelige behov i sin masteravhandling i diakoni (Bøe 2010). Hun har intervjuet to diakoner og to sykepleiere, og trekker i sin konklusjon frem viktigheten av flerfaglig og tverrfaglig samarbeid uten å belyse hva som kan føre til et bedre samarbeid.

Bettina S. Husebø har skrevet en fagartikkel i Tidsskrift for norsk legeforening som heter «*Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis?*» der det settes fokus på tverrfaglig teamarbeid (Husebø 2005). Behovet for sjelesorg blir beskrevet som omfattende, og hun nevner presten som en av mange samarbeidspartnere i teamet (ibid.). Her som ellers i litteraturen er det i all hovedsak presten som blir nevnt når kirken omtales. Begrepet diakonal tjeneste er så godt som fraværende i denne sammenheng.

I min søken etter forskning på den diakonale tjenesten fant jeg Kari Sjursens som i sin masteravhandling har gjort en undersøkelse blant diakonene i Sør - Hålogaland der hun har spurt hva slags legitimitet diakonene har i sine lokalmenigheter til å være ledere, og hvordan det samsvarer med formelle dokumenter (2010). Hun peker på at mange diakoner opplever at de er ledere for *deler* av menighetens diakonale tjeneste, men er usikre på hvordan de skal innta plassen som leder for hele menighetens diakonale tjeneste. Hun setter også søkelyset på uklarhet rundt diakonens arbeidsoppgaver og viser til referat fra Kirkemøte i 2004 der det står «*Diakonene har i mange år bedt om at det foretas en oppklaring når det gjelder forståelsen av diakonal tjeneste i Den norske kirke, som vil bidra til å skape en tydeligere og klarere yrkesidentitet for dem, og som gir den diakonale tjenesten en kirkelig forankring* (Kirkemøtet 2004:4). Hun peker på uklarheten rundt hva som inngår i den diakonale tjenesten.

Olav Helge Angell etterlyser kirkens omsorg for syke og døende i artikkelen «*Diakoni som røyst? Diakonien i velferdsstaten*». Diakonien har i mange tilfeller hatt en pionèrfunksjon i fra den tidlige begynnelse og til i dag hevder Angell. Han nevner spesielt «*..på området helseomsorg, t.d. omsorg for sjuke, døyande og døde og når det gjeld systematisk opplæring av helsearbeidarar*» (Johannessen mfl. 2009:216). Angell minner

om utgangspunktet og historien til diakonene før velferdsstaten var et faktum i Norge (ibid.).

Solveig Sagatun understreker hvor personavhengig mye samarbeid mellom diakonen i kirken og det offentlige kan være i «*Diakonien i lokalsamfunnet - mellom det offentlige og det kirkelige*». Diakonen i hennes undersøkelse gav uttrykk for at «kjemien» mellom han og soneleder for fritid, var viktigere enn faglig ståsted (Sagatun i Repstad 1998:128).

Per Halvorsen har i boken «*Når døden blir virkelighet*» sett nærmere på hvordan primærhelsetjenesten kan møte praktiske og etiske utfordringer i møte med døende og deres nærmeste (Halvorsen 1993). Jeg vil gå mer inn på dette i kapittel 5.0 *Forskningens teorigrunnlag*.

2.3 Rapporter og stortingsmeldinger

I rapporten «*Kirke og helse. Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*» kommer det frem at 80 % av menighetene i utvalget samarbeider med lokale sykehjem. Kartleggingen er en systematisk undersøkelse av menighetsdiakonien i Norge basert på utsendte spørreskjemaer (Angell og Selbekk 2005:72). Kartleggingen sier ikke noe om hva samarbeider inneholder kvalitativt, men sier noe om potensialet i forhold til å møte åndelige behov ved livets slutt.

I diakonhjemmets sluttrapport til KS «*En naturlig avslutning på livet*» var hensikten å finne svar på hvor stor pasientgruppe som trenger palliativ omsorg, og hvilke type behandling som gis til denne gruppen i dag. Videre var det viktig å finne ut hvordan en kan forvente at fremtidens tilbud innen palliativ omsorg blir, med utgangspunkt i samhandlingsreformens intensjoner (Forstrøm 2012:94). Denne rapporten vil behandles mer utførlig i kapittel 5.0 *Forskningens teorigrunnlag*.

I samhandlingsreformen ligger det flere aktuelle føringer i forhold til tverretattlig samarbeid og ønske om frivillig engasjement fra kirkens side. Mangel på samhandling og systematisk samarbeid er bakgrunnen for samhandlingsreformen (St.meld. nr. 26 2008-2009). Alle pasienter har krav på helhetlig behandling, og her kan trolig kirkens diakonale tjeneste ha en større rolle som samarbeidspartner for helsevesenet.

Samhandlingsreformen peker på i punkt 5.3 at det ofte er de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. (St.meld. nr 47 2008-2009). Det understrekes også at tjenestemottaker må få oppleve at de får

innvirkning på sitt tjenestetilbud, samt bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt og ønsker (ibid.). I samhandlingsreformen er et av de mest sentrale punktene at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det pekes på at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientens behov. Lovgivningen pålegger ingen ansvar for helheten i tjenestene (ibid.). Et av målene for samhandlingsreformen er at pasienten skal stå i sentrum for samhandling, og at pasienter og pårørende skal få slippe å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike tjenestene (ibid.).

«*Diakoni og samhandling*» er en rapport som kom med diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen (Jordheim og Korslien 2010). Det understrekes der blant annet at: «*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*» (Jordheim og Korslien 2010:8). Rapporten peker på at det allerede eksisterer mye samhandling mellom kirken og det offentlige, samtidig som kirken og spesielt diakoner og diakoniutvalg blir utfordret på å se på offentlige planer og visjoner for å avdekke hvordan en i større grad kan jobbe sammen. Det blir vist til en større undersøkelse Angell gjorde på samhandling mellom kirken og det offentlige i Drammen. Den viser blant annet at sykehjem er et av de samhandlingsarenaene som kirken er tilstede på. Den åndelige omsorgen blir ivaretatt av kirkens betjening gjennom sykehjemsgudstjenester og andaktsliv. Også nettverksarbeid med besøkstjenesteordninger og fellesskapsbyggende arbeid blir nevnt (ibid. 2010:10).

I rapporten «*Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*» står det blant annet at «*Et hjelpetilbud som har utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn må rette seg mot pasientenes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Hjelpetilbudet må bestå i et samordnet tilbud der ulike profesjoner deltar*» (NOU 1999:81). Diakonen og presten i Den norske kirke har kompetanse på åndelige og eksistensielle behov og kan være til god hjelp for mennesker ved livets slutfase om de blir en naturlig del av det offentlige hjelpetilbudet.

I stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) «*Om verdier i den norske helsetjenesten*» blir en rekke av forslagene fra NOU 1999: 2 *Livshjelp* fulgt opp. Tiltaket overfor uhelbredelig syke og døende skulle være en del av det ordinære helsetjenestetilbudet (St. meld. nr 26, 1999-

2000). I en pressemelding i forbindelse med lanseringen av rapporten uttalte daværende helseminister Dagfinn Høybråten «*Dette tilsier at alt helsepersonell må ha kompetanse i å møte pasienter og pårørende i slike situasjoner*» Han minnet også i pressemeldingen om at helsepolitikken ikke blir en realitet før den avspeiles gjennom konkrete handlinger i møte med pasienter og pårørende (Høybråten, 22.12.99).

Rundskrivet «*Rett til egen tros- og livssynsutøvelse*» ble sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle landets kommuner og fylkesmenn i 2009. Det skrives der at hensikten med rundskrivet er «*..å sikre at de som er avhengige av praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også får ivaretatt sine muligheter til egen tros- og livssynsutøvelse, i tråd med de grunnlovsfestede bestemmelser om religionsfrihet og ytringsfrihet*» (Rundskriv I-6/2009). Det vises videre i brevet til kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven samt sykehjemsforskrift §4-6 (ibid.). Når det gjelder hvem som har ansvar for at dette skal skje, står det at det er tjenesteyter sammen med tjenestemottaker og hans/hennes nærmeste. Av konkrete tiltak nevnes «*kartlegging av behov*» og «*påfølgende kontakt og samarbeid med tros- og livssynssamfunn*». Det blir også anbefalt å nedfelle dette i individuell plan. Det står eksplisitt at det for mange kan være av sentral betydning å få «*mulighet og tilgang til samtaler om eksistensielle spørsmål*», og det står at det forutsettes at den kommunale helse- og omsorgstjenesten inngår i nødvendig samarbeid med aktuelle livssynsorganisasjoner...» (ibid.). Dette rundskrivet ansvarliggjør både trossamfunn og institusjon. Forstått ut fra min undersøkelse; Den norske kirke og det lokale sykehjem. Kun et velfungerende samarbeid mellom kirken og det lokale sykehjemmet vil kunne ivareta beboernes rettigheter om tilrettelegging av tro- og livssynsutøvelse.

I rapporten «*Det livssynsåpne samfunn*» gjøres det rede for bakgrunnen for at det nå må tenkes nytt rundt en helhetlig tro- og livssynspolitik i Norge: «*Norge har gått fra å være et samfunn med streng styring av tro og religiøs tilhørighet og en sterk kobling mellom statsmakt og majoritetskirke, til et samfunn med større aksept for et religiøst og livssynsmessig mangfold og med en noe løsere kobling mellom stat og majoritetskirke*» (NOU 2013: 1 Pkt 1.3). Det blir skissert opp 8 prinsipper for hvordan utvalget tenker at en helhetlig tros- og livssynspolitik bør utformes. Prinsipp 4 sier at «*det skal legges aktivt til rette for alle borgeres tros- og livssynspraksis*» (ibid.). Da er det naturlig å tenke at trospraksis ikke bare skal tillates, men aktivt legges til rette for, også på et kommunalt sykehjem.

2.4 Annen relevant litteratur

Linde Borgen har i boka «*Levende ritualer ved livets og naturens overganger*» skrevet utfyllende om ulike ritualer fra flere land (1999). Hun tar også for seg ritualer i den kristne tro ved livets slutt og bekrefter at vårt sekulariserte samfunn er relativt fattig på ritualer ved livets slutt. Hun skriver: «*Dersom man ikke skulle kjenne en god prest som kan forberede en på avskjeden med livet, finnes det knapt ritualer for dette i det moderne samfunn*» (Borgen 1999:162). Hun har også et særskilt fokus på at den døende er hovedpersonen: «*Ritualer ved livets slutt dreier seg i aller høyeste grad om den døende og avdøde. Derfor må det være den døende/avdødes tro og ønsker som må være utgangspunktet*» (ibid 1999:164).

Tor Ivar Torgauten har i flere år jobber med å få til et systematisk samarbeid mellom Den norske kirke og mennesker med psykisk utviklingshemming, som har klar overføringsverdi til samarbeid med sykehjem. Han har jobbet på systemnivå med lovverket og offentlige føringer for tro- og livssynsutøvelse. Torgauten kommer med konkrete forslag til hvordan jobbe godt med individuell plan i forhold til tro og livssyn, samt understreker viktigheten av helhetlig tjeneste i møte med brukere (Torgauten 2010). Lovverket som blir trukket frem i boka er like aktuell for mennesker som bor på en annen type heldøgnsinstitusjon, som for eksempel sykehjem.

Kirkens Bymisjon i Oslo laget i 2000 en praktisk perm «*Omsorg ved livets slutt - en veileder til hjelp i det daglige arbeidet*» til bruk på institusjoner i møte med mennesker som ligger for døden. Den ble revidert i 2007 (Kirkens Bymisjon 2007). Den bør ikke bare stå på alle personalrom i alle sykehjem i Norge, men den bør leses og brukes. Den kunne også med fordel stått på flere kirkekontor. Den inneholder alt fra lover og relger til nedskrevne salmer og bønner til praktisk bruk. Denne permene kan være et svært viktig bidrag til hvordan ritualer ved livets slutt kan bli en naturlig del av kirkens diakonale tjeneste. Om den blir lest.

3.0 Materiale og metode

I dette kapitlet vil jeg presentere det empiriske materialet i forskningen. Det er basert på to ulike kilder. Den ene kilden er de fem semistrukturelle kvalitative forskningsintervjuene som jeg gjorde med fem menighetsdiakoner. Den andre kilden er empirisk materiale fra noen av mailene jeg mottok fra diakonene som ikke ble intervjuet. Sistnevnet anvendes som et supplement til intervjuene, ettersom de tydeliggjør og forsterker funnene fra den første kilden. Begge kildene er fra menighetsdiakoner i Oslo og Borg bispedømme. Både intervjuene og mailene legges til grunn for analysen. Materialet består av utvalgte diakoners erfaringer med, og refleksjoner over ritualer i møte med mennesker som ligger for døden.

Videre vil jeg forklare og begrunne mine metodiske valg sett opp mot problemstillingen. Jeg sier først noe om mitt utvalg av informanter, før jeg begrunner mitt valg av metode. Jeg vil gjøre rede for hvordan jeg planla intervjuet, transkriberingsprosessen samt hvordan jeg jobbet for å klargjøre materialet for analyse. Jeg vil mot avslutningen av kapitlet gjøre rede for forskningens reliabilitet, validitet, forskningsrelasjon samt si noe om mine etiske overveielser.

3.1 Utvalg

I dette forskningsprosjektet har jeg valgt å jobbe induktivt. Jeg begynte i praksisfeltet med å intervjuer menighetsdiakoner, for så å se om det empiriske materialet ble bekreftet eller avkreftet av diakonifaglig teori og nettverksteori (Bryman 2012:24). Det har gjennom hele forskningsprosjektet vært viktig for meg å gå i dybden på eget materiale sett i lys av problemstillingen, før jeg leste annen teori og forskning om temaet (Widerberg 2001:119). Jeg har sett stor verdi i å la materialet i størst mulig grad tale for seg selv, og ikke ha mange tanker om hvordan jeg skulle tolke og lese det i forkant. Ideen om å bruke en nettverksteoretisk modell i møte med materialet i tillegg til det diakonifaglige, kom etter jeg var i gang med å analysere materialet.

Tidlig høsten 2012 sendte jeg mail til trettisju menighetsdiakoner i Oslo og Borg bispedømme, der jeg kort gjorde rede for min interesse for temaet «*ritualer knyttet til omsorg for døende*» (Vedlegg 2).

Jeg skrev problemstillingen som jeg hadde da:

Hvordan kan ritualet "omsorg for døende" bli en naturlig del av den diakonale tjenesten fra den norske kirke i møte med den offentlige helsetjenesten?

I mailen stilte jeg et åpent spørsmål: Har du erfaringer knyttet til dette temaet?

Jeg skrev at kriteriet for å bli utvalgt til intervju, var at de måtte være menighetsdiakoner, samt ha mest mulig erfaring fra det området jeg ønsket å finne mer ut av. Valget falt på Oslo og Borg bispedømme fordi det der fantes mange diakoner på et relativt avgrenset geografisk område. Jeg valgte å intervju fem diakoner, da det var mulig for meg å gjennomføre av tidshensyn. Hadde jeg valgt flere, ville arbeidet trolig blitt for stort i omfang i forhold til masteravhandlingens tidsramme.

Tjue menighetsdiakoner responderte, hvorav syv av de skrev at de hadde erfaring fra tema «*åndelig omsorg ved livets slutt*». Som primærkilde valgte jeg ut de fem diakonene som selv sa de hadde mest erfaring på emnet. Jeg gjennomførte semistrukturert dybdeintervju i desember 2012 og januar 2013.

Jeg har fra begynnelsen av forskningsprosjektet vært interessert i å få tak på de diakonene som til en viss grad har lyktes med å være tilstede for døende på sitt lokale sykehjem. Derfor ble de diakonene valgt, som hadde erfaring, og som selv gav uttrykk for at de hadde opparbeidet seg noe kompetanse. Det har vært en positiv utvelgelse av de som har gitt respons på mailen. De tretten som svarte på den første mailen som jeg sendte ut, men som ikke hadde erfaring, begrunnet det med at de enten nettopp hadde begynt i diakonjobben, eller at de var ungdomsdiakoner. Åtte av de svarte at de ikke hadde erfaring og fem svarte at prestene utførte denne tjenesten i deres lokale kirke. Supplerende kilde var noen av de diakonene som responderte på mailen, men som ikke ble intervjuet. De skrev noen erfaringer og refleksjoner i mailene som jeg har valgt å legge til det øvrige materialet. De aktuelle diakonene samtykket i etterkant på mail til at jeg kunne bruke deres sitater i avhandlingen (Se vedlegg 3).

Mest sannsynlig var det flere av de 37 diakonene som kunne ha vært aktuelle for intervju, men jeg valgte av tidshensyn å ikke bruke tid på å sende ut ny påminningsmail eller ringe de aktuelle diakonene. Svarprosenten kunne muligens blitt noe høyere om jeg hadde tatt meg tid til det. Svarene fra fem av trettisju diakoner i en kvalitativ undersøkelse er ikke nødvendigvis representativt, og gjelder derfor i utgangspunktet kun for mitt utvalg.

Min nysgjerrighet ligger tett opp til Jeppsson & Whitaker (2006) og Korsliens (2011) undersøkelser. Jeg har imidlertid valgt å kun intervju diakoner, og samtidig de som gav uttrykk for at de hadde mest erfaring. Med tanke på at kun to av menighetene i Jeppsson & Whitakers funn gav støtte til døende, er mitt materiale av noe større omfang. Jeg intervjuet fem menighetsdiakoner som gav støtte til sine menigheter. Mine funn kan langt på vei bekrefte begge undersøkelsenes funn, at kirkens støtte skjer i alt for liten grad. Men mitt materiale, i likhet med Jeppsson og Whitakers fra 2006, forteller noe om hvordan samarbeidet kan forbedres ved å studere hva de diakonene gjør, de som har dette som en

integreert del av sin jobb. Det jeg har ønsket å finne ut av, er i hvilken grad diakonen opplever at forbønnstjeneste for døende er en naturlig og integreert del av jobben deres. Jeg har ikke vært ute etter å evaluere dagens praksis hos menighetsdiakoner, men gjennom hele forskningsprosessen hatt et ønske om å forstå hvilke grep og valg de diakonene tar, som fører til at samarbeid mellom sykehjem og kirke faktisk skjer. Jeg valgte å gjøre semistrukturerte livsverdenintervjuer fordi jeg ville forstå mer av temaet *åndelig omsorg og ritualer ved livets slutt* ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Bryman 2012:4). Semistrukturert intervju er «*verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål*» (Kvale 2009:47). Jeg fulgte ikke intervjuguiden slavisk, men stilte åpne spørsmål som gjorde at diakonen jeg intervjuet kunne fortelle om sine erfaringer i møte med mine. En annen grunn til at jeg valgte kvalitativt dybdeintervju var at mitt hovedfokus verken var antall, hyppighet eller fakta. Min nysgjerrighet handlet om diakonens erfaring, refleksjoner, forståelse og tanker rundt temaet samarbeid med sykehjem ved livets slutt. Det var sammenhenger og mønstre jeg var ute etter, og da var metoden kvalitativt dybdeintervju et naturlig valg (Widerberg 2001:58).

3.2 Planlegging av intervju

Jeg planla et aktivt intervju der både jeg som intervjuer og respondent skulle være aktiv, slik at det kunne bli felles konstruksjon av mening. Jeg så på intervjuet som kunnskapsproduksjon «*Det er intervjueren og den intervjuede som produserer kunnskap sammen*» (Kvale 2009:37).

Før intervjuet startet var det viktig for meg at jeg visste hva jeg skulle etterspørre, og at jeg hadde satt meg godt inn i teori og forberedt intervjuene praktisk. I hovedsak valgte jeg å gjøre intervjuene på diakonens arbeidsplass. Da var jeg gjest, og de var på hjemmebane. Jeg tenkte at deres trygghet var viktig for at de skulle kunne prate fritt og oppleve at jeg var positivt nysgjerrig på deres erfaringer. Jeg kom ikke for å sjekke om de jobbet på «rett måte» som diakon, men fordi jeg mente de satt inne med nyttig erfaring som jeg kunne lære noe av. Jeg benyttet meg av diaktafon, og valgte å ikke ta notater underveis fordi jeg ønsket å ha hovedfokus på respondenten, og få til en god samtale. Det var viktig for meg å stille åpne og ikke ledende spørsmål (Bryman 2012:473).

3.3 Transkriberingsprosessen

Transkriberingen ble gjort av meg, med noe bistand i januar 2013. Transkripsjonens pålitelighet er avgjørende for god forskning, og erfaring har vist at når ulike personer transkriberer samme lydopptak, kan det allikevel bli ulik tekst, så det har vært viktig for meg at vi begge brukte samme skriveprosedyre (Kvale 2009:189). Jeg understreket derfor til hun som bisto ved transkriberingen nødvendigheten av å skrive ned alt ordrett. Det ble tydeliggjort skriftlig om transkriberer ikke forstod hva som ble sagt. Det var av stor verdi for meg at jeg selv transkriberte intervjuene. Transkriberingen i seg selv ble en grundig forberedelse til analysen, og jeg kunne gjenkalle stemningen i intervjuelasjonen, latter og mimikk. Intervjuene ble anonymisert, og opptakene slettet etter gjeldende regler.

3.4 Klargjøring av materialet for analyse

Ved valg av temaer for analyse kan en gå frem på tre forskjellige måter; en empirinær-eller teorinær tilnæringsmåte eller man kan gå ut fra fremstillingsformen (Widerberg 2001:126). Da jeg valgte temaer for analyse, valgte jeg en empirinær tilnæringsmåte som er naturlig å gjøre i en eksplorativ studie som jeg har gjort. Jeg tok utgangspunkt i mitt materiale fra intervjuene sett i forhold til problemstillingen, da jeg skulle kategorisere de aktuelle temaene for analyse.

Etter første gjennomlesning av den transkriberte teksten, så jeg tydelig noen temaer som gikk igjen i alle intervjuene. Disse temaene hang sammen med temaene i intervjuguiden og de var sentrale for å kunne svare på problemstillingen. Analysen har pågått gjennom hele forskningsprosessen, både før og under datainnsamlingen. Kontinuerlig har jeg tatt valg i forhold til hvem jeg skal intervjuer, hvilke spørsmål jeg har stilt og hvilke temaer jeg har problematisert. Underveis har jeg stadig måttet velge fokus og tyngrepunkt (ibid. 2001:116, 118).

Jeg kodet gjennomgangstemaene ved å skrive overskrifter på de forskjellige temaene som gikk igjen i alle intervjuene (Kvale 2009:209). Koding av tekstens meningsinnhold i kategorier, gjorde det mulig for meg å kvantifisere hvor ofte de ulike temaene ble nevnt (ibid. 2009:210). Videre strukturerte jeg materialet for analyse ved å lese gjennom ett og ett intervju samtidig som jeg kopierte og flyttet relevante sitater fra de ulike transkriberte intervjuene under de kodede overskriftene. Overskriftene var på det tidspunktet: *ansvar, en diakonal tjeneste, hyppighet, kontakt i forkant, selve ritualet, synliggjøring av kirkens tilbud, systematisk samarbeid og å bli kontaktet.*

Analyse innebærer på mange måter å dele fortellingene til diakonene opp i biter og elementer og en kan stå i fare for at det blir fragmentert og at en mister noe på veien (Kvale 2009). Jeg forsøkte derfor forsiktig å eliminere bort overflødig materiale, og skille mellom vesentlig og uvesentlig informasjon i forhold til hva som var relevant for å svare på min problemstilling. Videre begynte jeg å meningsfortette det jeg så, da jeg samlet sitatene under de ulike overskriftene. Med meningsfortetting mener jeg å komprimere samtaler ned til kortere setninger der meningsinnholdet gjengis med færre ord. Lengre intervjuetekster ble kortet ned til mer konsise formuleringer (Kvale 2009:212). Gjennom denne prosessen ble det tydeligere for meg hva diakonene var enige om, og hva de så ulikt på. Deres refleksjoner om de ulike temaene kom også tydeligere frem. I fremlegget av materialet har jeg også satt inn direkte sitater som belyser funnene.

Fortolkningen av meningsinnholdet i materialet strekker seg utover en strukturering av det som sies. Det omfatter en dypere og mer kritisk fortolkning av teksten som jeg vil gjøre i kapittel 4.0 *Analyse og tolkning av materialet* (Kvale 2009:213). Der vil jeg rekontekstualisere uttalelsene til diakonene innenfor en bredere referanseramme (Kvale 2009:214).

3.5 Forskningens reliabilitet

Begrepet reliabilitet har i følge Widerberg utviklet seg innen kvantitativ forskning, og skal være et av tegnene på god forsknings kvalitet (Widerberg 2001:18). Reliabilitet som er ideen om at forskningen skal kunne gjentas for så å få det samme resultatet, lar seg på mange måter ikke gjøre i kvalitativ forskning. Hensikten i kvalitativ forskning er heller ikke at jeg som forsker skal kunne være utskiftbar (ibid.). Tvertimot skal forskeren og forskerrelasjonen blir synliggjort, problematisert og utforsket for å oppnå god kvalitativ forskning (ibid. 2001:28). Derfor har jeg i punkt 3.7 gjort rede for forskningsrelasjonen, som er av stor betydning i kvalitativ forskning. I min undersøkelse etterstreber jeg som forsker å dokumentere og diskutere mine valg og fortolkninger fortløpende i forskningsprosessen, nettopp for å være saklig, pålitelig og etterrettelig.

3.6 Forskningens validitet

Også begrepet validitet, i den forstand at man på forhånd har bestemt hva en skal måle, er ikke spesielt godt egnet i kvalitativ forskning i følge Wideberg (Widerberg 2001:164). Hun peker på det positivistiske perspektivet som hun hevder er utformet av kvantitativ forskning ved begreper som for eksempel validitet. Hun etterspør systematisk gode begreper som

gir mening i kvalitativ forskning (ibid.). Å skulle vurdere intervjutranskripsjonens gyldighet kan by på utfordringer ettersom transkripsjon innebærer oversetting fra et muntlig språk til et skriftlig språk der begge har ulike regler (Kvale 2009:192). Det var derfor viktig for meg å huske på at transkripsjoner ikke er kopier eller gjengivelse av en egentlig realitet. En vil i transkribering alltid vektlegge noe fremfor noe annet. Jeg stilte derfor følgende spørsmål til meg selv: «Hva er en nyttig transkripsjon for min forskning?» (ibid. 2009:194). Slik jeg ser det, er det ikke lengden på pauser i samtalen som er avgjørende for forståelsen, men at det som blir sagt blir korrekt gjengitt. Det var viktig for meg å få mest mulig ut av refleksjonene til de diakonene jeg intervjuet, i forhold til samarbeid mellom kirke og sykehjem når det gjaldt ritualer ved livets slutt.

3.7 Forskningsrelasjonen

Jeg har gjennom dette forskningsprosjektet vært opptatt av hva jeg som forsker bringer med meg inn i intervjusamtalen av erfaring og kompetanse (Widerberg 2001:90). Gjennom arbeidet med denne masteravhandlingen, og spesielt ved gjennomføring av dybdeintervjuene ser jeg at min erfaring fra arbeidslivet og tidligere utdanning kommer godt med. Med bakgrunn som saksbehandler i barnevernet, lærer på videregående skole, årsenhet i drama og kompetanse i kommunikasjon og samspill, har vært en nyttig «skole» for å kunne gjøre et semistrukturert kvalitativt forskningsintervju. Ikke minst at jeg også jobber som diakoniarbeider selv, og har gjort meg egne erfaringer om emnet som jeg forsker på. Samtidig er nettopp min erfaring og kompetanse noe som kan stå i veien for å ha et «åpent sinn» samt den nysgjerrigheten som er nødvendig i møte med andre menneskers erfaringer i et forskningsprosjekt. Det var derfor helt bevisst at jeg presenterte meg som masterstudent i diakoni, og sa lite om min erfaring og bakgrunn før intervjuene begynte. I det ene intervjuet fikk respondenten greie på at jeg jobbet som diakoniarbeider ved siden av studiet, *etter* at intervjuet var ferdig. Hun reagerte med å si noen i retning av «*og jeg som har sittet her og snakket som om du ikke hadde noe erfaring fra dette feltet!*». Det utsagnet fortalte meg at respondentens tanker om hva jeg kan og har av erfaring, i stor grad vil påvirke svarene jeg får i intervjuet.

I dybdeintervjuet opplevde jeg ved flere anledninger at informantene gav uttrykk for at selve intervjusamtalen førte til nyttige refleksjoner og gode ideer som de tok med seg videre. I et av intervjuene spurte jeg om det var noe annet jeg burde spurt om i forhold til ritualer ved livets slutt. Da svarte Lise:

Nei, jeg tenker bare det var så bra spørsmål, for jeg var egentlig litt redd på forhånd. Tenkte at jeg kan jo ingenting, eller noe særlig mer om det der. Og jeg

skulle sikkert organisert mer og sånn, men jeg synes spørsmålene var veldig gode på det at jeg synes jeg fikk komme fram med det som...ja ja noe har vi jo gjort!

Som intervjuer kan en lett bli selvopptatt, og ha mer fokus på seg selv som intervjuer enn på informanten som en vil innhente erfaring fra (Widerberg 2001:90). Intervjuferdigheter er som et håndverk det er anbefalt å evaluere seg selv som intervjuer i etterkant ved for eksempel å lese igjennom transkripsjonene (ibid). I løpet av intervjuet oppsummerte jeg flere ganger hvordan jeg forstod det som var blitt sagt til respondenten. På den måten prøvde jeg å unngå større misforståelser. Som kvalitativ intervjuer oppfordret jeg respondenten til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplevde og følte, og observerte deres handlinger (Kvale 2009:49). Noen vil hevde at kvantitative metoder er mer nøyaktige, men de egner seg best til å måle utbredelse av et fenomen samt bearbeide store mengde informasjon (Bryman 2012:160).

I intervjuene bestrebet jeg å følge opp respondentens initiativ, samtidig som det var viktig for meg å holde meg til det som var aktuelt for problemstillingen min. Her opplevde jeg en balansegang mellom å være kritisk og åpen. Jeg som intervjuer prøvde å beskrive spesifikke situasjoner og handlinger, for å ivareta aspektet spesifisitet (Kvale 2009:50). Det var for å unngå å bare få generelle vendinger. Ved å være bevisst naiv i møte med respondentens livsverden, prøvde jeg unngå å ha ferdige kategorier og fortolknings skjemaer og jeg forsøkte å være mest mulig fordomsfri (ibid. 2009:50). Ettersom jeg jobber som diakoniarbeider, var det en utfordring å ikke ta egne forestillinger og erfaringer inn i fortolkningen. Samtidig som det også var en ressurs inn i samtalen. Som intervjuer måtte jeg være fokusert slik at ikke respondent alene fikk styre hva som skulle snakkes om. Det var viktig for meg å holde fokus, og være klar på hvor jeg ville i intervjuet i forhold til min problemstilling. Når jeg opplevde at respondenten var flertydig, forsøkte jeg å følge opp ved å stille oppfølgings spørsmål, nettopp for å avklare hva respondent egentlig mente og for å se om det lå et spennende paradoks i tvetydigheten (ibid. 2009). I løpet av intervjuene opplevde jeg at noen av respondentene fikk nytt tankegods, og jeg opplevde at intervjuene ble en læreprosess både for meg som intervjuer, og for respondenten. Da jeg i et intervju spurte om kirkens tilbud om forbønnshandling stod noe sted, fortsatte samtalen slik:

D: Nei...og det er morsomt at du spør, for det låg ei brosjyre der no, de har akkurat laget ei ny brosjyre og eg sa til avdelingslederen: du.....det er noke som mangler her. Og hun sa Oi, ja. Jeg skal rette på det.

(...)

I: Tok du det opp med de?

D: Nei, det kunne jeg godt ha gjort...med lederen...jeg bare leste det og tenkte på det.... Men det kan jeg godt ta opp med hun lederen der oppe. Kari

Følsomheten i møte med respondenten handler om min kunnskap om temaet, som også står i spenningsforhold til kravet om naivitet. Spenningen mellom disse to aspektene kan uttrykkes i kravet om en kvalifisert naivitet fra intervjuerens side (Kvale 2009:51). Den interpersonelle situasjonen er avgjørende for i hvilken grad respondent åpner opp og forteller om sin livsverden (Kvale 2009:51). I mitt tilfelle opplevde jeg at kjemien med informantene var god, men det er uansett mitt ansvar som intervjuer at det blir en god «tone» i samtalen uansett «kjemi».

3.8 Etske overveielser

Diakonene har fortalt meg sine historier og refleksjoner i tillit. For å ivareta anonymisering, er diktafonen innelåst i et skap, og mailene med transkribert tekst er slettet. Koden med navn på informantene er også innelåst i skap, og den transkriberte teksten på min datamaskin er anonymisert for å beskytte intervjupersonens konfidensialitet (Kvale 2009:90). Ved bruk av sitater fra transkripsjonene velger jeg å skrive de om slik at den muntlige noe «fordummende» fremstillingen forsvinner. Dette er for å beskytte informantene og for å gjøre teksten mer lettlest (ibid. 2009:195).

I fremstillingen av funnene har jeg laget nye navn på diakonene, forandret på kjønn og utelatt informasjon som kan føre til at informantene blir gjenkjent.

Diskusjonen om etiske retningslinjer i sosial forskning, og kanskje mest overtredelsene av dem, dreier seg i hovedsak om fire hovedområder. For det første om informantene blir skadelidende, videre at det mangler informert samtykke, så innvadering av privatlivet og tilslutt mistanke om forskningsbedrag (Diener & Crandall 1978). Det har vært viktig for meg å følge etiske retningslinjer i denne forskningen.

Forskningsprosjektet mitt ble godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS) (Vedlegg 4). Ved hvert intervju ble NSD sin godkjenningen lagt frem for informantene, og de skrev alle under på informert samtykke (Vedlegg 5) før jeg startet intervjuene.

4.0 Analyse og tolkning av materialet

I det følgende vil jeg presentere informantene, før jeg legger frem materialet fra undersøkelsen og min analyse av den. I dette kapitlet gjør jeg en fremstilling og tolkning av materialet jeg satt igjen med etter de fem semistrukturelle dybdeintervjuene. Jeg bruker temaer og overskrifter i mitt fremlegg fra da jeg systematiserte stoffet for analysearbeidet. I Den andre kilden til det empiriske materialet er tilbakemeldingene på mail fra diakonene som skrev at de ikke hadde nok erfaring med tema omsorg ved livets slutt. Der kom det frem en del skriftlig informasjon, som jeg synes belyser det øvrige materialet og samtidig er relevant i forhold til problemstillingen. Jeg velger å sette inn disse sitatene der de naturlig passer inn i materialfremlegget, ettersom de i hovedsak sammenfaller med funnene fra de andre informantene. Jeg vil markere de sitatene med fet skrift slik at de skiller seg ut fra sitatene fra de fem hovedinformantene. Det er viktig å understreke at mitt utvalg av sitater, både fra intervjuene og mailene også er en fortolkning og en del av analysen. Jeg har valgt ut sitater som eksemplifiserer temaene som går igjen i materialet. Tilslutt i kapitlet vil jeg sammenfatte de viktigste funnene under tre nye hovedoverskrifter som jeg vil ta med videre til drøftingskapitlet.

4.1 Presentasjon av informantene

I sitatene hentet fra transkribert tekst står I for Intervjuer og D for diakon.

Alle diakonene jeg intervjuet jobbet som menighetsdiakoner på et tettsted i området Oslo omegn. Det var en mann og fire damer i alderen 40 - 60 år. Deres arbeidserfaring som diakon var fra 1-14,5 år. Jeg har gitt de fire diakonene fiktive navn: Kari, Lise, Randi, Even og Anne. Mannsnavnet er ikke nødvendigvis mannen i materialet. Jeg har med dette utelukket at kjønnsperspektivet har noen betydning i analysen.

Kari - 5 års erfaring som menighetsdiakon

Lise - 8 års erfaring som menighetsdiakon

Even - 1 års erfaring som menighetsdiakon

Anne - 14,5 år erfaring som menighetsdiakon

Randi - 10 år erfaring som menighetsdiakon

4.2 Hvem er ansvarlig?

«Det er kommunens ansvar i første omgang, men jeg vil jo også si at det er kirkens ansvar og gå inn og hjelpe dem da.» Lise

Diakonene i undersøkelsen var enige i det Lise gir uttrykk for i sitatet over, at det ut fra forståelsen av rundskrivet Rett til egen tro- og livssynsutøvelse (Rundskriv I-6/2009) er sykehjemmets, altså et kommunalt ansvar å legge til rette for at tilbud om forbønn og nattverd for døende blir gitt.

Det kom frem at diakonene mente det var kommunen som har ansvar for å kartlegge og avdekke behov, samt ta kontakt med kirken. Men de understreket selv at kirken på sin side også har et ansvar for å synliggjøre sitt arbeid, være tilgjengelig og på tilbudssiden ovenfor sykehjemmene. Det ble sagt av Kari at *«..kirken har ansvar på en sånn positiv måte, å bevisstgjøre de ansatte på sykehjemmet om deres ansvar i forhold til å spørre pasienter om tro, for å kunne møte deres behov.»*

Synliggjøring vil jeg komme tilbake til i punkt 4.8 *Synliggjøring av kirkens arbeid.*

Diakonene i undersøkelsen mente at det er kirkens ansatte ved prest og/eller diakon som har ansvar for å møte sykehjemmets behov for åndelig omsorg ved livets slutt. Videre mente de at det var naturlig at de ansatte på sykehjemmet tok kontakt med kirkekontoret, eller direkte med prest eller diakon. Det ble nevnt at det er kirken som sitter på den åndelige kompetansen, men at sykehjemmets jobb er å kartlegge de åndelige behovene til de som bor på sykehjemmet. Kari beskriver det på følgende måte:

I: Vet du noe om rutinene de har på sykehjemmet om det vet om de eldre har behov for tilrettelegging av tros og livssyn eller..?

D: Det driver jeg å jobber med fordi det faktisk ikke er så veldig bra der nede. Altså de er dårlige på å spørre om det. De har ikke så veldig gode rutiner på å spørre om livssyn faktisk. Kari

4.3 Prest eller diakon?

På spørsmål om det er presten eller diakonen som er mest naturlig å spørre, var det litt ulikt syn. En diakon mente at presten hadde mest erfaring og kompetanse på dette området, ettersom han eller hun hadde alle begravelsene. Even mente at både prest og diakon er naturlig å spørre, men at diakonen har mest ansvar for å besøke syke og døende: *«Jeg tenkte på diakoniplanene, at det er jo noe av jobben det, og det er jo å jobbe med syke og gamle og mennesker i nød.»* Randi sa det var hun som diakon som ble

kontaktet, og ikke presten, nettopp fordi hun er den som er mest synlig og tilstede på det lokale sykehjemmet.

Det kan virke som det er veldig forskjellig fra menighet til menighet om det er prest eller diakon som er mest på sykehjemmet. I de menighetene der det ikke er ansatt en diakon, er det naturlig nok presten som utfører ritualer ved livets slutt. Men som sitatene fra diakonene jeg ikke intervjuet viser, kan presten også dominere der det jobber en diakon: **«Jeg har vært på besøk til de jeg har kjent, men generelt har det vært mer naturlig å spørre etter sykehjemsprest, evt. lokal prest – om en ønsker prest.»**

«På bygda er det fremdeles slik at man tenker det er presten som bør trå til, i hvert fall hvis det er gamlemor eller -far som nærmer seg dødens grense.»

«Prestene er nok oftest de som blir spurt siden de er regelmessig på besøk på sykehjemmene.»

Viktigere enn hvem som er ansvarlig for «ritualer ved livets slutt» er at det blir utført.. Informantene problematiserte dette med prest og/eller diakon i liten grad, men det kom frem noe under det å bli kontaktet, som jeg vil komme tilbake til i punkt 4.10 *Å bli kontaktet*.

4.4 En diakonal tjeneste?

Alle diakonene i undersøkelsen svarte bekreftende på påstanden om at åndelig omsorg og ritualer ved livets slutt er en diakonal tjeneste. Som en Even uttrykte det: *«Jeg tror at Jesus vil at vi skal det. Så når det er mulig, så tenker jeg at det er en viktig diakonal oppgave.»* Flere av diakonene virket forundret over at spørsmålet ble stilt. Hvis omsorg for døende ikke var en diakonal tjeneste, hva skulle det da være? Det må taes med i betraktning at det er diakonene som jobber mest med dette, som uttaler seg. En diakon som jobber mest med ungdom, eller har fokus på integrering og arbeid med asylsøkere, vil kanskje tenke annerledes om det. Man kan også tenke at det er en diakonal tjeneste uten at en prioriterer det i sitt arbeid som menighetsdiakon. Å velge å ha fokus på noe, vil alltid fortrenge noe annet. Kari sa det slik: *«Og jeg tenker at der trengs vi som diakoner til å ta vare på den åndelige biten. Ikke slik at vi alltid trenger å være der, men vi kan dyktiggjøre de som jobber med det og, tenker jeg.»*

I hvilken grad diakoner selv skal utøve ritualer ved livets slutt, eller annen type støtte ved dødsleie kommer jeg tilbake til i drøftingen. Det å stadfeste at omsorg ved livets slutt er en diakonal tjeneste, behøver ikke å bety at diakonen skal utføre det, men at diakon og prest sammen har ansvar for at arbeidet med døende blir ivaretatt.

4.5 Hyppighet

Det kom frem at en diakon har mindre enn fem ritualer ved livets slutt i året, men tror at presten har mange flere. En diakon forteller at hun har ca to i halvåret, og hun vet ikke hvor mange prestene har. Også denne diakonen tror presten har flere, ettersom prestene i følge henne er mer kjent på sykehjemmet.

Kari sier hun har ca 5 nattverdsritualer i løpet av et halv år, og hun mener hun er den eneste som blir kontaktet. Hun mener at prestene i hennes menighet ikke blir kontaktet mer enn henne. Kari går ukentlig på besøk på sitt lokale sykehjem.

Randi gir uttrykk for at når det gjelder hyppighet, går det litt i bølger:

D: ...det gikk nesten litt sånn i rykk og napp. Plutselig kunne det være et ruch med sånne ting. Skulle tru at det var noe...at de visste det...at en hadde en allright erfaring med det...

I: Smitta det?

D: ..og dulta borti naboen og ta og....

I: Men tror du at det faktisk kan ha vært noe...at sykehjemmet opplevde at det som...da du kom så ble det så fint rundt...og så kom de på å spørre neste gang?

D: Ja, det trur jeg faktisk...det trur jeg faktisk..

Randi sier hun ikke tror det er innarbeidet nok hos de ansatte. Hun antyder at hun blir kontaktet ca 3 ganger i året, men oftere sitter hun hos døende og holder hånden uten å bruke noe bestemt rituale utover velsignelsen og fadervår. Med tanke på at diakonene som ble intervjuet var de med mest erfaring på ritualer ved livets slutt i Oslo og Borg bispedømme, er det relativt få utførte forbønnshandlinger med tanke på hvor mange som dør i løpet av et år i en menighet.

Nå er det selvsagt ikke slik at alle som dør ønsker kontakt med kirken. Allikevel kan en spørre seg om det er så få som har ønske om samtale med prest eller et forbønnsrituale som tre til ti i løpet av et år i en lokalmenighet. Det er grunn til å tro at flere kunne ønsket seg et slikt tilbud om de hadde visst om det, og kanskje ble spurt direkte. Det er derfor interessant å se på om kontakt mellom diakon og døende, kirke og sykehjem i forkant er avgjørende for hvor hyppig det skjer.

4.6 Kontakt i forkant

Jeg føler at jeg har gjort det mer sann at når jeg har blitt ringt etter så har jeg gått.

Og jeg har ikke hatt kapasitet til å sette i gang noe stort maskineri om hvordan det skal organiseres. Men jeg har sagt at de kan ringe. Lise

Som Lise hevder ovenfor er det ulikt i hvilken grad diakonene selv aktivt legger til rette for kontakt med det lokale sykehjemmet i forkant. Diakonene blir som oftest oppringt fra sykehjemmet. På spørsmål om alle ansatte på sykehjem tar kontakt på lik linje svarer Even:

Det varierer. Det sykehjemmet som jeg er på ofte, det har lavere terskel. Særlig på avdelingen hvor det tverrfaglige teamet er. Der er det nok mange som har kirkelig tilhørighet på den lindrende enheten.....som synes at det er fint.

Også Kari sier noe om hvorfor hun tror noen ansatte tar mer kontakt enn andre: «Nå kjenner jeg veldig godt avdelingslederen der oppe, og ho er aktiv i menigheten der, og hun er veldig opptatt av det.»

D: Det er forskjell på avdelingene... De to første avdelingene er flinkerer på det enn den andre avdelingen..

I: Ja. Hvorfor det tror du?

D: Jeg tror det går litt på livssynet til den som er leder, faktisk. Even

Som det kommer frem i sitatene ovenfor kan det virke som om terskelen for å ta kontakt med kirken er lavere på sykehjemsavdelingen med tverrfaglig team og på lindrende enhet. Sykehjem som er eid av menighet eller av Kirkens Bymisjon tar også hyppigere kontakt. Det kommer også frem at terskelen er lavere for ansatte på sykehjem som har en eller annen kirkelig tilhørighet, å ringe kirken når noen ligger for døden.

Denne tydelige tendensen er verdt å merke seg, og viser hvor personavhengig og tilfeldig etterspørselen fra sykehjemmet til kirken er. Med tanke på hvor få ansatte på et sykehjem som har kirkelig tilhørighet, er ikke det tilfredsstillende tilrettelegging for tro- og livsynsutøvelse (Rundskriv I-6/2009).

Det første Kari gjorde som nyansatt diakon var å reise ned til det lokale sykehjemmet:

Først så har eg et veldig godt samarbeid med sykehjemmet. Eg tenke det e en fordel at eg har vært sykepleier. For eg kjenne veldig godt te systemet. Så det første eg gjorde var rett og slett å gå ned og hilste på styrer der nede.

Og presenterte meg og sa ka eg kunne bidra med, og var oppe på avdelingene. Og de har tatt i mot meg med åpne armer, så eg er der omtrent en gang i uka, så de kjenner meg. De som jobber der nede kjenner meg. Så de ringer meg om det er noen som er døende, eller noen som er veldig sjuke så ringer de meg veldig ofte. Ellers vet eg jo det fordi jeg er der så ofte. Kari

Det er gjennomgående i alle intervjuene at det er tilfeldighetene som rår i forhold til hvem som får tilbud om forbønn ved livets slutt.

I: Hva kan være at de spør etter deg? Fordi du kjenner de fra før av? Eller fordi du...?

D: Ja, fordi jeg går ganske mye på sykehjemmet jeg og. Også er det litt tilfeldig at de kjenner meg tror jeg, og sånn er det med presten, mange kjenner henne da. Og da tror jeg kanskje det er litt sånn...tilfeldig da. Lise

Anne er på sykehjemmet mer enn en gang i måneden, og hun sier hun blir «huket tak i» når hun er der. Randi skriver alltid nederst på andaktsarket at alle «bare må ta kontakt ved behov for samtale». Randi er på sykehjemmet på andakter og sangstunder, og hun får ofte i den forbindelse spørsmål om ikke hun kan gå inn på rommet til den eller den. De ringer derfor ikke så ofte.

I: Når du da blir oppringt, hva gjør du da? Eller hva er det du tilbyr?

D: Å komme..... å prate vil jeg si... Jeg er jo inne og hilser på alle, noen av de kjenner jeg jo fra før. Eg veit kem de e, og de veit kem eg e.. Så har det vært noen unge der som eg har vært inne og hilst på, sagt kem eg e og... Og si at eg...om de har lyst til å ha en prat rett og slett så...ja.... Kari

I analysen av materialet er det entydig at de fleste forbønnshandlingers skjer fordi diakonen har hatt kontakt med den som ligger for døden i god tid før de ble døende. Ikke bare direkte kjenneskap mellom diakon og den som ligger for døden, men også kjenneskap mellom ansatte på sykehjemmet og kirkens ansatte viser seg å ha betydning for om kirken blir kontaktet. Hvis den ansatte på sykehjemmet i tillegg har kirkelig tilhørighet er sannsynligheten for at det blir tatt kontakt svært stor.

Even kom med et eksempel der han gav uttrykk for at han var lei seg for at han ikke hadde tid nok til å bli kjent med de som bodde på det lokale sykehjemmet. Han beskrev

andaktene som han holdt på sykehjemmet slik: «Jeg roper ut en andakt, og så løper jeg videre til neste sykehjem». Med en organisering av flere andakter på ulike sykehjem som skal passe inn i en travel hverdag med organist og andre aktiviteter, skjer nok ikke dette så rent sjeldent. Det å ta seg god tid til prat med de ansatte og beboere før og etter en andakt kan være det som skal til for å øke sannsynligheten for at kirken blir tilkalt ved dødsleie.

Sitatene under fra diakonene jeg ikke intervjuet, bekrefter at kontakten i forkant er avgjørende for om ritualer ved livets slutt blir gjennomført:

Jeg har erfaring fra eget liv at terskelen for å kontakte prest på f. eks sykehus kan være høy, om det ikke er etablert en slik kontakt tidligere. Om det tilrettelegges for at personalet kan spørre pasient/ pårørende om det er ønske/behov for samtale, nattverd mm, er det med å gjøre dette mer tilgjengelig!

Min erfaring da bekrefter det du tror – at det er litt tilfeldig og gjerne personavhengig hvordan den åndelige dimensjonen ved livets slutt blir ivaretatt.

Eg har vært tilstede ved flere dødsleier, og ser hvor viktig det er med tilstedeværelse. Tenker det er viktig at vi diakoner /kirken er på tilbudsiden her.

Jeg tror at noe av nøkkelen til å komme i kontakt med mennesker ved livets slutt, er å kjenne dem og ha kontakt med dem før de kommer så langt.

Noen diakoner deler også ut visittkortet sitt på sykehjemmene: «Jeg tror det handler om å knytte kontakt, for et rundskrivet er jo ikke verd mer enn papiret...hadde jeg nær sagt, om det bare blir liggende i skuffen...eller i permen...» Even

Videre vil jeg se litt på hva som er innholdet i ritualene diakonene tilbyr ved livets slutt.

4.7 Selve ritualet

Ingen av diakonene i undersøkelsen har brukt forbønnsritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenesteboka 1992:122). Ingen av diakonene kjente til at dette ritualet fantes.

Samtlige av de brukte ritualet «Nattverd hos en syk- soknebud» (ibid. 1992:118). Selv om den døende ikke kunne spise, ble det gitt nattverd ved å dyppe en liten bit av oblatet i vin,

for så å legge det på leppene. Diakonene forteller om flere samtaler på dødsleie om eksistensielle spørsmål.

Fri bønn, fadervår, salmesang og velsignelsen blir mye brukt på dødsleie av diakonene. Når det gis nattverd dekkes det på med hvit duk, lys, det gis rom for samtale, og ritualet nattverd for syke blir gjennomført.

Det er vanlig at diakonen holder den døende i hånden, eller på hodet, og diakonen lyser velsignelsen og gjør korsets tegn over den døende eller direkte på pannen. Kari uttrykker det slik: *«De må være trygg hvis de skal være der. Det kan skape utrygghet. Hvis du ikkje kan skape trygghet i rommet, så kan du ikkje vere der.»*

I tillegg til trygghet er diakonene også opptatt av varhet i møte med pårørende og den døende. Anne sier hun spør de pårørende eller den døende hva de selv kunne ønske seg jf. Jesus *«Hva vil du jeg skal gjøre for deg?»* (Bibelen 2011, Mark 10:51 og Luk 18:41).

Anne fortalte om et tilfelle der hun og den syke knelte rundt alterringen, diakonen holdt henne på hodet og de bad sammen. Denne diakonen bruker fadervår, og lyser velsignelsen, men tilpasser ellers hver enkelt det de ønsker ved dødsleie. Anne forteller at hun i møte med en kreftsyk dame som hun besøkte jevnlig, ble spurt om hun kunne være der når damen døde. Anne svarte damen at hun ville det om det lot seg gjøre. Anne forteller videre historien i intervjuet slik:

Vi snakket litt om det der at hun kanskje mistet bevisstheten. "Hva vil du jeg skal gjøre da?" sier jeg. "Du kan bare synge" sa hun. "Du kan bare synge og si hei at nå er du der, og så kan du synge de sangene som vi pleier å synge". "Ja", sa jeg. Det er veldig fint. Så besøkte jeg henne mye, og en dag fikk jeg oppringing tidlig en formiddag om at jeg måtte komme (...) for det kunne se ut som hun nå skulle dø. Og jeg skynda meg (...) så kom jeg bort der og da satt familien, far og stemor og søsken på rommet. Og de hadde vært der lenge. Og var veldig glad når jeg kom. Og da gikk de ut, og tok seg en liten pause, også var jeg der inne sammen med henne og jeg gikk bort til senga hennes og sa (...) «Nå er jeg her. Vi har jo blitt enig om hva som skal skje når jeg kommer på besøk til deg, nå vet du. Og det er at vi skal synge samen.» Så jeg satt der og sang "Alltid freidig", "Kjærlighet fra Gud", "La meg få høre om Jesus" alle de sangene jeg visste hun var glad i, og holdt henne i handa og strøk henne litt på kinnene og så...døde hun (...) Mens jeg var der inne alene. For jeg så at hele ansiktet..at fargen...alt fra ansiktet forsvant og jeg skjønnte at det var det som skulle skje. Og da bøyde jeg meg ned og hvisket inn i øret hennes og sa "Nå kommer Jesus og henter deg" (...) Og så døde hun.

Historien over er også et eksempel på en type rituale, og et godt eksempel på hvordan innholdet i åndelig omsorg ved dødsleie kan utøves av en kompetent diakon.

Velsignelsen går igjen som et fast innslag fra alle diakonene, og Kari understreker hvor sterk hun opplever at velsignelsen er i møte med de som ligger for døden: «Men så spurte eg om eg kan få lov til å lysa velsignelsen over deg. Og da sa han alltid ja. Og da kom alltid tårane.»

Randi sier hun ofte synger lavmelt på dødsleie, at hun blar i bibelen og gjerne leser noe fint hun kommer over. Hun er opptatt av å si fadervår på «gamlemåten» til de som er mest kjent med den. Flere av diakonene forteller om situasjoner der salmesang og velsignelsen førte til en ro over den døende.

Jeg merker det....spesielt nå jeg har kommet så langt at jeg har bedt og jeg lyser velsignelsen da kommer freden..det synes jeg er fantastisk å se....og da er det jo noe større enn min samtale liksom...at det er menneske som har delt det...men at det er Guds velsignelse...komme dit....det skaper en helt egen ro. Det har jeg sett gjentatte ganger. Even

Også en diakon som ikke ble intervjuet skrev i mail om sin opplevelse av bønn ved livets slutt:

Jeg bad for han at Gud måtte gi han fred og at han måtte få kjenne Jesu nærvær. (Jeg hadde ikke noen liturgi for hånden og fant det naturlig å gjøre det enkelt og direkte på hennes oppmodning.) Det var som en gardin av angst ble trukket ned fra pannen og vekk . «Se, han har fått fred,» utbrøt hun. Og det var merkbart. Han lå og bare og smilte.

Det må også sies eksplisitt at alle diakonene i undersøkelsen gav uttrykk for at de satt alt annet arbeid til siden, når de ble spurt om å utføre ritualer ved livets slutt. Om det var kveld eller i helg, så stilte de etter beste evne opp på de henvendelsen de fikk fra det lokale sykehjemmet.

Et tema som gikk igjen i intervjuene, var i hvilken grad de ansatte i kirken er flinke til å synliggjøre arbeidet som gjøres, og det som tilbys for mennesker som ligger for døden.

4.8 Synliggjøring av kirkens arbeid

Ingen av kirkene der diakonene jobbet har en egen brosjyre eller folder der det står at kirken tilbyr forbønn og nattverd ved livets slutt. Flere av diakonene svarte også «nei» på spørsmål om de tror «folk flest» er klar over hva kirken kan tilby ved livets slutt.

Diakonene må ofte «minne» ansatte på sykehjem på at kirken kan tilkalles på dødsleie. Og de må selv huske å gi beskjed om at det skal stå om diakoni og kirkens tilbud i sykehjemmets planer og brev til pårørende. Kari beskriver det slik: «Jeg merker det så godt i forhold til diakonien og kirken. Du må være veldig på banen skjølv, eller så blir det litt glemt.»

Alle diakonene har andaktslister som henges opp, og noen skriver nederst på lappen at kirken kan kontaktes ved ønske om samtale. Men ofte glemmes viktige kanaler:

I: Men sett overført til sykehjemmene, er det noe brosjyrer eller informasjonsskriv om denne forbønnen eller nattverd?

D: Ikke akkurat om det (...) akkurat nå så fikk vi et brev eller henvendelse fra kommunen for de har sånn opplegg på hva som finnes av tilbud for seniorer, og da ville de ha inn hva kirka hadde å by på, og det var veldig flott da! Da ville de det skulle stå om formiddagstreff og kirkens hyggestund.

I: Tenker du at det er naturlig å ha med tilbud om nattverd på den lappen, når det er en informasjonskanal?

D: Ja, der sier du virkelig noe. Der ser du, det er mye du ikke tenker, i hvert fall ikke jeg rekker å tenke på. Takk for tips, det var jo genialt. For det er jo sånt som pårørende leser. Det var jo glimrende. Lise

Det kan i samtale med diakonene virke som om de stadig er på utkikk etter nye måter å gjøre ting på, og at rutiner i hverdagen verken er segmentert eller veldig godt etablert i den forstand at det ikke kan gjøres om på hvis det er nødvendig. Diakonene har en positiv evne til å omstille seg. Det er også nødvendig i en jobb som i stor grad preges av lokale vekslende behov.

I: Men det å motta nattverd eller forbønn ved livets slutt. Står det noen om det? Plakater om det? Eller er det informert om?

D: Det vet jeg ikke....det tror jeg ikke det er rett og slett...det var et godt tips. Even

En av diakonene var opptatt av å få informasjon om forbønn ved livets slutt med på informasjonsskriv til pårørende.

Også blant diakonene som ikke ble intervjuet kom det frem at de jobber med å synliggjøre det arbeidet de har mot pårørende og mennesker som ligger for døden:

I tillegg har vi gjort tilbudet kjent på hjemmeside, menighetsblad og i brosjyre som sendes til alle jubilarer i menigheten. Dermed vet de at de kan tilkalle prest eller diakon ved behov. Vi får også noen kontakter på denne måten. I tillegg har vi en frivillig besøkner som årlig har nærmere 250 hjemmebesøk alene, og hun og andre besøkere tipser oss om spesielle behov.»

Vi har utarbeidet en brosjyre der vi presenterer samtaletilbudet for pasienter og pårørende, men ellers er det opp til personalet i avdelingen å gjøre tilbudet kjent og melde behov til oss.

En annen av diakonene som jeg ikke intervjuet, jobber forbilledlig med synliggjøring på høyere nivå gjennom Diakonforbundet:

Ellers er vi i ferd med å sette ned en arbeidsgruppe i Diakonforbundet som skal se på hvordan kirkelig årsstatistikk bedre kan synliggjøre Kirkens diakoni. Det er for eksempel underlig at kirken er så opptatt med å telle alle hoder som får nattverd under gudstjenester, mens de som får nattverd hjemme eller på sykebesøk i institusjon, ikke etterspørres. Dermed er det med på å usynliggjøre en viktig tjeneste og et flott tilbud. Mange flere prester og diakoner ville nok også blitt minnet på denne muligheten om det hadde vært blant tilbudene som skulle registreres årlig.

4.9 Systematisk samarbeid

Tor Ivar Torgauten blir nevnt av flere diakoner i undersøkelsen. Han har gjennom systematisk arbeid etablert gode rutiner for samarbeid mellom kirken og boliger for psykisk utviklingshemmede (Torgauten 2010). Alle diakonene i undersøkelsen har fast samarbeid med det lokale sykehjemmet når det gjelder andakt, og alle har en turnus i samarbeid med presten.

Jeg fant lite formell fast struktur eller rutiner i samarbeid mellom sykehjemmene og kirken når det gjaldt åndelig omsorg ved livets slutt. Men jeg spurte diakonene hva de kunne ønske seg samt ba de reflektere over arbeid de står i. Jeg ba de si noe om hvordan det kunne blitt gjort for å fungere enda bedre. Diakonene foreslår da årlig møte mellom avdelingssykepleiere og kirken (prest eller diakon) og en fast struktur på hvordan kirken blir tilkalt. Diakonene ser fordeler ved at hvert kirkekontor har en uttalt enighet om hvem

fra kirkekontoret som skal gå til sykehjemmet. Flere av diakonene har et ønske om å bruke mer tid på sykehjemmene når de først er der og holder andakt. De ønsker å organisere besøkene på sykehjemmet slik at det er bedre tid til å bli kjent med beboere og ansatte, og de ønsker også å «vandre mer i gangene» på sykehjemmene.

Diakonene ser at det kan være lurt å ta kontakt med sentrale mennesker i kommunen og få i stand et møte i forhold til fremtidig samarbeid mellom kirke og sykehjem når det gjelder åndelig omsorg ved livets slutt. Diakonene i undersøkelsen er ikke godt kjent med sykehjemmenes verktøy når det gjelder kartlegging av tro- og livssyn, men ønsker at verktøyene skal bli brukt og vil også ha med om den døende har vært aktive i kirken, konkrete ønsker for tilrettelegging (andakt, forbønn, nattverd, gudstjenesteliv) på skjemaet. Flere av diakonene gir uttrykk for at det er lettere å ta opp igjen tro og livssyn ved dødsleie, om det allerede har vært et tema på inntakssamtalen.

I møte med kommuneledelsen, som for eksempel helse og sosial sjef, er diakonene opptatt av å spørre hva kirken kan bidra med framfor å virke belærende.

Alle diakonene i undersøkelsen kjente til rundskrivet om egen rett til tro- og livssynsutøvelse (Rundskriv I-6/2009), og så på det som et viktig dokument. De opplevde at rundskrivet var med på å gi de frimodighet i møte med de lokale sykehjemmene, men var redd for at ledelsen på det lokale sykehjemmet ikke kjente godt nok til det. Flere av diakonene var interessert i å dyktiggjøre frivillige og eventuelt helsefagarbeidere, for å kunne utføre åndelig omsorg ved livets slutt til enda flere. Diakonene foreslo opplæring i bruk av velsignelsen, fadervår samt opplæring i bruk av enkle hefter med bønner og salmer som kan kjøpes inn. En diakon tenkte at det kunne være hensiktsmessig å være med på et personalmøte en gang i året på det lokale sykehjemmet, nettopp for å holde temaet «*ritualer ved livets slutt*» varmt.

Det eneste jeg fant av formelt samarbeid utover andakt beskrives her av Even:

I: Er det andre faste ting? Som er samarbeid mellom kirke og sykehjem?

D: Ja, et av sykehjemmene, et ganske nytt sykehjem, lindrende enhet, der 5 pasienter ligger. Det er et tverrfaglig team som har møte en gang i uken, og der inngår diakonen etter ønske fra sykehjemmet. Så en gang i uka er jeg på møte der med dem. Da gjennomgår de status på de pasientene som er inne der da. Og så går jeg rundt å hilser på folk. Og noen har jeg litt lengre samtale med. Også hender det at ansatte på andre avdelinger tar kontakt, og spør om jeg kan snakke med en pasient der som har ytret ønske om det. Det ser jeg på som en veldig fin ting.

Even

Kari hadde på sin side planer om møte med avdelingsleder og hele staben der hun ville snakke om kartlegging av tro og livvsyns tilrettelegging. Den avdelingslederen Kari samarbeidet med har kirkelig tilhørighet. Kari har også en gang hatt «Jeg og døden» kurs for sykepleierne på sykehjemmet fordi de bad henne om å gjøre det.

Av uformelt samarbeid som førte til samtaler ved livets slutt, fant jeg diakoner som ukentlig går på sykehjemmene, gjør seg kjent med beboere og ansatte, snakker med pårørende, viser at kirken er tilstede og forteller aktivt hva de kan brukes til.

Det er enighet blant informantene om at tilstedeværelse på sykehjemmene er en forutsetning for senere å bli kontaktet. Flere diakoner peker på at andakten, som nesten er det eneste systematiske samarbeidet mellom kirke og sykehjem, har potensiale i seg til å kunne bli en viktig arena for å bli bedre kjent og utvide nettverket til prest og/eller diakon.

4.10 Å bli kontaktet

Flere av diakonene har erfaring fra at avdelingsleder på sykehjemmet ringer til kirkekontoret og spør etter prest eller diakon. Da er det naturligvis den som er på jobb, eller den det passer best for som går. Det er ikke nødvendigvis avdelingsleder, men sykepleiere eller andre helsefagarbeidere som tar kontakt med kirkekontoret. Diakonene opplever heller sjelden at pårørende tar kontakt direkte, da det meste av kontakten går gjennom sykehjemmet. En diakon opplevde at en lege var døråpner for at en nattverdshandling fant sted. Det som gikk igjen hos informantene var at de diakonene som brukte mye tid på sykehjemmet også opplevde at de ble «huket tak i» og brukt i møte med de som lå for døden. Prestene ble også brukt på denne måten. Den faste andakten på sykehjemmet var for alle diakonene «limet» som gjorde at det var jevnlig kontakt mellom kirke og sykehjem. Diakonene understreket betydningen av å bli kjent med de ansatte og beboere på det lokale sykehjemmet. Det kom også frem at i de tilfellene diakonene hadde opprettet en relasjon med en beboer på sykehjemmet, var sannsynligheten for å bli kontaktet ved dødsleie langt større.

Randi reflekterte en del over rutinene på eget kirkekontor i forhold til det å bli kontaktet:

I: Men prestene...du sier de også blir tilkalt i forhold til nattverd...?

D: Det er oftere at prestene blir innkalt, så der føler jeg at jeg hele tiden...går i motbakke...fordi jeg hadde en sånn samtale med prestene og

kontormedarbeideren...de som sitter og tar telefonene....for folk ringer for å få tak i

prest.. Og prestene har masse mer å gjøre enn meg av sånne lovpålagte oppgaver..dette burde være noe som jeg....

«Nei, vi har ikke en prest, men vi har en diakon»...burde den da si. Og så kan jeg heller gå, for det er noe jeg burde prioritere i større grad...og det at en prest skal måtte heseblesende mellom to dåpssamtaler gå til en døende på et sykehjem, og jeg sitter her og egentlig har god tid til det... og på en måte...det er noe der altså...det at befolkningen de aner ikke hva en diakon er.. Og da spør dem etter en prest...og da er det veldig viktig at de som tar telefonene på menighetskontoret vet at dette er noe en diakon skal gjøre og ikke nødvendigvis presten. Randi

Flere av diakonene understreket at det personlige, og den nære kjennskapet til den det gjelder er helt avgjørende for om man blir kontakert ved dødsleiet.

Randi mente at en må gi samarbeid mellom kirke og sykehjem tid, ettersom det tar tid å endre holdninger. Hun foreslo å minne personalet på hva kirken kan tilby hver gang en er på sykehjemmet. Også det å ta direkte kontakt med ledelsen på sykehjemmet ble foreslått. Be om møte, ta opp dette med inntakssamtalen, hvordan kartlegge livssyn og så videre. Randi fortalte også om et eksistensielt skrin som lå på sykehjemmet. Det var laget av en tidligere diakon, og inneholdt salmebok, bibel, hefte med ulike ritualer, lys, hvit duk og lignende til hjelp for personalet til å utøve åndelige omsorg. Samhandlingsreformen ble også nevnt av noen diakoner som en innfallsvinkel i møte med kommuneledelsen, for å få til et økt samarbeid mellom kirke og sykehjem ved livets slutt.

Materialet viser at det i hovedsak er de ansatte på sykehjemmene som tar kontakt med kirken. Det er heller sjelden at de pårørende tar direkte kontakt. Systemisk samarbeid mellom kirke og sykehjem blir derfor viktig for å få samarbeidet til.

I: Men hva hadde fått denne avdelingslederen til å ringe da?

D: Det må ha vært at hun hadde snakket med pårørende.

I: Du vet ikke om hun spurte de pårørende, eller om pårørende...?

D: Det er jeg litt usikker på, jeg tror det var hun som spurte pårørende skjønner du. Jo, det var det. Det var rett og slett hun som spurte pårørende om det var aktuelt, og da hadde broren svart ja, at han trodde det. At det kunne jo...da hadde broren svart; det kan i hvert fall ikke være noe feil.

(.....) Jeg tror det er svært sjelden at pårørende har gjort det altså. Det har gått via det offentlige, mest. Lise

Kari er opptatt av å være tilgjengelig for de ansatte på sykehjemmene og gjør terskelen lav for å ta kontakt. :

Eg har en telefon som eg skrur av..men som en har en sånn god melding på....så eg sier alltid ring til meg. Det er ikkje alltid eg er tilgjengelig, men legg igjen en beskjed, så tar eg kontakt så fort eg kan... Og av og til så kan eg ikkje...eg må være så trygg, at det kan ikkje være slik at eg må eie alle dødsfallene der nede. Altså av og til så kan eg ikkje ver der. Rett og slett. Kari

4.11 Oppsummering

Jeg vil avslutningsvis i dette kapitlet sammenfatte hovedfunnene i materialet fra undersøkelsen under tre hovedoverskrifter: *Omsorg ved livets slutt som diakonal tjeneste, Betydning av nettverk og relasjoner og Ritualer og synliggjøring.*

Dette vil også være overskriftene jeg tar utgangspunkt i under drøftingen i kapittel 6.0 *Drøfting.*

4.11.1 Omsorg ved livets slutt som diakonal tjeneste

Det er kommunen ved det lokale sykehjemmet som er ansvarlig for at det legges til rette for tro- og livssynsutøvelse hos beboere. Menighetsdiakonene opplever allikevel at de har et positivt ansvar med å synliggjøre kirkens tilbud om ritualer ved livets slutt, samt være på tilbudssiden ovenfor sitt lokale sykehjem. Diakonene i materialet synes det er selvsagt og helt klart at ritualer knyttet til døende er en diakonal tjeneste utfra sin forståelse av hva diakoni er. Det kommer samtidig frem at det tradisjonelle synet er at det er presten som tilkalles ved livets slutt.

Kun 7 av de 37 menighetsdiakonene i Oslo og Borg bispedømme gir tilbakemelding på mail om at de ser på omsorg ved livets slutt som en integrert del av sin jobb.

Diakonene i undersøkelsen gav uttrykk for at sykepleiere/helsefagarbeidere og frivillige med fordel kan dyktiggjøres av kirkelige ansatte til å utføre åndelig omsorg ved livets slutt. Kirkelige ritualer fra gudstjenesteboka utføres som oftest av diakon eller prest. Diakonene ser på seg selv som spesielt godt egnet til å utføre ritualer ved livets slutt, ettersom de jevnlig besøker sitt lokale sykehjem, og har en mer fleksibel arbeidshverdag enn presten til å etablere relasjoner og nettverk blant ansatte og beboere på sykehjemmet.

4.11.2 Betydning av nettverk og relasjoner

Det utføres flere ritualer ved livets slutt der diakonen kjenner de ansatte på sykehjemmet privat, der kontakten mellom diakon og ansatte er spesielt god og der de ansatte på sykehjemmet har kirkelig tilhørighet.

De sykehjemmene som er eid av en menighet eller av kirkens bymisjon, tar hyppigere kontakt med kirken enn kommunale sykehjem. Diakonene i undersøkelsen ser verdien av å bygge nettverk og etablere kontakt og relasjoner, men understreker at det tar tid.

Betydningen av nettverk og relasjoner mellom diakon og beboere og ansatte på sykehjemmet er stor, sett i forhold til om åndelig omsorg for døende blir utført.

Diakonene i undersøkelsen mener at det ikke er samsvar mellom behovet for ritualer ved livets slutt og etterspørselen. De oppgir at de blir kontaktet 3-10 ganger i løpet av et år, som er relativt sjelden med tanke på antall begravelser i en menighet i løpet av et år.

Diakonens jevnlige tilstedeværelse på sitt lokale sykehjem er avgjørende for om de i det hele tatt blir kontaktet når beboere ligger for døden. Faste andakter på de lokale sykehjemmene er i hovedsak det eneste som eksisterer av systematisk samarbeid mellom kirke og sykehjem. Andakten blir av diakonene beskrevet som en viktig arena og innfallspport til å gjøre seg kjent med ansatte og beboere på sykehjemmet.

Det er i all hovedsak de ansatte på sykehjem som tar kontakt med kirken eller direkte med diakonen for å få utført ritualer ved livets slutt. Kontakten skjer gjennom telefon, eller ved at diakonen blir «huket tak i» mens han eller hun er på sykehjemmet. Jo større grad av samhandling mellom kirke og sykehjem, desto flere ganger blir kirken kontaktet ved livets slutt. Det er få pårørende som tar direkte kontakt med kirken for å få utført ritualer ved livets slutt. Ritualer ved livets slutt kan oppleves som veldig «endelig» for pårørende, døende og ansatte. Det kan være en forklaring på hvorfor helsepersonell vegrer seg mot å be kirken komme ved livets slutt. Hovedproblemet hos menighetsdiakonene i undersøkelsen var ikke mangel på frivillige, men at sykehjemmet i for liten grad tok kontakt med kirken.

4.11.3 Ritualer og synliggjøring

Velsignelsen blir av diakonene trukket frem som et viktig og betydningsfullt rituale i arbeidet med døende. Begreper som *trygghet* og *tilstedeværelse* ble gjentatt av diakonene som sentrale i møte med døende. Ritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenestebok 1992:122) uten nattverd blir ikke brukt av diakonene i materialet, men «Nattverd hos den som er syk-Soknebud» (ibid. 1992:118) blir benyttet i større grad. Det fins ikke brosjyrer, plakater, informasjon om nattverd for syke og døende, eller forbønnsritualet ved livets slutt blant

diakonene i undersøkelsen. Kirken er ikke god nok på å synliggjøre sitt tilbud om omsorg ved livets slutt verken ovenfor befolkningen generelt eller til sine lokale sykehjem selv om diakonen ser at de har et ansvar for å være på tilbudssiden. Ved direkte påminning fra diakoner til sykehjemsansatte og jevnlig tilstedeværelse blir ritualer ved livets slutt hyppigere etterspurt. Det kan virke som om kartleggings skjema ved inntakssamtalen på sykehjemmet i seg selv ikke fører til at ritualer ved livets slutt blir utført. Samtidig er det sykehjemmet i all hovedsak som tar kontakt med kirken de gangene ritualer ved livets slutt blir gjennomført.

5.0 Forskningens teorigrunnlag

Jeg har i dette forskningsprosjektet latt funnene i materialet sammen med problemstillingen være styrende for mitt valg av teori. Etersom mitt materiale viste betydningen av relasjoner og nettverk for at samarbeid mellom kirke og sykehjem skulle komme i stand, ble jeg interessert i nettverksteori. For å finne ut av hvordan «*..ritualer knyttet til omsorg for døende kan bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste..*» har jeg også orientert meg i diakonifaglig litteratur. Jeg vil i det følgende forankre hva det vil si å utøve omsorg for døende ut fra et kristent menneskesyn og nødvendigheten av ritualer i den sammenheng. Jeg vil videre utfra diakoniteori og teologi si noen om hva en diakonal tjeneste kan bety i den sammenheng. Så vil jeg gi en kort innføring i nettverksteori før jeg går nærmere inn på Urie Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell som jeg synes gir en interessant innfallsvinkel til å forstå mekanismene i samarbeid mellom kirke og sykehjem.

Jeg vil i denne fremstillingen ta utgangspunkt i Bronfenbrenners egne bøker fra 1979 og 2005, samt bruke Inge Bø sine fremstillinger av Bronfenbrenner som han har gjort i «*Barnet og de andre*» (Bø 2012) og «*Sosiale landskap og sosial kapital*» (Bø og Schiefloe 2007). Jeg vil gjøre rede for Bronfenbrenners ulike nivåer; mikro, meso, ekso og makro og vise hvordan de kan være relevante for å forstå samarbeid mellom kirke og sykehjem. Videre vil jeg begrunne kort hvorfor jeg bruker denne modellen (som vanligvis forbindes med barn og unge) opp mot eldre og døende. Tilslutt vil jeg vise til noe kritikk av modellen, som blant annet er fra Bronfenbrenner selv, i hans siste bok (2005).

5.1 Diakonifaglig teori

5.1.1 Omsorg for døende som diakonal tjeneste

Ut fra et kristent helhetlige menneskesyn, har alle mennesker like stor verdi og er i behov av fysisk, sosial, psykisk og åndelig omsorg (Nielsen 2005:14). Det teologiske utgangspunktet for diakonien er i det oppdraget som Gud har gitt til kirken, og som kommer til uttrykk i vår samlede kristne tro (Kirkerådet 2010:9). *Plan for diakoni* skriver om det teologiske grunnlaget for diakoni, og peker på at diakonen skal gjøre troen virksom i handling gjennom å oppsøke marginaliserte, syke, sultne, tørste og isolerte (Bibelen 2011, Matt 25:35)(Kirkerådet 2010:9). Dette understreker omsorg for døende som en diakonal tjeneste. Olav Fanuelen diskuterer begrepet *omsorg* i diakonifaglig sammenheng i artikkelen «*Kirkens omsorgstjeneste*». Han spør om det dagligdagse ordet *omsorg* har et «filter» som gjør at det mister sine nyanser og en eventuell kristen egenart (Johannesen

mfl. 2009:142). Plan for diakoni gir begrepet *omsorg* en retning ved at den kommer til «*uttrykk gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet*» (Kirkerådet 2008:9). *Omsorg* er fortsatt et vidt begrep, men det er dette vide perspektivet på diakonien vi må være opptatt av (Johannesen mfl. 2009:142). Når den lokale kirken skal bestemme sin omsorgstjeneste, understreker Fanuelsen at det bør skje i et samspill mellom teologi og kontekst, og han ser troen som tolkningshorisonten i møte med medmenneskers livssituasjon (ibid. 2009:143). Ut fra dette kan ulike mengheter velge sitt diakonale uttrykk. Men så fremt en ikke er ansatt som ungdomsdiakon, er det vanskelig å velge bort syke og døende ut fra kirkens diakonale oppdrag.

Er det noen blant dere som lider? Da skal han be. Er noen glade til sinns? Da skal han synge lovsanger. Er noen blant dere syke? Han skal kalle til seg menighetens eldste, og de skal be over ham og salve ham med olje i Herrens navn. Da skal troens bønn redde den syke, og Herren skal reise ham opp. Har han gjort synder, skal han få dem tilgitt (Bibelen 2011, Jakob 5:13-15).

5.1.2. Diakonens nettverksrolle i ekklesiologisk perspektiv

Fanuelsen tar utgangspunkt i Apostlenes gjerninger 6:1 (Bibelen 2011) som tradisjonelt har vært oppfattet som et innblikk i hvordan diakonien ble organisert i den første kristne menighet. Det ble daglig delt ut mat og klær til de som hadde behov i menighetene, og det ble utnevnt syv menn som skulle ta seg av bordets diakoni (Fanuelsen i Johannesen mfl. 2009:146). Fanuelsen skriver videre:

Antar vi nå at de syv mennene ble forløpere til de første diakoner, kan vi tenke oss at de fikk en nettverksrolle like mye som en sosialarbeiderrolle. De skulle i videste forstand være formidlere mellom menneskene i fellesskapet (ibid. 2009:147).

Diakonen som sentral i nettverksbygging har med andre ord lang tradisjon. Diakonens posisjon som formidler mellom mennesker i et fellesskap, og mellom ulike fellesskap er på mange måter unik. I det Fanuelsen gjør rede for omsorgsteologi, ser han den kirkelige omsorgstjenesten i *skapelsesteologisk perspektiv, kristologisk perspektiv* og til slutt i *eklesiologisk perspektiv*. I det *skapelsesteologiske perspektivet* tar han utgangspunkt i at mennesket er skapt i Guds bilde til å være medmenneske, tjene hverandre og ha omsorg for hverandre. Det er fokus på verdighet til den som mottar omsorg, og den som gir omsorg er satt der i Guds sted (ibid. 2009:149). I det *kristologiske perspektivet* blir omsorgstjenesten sett i lys av Jesu person og verk. Jesus utøvet omsorg og var sann Gud og sant menneske. Den kirkelige omsorgstjenesten innenfor dette perspektivet har Jesus som forbilde. I det tredje og siste *eklesiologiske perspektivet* er det den tredje trosartikkel

som kommer i fokus (ibid. 2009:150). Det er i dette siste perspektivet jeg ser menighetsdiakonen i samhandling med det lokale sykehjemmet. Den kirkelige omsorgstjenesten springer først og fremst ut av fellesskapet, og ikke ut fra summen av enkeltkristnes nestekjærlighetshandlinger. Samlingen om Ordet og Sakramentene i menighetens fellesskap står sentralt, og den kirkelige omsorgstjenesten vil ikke kunne løsrides fra menighetens liv og fellesskap (ibid.). Også av den grunn har jeg fokus på menighetsdiakonen framfor institusjonsdiakonen som ofte står utenfor fellesskapet fra en menighet. Menighetsdiakonen står i en særstilling som brobygger mellom gudstjenesteliv og hverdagsliv.

5.1.3. Døendes åndelige behov

I motsetning til hva mange tenker, endres religiøst ståsted som oftest ikke ved sykdom og død (Sørbye1980:138). Sykepleiere og frivillige kan være viktige og uutnyttede ressurser i møte med mennesker som ligger for døden (ibid. 1980:142). I Sørbyes undersøkelse fra 1980 svarte de pårørende at halvparten av de døende hadde religiøse behov, men ingen av pasientene hadde hatt kontakt med prest (Sørbye 1980:140). I Sørbyes undersøkelse «*Omsorg og pleie ved livets slutt i sykehjem, sykehus og hjemme*» undersøkte hun om det ble snakket om døden ved livets slutt. Flere av pleierne i undersøkelsen gav uttrykk for at de syntes det var vanskelig å snakke om døden med den døende (Sørbye 1992:217). Sørbye konkluderte blant annet med at det ble snakket lite om døden på sykehjemmene og at «*den generelle fremmedgjøringen overfor døden i samfunnet var med på å vanskeliggjøre en hensiktsmessig kommunikasjon ved livets slutt*» (ibid. 1992:227). I denne undersøkelsen kom det også frem at det i all hovedsak var de ansatte på sykehjemmet som spurte den som lå for døden om han eller hun ønsket besøk av prest eller diakon. Svært sjelden kom initiativet fra den døende. Sørbye understreket hvor viktig det var å etablere kontakt i god tid før pasienten lå for døden: «*Det ofte er for sent å komme til en pasient for å tilby sjelesorg for første gang når pasienten er i slutfasen (...)* Sjelesorg til døende skal være en oppfølging av sjelesorg til alvorlig syke» (ibid. 1990:107). Også Rita Nielsen som har intervjuet alvorlig syke og døende på Sankt Lukas Hospice (Nielsen 2005), påpeker i sin undersøkelse at «*pasienterne efterspørger kun i ringe grad religiøse ydelser, så som at få bedt en bøn, læst op af Bibelen eller sunget en salme*» (ibid. 2005:99). Nielsen spør seg selv om det kan være fordi pasienten ikke har blitt tilbudt dette, og ikke vet at muligheten finnes. Hennes undersøkelse har som Sørbye vist at pasienter i høy grad ønsker og har bruk for å snakke om åndelige spørsmål (ibid.2005:100).

Sørbye skriver også om det som skjedde etter hennes undersøkelser (1978,1980) om dødspleien i Norge. Hun skriver at interessen for omsorg ved livets slutt økte i flere land, det utløste forskningsrapporter og offentlige utredninger og det ble arrangert flere kurs og seminarer med kompetanseheving på dette området (Sørbye 1990). I Sørbyes undersøkelse fra 1987 ble pleiere spurt i tillegg til de pårørende, om de døendes religiøse behov ble møtt. Spørsmålene Sørbye blant annet stilte var: «*Gav pasienten uttrykk for at han eller hun ville ta opp religiøse/eksistensielle spørsmål med deg eller andre?*» De pårørende ble spurt «*om pasienten hadde fått snakket med presten og eventuelt fått nattverd eller velsignelse*» (Sørbye 1990:99). Undersøkelsen i 1987 viste en klar nedgang i antall døende som fikk snakke med prest og som fikk nattverd og/eller velsignelse. Sørbye forklarer noe av nedgangen med at liggetiden er blitt kortere på sykehusene i tillegg til den generelle sekulariseringen i samfunnet (Sørbye 1990:100).

Forskningsresultater som kommer frem i rapporten «*En naturlig avslutning på livet*» (Forstrøm 2012) og Kari Korsliens undersøkelse (Korslien 2011) bekrefter at Sørbyes funn fra 80- og 90- tallet fortsatt er aktuelle. I en britisk undersøkelse fra 1973 kom det også frem at langt flere pasienter ved livets slutt hadde ønsket å få besøk av prest enn det deres omsorgspersoner hadde antatt (Kegan 1973:103). Også Sørbye bekrefter den britiske undersøkelsen gjennom sin forskning, og sier at flere pleiere ofte går via pårørende for høre om pasienten ønsker samtale med prest i stedet for å spørre pasienten direkte (Sørbye 1990:103).

Sørbye stiller også spørsmålet om andre enn presten kan møte pasientens behov? Hun peker på de lokale menighetskontorene og de ressursene som finnes i menighetene. Hun foreslår at frivillige i kirken kan være et bindeledd mellom sykehus og menighet. Hun sier videre: «*Men dette krever at kirken kjenner sin menighet og et rapportsystem fra sykehuset*» (Sørbye 1980:142). Sørbye foreslår også i sin undersøkelse at ansvarlig personale bør ta konkret initiativ til å arrangere intern kurs om døden (1992:227). Hun peker også på sykepleiere som uutnyttede ressurser i omsorg ved livets slutt (Sørbye 1980:142). I boka «*Trygghet ved livets slutt*» tar Sørbye opp diakonien og sjelesorg ved livets slutt. Hun skriver: «*Den generelle sekulariseringen som har funnet sted i samfunnet, har nå også nådd helsetjenesten. Etter hvert som kallsbevisste leger, sykepleiere, diakonisser og diakoner blir pensjonert, forsvinner tradisjoner og ritualer fra våre institusjoner*» (Sørbye 1990:98) Hun peker på at det ikke er tilstrekkelig å ha åndelig

omsorg som eget fag på kursplanen i sykepleierutdanningen, men at faget også må være forankret i det kliniske arbeidet (ibid.).

Rita Nielsen har sett spesielt på det å kartlegge de åndelige forhold hos pasienten. Hun skriver at det er nyttig nettopp for å kunne yte åndelige omsorg. Hun mener også at det er bra for pasienten å bli spurt om åndelige forhold, ettersom det vil hjelpe pasienten til å verbalisere og reflektere over spørsmålene på en ny måte (Nielsen 2005:98).

5.1.4 Kirkens støtte til syke og døende på sykehjem

Hovedfunnene i Korsliens undersøkelse (Korslien 2011) er at syke og døende ikke får den støtten de er i behov av, verken hjemme eller på institusjon. Det pekes på knapphet på tid og ressurser som hindrer en bedre tjeneste og både prester og diakoner i undersøkelsen gir uttrykk for at flere frivillige må bidra. Det vises til at det i dag er etablerte rutiner for formidling av sorggrupper i mange menigheter, men at det mangler tilsvarende tilbud om kirkens støtte til alvorlige syke i Norge. Videre sier undersøkelsen at økt samhandling må til for at dette skal komme i stand, og at arbeidet med å rekruttere flere frivillige må prioriteres. Korslien trekker frem samhandlingsreformen og rundskrivnet fra 2009 som svært sentral i denne sammenheng (ibid.).

Jeppsson og Whitaker har sammen og hver for seg gjort flere undersøkelser på tema diakoni, kirke, eldre og døende. Sammen med flere andre forskere gjorde Jeppsson og Whitaker undersøkelsen «*Spiritual Care in the Last Phase of Life: A Comparison between the Church of Sweden and the Church of Finland*» (Jeppsson mfl. 2010) I denne undersøkelsen peker de på religionens rolle i disse landene, som på mange måter ligner Norge. Undersøkelsen viser at det kirkene i begge land tilbyr ved livets slutt, er begravelser og sorggrupper til etterlatte. Det er svært lite samarbeid mellom lokal kirke og sykehjem når det gjelder omsorg for døende. Det pekes på at flere eldre i disse landene dør på sykehjem, og at døden på mange måter har blitt institusjonalisert. Det blir pekt på at det er lite forskning på dette feltet (ibid. 2010:2), men at flere studier viser at døende og pårørende ønsker å snakke om åndelige temaer (Whitaker 2004). Undersøkelsen peker på at både den finske og den svenske kirken opererer i multireligiøse samfunn, og at det tilbudet som gis, i stor grad gis av betalte kirkelige ansatte som prester og diakoner. Diakoner blir eksplisitt nevnt som viktig aktør i åndelig omsorg ved livets slutt (Jeppsson mfl. 2010:3).

Undersøkelsen sier at det er et økende fokus på åndelige behov ved livets slutt. Undersøkelsen bygger på tretti dybdeintervjuer med prester og diakoner i tillegg til spørreundersøkelser på nett. Det å gi åndelig omsorg ved livets slutt fra lokal kirke til sykehjem, blir beskrevet i undersøkelsen som et eksklusivt fenomen både i Sverige og Finland. De fleste menigheter tilbyr sorggrupper i etterkant av begravelser, mens de sjelden var tilstede ved livets slutt. Som forklaring ble det sagt at kirken ikke lenger har den status som den hadde og at religion er blitt en «privat ting». Mangel på kjennskap til hva kirken kan tilby, kommunal omsorg og profesjonalitet har tatt over (ibid. 2010:4). Disse mønstrene er i følge Korsliens tilsvarende i Norge (Korslien 2011). Det blir pekt på at kun aktive kirkegjengere visste om at kirken tilbyr samtale, og/eller nattverd ved livets slutt. Flere gav også uttrykk for at de tenkte det var sykehuspresten sitt ansvar. Kirkene har gjennom begravelser i alle landene en bred kontakt med folket. Undersøkelsen avdekker at det de få prestene og diakonene gjør, i møte med døende, er samtaler om eksistensielle spørsmål, bønn, lovsang/salmesang og utdeling av nattverd. Både prester og diakoner understreket ritualets betydning ved livets slutt (ibid. 2010:6). Både Sverige og Finland blir beskrevet som sekulariserte land, men finnene har mer tillit til kirken enn svenskene. Det understrekes at det trengs mer forskning på dette området ettersom det er en økende utfordring for lokale menigheter å møte dette åndelige behovet hos døende (ibid. 2010:8).

However, in the new geography of death, pastors and deacons cannot rely on hospital chaplains. They will have to identify their own, more active way of approaching spiritual needs of people in their end-of-life phase as they simultaneously seek to develop new collaborative efforts with professional colleagues (ibid. 2010:8)

Forskerne konkluderer altså med at kirken selv i sekulariserte samfunn som Sverige og Finland, har en viktig rolle å spille i omsorg ved livets slutt gjennom sitt religiøse reportuar, og som vakt for eksistensiell verdighet og identitet (ibid. 2010:8).

I boka «Åldrande och omsorgens gestaltningar» (Jeppsson & Whitaker 2012:189) omtales en lignende undersøkelse «*With or without faith. Spiritual care in the Church of Sweden at a time of transition*» (Jeppsson & Whitaker 2006). Et av spørsmålene som ble stilt i denne undersøkelsen var: «*Hur väl utvecklat är det kyrkliga stödet till människor som befinner sig i de sista faserna av sitt liv?*» (ibid. 2012:191) og «*Vilka yrkesgrupper har den rätta kompetensen? Bör det överhuvudtaget vara professionella? Är det här i första hand ett uppdrag för kyrkan och dess företrädare?*» (ibid. 2012:192). Det blir pekt på at den svenske kirken mister medlemmer, og at den i søken etter sin profil i moderne tid, har et

stort behov for å gjøre seg nyttig. Samtidig som kirken har blitt mer synlig de siste årene gjennom å ha bidratt positivt i nasjonale tragedier (ibid. 2012:192-193). I denne undersøkelsen blir det også understreket at de fleste eldre dør hjemme eller på lokale sykehjem, og ikke på sykehus (ibid. 2012:194). Denne endringen er med på gi pårørende og den lokale kirken et større ansvar for den døende. Det kom frem også her at kirkens omsorg ovenfor etterlatte var langt større, enn for de som lå for døden (ibid. 2012:195). To av tjuefem menigheter i forskningen oppgav at de «fast utøvet omsorg» for de i menigheten som lå for døden. Resten sa at det skjedde «av og til» eller «veldig sjelden» (ibid. 2012:195). På spørsmål om hva som kunne være grunnen til dette, ble det pekt på tre områder: Kirkens minskede status og betydning i menneskers liv, det faktum at prest og diakon ikke kjente de som lå for døden (anonyme relasjoner) og til slutt at det var andre aktører som utførte omsorgen (hjemmesykepleie, sykehusprest, palliative team o.l.).

Med andra ord fanns det andra aktörer som bistod med andligt och existentiellt stöd och det föreföll som att församlingens representanter endast i begränsad utsträckning ingick i samarbeten eller nätverk med dessa aktörer runt den döende personen» (ibid. 2012:196).

Også av Jeppsson & Whitaker i sitatet over, blir altså nettverket rundt den som ligger for døden fremhevet. Samtidig erkjennes det at kirkens ansatte i liten grad er en del av dette nettverket. Jeg vil si mer om betydningen av nettverk og relasjoner i punkt 5.2

Nettverksteori.

5.1.5 Kjennetegn på menighetene som utøver støtte til døende

Ettersom omsorgen for døende var så uvanlig fra lokalmenighetene, ble Jeppsson & Whitaker nysgjerrig på hva som kjennetegnet de menighetene som utførte omsorg for døende. Det de fant var at menighetens størrelse hadde noe betydning, da det var mer vanlig med støtte til døende i mindre menigheter på landet. Forskerne tolket det som at små menigheter tilbyr større mulighet til nærhet, kontakt og nettverk under hele livsløpet. I analysen av resultatene i undersøkelsen var det ett overgripende mønster: det var i menigheter med mange gjensidige relasjoner det forekom åndelig omsorg ved livets slutt (ibid. 2012:197). Forskerne undret seg også over hvem som utførte omsorgen, og fant ut at det var flere prester enn diakoner, og flere kvinner enn menn. De som utførte omsorgen hadde lang erfaring, og hadde jobbet lenge i den aktuelle menigheten. Det kom frem at det var tilliten mellom kirkelig ansatt og den enkelte i menigheten som var avgjørende. «*Den personliga relationen till den döende och hans/hennes familj spelade en central roll*» (ibid. 2012:197). Også de prester og diakoner som selv bodde i den menigheten de jobbet,

hadde stor fordel av dette. De var kjent av menigheten, og ofte i flere ulike roller. Ikke bare som prest, men også som nabo, venn osv. Det viste seg at relasjonene førte til fellesskap og tilhørighet. «*Den själavårdande omsorg de utförde tycktes både spegla deras nätverk och förankring i församlingen och en relativt traditionell roll inom kyrkan. På samma sätt var troligtvis den döende personen känd hos präst och diakon i olika roller*» (ibid. 2012:197).

5.1.6 Betydningen av at kirken etablerer kontakt før dødsleie

I denne undersøkelsen kom det frem at den tidligere etablerte relasjonen mellom prest/diakon og den enkelte i menigheten, fikk en avgjørende betydning for den eksistensielle omsorgens mulighet og innhold. Prestene og diakonene i undersøkelsen fremhevet betydningen av å være en del av menneskers liv i hverdagen, før de lå for døden. De mente at relasjonen allerede måtte være etablert for at det skulle oppleves naturlig å etterspørre prest eller diakon på dødsleie (ibid. 2012:198). Innholdet i den omsorgen som ble gitt var samtale om eksistensielle og religiøse spørsmål, andakt, bønn og nattverd. Presten fremhevet håpet, og diakonen fremhevet tilstedeværelse og det å kunne bekrefte hjelpsløsheten (ibid. 2012:199). Forskerne konkluderer med at «*....det var helt oppenbart att församlingarnas representanter inte hade de nätverk och relationer som tycktes vara förutsättningen för att kunna erbjuda fler församlingsbor stöd i livets slutskede*» (ibid. 2012:203).

Halvorsen er opptatt av omsorg og samarbeid på tvers, og stiller spørsmål som er sentrale i min undersøkelse. Hvem bør samarbeide? Og hvilke elementer er viktig for at samarbeidet skal fungerer godt? (Halvorsen 1993:41) Når han skriver om den døendes behov, understreker han at omsorgsarbeidet også omfatter åpenhet for tanker og tro og livssyn samt «*spørsmål som kan gi den døende frihet og mening*» (ibid. 1993:42). Når Halvorsen skisserer samarbeidspartnere i det tverrfaglige omsorgsarbeidet for døende lister han opp prest, diakon og menighetsarbeider som noen av de (ibid. 1993:43). Han skriver videre om kirkens samarbeid med helsetjenesten «*Prestene i menigheten føler ofte at han kommer for sent inn i familiens prosess, og at han blir en ren sermonimester. Diakonene er åpenbare ressurser. De har ofte en dobbeltrolle. Som sykepleiere deltar de i hjemmesykepleien. I tillegg deltar de i det religiøse arbeidet*» (ibid.1993:47). Nå er ikke alle diakoner utdannet sykepleiere, men de kan allikevel inneha en sentral rolle, ettersom de ofte har fulgt eldre på sykehjemmene over lang tid gjennom besøkstjeneste, andakter på sykehjem eller på formiddagstreff. Diakonen er derfor en sentral samarbeidspartner i det tverrfaglige omsorgsarbeidet for døende.

5.1.7 Potensialet som ligger i at kirken er oppdelt i sogn

Den finske kirken ble skilt fra staten i 1923, den svenske i 2000 og Den norske kirke i 2012. Kirkene i alle landene er i dag mer eller mindre selvstendige trossamfunn på linje med andre kirker. Det understrekes at den finske og svenske kirken er organisert i lokale menighets sogn som deler opp landet (ibid. 2010:3). Dette gjelder også i Norge. Alle som bor i disse landene er av den grunn «tilhørende» eller bor i et menighets sogn selv om de ikke er direkte medlemmer, eller aktive i kirken. Undersøkelsen peker videre på at få andre organisasjoner har så stor andel av befolkningen som medlemmer (2007: 75% Sverige, 80% Finland), selv om en mindre prosentandel er aktive (ibid. 2010:3).

5.1.8 «Den gode død» - åndelig omsorg

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn mener at alle pasienter bør spørres om de har et livssyn som de ønsker det skal taes hensyn til, når de blir innlagt på institusjon (Plesner og Døving 2009). I diakonhjemmets rapport til KS understrekes ritualets betydning og betydningen av å bli møtt på sine åndelige behov ved livets slutt:

Vissheten om at vi alle skal dø, er et viktig anliggende. Åndelig omsorg ved livets slutt må tilpasses den enkeltes tro på hva døden innebærer. For mange gamle eldre har religiøse tradisjoner og ritualer vært en viktig del av deres liv - ritualer som unge pleiere ikke kjenner til, uansett om de er norske eller av utenlandsk opprinnelse. Kunnskap om den eldres religiøse tilhørighet, og hva som har gitt trygghet og styrke i livet, bør også være en del av grunnlaget for omsorgen ved livets slutt (Forstrøm mfl. 2012:91).

I sitaten under fra samme rapport understrekes også betydningen av å møte representanter fra kirken samt nødvendighet av kartlegging av menneskers tidligere tro- og livssynsutøvelse:

Det kan ofte være lettere å samtale med pasienter som har en sterk personlig tro, uansett trosretning, enn med dem som ikke har tatt noe standpunkt. Som helsepersonell møter vi pasienter som er trygge i ulik grad. Når døden er nært forestående og pasienten mangler evne til å føre en samtale, kan usikkerhet og tvil oppstå. Da er det til hjelp å ha informasjon om hvordan pasienten tidligere oppsøkte styrke og trøst i vanskelige livssituasjoner. For mange pasienter kan utvalgte sanger og musikk skape ro, andre finner fred i religiøse skrifter og i bønn» (Danbolt og Nordhelle 2012, sitert av Forstrøm 2012:91).

Halvorsen tar også for seg ulike tro- og livssyn, og redegjør for hva som er viktig i den åndelige omsorgen for den døende. Der står det blant annet at Den norske kirkes religiøse tiltak før døden inntreffer er: «...nattverd, skriftemål, forbønn og salving» (Halvorsen 1993:186). Det understrekes at det er viktig at presten og pasienten får være alene og uforstyrret under skriftemål og forbønn. (Halvorsen 1993:186).

Rapporten «*En naturlig avslutning på livet*» fra diakonhjemmet peker på at tilbud og kompetanse fra kirken i for liten grad har nådd ut til folket (Forstrøm 2012:104).

5.2 Nettverksteori

Ettersom funnene og diakonifaglig teori i så sterk grad peker på betydningen av relasjoner og nettverk, begynte jeg å lete i nettverksteori etter en egnet modell. En teori i seg selv vil ikke legge til rette for mer kontakt mellom kirke og sykehjem, men en organisasjon kan påvirkes av mennesker som har kunnskap om organisasjoner (Andersen 2009:13). I det en forstår mer av mekanismene som styrer en organisasjon, og hvilke faktorer som styrer graden av samarbeid og nettverk, kan en trolig gjøre endringer i praksis som kan legge til rette for større grad av samhandling.

Andersen understreker det faktum at organisasjoner består av atferdsmessige relasjoner mellom mennesker. Dette gjør dem til ytterst variable og noen ganger ustabile fenomener (Andersen 2009:18). Denne ustabiliteten og variabelen blir godt belyst i mitt materiale. Det har blitt tydeligere for meg at et systemisk samarbeid aldri er bedre enn de menneskene som er satt til å samarbeide. Jeg hadde før jeg startet forskningen en hypotese om at et bedre organisatorisk samarbeid ville føre til at flere døende som ønsket det fikk tilbud om samtale eller nattverd ved livets slutt. Ettersom materialet viser at det ikke er de formelle strukturene, men heller de uformelle som avgjør om ritualer blir tilbudt til døende fra kirkens side vil jeg se nærmere på nettverksteori. Nettverksteori dukket opp i faglitteraturen på midten av 1950-tallet, og har spredd seg raskt til andre fag og nå også til allmennheten. Ganske raskt ble nettverksteori brukt som et nyttig hjelpemiddel i analyse av viktige sider ved enkeltpersoners situasjon (Bø og Schiefloe 2007:11). Live Fyrand trekker frem Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell i sin bok «*Sosialt nettverk - teori og praksis*». Hun ser på hans analysemodell som et nyttig hjelpemiddel for å forstå hvordan individet er i samspill med de sosiale systemene som vi er en del av (Fyrand 2005:48). Ved å bruke nettverksmodellen kan en få en mer helhetlig forståelse av en problematisk situasjon, samt lettere se hvilket nivå en bør sette inn tiltak for å endre på situasjonen (ibid. 2005:48). Som analyseverktøy for å forstå hva som fører til at ritualer ved livets slutt faktisk skjer, kan Bronfenbrenners modell vise seg å bli interessant. Jeg er

opptatt av i hvilken grad nettverket til den døende, og de ansatte på et sykehjem samt diakonens nettverk har noe å si for om tilbud om samtale og nattverd blir gitt på sykehjem. Jeg velger i min videre fremstilling å se nærmere på Uri Bronfenbrenners økologiske nettversksmodell som en innfallsvinkel til å forstå hva som fører til større grad av systemisk samarbeid mellom kirke og sykehjem.

5.3 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

Uri Bronfenbrenner har vært en av de mest refererte og synlige utviklingspsykologene de siste 50 årene. Han valgte tidlig en tverrfaglig og helhetlig forståelse av menneskelig utvikling i skjæringspunktet mellom biologien og samfunnsvitenskapene (Bø 2012:169). Bronfenbrenner forsket på hvordan miljøet påvirker menneskelig utvikling og vekst. Han lanserte et nytt teoretisk perspektiv for forskning innen menneskelig utvikling og ser på det økologiske miljøet som strukturer og er opptatt av relasjonene mellom de ulike settingene (Bronfenbrenner 1979:3). Han kritiserte laboratorieforskning som ofte forsket på enkeltmennesker og ikke på relasjonen mellom de (ibid. 1979:5).

Bronfenbrenner definerte overganger i livet som å begynne på skolen, gifte seg, komme på sykehjem osv som «*Ecological transitions - shifts in role or setting, which occur throughout the life span*» (ibid.179:6). Han var opptatt av at menneskelig utvikling varer hele livet ut, og sidestiller overgangen fra å bo hjemme til å komme på sykehjem med for eksempel å begynne på skolen og flytte hjemmefra. I begge tilfeller kommer en inn i en ny setting og må gå inn i en ny rolle. Det økologiske miljøet endres.

«*An ecological transition occurs whenever a person's position in the ecological environment is altered as the result of a change in role, setting, or both*» (ibid.1979:26).

Definisjonen på den økologiske menneskelige utvikling er i følge Bronfenbrenner selv:

The ecology of human development involves the scientific study of the progressive, mutual accommodation between an active, growing human being and the changing properties of the immediate settings in which the developing person lives, as this process is affected by relations between these settings, and by the larger contexts in which the settings are embedded (ibid. 1979:21).

Mennesker som bor på sykehjem er på mange måter i en ny setting, og må inngå nye relasjoner. De er også i større grad, på grunn av sin helse, avhengig av de ansatte på sykehjemmet og sine pårørende samt avhengig av avgjørelser som blir tatt uten at de selv er tilstede. En økologisk overgang kan i følge Bronfenbrenner bety vekst, men det kan også være en sårbar fase med muligheter for stagnasjon og feilutvikling (Bø 2012:183).

Det er ikke ukjent at eldre som flytter hjemmefra til sykehjem kan oppleve denne overgangen på godt og vondt. Det kan bli svært positivt med nye sosiale omgivelser og god hjelp fra ansatte, eller flyttingen kan i seg selv være en så stor belastning at den eldre blir dårligere og kanskje dør.

5.3.1 Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell for eldre?

Ettersom min avhandling omhandler eldre, syke og døende samt voksne ansatte på sykehjem, er det viktig for meg å redegjøre for Bronfenbrenners originalutgivelser. I hans egne bøker eksemplifiserer han sine teorier utfra flere ulike alderssegment. Inge Bø skriver i fotnote 22 i sin bok «Barnet og de andre»: «*I sin teori (1979a) er Bronfenbrenner opptatt av at ikke bare barn og ungdom er i utvikling, - også voksne og eldre utvikler seg. Av denne grunn bruker han uttrykk som «the developing person», «the growing human being» etc.*» (Bø 2012:169) I Bø sin fremstilling har han konsekvent oversatt disse begrepene til «*barn og unge*» ettersom Bø i sin bok bruker Bronfenbrenners modell for å belyse barn og unges oppvekstvilkår. Jeg nevner det allikevel eksplisitt, ettersom det styrker mitt valg av teori også i møte med eldre mennesker. Fyrand understreker i sin fremstilling at Bronfenbrenners modell er utviklet for å beskrive barns situasjon. Dette stiller jeg meg noe undrende til, ettersom Bronfenbrenner selv nevner flere steder i sin bok at mennesket sosialiseres hele livet, og at bevegelse mellom de ulike nivåene i utviklingsmodellen foregår så lenge en lever (Bronfenbrenner 1979). Fyrand understreker allikevel at modellen kan brukes i forhold til mennesker i alle aldre ettersom den faller sammen med nettverksorientert fagperspektiv (Fyrand 2005:45). Fyrand henviser i sin bok hele tiden til Inge Bø sin fremstilling av Bronfenbrenner.

Bronfenbrenner tenkte seg det økologiske miljøet rundt et menneske som et sett med konsentriske sirkler. De nivående dette gir, kalte han mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer (Bronfenbrenner 1979). Jeg vil nå gjøre rede for hvert enkelt nivå, og si noe om hvordan det kan være relevant for mitt materiale.

5.3.2 Mikrosystemet

Bronfenbrenners definisjon på mikrosystemet er «*A microsystem is a pattern of activities, roles, and interpersonal relations experienced by the developing person in a given setting with particular physical and material characteristics*» (Bronfenbrenner 1979:22).

Mikro er en sosial setting hvor to eller flere aktører møtes i samspill ansikt til ansikt (Bø 2012:171). Mikrosystemet slik jeg ser modellen i forhold til organisatorisk samarbeid

mellom kirke og sykehjem, er alle de situasjonene den syke/døende er tilstede i og møter andre mennesker. Det kan være andakten på sykehjemmet, foran TV i fellesrommet på sykehjemmet, på rommet der pårørende kommer på besøk, i stellsituasjon med ansatte på sykehjemmet osv. En eldre beboer har gjerne sykehjemmet som filter i møte med verden på samme måte som barnet har nærmeste familie som filter i møte med sine omgivelser. Det kan være ulikt fra person til person. Kanskje har noen eldre pårørende som er «tett på» og fungerer som filter, selv om de bor på sykehjem. Sykehjemmet vil trolig forstås som mikronivået for de eldre i Bronfenbrenner sin forstand.

5.3.3 Mesosystemet

Meso som ligger i neste sirkel i Bronfenbrenners modell, defineres slik:

«A mesosystem comprises the interrelations among two or more settings in which the developing person actively participates (such as, for a child, the relations among home, school, and neighborhood peer group; for an adult, among family, work, and social life)» (Bronfenbrenner 1979:25).

På dette nivået er det forholdet mellom to eller flere situasjoner som en person deltar i, altså forholdet mellom to eller flere mikrosystemer. Relasjonene sykehjem - kirke, nabo - døende, pårørende - sykehjem, andakt - døende kan være typiske forbindelseslinjer mellom de ulike mikromiljøene. I følge Bø kan meso ytre seg på flere måte. Jeg vil nå bruke hans begreper *overlapping*, *nærhet* og *pendling* (Bø 2012:173) i et forsøk på å bedre forstå samarbeidet mellom kirke og sykehjem.

At en ansatt på et sykehjem er aktiv i lokal menighet og kjenner diakonen som jobber i kirken kan være eksempel på *overlapping*. Det at diakonen har andakt fast på sykehjemmet i tillegg til at diakonen kjenner den døendes pårørende, kan også være en form for *overlapping*. Overlapping er når det blir sammenfall mellom ulike forbindelser rundt en person. Videre vil det kunne være et eksempel på *nærhet* om det lokale sykehjemmet fysisk ligger nært opp til kirken. *Nærhet* kan altså være avgjørende for om diakonen ukentlig stikker innom sykehjemmet. Også *nærhet* i den forstand at det er etablert en relasjon mellom diakon og beboer på sykehjem, kan gjøre at diakonen lettere blir kontaktet når en beboer ligger for døden. En diakon kan være den personen som binder ulike arenaer sammen ved stadig å forflytte seg f eks fra kirkekontoret til gudstjenestefellesskapet til andakt på sykehjemmet og til besøk på rommet hos den døende. Her er diakonen et godt eksempel på *pendling*. En kan på mange måter si at diakoner skaper meso i nettverket rundt den som ligger for døden ved å opptre på flere arenaer, og etablere relasjoner til ulike mennesker rundt den døende.

Mesorelasjoner oppstår kun gjennom kontakt, men kontakten kan bestå av både tilstedeværelse, telefonkontakt og for eksempel skriftlige meldinger (Bø 2012:173). Diakonen kan etter Bøs fremstilling av Bronfenbrenner utgjøre en primærrelenke fordi en diakon ofte utgjør det primære forbindelsesleddet mellom mikrosystemer som kirke, sykehjem, pårørende, gudstjenestefellesskap, andakt på sykehjem, besøktjeneste ol (ibid. 2102:174). Bare det å kjenne en diakon som en vet man kan ringe til, kan være av stor betydning både for ansatte på et sykehjem og for den enkelte beboer på sykehjemmet.

Bø beskriver *arena* som et møtested (ibid. 2012:24). Jeg ser blant annet på sykehjemmet som en slik *arena* der det kan, og bør skje et diakonalt samspill mellom diakon eller prest og eldre mennesker. I et utviklingsøkologisk perspektiv er man opptatt av helheten rundt, og ikke bare individet (ibid. 2012:21).

Bronfenbrenner definerer hvordan en relasjon oppstår: «*A relation obtains whenever one person in a setting pays attention to or participates in the activities of another*» (1979:56).

Videre gjør han rede for dyade-relasjon som innebærer å ta del i hverandres aktiviteter.

«*An observational dyad*» er i følge Bronfenbrenner å gi full oppmerksomhet til en annes aktivitet. Den som blir observert må gi noe respons til den som observerer (ibid.). En diakons andakt på det lokale sykehjemmet være et eksempel på en slik dyade relasjon.

Men kun i den grad diakonen som holder andakten gir noe respons direkte til de eldre, og kanskje også tar seg tid til en prat i etterkant av andakten. «*A joint activity dyad*» er i følge Bronfenbrenner når to deltakere gjør noe sammen som for eksempel å lese en bok sammen, se på bilder i et album eller for eksempel ser på TV sammen (1979:56). Som

diakon kan en sette seg ned etter andakten med en av de eldre og kanskje lese opp noe fra lokalavisen, synge kjente salmer sammen eller se på bilder av barn og barnebarn.

Den tredje form for dyade i følge Bronfenbrenner er «*A primary dyad is one that continues to exist phenomenologically for both participants even when they are not together*»

(1979:58). Bronfenbrenner hevder her at selv om to personer ikke ser hverandre så ofte, er den mentale tilstedeværelsen av stor betydning. I relasjonen i forkant av dødsleie kan dette være en viktig funksjon ettersom de eldre vet om at diakonen kan ringes til, og er en del av beboerens nettverk. Det å ha en visshet om at diakon eller prest kommer på dødsleie, vil kunne være viktig og trygt for mange eldre.

«*Trans-kontekstuell dyade*» er i følge Bronfenbrenner «*to-personrelasjoner*» som varer og følger ved overgangen fra en setting til en eller flere andre. Han kaller det et vandrende «*to-personsystem*» som engasjerer seg i aktiviteter i mer enn en setting (1979:213). Det kan for eksempel være en styrke for beboeren på sykehjemmet om sykepleier som er

kjent, er med under «Omsorg for døende» ritualet (Gudstjenestebok 1992:122) dersom prest eller diakon er helt ukjent. Eller om diakonen representerer den trygge og kjente for beboeren, kan det være av stor betydning at det er diakonen som holder andakten på sykehjemmet. Jo flere kjente relasjoner, jo tryggere for beboer på sykehjemmet.

Bronfenbrenner mener at menneskers evne til å dra nytte av utviklende erfaringer, varierer med hvor mange slike «*trans-kontekstuelle dyader*» personen har deltatt i tidligere (Bø 2012:212).

Som i all nettverksbygging må mennesker være i jevnlig kontakt med hverandre. Felleskap og bånd mellom viktige settinger skaper også rammer og gjør livssituasjonen forutsigbar og trygg (ibid. 2012:174). Spesielt for eldre mennesker er det viktig å skape berøringspunkter og arenaer, la mennesker møte hverandre på tvers av alder og institusjoner og legge tilrette for enkeltsamtaler og inkluderende fellesskap. Arrangering av formiddagstreff, organisering av besøkstjeneste og gjennomføring av hjemmebesøk er nettopp forsøk fra diakonens side for å skape sammenheng, trygghet og mening i eldre menneskers liv. Dette er viktige arbeidsområder for en diakon, og går naturlig inn under overskriftene «inkluderende fellesskap» og «nestekjærlighet» i Plan for diakoni (Kirkerådet 2010:7).

5.3.4 Eksosystemet

Bronfenbrenners definisjon av eksosystemet er «*An exosystem refers to one or more settings that do not involve the developing person as an active participant, but in which events occur that affect, or are affected by, what happens in the setting containing the developing person*» (1979:25). Eksosystemet referer til steder der mennesket sjelden eller aldri er tilstede, men hvor det allikevel fattes beslutninger av betydning for personen. Personen blir indirekte påvirket (1979:68). Beslutninger som for eksempel taes på ledelsesnivå av avdelingsledere på sykehjemmet, kan være avgjørende for beboere på sykehjemmets mulighet til å delta på gudstjeneste. For eksempel om det blir ordnet med transport for eldre til kirkelige aktiviteter. Lokal politikeres avgjørelser i kommunen om ressursfordeling kan også påvirke de eldres hverdag på sykehjemmet i stor grad. I den grad det lokale diakoniuvalget eksisterer, og har fokus på eldreomsorg, vil det kunne ha stor betydning for eldre som har og har hatt tilhørighet til kirken. Også økonomien til det lokale kirkelige fellesrådet, arbeidsmiljøet til de ansatte på sykehjemmet og avgjørelser i menighetsrådet vil kunne berøre de eldre på sykehjemmet. Også diakonen selv som person, kan være avgjørende for den enkelte beboer på sykehjemmet. Er det en diakon med overskudd og glede i arbeidet, eller er det en som heller prioriterer annet type arbeid

og kanskje også er utbrent og overarbeidet. Den enkelte diakons samarbeidsevner og personlighet er altså viktig for relasjonen til de ansatte på sykehjemmet. Bronfenbrenners eksonivå viser tydelig hvordan areneer der de eldre selv ikke er tilstede, allikevel har stor betydning for deres dagligliv og senere dødsleie.

5.3.5 Makrosystemet

I Bronfenbrenners ytterste sirkel finner vi makrosystemet: «*The macrosystem refers to consistencies, in the form and content of low-order systems (micro-, meso-, and exo-) that exist, or could exist, at the level of the subculture or the culture as a whole, along with any belief systems or ideology underlying such consistencies*» (1979:26).

I Norge kan man si at vi har menneskerettigheter sammen med kristent-humanistisk og demokratisk tankegods som gjennomstrømmer idealer og lovverk i vårt samfunn (Bø 2012:177). Det norske samfunnets verdier er i følge Bronfenbrenners tenkning altså med på å prege systemene helt inn til mikronivået. Men spesielt i mikrosystemene hevder Bø at det skjer filtrering ved at påvirkning fra familien, eller for vår del det lokale sykehjemmet og media kan svekke og/eller forstørre inntrykkene. For eksempel kan pårørende si at den døende ikke er så opptatt av andakt eller kirken. Sykehjemmet kan si at her er det ikke mange med åndelige behov, eller kirken virker «påtrengende» om prest og diakon går fast her i gangene osv. Vi tolker altså virkeligheten med makro som briller (ibid. 2012:177).

Det er et hovedpoeng hos Bronfenbrenner at hele dette økologiske systemet er en dynamisk organisme hvor de ulike komponentene innen hvert nivå - og selve nivåene - virker på hverandre i gjensidig samhandlings- og støttemønstre, men også i spennings- og motsetningsmønstre. Dette betyr også at påvirkningen fra de indre deler - også fra mikronivået - strømmer utover. Systemet er aldri i «ro» (...) (ibid. 2012:178).

Vi skal derfor kunne tro at påvirkningen ikke bare går fra samfunnet og inn mot den enkelte, men at hver enkelt person og handling igjen kan påvirke sine omgivelser. Om en kirke får til et godt samarbeid med sitt lokale sykehjem og opplever at omsorgen for døende blir vesentlig forbedret, vil det kunne ha betydning for døende på andre sykehjem og de gode erfaringene kan bli delt og formidlet over sognegrensene.

5.3.6 Kritikk av Bronfenbrenner

Utviklingsøkologisk forskning har til felles med andre helhetlige teorier at den blir kompleks og vanskelig å gjennomføre. Skal modellen favne «alt» mister en igjen mye av oversikten og den blir ubrukelig. Selv om det kan virke slik i fremstillingen, har heller ikke

Bronfenbrenners teori har greid å ivareta alle variabler. Teorien kan allikvel ha livets rett som en del av en større forståelse (Bø 2012:184).

I 1990-årene endret selv Bronfenbrenner betegnelsen på sin systemtenkning fra utviklingsøkologi (ecology of human development) til bioøkologi (bioecological perspectives on human development) (Bø og Schiefloe 2007:34) Bronfenbrenner fikk et tydeligere fokus på individets biogenetiske forutsetninger, ressurser og personlige egenart i samspillet med omgivelsene (2005).

Bronfenbrenner ønsker at hans perspektiver skal bli sett på som en praktisk teori som kan gi større forståelse for hvordan mennesker kan produsere en bedre fremtid for seg selv og andre (2005:XXIX). Nettopp fordi Bronfenbrenners modeller er så anvendelig i møte med praksis, har jeg valgt å bruke han inn mot samarbeid mellom kirke og sykehjem.

Bronfenbrenner peker selv på mangler ved sin siste teori og etterspør videre forskning på økologisk nettverksteori. I sine senere artikler bruker han «*interconnected systems*» i stedet for begrepene mikro, makro osv. (2005:1).

Bronfenbrenner understreker at selv om han kritiserer sin egen teori, mener han grunnelementene i økologisk nettverksteori allikevel blir stående. De er også etter hans syn blitt styrket og utvidet ved forskningsbevis og forskningsargumenter (2005:107).

Bronfenbrenners revidering av sin teori i 2005 endrer ikke min oppfatning av at den utviklingsøkologiske modellen er en hensiktsmessig måte å vise de ulike nivåene på.

6.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg ta utgangspunkt i hovedtendensene i funnene fra det empiriske materialets to kilder; de fem kvalitative intervjuene og mailene fra diakonene som ikke ble intervjuet. Først vil jeg drøfte *omsorg ved livets slutt som diakonal tjeneste*, så *betydning av nettverk og relasjoner* før jeg tilslutt ser på *Ritualer og synliggjøring* for å få til samarbeid mellom kirke og sykehjem. Jeg vil i drøftingen argumentere for å bruke Bronfenbrenners modell og diakonifaglig teori til å gi en økt forståelse av hvilke mekanismer som fører til bedre samhandling mellom kirke og sykehjem. Jeg vil samtidig trekke inn relevant forskningslitteratur og annen litteratur som kan være med på å gi svar på min problemstilling:

Hvordan kan ritualer knyttet til omsorg for døende bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste i møte med det lokale sykehjemmet?

6.1 Omsorg ved livets slutt som diakonal tjeneste

Utgangspunktet for min forståelse av ritualer knyttet til omsorg for døende i problemstillingen, er at det er en diakonal tjeneste. Hovedspørsmålet er på hvilken måte det kan skje i praksis, og hvordan dette kan bli en integrert del av en menighetsdiakons arbeidshverdag. Diakonene i undersøkelsen svarte alle et klart ja på at omsorg for døende og ritualer knyttet til døende er en diakonal tjeneste. De gav uttrykk for at det var selvsagt, noe som stod i kontrast til hvor få diakoner fra Oslo og Borg bispedømme som gav tilbakemelding på at de hadde erfaring fra ritualer ved livets slutt. En diakon begrunnet sitt klare ja, med at hun trodde Jesus ville at vi skulle gjøre det, mens en annen mente det å jobbe med syke, gamle og mennesker i nød var en del av jobben som diakon (jf Kirkemøte sak 8/2004). Kirkens diakonale tjeneste forstått generelt som nestekjærlighet i Plan for diakoni (Kirkerådet 2010:9) kan i utgangspunktet utøves av alle mennesker. Men diakonal tjeneste knyttet helt konkret til ritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenestebok 1992:122) krever etter mitt syn sjelsrgerisk kompetanse, og bør kanskje være forbeholdt prester og diakoner. Også Jeppsson og Whitaker stiller spørsmål om ansvarsforholdet i sin undersøkelse av den svenske og finske kirkens støtte til døende. De på sin side frykter en profesjonalisering av døden (2010:3), uten at de er opptatt av et bestemt rituale. Jeg ser faren for profesjonalisering, og ser stor verdi av å engasjere frivillige til å besøke syke og døende. På den andre siden ser jeg også behovet for spesifikk kompetanse i sjelesorg og diakoni i møte med pårørende og døende. Prester og diakoner skal inneha denne

kompetansen, og har ved gudstjenesteboka et godt rituelt hjelpemiddel som med stor frimodighet kan benyttes i større grad. Man kan eventuelt i tillegg lære opp frivillige til å sitte fastvakt for døende, og kurse helsepersonell i bruk av fadervår og salmesang ved dødsleie. Å lyse velsignelsen, be fadervår og synge salmer er selvfølgelig mulig for alle som ønsker det, men å utføre rituale fra gudstjenesteboka bør etter mitt syn i hovedsak være forbeholdt prester og diakoner. Sørbye på sin side, er også opptatt av om andre enn presten kan møte pasientens behov, og peker på de ressursene som finnes i menighetene. Hun foreslår at frivillige i kirken kan være et bindeledd mellom sykehus og menighet (Sørbye 1980:142). Hun nevner også spesielt sykepleieren som en svært viktig ressurs i møte med døden. Om sykepleier er troende eller ikke, mener hun at de kan legge tilrette for gode samtaler ved livets slutt ettersom de ofte er godt kjent med pasienten, og gjerne har opparbeidet seg tillit over tid (Sørbye 1980:142).

Tre av diakonene som jeg ikke intervjuet, svarer uavhengig av hverandre i mailen at de opplever at folk synes det er mest naturlig å ta kontakt med prest ved livets slutt. Det er interessant med tanke på at det er diakoner ansatte i alle disse tre menighetene som diakonene refererer fra. Hadde det kun vært ansatt en prest i menigheten er det helt forståelig, men det er faktisk diakonene som forteller dette. En mulig forklaring er at de som jobber som ungdomsdiakon, eller er så nye i jobben at de enda ikke har etablert nettverk og relasjoner på det lokale sykehjemmet.

Min påstand er at diakonen er minst like aktuell som presten, til å utføre ritualer ved livets slutt som kirkens diakonale tjeneste. Ved å bruke Bronfenbrenners begrep primærtenke (Bø 2012:174) om diakonen, kan en lettere forstå og se verdien av at det er nettopp diakonen som knytter relasjoner og bygger nettverk ved å bevege seg på ulike arenaer. Det utelukker ikke at presten også kan være en primærtenke i de menigheter det ikke er en diakon ansatt. Det viktigste er at prest og/eller diakon beveger seg på flere arenaer og knytter relasjoner. Det kan være å bygge nettverk mellom for eksempel beboere på sykehjem, ansatte og pårørende. Slik vil sannsynligheten øke for at beboere på sykehjem får et tilbud fra kirken ved livets slutt. Også der det er ansatt både prest og diakon, kan det være ulike personlige interesser eller andre forhold som gjør at arbeidet med døende er ulikt fordelt. Det er etter mitt syn underordnet om det er prest eller diakon som utfører omsorg ved livets slutt så lenge omsorg for døende blir forstått om en integrert del av kirkens diakonale tjeneste.

Når det gjelder hvem som er ansvarlig for at døende blir tilbudt åndelig omsorg, er de formelle reglene klare. Det er heldøgnsinstitusjonene som er ansvarlig for å kartlegge åndelige behov og tilrettelegge for tro og livssynsutøvelse (Rundskriv I-6/2009, Forskrift for sykehjem §4-6). Men diakonene i min undersøkelse gir uttrykk for at kirken trolig ikke blir kontakten i den grad det er behov. Korslien og Jeppsson & Whitaker ser det fra kirkens side, og konkluderer begge i sine undersøkelser at kirken ikke gir tilstrekkelig omsorg til døende på sykehjem (Korslien 2011)(Jeppsson & Whitaker 2006). Diakonene i min undersøkelse forteller at mye er opp til kirken og deres tilstedeværelse, for at sykehjemmene skal «huske på» å tilby ritualer ved livets slutt. Diakonene i undersøkelsen tar ikke for gitt at det er sykehjemmets ansvar å ta kontakt, da de selv føler at de som representanter fra kirken også har et ansvar. Når Jeppsson & Whitaker begrunner hva som gjør at kun to av tjuefem menigheter tilbyr regelmessig støtte til døende, er ikke unnfalighet fra sykehjemmets side nevnt (2012:196). Jeg tar høyde for at det kan være at lover og retningslinjer for tro- og livssynsutøvelse er annerledes i Sverige. Deres begrunnelse går uansett på kirkens minskede status i menneskers liv, mangel på relasjoner mellom kirkelig ansatt og menighet samt det faktum at andre aktører utførte omsorgen (ibid). Også i rapporten «*Det livssynsåpne samfunn*» understrekes det i prinsipp 4 av 8 hovedprinsipper at det «skal legges aktivt til rette for» alle borgernes tros- og livssynsutøvelse (NOU 2013: 1) En kan spørre seg hva det innebærer. Det at alle som ligger for døden, og/eller de pårørende får et spørsmål om de ønsker besøk fra et trossamfunn kan være en «aktiv» tilnærming. Det kan på sin side virke som om stortingsmeldinger og rapporter ikke når helt ut til de som jobber direkte med døende både fra kirkens side og på det lokale sykehjemmet. Problemet kan oppsummeres ved å konstatere at det ikke er samsvar mellom norsk lovverk og antall utredninger, sammenliknet med hvor mange ritualer som blir utført ved livets slutt.

Med utgangspunkt i at omsorg for døende er en del av kirkens diakonal tjeneste, peker den finsk/svenske undersøkelsen på deres kirkes organisering av landene oppdelt i menighets sogn, som en mulighet til å nå ut til hele befolkningen (Jeppsson mfl. 2010:3). Jeg ser også potensialet i menighets sognene, ettersom alle norske kirker i teorien har ansvar for hver sin del av befolkningen enten de står som medlemmer av Den norske kirke eller ikke. Hvis alle kirker i Norge sørget for å synliggjøre tilbudet om ritualer ved livets slutt til sitt lokale sykehjem, har man i teorien nådd alle. Noen av diakonene i materialet hadde fokus på dette, og var overveldet av hva det innebar av antall døende de skulle betjene. Samtidig som de gjennom intervjuet «kom på» at det jo var sykehjemmets ansvar å ta

kontakt. Og henvendelsene fra sykehjemmet var på ingen måte uoverkommelig å møte. Even (en av diakonene) reflekterte over hva som hadde skjedd dersom alle som ønsket forbønn ved livets slutt, hadde fått tilbud. Ville kirken hatt kapasitet til å møte behovene? Han konkluderte med at det i tilfelle ville være et «luksusproblem», og at en da måtte utrustet og organisert frivillige til å være med å utføre tjenesten.

Diakonene i min undersøkelse gav alle uttrykk for at de var spesielt interessert i temaet «*åndelig omsorg ved livets slutt*», og flere av de hadde personlige erfaringer som gjorde de mer opptatt av å bidra til en verdig død, gjennom jobben sin som diakon.

Sørbye peker på at det ikke er tilstrekkelig å ha åndelig omsorg som eget fag på kursplanen i sykepleierutdanningen, men at faget også må være forankret i det kliniske arbeidet (Sørbye 1990:98). Dette gjelder også for diakoner. Det er ikke nok å gå gjennom forbønnsritualet i en forelesning, og ha «Omsorg ved livets slutt» som valgfritt emne på master i diakoni, om en fra utdanningsinstitusjonen tenker at dette er en sentral oppgave i kirkens diakonale tjeneste. Det må som Sørbye skriver, være forankret i det kliniske arbeidet ved for eksempel å være en av oppgavene som skal utføres i menighetspraksis på linje med det å holde andakt. Kanskje bør også «Omsorg ved livets slutt» innføres som et obligatorisk fag i masterutdanningen for diakoni.

6.2 Betydning av nettverk og relasjoner

Forespørsel etter ritualer ved livets slutt, kommer sjelden uten at diakon eller prest har vært i kontakt med den eldre eller de pårørende i forkant. Her er funnene i min undersøkelse entydig. Det er altså helt avgjørende at kirken er tilstede i menneskers liv i god tid før de ligger for døden. Sørbye skriver om viktigheten av omsorg fra kirkens side lenge før mennesker ligger for døden (1990:107). Også en av diakonene som jeg ikke intervjuet, skrev at «..*nøkkelen til å komme i kontakt med mennesker ved livets slutt, er å kjenne dem og ha kontakt med dem....*». Nå kommer vi ikke bort fra kapasitetsutfordringer hvis en tenker at alle eldre mennesker i Norge skal få tilbud om samtale med prest eller diakon jevnlig i forkant av dødsleie. Men all erfaring tilsier at ikke alle ønsker dette, og igjen kan helsepersonell og frivillige dyktiggjøres på tilstedeværelse og samtaler når livet går mot slutten.

Det er også på dette punktet Bronfenbrenners modell (1979) kan gi noen nyttige begreper for å forstå hva som skjer systemisk mellom sykehjem og kirke. Diakonen kan som tidligere nevnt forstås som *primærlenken* som binder mikrosystemene sammen. Diakonene får en sentral rolle, og blir derfor viktig for at sykehjemmet i neste omgang lettere skal ta kontakt med kirken. Mesonivået (kontakt mellom mikronivåer) her kan være at diakonen årlig er på personalmøter på sykehjemmet, eller at diakonen jevnlig går i gangene slik at hun eller han er kjent med de ansatte på huset. Selv om diakonene ikke direkte kjenner den som ligger for døden, forklarer Bronfenbrenners eksonivå, at kjennskap til ledelse og/eller ansatte vil øke sannsynligheten for at den som ligger for døden får tilbud om ritualer ved livets slutt. Hvis diakonen for eksempel arrangerer kurs for frivillige i samarbeid med sykepeleiere, fungerer han eller hun som en primærlenke. Diakonen binder ulike mikrosystemer sammen ved å gjøre seg kjent på flere arenaer, og legger til rette for mesorelasjoner.

Bronfenbrenner bruker også begrepet *overlapping* der en person har flere roller i forhold til en annen (Bø 2012:173). For eksempel er det høy grad av *overlapping* når diakonen kan være både andaktsholder, leder for besøkstjenesten, venninne av datteren til den døende, samtidig som diakonene trener sammen med en av de ansatte på sykehjemmet. Jo tettere nettverksbånd og flere overlappende arenaer, desto større sannsynlighet for at den døende blir tilbudt besøk av diakonen. I tillegg til begrepet *overlapping* bruker også Bronfenbrenner begrepene *nærhet* og *pendling* (Bø 2012:173). Jeg ser ikke bort fra at det er av stor betydning at Kari i materialet hadde det lokale sykehjemmet i gangavstand, rett i

nærheten av kirken der hun jobbet. Hun var den av diakonene som hadde mest erfaring med døende, og som gikk oftest i gangene på sykehjemmet. Når det gjelder *pendling* er det en aktivitet som diakonene i undersøkelsen min gjør daglig i sitt arbeid ved stadig å forflytte seg fra arena til arena; fra kirkekontor til gudstjenestefelleskap, til andakt på sykehjem, til hjemmebesøk osv.

Bronfenbrenner understreker også den mentale tilstedeværelsen som viktig (1979:58). Jeg forstår han slik at en diakon for eksempel kan bety mye for en beboer på sykehjemmet i kraft av at relasjonen er etablert. Det er ikke så viktig hvor ofte de møtes, men at den som ligger for døden vet at diakon eller prest kommer ved behov.

Materialet viste flere ganger at ansatte fra sykehjemmene som tok kontakt med kirken, selv hadde kirkelig tilhørighet eller var personlig kristne. Det er naturlig å tolke det dithen, når sykehjemmene som er eid av menigheter og Kirkens Bymisjon hyppigere tok kontakt enn andre sykehjem. At ansattes personlig tro skal være avgjørende for om det blir lagt til rette for at døende som ønsker et slik forbønnsrituale får det, kan en mene er bra eller dårlig. Men Bronfenbrenners modell tydeliggjør at det er slike faktorer som er avgjørende for utfallet.

Bronfenbrenner beskriver i sin teori om «*trans-kontekstuelle dyader*» som er «*to-personrelasjoner*» som varer og følger ved overgangen fra en setting til en eller flere andre (Bronfenbrenner 1979:213). Det kan for eksempel være en styrke for beboeren på sykehjemmet om sykepleier som er kjent, er med under ritualet «Omsorg for døende» (Gudstjenestebok 1992:122) dersom prest eller diakon er helt ukjent. Eller om diakonen representerer den trygge og kjente for beboeren, kan det være av stor betydning at det er diakonen som holder andakten på sykehjemmet. Jo flere kjente relasjoner, jo tryggere for beboer på sykehjemmet ettersom menneskers evne til å dra nytte av utviklende erfaringer, varierer med hvor mange slike «*trans-kontekstuelle dyader*» personen har deltatt i tidligere (Bø 2012:212).

På mesonivå i Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell kan diakonen utgjøre dyade relasjon (ta del i hverandres aktiviteter) mellom mikronivåene (1979:56). Diakonen er da sentral i å bygge nettverk rundt den eldre. Det kan gjøres ved å engasjere frivillige til å besøke eldre på sykehjem, det kan være selv å gjøre seg kjent med beboere og ansatte på sykehjemmet. En dyade relasjon (ibid.) kan være at diakonen jevnlig er på

sykehjemmet for å holde andakt, at diakonene kjenner de pårørende fra andre sammenhenger eller at ansatte på sykehjemmet går i kirken og ser verdien av forbønnsritualet og derfor tar kontakt med diakonen. Jo flere dyade relasjoner, jo større sannsynlighet vil det være for at den som ligger for døden får tilbud om forbønn. Et annet argument er at dyade relasjoner i større grad eksisterer på mindre steder enn i større byer. I en oversiktlig bygd er sannsynligheten for tettere nettverk og flere dyaderelasjoner større enn i en storby. Men tilbake til hvordan kirken er organisert, så har ofte større byer også flere lokalkirker som ofte ikke ligger så langt unna et lokalt sykehjem. Det er innenfor disse rammene diakonen eller presten må tenke nettverksbygging, for å øke sannsynligheten for at sykehjemmet tar kontakt når beboere ligger for døden.

Også Olav Fanuelsen bruker begrepet *nettverksrolle* når han skal beskrive de første diakonenes funksjon i den første kristne menighet. Han skriver at diakonene skulle «*være formidlere mellom menneskene i fellesskapet*» (Johannessen mfl. 2009:147). Ut fra dette kan det se ut som om Bronfenbrenners økologiske nettverksteori er svært relevant for å videreutvikle tenkning rundt hvordan diakonen jobber.

En kan tenke seg at det å kartlegge tro- og livssyn ved inntakssamtalen på sykehjemmet ikke har så stor verdi, ettersom livssyn kan endre seg i møte med døden. På spørsmål om man blir mer opptatt av religion når man er gammel, syk eller døende bekreftet Sørbyes funn i 1980 tidligere undersøkelser (Reid 1976:29) som sier at mennesker som oftest ikke endrer tro i møte med død og sykdom (Sørbye 1980:138). Dette understreker etter mitt syn nytten av å kartlegge tro- og livssyn ved inntakssamtaler på sykehjem. Men igjen, kartleggings skjema har ingen verdi uten at det blir hentet frem ved livets slutt, og brukt aktivt i møte med pårørende og den som ligger for døden.

Utfra funnene i materialet, kan en påstå at det er positivt for døende at det er tette nettverk rundt han eller hun. Diakonene i undersøkelsen fortalte at de kunne bli «huket tak i» av helsepersonall for å være hos døende, når de gikk i gangen på sykehjemmet. De merket også større pågang fra sykehjemmet om forbønn ved livets slutt, når de nettopp hadde hatt et slikt rituale. Diakonalt nærvær medførte alstå økt etterspørsel etter diakonalt nærvær.

Et av de klareste eksemplene på tilstedeværelse er «*Observational dyad*» som i følge Bronfenbrenner er at en gir full oppmerksomhet til en annes aktivitet (1979: 56). Den som

blir observert, altså diakonen i vårt tilfelle, må gi noe resons tilbake til den som observerer. En diakons andakt på det lokale sykehjemmet kan være et eksempel på en slik dyade relasjon, i den grad diakonen som holder andakt gir personlig respons og setter av tid til samtale med beboerne på sykehjemmet i for eksempel etterkant av andakten. Det er ikke heldig slik Even beskrev at han «*roper ut en andakt før jeg løper videre*». Det kan være mange gode grunner til at en diakon må «haste» videre fordi det er mange udekte behov, men det som umiddelbart kan sies er nødvendigheten av ro, tillit og tilstedeværelse. Ut fra funnene i undersøkelsen og Bronfenbrenners modell vil jeg gå så langt som å si at andakten på sykehjemmet har potensiale i seg til å være det viktigste knutepunktet i samarbeidsrelasjonen mellom kirke og sykehjem. Tilstedeværelse av prest og diakon før og etter andakten, vil kunne være avgjørende for om sykehjemmet tar kontakt med kirken når beboere ligger på dødsleie. På den andre siden blir andakten som arena for samhandling verdiløs, om de som holder andakten ikke tar seg tid til å etablere relasjoner med beboere og ansatte. I allefall med tanke på at kirken skal bli kontaktet ved dødsleie.

Bronfenbrenners modell tydeliggjør hvordan sosiale nettverk knyttes mellom mennesker og organisasjoner (1979). Bronfenbrenners økte vektlegging på individets egen påvirkningskraft på sine omgivelser (2005), bekrefter at for eksempel en diakon aktivt kan gjøre noe med sitt nettverk, og påvirke samarbeidet med sitt lokale sykehjem på en positiv måte. Kirken er ikke en passiv brikke i et utviklingsøkologisk spill, men kan aktivt gå inn å endre det.

De pårørende i undersøkelsen til Sørbye sa at de vegret seg mot å tilkalle prest ettersom pasienten da ville forstå at det gikk mot slutten (Sørbye1980:141). Dette ble det også reflektert rundt av informantene i min undersøkelse, og brukt som en forklaring på hvorfor de så sjelden ble kontaktet. Flere av diakonene sa også at de hadde utført rituale ved livets slutt, for så å oppleve at de som lå for døden kviknet til, og levde i flere uker etterpå. Diakonene smilte mest av dette, og så ikke på det som noe problem. Men de hadde forståelse for at pårørende kunne være var for dette. De fleste hadde erfaring med at helsepersonell på sykehjemmet hadde kompetanse nok til å tilkalle prest og diakon når det gikk helt mot slutten. På den annen side så diakonene i undersøkelsen verdien av å ha kontakt med beboerne før de lå på dødsleie. Da ville det ikke være slik at det kom en ukjent prest eller diakon inn, men bare en forlengelse av tidligere etablert relasjon. Også Jeppsson og Whitaker peker på betydningen av at den døende i forkant hadde etablert relasjon til prest eller diakon i god tid før dødsleie (2012:197). De pekte også på at

kirkens ansatte ikke hadde det nettverket som skulle til for å lykkes med å gi flere åndelig omsorg ved livets slutt (ibid. 2012:203).

Når diakonene i undersøkelsen svarte at de utfører ritualer ved livets slutt fra 3-10 ganger i året, er det overraskende sjelden med tanke på at disse diakonene er de med mest erfaring i sine bispedømmer. Nå skal det taes høyde for at jeg ikke har snakket med alle, og at det kan være diakoner med mye erfaring som ikke gav respons på min mail. Men ved å se på de tjue som faktisk svarte, var det kun syv av de som gav uttrykk for at de utførte ritualer ved livets slutt. Kan sekulariseringen i samfunnet generelt være et av svarene på at det blir utført i så liten grad? På makronivået i nettverksmodellen finner vi verdier og strømninger i samfunnet som i følge Bronfenbrenner påvirker alle nivåene helt ned til mikronivå (1979). Mikronivå i denne sammenheng er den enkelte beboer på sykehjemmet. En kan spørre seg om det hadde vært utført hyppigere ritualer ved livets slutt om holdninger til religion i det norske samfunn var mer positiv. Hvis visjonen om «*Det livssynsåpne samfunn*» (NOU 2013: 1) blir en realitet, kan kanskje samarbeid mellom kirke og sykehjem bli mer naturlig, og ritualer ved livets slutt bli utført oftere? På den andre siden kan en spørre om problemet er oppkonstruert. Kanskje har ikke mennesker behov for ritualer ved dødsleie. Noen vil hevde at de som har behov selv tar kontakt. Sørbyes undersøkelse viser det motsatte. Nettopp at 50% av døende har religiøse behov, men ingen av dem hadde hatt kontakt med prest (Sørbye 1980). Også den finsk/svenske undersøkelsen som er av nyere dato bekrefter at døende ønsker å snakke om åndelige temaer (Whitaker 2004). Så må vi allikevel tilbake til hva som skal til for at de som har behov, blir møtt.

Tidligere forskning (Jeppsson & Whitaker 2006) (Jeppsson 2010) (Korslien 2011) viser at det i alt for liten grad eksisterer et systematisk samarbeid mellom kirke og sykehjem når det gjelder ritualer ved livets slutt. Også min undersøkelse bekrefter dette. Det kommer frem i undersøkelsen at diakonene opplever at de ansatte på sykehjemmet til en viss grad tar de eldre, som tidligere har vært aktive kirkegjengere, med på andakten. Men å legge til rette for tro- og livssynsutøvelse er etter min forståelse mye mer enn å tilby andakt en til to ganger i måneden. Diakonene i materialet forteller om tro som ikke synes på «utsiden», men som lever sterkt i mange mennesker. Hvordan få gitt nettopp de et tilbud om åndelig omsorg ved livets slutt? Som Randi, en av diakonene i undersøkelsen var inne på, så tar dette tid. Også Jeppsson & Whitaker (2012:204) understreker at det å bygge nettverk, etablere relasjoner og tillit er tidkrevende. Randi hadde jobbet som diakon i en menighet i

ti år, for så å begynne i en ny menighet. Hun opplevde at det nesten var som å begynne fra begynnelsen igjen, nettopp fordi det som diakon i stor grad handler om å bygge nettverk og etablere relasjoner. Samhandlingsreformen etterspør en mer helhetlig behandling. Den etterspør strukturer og systemer for samhandling (St. meld. nr 47 2008-2009) Torgauten har jobbet lenge med å systematisere samarbeidet mellom kirke og boliger for psyksisk utviklingshemmede (Torgauten 2010). Flere av diakonene i undersøkelsen viste til hans arbeid, og så klart overføringsverdien til samarbeid med lokale sykehjem.

Andakter på sykehjem var det eneste formelle samarbeidet mellom kirke og sykehjem. Det at pårørende er positive til at den syke/døende deltar på andakt, får besøk av diakon eller prest er i lys av den økologisk nettverksmodellen viktig for at et rituale som «Omsorg for døende» (Gudstjenestebok 1992:122) skal skje.

Bronfenbrenner hevder at mesokontakt, altså kontakten mellom mikronovåene, kan være like avgjørende for utviklingen til et menneske som selve hendelsene innenfor hvert mikromiljø (1979). Sett inn i samarbeid mellom kirke og sykehjem kan en da hevde at forbindelseslinjen mellom kirke og sykehjem er vel som viktig som selve andakten på sykehjemmet, eller det faktum at kirken *har* et forbønnsrituale.

Det er de mest sårbare og vanskeligstilte, som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste (St.meld. nr 47 2008-2009). Det bør også være diakonens hovedansvar. De som ligger for døden må kunne betegnes som sårbare, og har absolutt behov for å bli møtt av en helhetlige tjeneste. Det understrekes i samhandlingsreformen at tjenestemottaker blant annet må bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt og ønsker (ibid.). Dette understreker nødvendigheten av at døende blir møtt med respekt for sitt livssyn, og at det legges tilrette for at de får tilbud om ritualer ved livets slutt om de ønsker det.

Når det gjelder opplæringskurs i møte med døden, som Sørbye foreslår (1992:227) virket det på diakonene i min undersøkelse, at det initiativet nok måtte komme fra kirken. På den annen side ble faktisk én av diakonene i min undersøkelse spurt av det lokale sykehjemmet om å holde et kurs for de ansatte, og hun holdt «Døden og jeg» kurs for personalet i 2012. Men bakgrunnen for forespørselen, var at de så hvor god diakonene var i møte med døende. Korslien peker også som Sørbye (1980:142) på frivillige som

ressurser inn i arbeidet med omsorg for døende (Korslien 2011:214). Jeg er langt på vei enig i at kursing av helsepersonell og rekruttering av frivillige kan være noe av svaret på utfordringen, men ser på den andre siden like mye problemet med at etterspørselen etter ritualer ved livets slutt ikke er så stor. Diakonene i mitt materiale snakket ikke om mangel på ressurser eller tid. De gav tvert om uttrykk for at de ønsket å bli mer brukt inn mot arbeidet med ritualer ved livets slutt. Så økt samhandling, som Korslien også er inne på (2011:225), kan i større grad føre til at flere ritualer ved livets slutt blir utført. Og igjen innehar diakon og eventuelt prest i dette arbeidet en sentral nettverksrolle mellom kirke og sykehjem.

I min undersøkelse kommer det frem at det i hovedsak er ansatte på sykehjemmet som ringer til kirkekontoret eller direkte til diakon eller prest. I de tilfellene diakonene blir kontaktet direkte, er det som oftest fordi de er kjent på sykehjemmet, eller at de som ligger for døden har hatt kontakt med diakon tidligere. Dette blir også bekreftet i Jeppsson & Whitaker sin undersøkelse fra 2006 (2012:197). To av de tjuefem menighetene, oppgav at de tilbød støtte til døende på sitt lokale sykehjem. Det de to menighetene hadde til felles var at det var mindre menigheter på landet med tette nettverk, prest og diakon bodde der selv, og i tillegg hadde de jobbet lenge i samme stilling (ibid.). Menighetene som tilbød støtte var unntakene i Jeppsson & Whitakers undersøkelse. Min undersøkelse er kun med diakoner, men har til gjengjeld funn fra fem diakoner fra fem forskjellige menigheter i Oslo og Borg bispedømme.

De mange gjensidige relasjonene blir understreket som avgjørende i Jeppsson og Whitakers undersøkelse (ibid.). Også her kan diakonen fungere som en *overlappende, primærtenke* slik at kirken faktisk blir kontaktet. Men i de tilfeller det ikke finnes en diakon som gjør seg kjent på det lokale sykehjemmet vil det være avhengig av den lokale presten og evt spesiell interesse hos de ansatte på sykehjemmet. Den ene diakonen i undersøkelsen understreket betydningen av at kontordamen på kirkekontoret var kjent med at både prest og diakon kan utføre ritualer ved livets slutt. Bronfenbrenners hevder at på eksonivå kan viktige avgjørelser blir tatt, der individet ikke er tilsted, men som allikevel er av stor betydning for den enkelte (Bronfenbrenner 1979). At kontordamen på kirkekontoret har klart for seg hvem som skal sendes til det lokale sykehjemmet, kan være av stor betydning for beboere på sykehjem som ligger for døden.

Materiale fra min undersøkelse viser at det er avhengig av personlig interesse både hos diakon og helsepersonell om det samarbeides for å gi støtte og åndelig omsorg til døende på sykehjem. En kan på den ene siden tenke at det er negativt at det er så avhengig av diakonens personlige evne til å bygge nettverk og etablere relasjoner på det lokale sykehjemmet. Eller man kan se det positive ved at det systemiske samarbeidet mellom kirke og sykehjem lar seg påvirke av en engasjert diakon.

6.3 Ritualer og synliggjøring

Diakonene i undersøkelsen har i hovedsak brukt ritualer fra gudstjenesteboka «Nattverd hos en syk- soknebud» (Gudstjenestebok 1992:118). I tillegg er fadervår, velsignelsen og salmesang mye brukt. Diakonene beskrev hvordan de holdt den døende i hånden og var opptatt av å skape trygghet og tilstedeværelse i rommet. Også en av diakonene understreket i mailen viktigheten av diakonens tilstedeværelse ved livets slutt. Flere diakoner trakk spesielt frem velsignelsen som et rituale som fremkalte sterke følelser hos pårørende og døende. I den svensk/finske undersøkelsen understrekes også ritualers betydning ved livets slutt. Innholdet i ritualene som ble utført på sykehjem bekreftes av funnene i min undersøkelse. Det som utføres er i hovedsak nattverd, forbønn og salmesang (Jeppsson mfl. 2010:6).

Vi har trolig mistet noe i overgangen fra hjemmedød til sykehjemsdød. Ettersom presten ikke lenger automatisk kommer hjem til den som ligger for døden, er det sykehjemets oppgave i samarbeid med pårørende å legge til rette for at ritualer ved livets slutt blir ivaretatt. En kan spørre seg om ansatte på sykehjem og pårørende er klar over sitt ansvar. I følge rapporten «*En naturlig avslutning på livet*» er det på sykehjem de fleste dør i dag (Forstrøm 2012:9). Det kommer også frem at det ikke er de kristne som presser på for å få åndelig legitimitet i møte med pasienter, men andre tro- og livssynssamfunn (ibid.). Det bekrefter også mitt materiale, da diakonene gir uttrykk for at det er få pårørende som engasjerer seg for at de som ligger for døden skal få et kristent ritual ved livets slutt.

Halvorsen skriver om Den norske kirkes religiøse tiltak før døden inntreffer : «*...nattverd, skriftemål, forbønn og salving*» (Halvorsen 1993:186). Han understreker også at det er viktig at presten og pasienten får være alene og uforstyrret under skriftemål og forbønn (Halvorsen 1993:186). Når det gjelder skriftemål ser jeg at det er viktig, men når det gjelder forbønn fortalte informantene om gode erfaringer fra at de pårørende også deltar under forbønn og nattverd. Det blir da en felles markering for de sørgende at en legger den døende i Guds hender. Noen vil hevde at det er helt avhengig av om de pårørende deler den døendes livssyn. Andre vil si som Linde Borgen, at hovedpersonen ved dødsleie er den døende (Borgen 1999). Da er det kanskje underordnet hva de pårørende selv måtte tro på. På den annen side er det kanskje de pårørende som blir mest berørt av ritualer, ettersom den som ligger for døden i mange tilfeller sover, tidvis er bevisstløs og svært svak. Dette vil alltid måtte bli en faglig skjønnsvurdering i hvert enkelt tilfelle.

I Angell sin undersøkelse av hva diakoner gjør i sin jobb, kom det frem at det å gi nattverd er en del av diakonens arbeidsoppgaver på lokale sykehjem ved siden av å holde andakt, sykehjemsgudstjeneste og organisere besøkstjeneste. Så mange som 80% av diakonene svarte at de hadde kontakt med det lokale sykehjemmet (Angell og Selbekk 2005:72) Jeg vil understreke at kontakt mellom sykehjem og kirke i og for seg, ikke behøver å bety at rituler ved livets slutt blir ivaretatt. En andakt kan ikke sidestilles med nettverksjobbing og etablering av relasjoner blant beboere og ansatte.

En av konklusjonene i rapporten til Sørbye er at det ble snakket lite om døden på sykehjemmene (1992:227). Både Korslien (2011), Jeppsson & Whitaker (2006) og forskningsfunn som kommer frem i rapporten «*En naturlig avslutning på livet*» (Forstrøm 2012) faller sammen med Sørbyes funn og kan være en årsak til at kirken også i 2013 blir kontaktet relativt sjelden. Det kan virke som om det fortsatt er tabu å snakke med de som ligger for døden om at de skal dø. Sørbye peker på den generelle fremmedgjøringen overfor døden i samfunnet vårt som en mulig forklaring på hvorfor det er så vanskelig å snakke om døden (Sørbye 1992:227). Bronfenbrenners begrep makronivå kan forklare at strømninger og holdninger i samfunnet, som fremmedgjøring overfor døden, kan påvirke helt ned på mikronivå. At døden er et tabu i samfunnet vil altså kunne påvirke om døende får tilbud fra kirken ved livets slutt eller ikke. Diakonene i min undersøkelse understreket betydningen av å verbalisere døden, kunne snakke om det som er godt og det som er vanskelig. Nettopp diakonens nærværskompetanse og evne til å lytte, og sette ord på det som ikke sies, gjør diakonen spesielt kompetent til å utøve åndelig omsorg for døende. Sørbye beskriver på sin side pleiere som unnviker å snakke om døden (1992:217). Når det å svare pasienter som selv åpner opp for å snakke om døden er vanskelig, er det naturlig å tenke at det er vanskeligere for pleiere å spørre om beboere ønsker å snakke med en prest eller en diakon ved livets slutt. Også Rita Nielsen understreker at pasienten vil få god hjelp til å verbalisere og reflektere over sine spørsmål på en ny måte, om de blir spurt om åndelige forhold ved livets slutt (Nielsen 2005:98). Alle diakonene som ble intervjuet i min undersøkelse fortalte episoder som viste at de snakket naturlig om døden. Det kan være grunnen til at nettopp de tilbød åndelig omsorg ved livets slutt på sitt lokale sykehjem.

I Sørbyes undersøkelsen kom det også frem at det i all hovedsak var de ansatte på sykehjemmet som spurte den som lå for døden om han eller hun ønsket besøk av prest eller diakon. Dette ble bekreftet også i min undersøkelse. Svært sjelden kommer initiativet

fra den døende. Det holder ikke å spørre de pårørende om de som ligger for døden ønsker rituale ved livets slutt. Så lenge den som ligger for døden kan prate, er det viktig å spørre den døende direkte, ettersom forskning viser at flere ønsker å snakke med en prest, enn det de pårørende tror (Keagen 1973:103) (Sørbye 1990:103).

Sørbye undrer seg over at økt interesse og forskning på omsorg ved livets faktisk ikke førte til bedre omsorg ved livets slutt. Sørbyes funn noen år senere viser at det dessverre heller hadde ført til en nedgang i kontakten mellom kirke og sykehjem (1990:99) Ut fra dette kan det virke som om forskningsrapporter og offentlige utredninger alene ikke er nok for å snu utviklingen. Kurs og seminarer kan inspirere til økt samarbeid, men da må en forutsette at de som er i daglig kontakt med døende blir sendt på disse kursene. Ofte er det avdelingsledere som blir sendt på kurs, og kanskje blir ikke kompetansen formidlet ned til de som daglig står i arbeidet med døende. I Sørbyes undersøkelse fra 1987 ble pleiere spurt i tillegg til pårørende, om de døendes religiøse behov ble møtt (Sørbye 1990:99). Svarene viste en klar nedgang i antall døende som fikk snakke med prest og som fikk nattverd/velsignelse (ibid.). Disse motsetningsfylte tendensene mellom økt interesse og forskning på den ene siden, og mindre praksis på den andre siden, reiser spørsmålet om utfordringen så langt har blitt møtt på en hensiktsmessig måte. Nedgang i antall døende som får tilbud om samtale med prest er et klart eksempel på at tidligere tiltak ikke har nådd frem, og at en må tenke nytt om hvordan kirken skal synliggjøre sitt tilbud ovenfor lokale sykehjem.

Som Bronfenbrenner hevder, er både makronivå som generelle strømninger i samfunnet, sammen med eksonivå som arenaene der avgjørelser blir tatt, videre ned til mesonivå som viser samhandling mellom mikronivå med på å synliggjøre hvordan beboere på sykehjem som ligger for døden blir tilbudt omsorg av kirken. Generelle holdninger i samfunnet vårt påvirker oss om vi jobber i kirken eller ikke. Og når vi som er kirkelig ansatt kjenner på forlegenhet i møte med helsepersonell når vi skal presentere hva kirken tilbyr, er det ikke vanskelig å forstå at helsepersonell vegrer seg for å ta opp åndelige spørsmål med de som ligger for døden.

Det kommer frem i materialet at kirken i liten grad synliggjør det spesifikke arbeidet mot døende. Det fins andaktslister og brosjyrer om diakoni, men nær sagt ingenting om at kirken har et forbønnsrituale ved livets slutt. En av diakonene som jeg ikke intervjuet, skrev at tilbud om samtale og forbønn ved livets slutt var gjort kjent på kirkens hjemmeside,

menighetsblad og brosjyre som sendes ut til alle jublanter i menigheten. Det er langt på vei god synliggjøring av kirkens tilbud. Det kan virke som om det ikke hjelper at diakonen og presten går i gangene på et sykehjem, om de ikke samtidig eksplisitt forteller og synliggjør hva de kan brukes til når det kommer til omsorg for døende. Synliggjøring av diakonens tilbud og arbeid kan det med fordel jobbes bedre med.

Ut fra dette kan det virke som at Charlotte Engel sin kritikk til svensk diakoni (Engel 2006), også er relevant på norske forhold. Hun peker på at det indrekirkelige diakonale arbeidet som går på bekostning av hva som tilbys fattige, syke og døende ellers i samfunnet. Korsliens undersøkelse bekrefter også at kirken i altfor liten grad gir støtte til syke og døende (2011). Så kan en spørre om det bare er synliggjøringen en må jobbe med i kirken, eller om det også er bevisstgjøring rundt tjenestebeskrivelsen til diakonen. Det er kanskje begge deler. Det henger tett sammen ettersom mangel på synliggjøring av tilbudet fra kirkens side, mest sannsynlig vil føre til mindre etterspørsel fra sykehjemmet. Det igjen vil resultere i at det blir jobbet mindre med døende i forhold til andre arbeidsoppgaver som «presser» seg frem.

En av diakonene som ikke ble intervjuet, fortalte i mail at det ble jobbet med å få antall nattverd på sykehjem inn i kirkelig årsstatestikk gjennom en arbeidsgruppe i Diakoniforbundet. Dette er en fin måte å synliggjøre en viktig tjeneste på. Og som dikonen selv skriver, vil prester og diakoner trolig bli minnet på «nattverd for syke og døende» om de må rapportere årlig til kirkelige årsstatestikk.

Også rapporten «*En naturlig avslutning på livet*» peker på at tilbud og kompetanse fra kirken i for liten grad har nådd ut til befolkningen (Forstrøm 2012:104). Et av målene for samhandlingsreformen er at pasienten skal stå i sentrum for samhandling, og at pasienter og pårørende skal få slippe å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike tjenestene (St.meld. nr. 47 2008-2009). Statens helsetilsyn gav en oversikt over funn og erfaringer fra tilsyn der det er avdekket svikt forbundet med samhandling. Et av punktene var mangelfull kunnskap om øvrige tilbud (ibid.). Dette bekrefter at mangel på synliggjøring, i dette tilfelle av kirkens tilbud, fører til mangelfull samhandling. Både kirken og lokale sykehjem kan trolig ble bedre på å synliggjøre hva slags tjenester en kan tilby, og samarbeide bedre. Også den finsk/svenske undersøkelsen understreker at det er mangel på kjennskap blant befolkningen om hva kirken tilbyr (Jeppsson mfl. 2010:4).

I dette drøftingskapitlet har jeg tatt for meg gjennomgangstemane fra materialet og forsøkt å diskutere funnene fra min undersøkelse opp mot diakonifaglig teori og Bronfenbrenners modell tema for tema. Jeg vil i neste og siste kapittel oppsummere og samle trådene fra oppgaven og peke på noen mulige veier videre.

7.0 Avslutning

Arbeidet med denne masteravhandlingen begynte med egne erfaringer i praksis. Jeg opplevde at samarbeidet med det lokale sykehjemmet, i forhold til ritualer ved livets slutt, bar preg av tilfeldigheter og at det var personavhengig. Etter en mailrunde til alle diakoner i Borg og Oslo bispedømme, intervjuet jeg de fem menighetsdiakoner som selv gav uttrykk for at de hadde erfaring fra temaet. Også svarene på mail fra de som ikke ble intervjuet, viste seg å inneholde mye verdifull informasjon. Jeg har i oppgaven begrunnet mine metodiske valg, og gått igjennom tidligere forskning og aktuell litteratur. I arbeidet med analysen av dette materialet vokste det frem en nysgjerrighet på nettverksteori generelt og Bronfenbrenner spesielt. Videre har jeg lagt frem og analysert mine funn i materialet for så å redegjøre for diakonifaglig teori og nettverksteori med hovedfokus på Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell. Jeg har drøftet mine funn opp mot eksisterende teori og forskning. Jeg har gått litt grundigere inn på Sørbyes (1978,1980,1990), Kari Korsliens (2011) og Jeppsson & Whitakers (2012) forskning, da min undersøkelse ligger nært opp til deler av deres. Jeg sitter nå igjen med mye nytt tankegods som har gjort meg bedre i stand til å svare på spørsmålet jeg stilte innledningsvis:

Hvordan kan ritualer knyttet til omsorg for døende bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste i møte med det lokale sykehjemmet?

7.1 Konklusjon

Jeg spurte innledningsvis om omsorg for døende er en diakonal tjeneste. Diakonenes svar på dette er et entydig ja. Det sammenfaller med lovverk og rapporter som det er gjort rede for i avhandlingen, og det bekrefter også min hypotese presentert innledningsvis. Videre stilte jeg spørsmål ved hvordan omsorg for døende i tilfelle kunne bli en integrert del av kirkens diakonale tjeneste. Det var på ingen måte klart for meg da jeg begynte arbeidet med denne forskningen, hva som skulle bli utfallet. Men Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell har blitt et nyttig verktøy nettopp for å kunne identifisere hvor skoen trykker, og på hvilket nivå eventuelle tiltak skulle settes inn. Jeg undret meg også over hvem fra kirken som hadde ansvar for at tjenesten ble utført, og hvem i tilfelle som skulle utøve denne tjenesten. Min undersøkelse konkluderer med at diakoner og prester i samarbeid har ansvar for at ritualer ved livets slutt blir tilbudt sykehjem, men at det kanskje er naturlig at diakonen gjør mye av nettverk og synliggjøringsarbeidet. Det siste hevder jeg på bakgrunn av det som kom frem i materialet. Prester har en tjeneste som innebærer

flere faste forpliktelser som blant annet planlegging og gjennomføring av gudstjenester, begravelser, dåp-, vigsel- og sørge samtaler. Diakonen har en litt mer fleksibel hverdag, og det kan være mer naturlig for en diakon å etablere relasjoner og nettverk som en større del av sitt arbeide. Videre spurte jeg om inntakssamtalene på sykehjemmene inkluderte spørsmål om tro og livssyn. Diakonene kjente ikke godt til disse skjemaene, men mente det var en rubrikk om hvilke kirke de tilhørte, og om de hadde vært aktiv i kirken. Dette har jeg ikke nok funn i mitt materialet til å si noe mer om. Jeg undret meg også over om kirken er tydelig nok på at vi har et tilbud til døende ovenfor det lokale sykehjemmet. Den hypotesen ble helt klart bekreftet i materialet. Det kom frem at kirken og diakonien ikke er god nok på synliggjøring, så her er forbedringspotensialet stort. Min hypotese om at gode kartleggingsverktøy og godt utarbeidede skjemaer var det som skulle til, har ikke entydig blitt bekreftet i materialet. Det kan virke som om skjemaene eksisterer, men at de ikke er avgjørende for om ansatte på sykehjem kontakter kirken. Nå vil jeg understreke at jeg ikke har intervjuet ansatte på sykehjem om skjemaene, så dette er min forståelse ut fra hva informantene sa i intervjuene.

Tilslutt spurte jeg om hva som skal til for at samarbeidet mellom kirke og sykehjem skal fungerer systematisk og godt. Et av svaret jeg har funnet, er nødvendigheten av diakonens evne til å bygge nettverk og etablere relasjoner på sitt lokale sykehjem med ansatte og beboere. Andre vil kanskje hevde at det må en ny utredning til, eller at det bør utarbeides et bedre kartleggingsskjema. Jeg tror konkret samhandling mellom de som jobber direkte med døende og diakonen/presten er det som skal til. Lovverket, verktøyene og kompetansen ligger der, men noen må sette det ut i live - og jeg tror diakonen er spesielt godt egnet til å gjøre det.

Om menighetsdiakonen eller presten i alle kirker i Norge går jevnlig på sitt lokale sykehjem og bruker tiden før og etter andakten til å gjøre seg kjent med de ansatte og beboere, er man allerede godt igang på mikro (individnivå) og meso (kontakten mellom de ulike mikro arenaene) nivå jf. Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell (1979, 2005). Hvis diakonen eller presten i tillegg en gang i året deltar på sykehjemmets personalmøte for å holde temaet «*åndelig omsorg ved livets slutt*» varmt, har man også satt inn et tiltak på eksonivå (arenaer der individet ikke selv er tilstede, men allikevel blir påvirket). Ved å lage brosjyrer og plakater om tilbudet kirken har til døende, samt få oppslag i lokalavisen om samarbeidet mellom kirke og sykehjem, vil man kanskje være med å påvirke også makronivået (verdier og strømninger i samunnet) jf Bronfenbrenners modell (1979). I det hver enkelt lokalmenighet i Den norske kirke klarer å synliggjøre sitt tilbud til døende og pårørende, kan man trolig snakke om holdningsendring på samfunnsnivå.

Et viktig funn i min undersøkelse er hvor stor betydning nettverk og relasjoner har for om «ritualer knyttet til omsorg for døende» blir utført. Det som kanskje overrasket meg mest i denne undersøkelsen, var hvor liten betydning det virket som om inntakssamtalene og kartleggings skjemaene hadde. Jeg så i forkant for meg nedskrevne rutiner og handlingsplaner som skulle ivareta det systematiske samarbeidet mellom kirken og det lokale sykehjemmet, men endte opp med å innse at den mest avgjørende variabelen var diakonens evne til å bygge relasjoner. Jeg har gått fra å tenke på personavhengighet som noe negativt, over til å se verdien og potensialet i at en som diakon kan bygge nettverk gjennom relasjoner. Det vil igjen kunne føre til økt samhandling mellom kirke og sykehjem. Arbeidet med ritualer knyttet til åndelig omsorg for døende vil ikke lenger være personavhengig, men relasjonsavhengig.

7.2 Implikasjon for ny teori

Funnene i min undersøkelse viser blant annet at empiri ikke stemmer overens med eksisterende lover og retningslinjer, når det gjelder døendes rettigheter til åndelig omsorg. Jeg har derfor sett nøyere på de diakonene som utøver ritualer ved livets slutt som en integrert del av sin jobb som diakon. Jeg har videre sett disse erfaringene i lys av diakonifaglig teori og Bronfenbrenners økologiske nettverksmodell. Det mest interessante bidraget mitt til forsknings samtalen rundt diakonal støtte til døende på sykehjem, er kanskje bruken av Bronfenbrenners modell og hans begreper i møte med dette fagfeltet. Forståelsen av diakonen som *primærlenke*, og bruken av Bronfenbrenners begreper *overlapping*, *pendling* og *nærhet*. Disse begrepene tydeliggjør diakonens sentrale rolle i nettverksbygging mellom kirke og sykehjem. Også nettverksmodellens fire nivåer (mikro-, meso-, ekso- og makro-) gir en økt forståelse for at en må jobbe på flere nivåer samtidig, for å få til samhandling mellom kirke og sykehjem. Betydningen av kirkens jevnlig tilstedeværelse på det lokale sykehjemmet av prest eller diakon, kan ikke understrekes nok. Potensialet som ligger i tiden før og etter andakten på det lokale sykehjemmet, må heller ikke undervurderes. Også tilslutt potensialet som ligger i det å synliggjøre kirkens tilbud eksplisitt ved brosjyrer, plakater, snakke med ansatte på sykehjemmet osv. En kan se på manglende synliggjøring fra kirkens side som et problem, eller som en mulighet til forbedring. Enkle grep som brosjyrer, plakater, annonser og skriv til pårørende kan være av stor betydning, og øke sannsynligheten for at det skjer støtte fra kirkens side til døende på det lokale sykehjemmet.

7.3 Forslag til videre forskning

Som tidligere nevnt er det et stort behov for at helsepersonell og diakoner/prester begynner å handle på det formelle lovverket, stortingsmeldingene og rapportene som allerede foreligger. Men jeg ser også klart verdien av videre forskning på temaet «*ritualer ved livets slutt*» og samarbeid mellom kirke og sykehjem. Det kunne vært interessant å forske mer på i hvilken grad inntakskjemaer blir brukt på sykehjem og hva det helt konkret står om tro og praktisk tilrettelegging på sykehjemmet. Helt konkret kunne det vært interessant å forsket på i hvilken grad inntaksskjemaene på sykehjemmene gjør nytten i forhold til å tilrettelegge for tro og livsynssutøvelse. Også Jeppssons undersøkelse understreker at det trengs mer forskning på feltet samarbeid mellom diakoner, prester i kirken opp mot lokale sykehjem (Jeppsson mfl. 2010). Angells undersøkelse viser også at det mangler forskning på hva samarbeidet mellom kirke og sykehjem innebærer rent innholdsmessig (Angell 2005).

Jeg ser som Sørbye at sjelesorg og ritualer ved livets slutt henger tett sammen, og ser at det kunne vært interessant å forsket videre på denne sammenhengen.

Det kunne også vært spennende å intervju ansatte og ledere på sykehjem for å finne ut av hvordan de tenker rundt åndelig omsorg for døende. Og det kunne vært interessant å forsket på i hvilken utstrekning utredninger og stortingsmeldinger blir lest av de som utøver faget i praksis. Tilslutt hadde det vært veldig interessant å intervjuet prester om hvordan de tenker om omsorg ved livets slutt som en diakonal tjeneste. Min hypotese er at det er veldig personavhengig.

Etterord

Arbeidet med denne masteravhandlingen har gitt mersmak på forskning som arbeidsfelt. Ønske om å forske mer, er et resultat av en kombinasjon av Widebergs bok (Widerberg 2001), erfaringen med å dybdeintervjue diakonene samt kjennskap til forsker Brenee Brown gjennom videosnutten «*Kraften av sårbarhet*» på nettstedet www.ted.com.

Sistnevnte snakker som forsker om sitt tema med stor lidenskap og glede.

I mars 2013 ble det utlyst en nyopprettet stilling i Den norske Kirke. Bærum Kirkelige Fellesråd søkte etter en sykehjemsdiakon i 100% stilling som skal arbeide på utvalgte sykehjem og hospice i Bærum syd/vest. Arbeidsoppgavene som står nevnt i stillingsannonsen er:

- samtaler om eksistensielle spørsmål, livsmestring og tro
- betjene pasienter med kirkelige handlinger: sjelesorg, nattverd og forbønn
- kontakt med pårørende
- samarbeidspartner for de ansatte i institusjonen
- nettverksbygging mellom sykehjem og den lokale kirken

Stillingsannonsen (se vedlegg 6) sammenfatter på mange måter denne masteravhandlingen, da det nettopp er nettverksbygging som viser seg å være nøkkelen til å få samarbeidet mellom kirke og sykehjem på plass.

Samtidig som jeg har skrevet denne masteravhandlingen, har jeg parallellt fått prøvd ut noen av mine funn i praksis. Det ene lokale sykehjemmet der jeg jobber, spurte høsten 2012 om frivillige fra kirken kunne tenke seg å sitte fastvakt for døende som ikke har pårørende. Også der dødsleie trekker ut og de pårørende trenger avlastning ønsket sykehjemmene hjelp. Som diakoniarbeider satte jeg inn en annonse i lokalavisen i januar 2013, og i samarbeid med prestene og de lokale sykehjemmene arrangerte vi en kurskveld for frivillige i april 2013. Nå har kirken i Tinn en liste på ti frivillige som kan ringes til ved behov fra de lokale sykehjemmene. De frivillige som meldte seg har alle erfaring og relevant kompetanse. Blant annet pensjonerte sykepleiere, lærere men også noen trygdede som selv sier de opplever å ha fått en ny og viktig tjeneste i kirken.

Kombinasjonen av å få jobbe i «felt», samtidig som jeg har hatt muligheten til å fordype meg og forske på en konkret problemstilling, har vært av stor betydning. Arbeidet med denne masteravhandlingen har ført til at jeg som diakoniarbeider har endret min tilnærming til mitt lokale sykehjem i praksis.

8.0 Litteraturliste

Andersen, Jon Aarum *Organisasjonsteori - fra argument og motargument til kunnskap*
Universitetsforlaget 2009

Angell, Olav Helge og Selbekk, Schanche Anne *Helse og kirke. Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*, Avdeling for forskning og utvikling, Diaforsk, Diakonhjemmet høgskole, Rapport nr 3/2005

Berlufsen, B og Gundersen, D *Fremmedordbok* Aschehoug - Gyldendal 15.utgave,
3.opplag, Oslo 1991

Bibelen, *Den hellige Skrift. Det gamle og det nye testamentet*, Bibelselskapet 1.opplag
Oslo 2011

Bjørndal, Arild og Gjerberg, Elisabeth *Hva er en god død i sykehjem?* [online] Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=118309 [Hentet 23.mars 2013]

Borgen, Linde *Levende ritualer ved livets og naturens overganger* Grøndahl Dreyer,
Oslo 1999

Bronfenbrenner, Urie *The Ecology of Human Development - experiments by nature and design* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, and London, England 1979

Bronfenbrenner, Urie *Making Human Beings Human*, Sage publications, USA 2005

Brown, Brenee [online] *Kraften av sårbarhet* Tilgjengelig fra:
http://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability.html [Hentet 29.mars 2013].

Bryman, Alan, *Social research methods* 4. utg./ed. Oxford: Oxford University Press, 2012

Bøe, Mette *Å møte menneskers åndelige behov: om samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten*, masteravhandling i diakoni - Det teologiske Menighetsfakultet 2010

Bø, Inge *Barnet og de andre - nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*

Universitetsforlaget 4.utgave Oslo 2012

Bø, Inge og Schiefloe, Morten *Sosiale landskap og sosial kapital - innføring i*

nettverkstenkning, Universitetsforlaget, Oslo 2007

Danbolt T, Nordhelle G *Åndelighet - Mening og tro - Utfordringer i profesjonell praksis*
Gyldendal forlag, Oslo 2012

Diener, E., and Crandall, R. *Ethics in Social and Behavioral Research.*

Chicago: University of Chicago Press, 1978

Engel, Charlotte *Svenska kyrkans sociale arbete - för vem och varför? : en*

religionssociologisk studie av ett diakonalt dilemma Avhandling (doktorgrad) - Uppsala universitetet, 2006 Ersta Sköndal högskola, Forskningsavdelingen 2006

Johannesen, Jordheim og Korslien *Diakoni - en kristisk lesebok* Tapir akademiske forlag,

Trondheim 2009

Forskrift for sykehjem om boform for heldøgns omsorg og pleie §4-6 Tilgjengelig fra:

<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-19881114-0932-004.html> [Hentet 25.april 2013].

Forstrøm, Finn Arthur mfl. *En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet*, Sluttrapport, Agenda Kaupang, 2012 [pdf] Tilgjengelig fra:

http://www.ks.no/PageFiles/27782/R7543%20KS%20En%20naturlig%20avslutning%20på%20livet%20_Sluttrapport.pdf [Hentet 12.feb 2013].

Fyrand, Live *Sosialt nettverk - teori og praksis* 2.utgave Universitetsforlaget Oslo 2005

Gudstjenestebok for Den norske kirke Del 2, Kirkelige handlinger, Verbum

(Andaktsbokselskapet) Oslo 1992

Halvorsen, Per *Når døden blir virkelighet: omsorg i nærmiljøet ved livets slutt*,

Kommuneforlaget Oslo 1993

Husebø, B.S og Husebø, S *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?* Tidsskrift fra Den norske legeforening 2005 [online] Tilgjengelig fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1192785> [Hentet 22.mars 2013].

Høybråten, Dagfinn sitat ved utgivelsen av *Verdier for den norske helsetjenesten* [online] Tilgjengelig fra:[http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1999/verdier for den norske helsetjenesten.html?id=241997](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1999/verdier+for+den+norske+helsetjenesten.html?id=241997) [Hentet 14.april 2013].

Jeppsson Grassman, E., Pessi, A. B., Whitaker, A. & Juntunen, E.

Spiritual Care in the Last Phase of Life: A Comparison between the Church of Sweden and the Church of Finland ATLA Serials, 2010

Jeppsson Grassman, E. & Whitaker, A. *With or without faith: The Church of Sweden at a time of transition*, OMEGA: Journal of Death and Dying, 2006

Jeppsson, Grassmann E. & Whitaker, A. *Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv* Studentlitteratur Malmö, Sweden 2012

Jordheim, K. og Korslien, K.K *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen*, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo 2010

Kegan, Paul & Routledge *A Cartwright Life before death*, London 1973

Kirkemøtet (2004). Sak KM 8/04 [online] *Utredning. Diakonal tjeneste i Den norske kirke med hovedvekt på diakontjenesten og embetsforståelsen* Tilgjengelig fra: <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=57352> [Hentet 2.mai 2013].

Kirkens Bymisjon *Omsorg ved livets slutt - en veileder til hjelp i det daglige arbeidet* Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Oslo 2000, revidert 2007

Plan for diakoni i Den norske kirke, Kirkerådet Oslo 2010

Korslien, Kari Karsrud *Når så vi deg syk og kom til deg? En undersøkelse av kirkens støtte til alvorlig syke og deres pårørende*, Tidsskrift for Sjelesorg 3/2011

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju* 2.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009

Larsen, Rakel Maria Stusdal *Erfaring av håp i møte med døden : en analyse av håpets form og plass hos mennesker som er døende*, Master i Diakoni, Det teologiske Menighetsfakultet, Oslo 2011

Lov om Den norske kirke, *Kirkeloven §9* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19960607-031-002.html#9> 1996 [Hentet 1.mai 2013].

Nielsen, Rita *At være sig selv - at blive sig selv: den åndelige dimension hos døende mennesker* Unitas Forlag, Frederiksberg 2005

NOU 1999: 2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460> [Hentet 1.mai 2013].

NOU 2013: 1 *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/nouer/2013/nou-2013-1.html?id=711212> [Hentet 1.mai 2013]

Plesner, Ingvil Thorson og Døvig, Cora Alexa (red.) *Livsfaseriter - religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge* STL samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn 2009 [pdf] Tilgjengelig fra: http://www.trooglivssyn.no/doc//STL_Livsfaseriter.pdf [Hentet 1.mai 2013]

Reid, W.J.: *Religious attitudes in later life*. Age Concern Today 1976

Repstad, Pål *Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide* Universitetsforlaget Oslo 1998

Rundskriv I-6/2009 *Rett til egen tro og livssynsutøvelse* [pdf]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/rundskriv/Rundskriv%20I%20-%206%202009.pdf> [Hentet 1.mai 2013]

Sjursen, Kari *Hvorfor blir jeg stående med oppvasken? - Diakonene som leder i Sør-Hålogaland bispedømme*, Masteroppgave i Diakoni, Diakonhjemmets høgskole, Oslo 2010

St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850> [Hentet 1.mai 2013].

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* [pdf] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> [Hentet 14.feb 2013].

Sørbye, Liv W *Omsorg for døende : en kristen utfordring : en undersøkelse om hvordan den nærmeste pårørende opplever pasientens møte med sykdom og død på sykehuset*
Hovedoppgave i kristendomskunnskap – Det Teologiske Menighetsfakultet Oslo 1978

Sørbye, Liv W *Omsorg for døende og deres pårørende*, NAVF, Rapport nr.1-1980

Sørbye, Liv W *Omsorg og pleie ved livets slutt i sykehjem, sykehus og hjemme*, Rapport nr 9/1992 Forskningsavdelingen, Diakonhjemmets høgskolesenter, Oslo 1992

Sørbye, Liv W *Trygghet ved livets slutt*, Universitetsforlaget Oslo 1990

Torgauten, Tor Ivar og Dahle, Sølvi *Utviklingshemning og tros- og livssynsutøvelse*
Universitetsforlaget, Oslo 2010

Tornøe, Kirsten *Kan vi trøste hjertene? - Hvordan møte alvorlig syke og døende? Pasienters åndelige behov.* Tano Ashehoug, Oslo 1996

Whitaker, Anna *Livets sista boning : anhörigskap, åldrande och död på sjukhem*
Stockholm, Stockholms universitet, 2004

Widerberg, Karin *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt* Universitetsforlaget, Oslo
2001

Vedlegg 1 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Semistrukturert kvalitativt forskningsintervju

Silje Sjøtveit 2012

Innledende spørsmål:

Navn

Utdannelse

Arbeidserfaring

Nåværende jobb

- menighet/prosti

Hvor lenge har du jobbet som diakon?

Beskriv området du jobber i

- bygd/by?

Erfaring fra samarbeid med lokalt sykehjem i forhold til døende

- hva slags erfaring har du fra et slikt samarbeid?

- hvem tok initiativ til første samarbeidskontakt?

- hyppighet?

- kvaliteten på samarbeidet?

- brosjyrer/plakater/annonse i media?

- samarbeidsrutiner? Formalisert? Struktur?

- tilfeldig samarbeid? Avhengig av enkeltpersoners engasjement eller kjennskap/vennskap?

- blir du som diakon gjort kjent med at en person på det lokale sykehjemmet er døende?

Evt av hvem?

Erfaring fra at pårørende tar direkte kontakt

- kan du fortelle om dine eventuelle erfaringer knyttet til dette?

Erfaring fra samarbeid med andre heldøgnsinstitusjoner

- kan du fortelle om dine konkrete erfaringer?

- hvem tok initiativ til første samarbeidskontakt?

- hyppighet?

- kvaliteten på samarbeidet?

- brosjyrer/plakater/annonse i media?

- samarbeidsrutiner?

- tilfeldig samarbeid?

Åndelig omsorg ved livets slutt

- Kan du beskrive noen opplevelser du har hatt som diakon knyttet til åndelig omsorg ved livets slutt?

- Hva legger du i begrepet *Åndelig omsorg*?

- begrep eller ord bruker du når du snakker om dette?

(døende, ligger for døden, dødsleie, på det siste.....evt andre)

Har du erfaring fra å bruke ritualet "forbønn for døende"?

- Kan du fortelle om dine konkrete erfaringer?

- når begynte du å bruke det?

- hvorfor velger du å bruke nettopp dette ritualet?

- hvorfor er ritualer viktig? Eller ikke viktig?

- hyppighet?

- tilbakemeldinger fra pårørende?
- egen opplevelse?
- erfaringer på godt og vondt?
- systematisk? Tilfeldig?

Andre typer ritualer ved dødsleie

- kan du beskrive ritualet/ eller det du gjør på dødsleie
- når begynte du å bruke det?
- hvorfor velger du å bruke nettopp dette ritualet?
- hvorfor er ritualer viktig? Eller ikke viktig?
- hyppighet?
- tilbakemeldinger fra pårørende?
- egen opplevelse?
- erfaringer på godt og vondt?
- systematisk? Tilfeldig?

Alle som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester skal få tilrettelegging og bistand for å kunne utøve sin tro og sitt livssyn. Det slår Helse- og omsorgsdepartementet fast i et rundskriv til alle landets kommuner og fylkesmenn. I-6/2009 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse

«I praksis betyr dette at helse- og sosialtjenesten må sette seg inn i den enkeltes livshistorie og bakgrunn, og være aktive i forhold til å ta kontakt og samarbeide med aktuelle tros- og livssynssamfunn, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.»

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2009/i-62009-rett-til-egen-tros--og-livssynsu.html?id=587577>

- hvilke tanker og refleksjoner gjør du deg om dette som diakon, ansatt i den norske kirke?
- hva slags tilbud har din lokale menighet til heldøgnsinstitusjoner?
- egne erfaringer?

Hvem er ansvarlig for at omsorg ved livets slutt ivaretaes fra kirkens side?

- Presten?
- Diakonen?
- Menighetsrådet?
- Og hvorfor?

Påstand: Åndelig omsorg og ritualer ved dødsleie er en diakonal tjeneste

- hva tenker du som diakon om dette?
- hvorfor er det det, evt hvorfor er det ikke det?

Vil du legge til noe?

Dersom du skulle gi råd til en diakon i en stilling som deg - hvilke råd ville du gitt?

Vedlegg 2 Mail til diakoner

Mail som ble sendt ut til 37 diakoner/diakoniarbeidere sept 2012:

Til diakon/diakoniarbeider

Mitt navn er Silje Sjøtveit, og jeg tar for tiden master i diakoni på MF/DIAKONOVA. Jeg har nå begynt å jobbe med masteravhandlingen og ønsker å skrive *om åndelig omsorg ved livets slutt*.

Min foreløpige problemstilling er:

Hvordan kan ritualet "omsorg for døende" bli en naturlig del av den diakonale tjenesten fra den norske kirke i møte med den offentlige helsetjenesten? En empirisk drøfting.

Bakgrunn for problemstillingen:

Egen praksiserfaring som menighetsdiakon i kirken i Tinn. Gjennom samarbeid med sykehjem når det gjelder åndelig omsorg har jeg blitt nysgjerrig på hvordan andre menighetsdiakoner jobber med dette andre steder i Norge. Jeg har i løpet av mine to år som diakoniarbeider i kirken i Tinn hatt noen konkrete erfaringer med åndelig omsorg ved livets slutt. Erfaringene har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre diakoner jobber med dette. Jeg har en hypotese om at det er mye tilfeldig jobbing innenfor dette området. Andakter på sykehjem er i større grad etablert, og der har kirke og sykehjem mange steder et formelt samarbeid. Når det kommer til å tilby nattverd og/eller forbønnshandling ved livets slutt tror jeg det er mye mer tilfeldig. Min erfaring fra min jobb er at det er personavhengig og tilfeldig i hvilken grad et slikt samarbeid fungerer eller ikke. Fordi jeg tilfeldigvis kjenner en kristen sykepleier både på sykehjemmet i bygdene og en på sykehjemmet på Rjukan har vi fått ut informasjon om tilbudet. Og de ringer meg som diakon i kirken fordi de kjenner meg personlig. Det er lovfestet og fastslått i rundskriv at heldøgnsinstitusjoner har plikt til å legge til rette for tros og livssynsutøvelse. I dette tilfellet har derfor sykehjemmene et ansvar for å kartlegge om de som bor der har behov for tilrettelegging i forhold til tro og livssynsutøvelse. Dette må selvfølgelig skje i samarbeid med den lokale kirke, moske e.l. Fra kirkens ståsted har en også et ansvar for å samarbeide med sykehjemmene slik at dette kan komme i stand.

Mitt spørsmål til deg i første omgang, er om du har noen erfaringer fra dette området, og i tilfelle hvilke?

Jeg vil i neste omgang velge ut 5 menighetsdiakoner/diakoniarbeidere som jeg ønsker å dybdeintervjue om dette temaet.

Denne mailen går ut til alle menighetsdiakoner/diakoniarbeidere i Borg og Oslo bispedømme.

Fint om du svarer på denne mailen innen utgangen av oktober 2012.

På forhånd tusen takk!

mvh

Silje Sjøtveit

mob 97541299

Vedlegg 3 Samtykke fra diakoner på mail

Mail som ble sendt ut til diakoner som ikke ble intervjuet 25.04.2013

Hei igjen!

Jeg er nå i slutfasen av oppgaveskrivingen.

I tillegg til funnene fra de 5 intervjuene jeg gjorde med menighetsdiakoner rundt juletider, ser jeg at noen sitater fra mailen du sendte meg kan systematiseres og brukes inn i oppgaven.

Vil du gi meg samtykke til at jeg kan bruke sitater fra din mail inn i oppgaven min?

Sitatene blir selvsagt anonymisert, og vil ikke kunne spores tilbake til deg direkte.

Det vil i oppgaven stå: *sitater fra diakonene som ikke ble intervjuet*

Fint om jeg kan få tilbakemelding på denne forespørselen så fort som mulig, og innen onsdag i neste uke (ons 1.mai).

mvh

Silje Sjøtveit

Vedlegg 4 NSD

NSD godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Tormod Kleiven
Høyskolen Diakonova
Linstowgate 5
0166 OSLO

Vår dato: 09.11.2012

Vår ref:32065 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32065	<i>Ritualer ved livets slutt - samarbeid mellom kirke og sykehjem</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høyskolen Diakonova, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tormod Kleiven</i>
<i>Student</i>	<i>Silje Sjøtveit</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

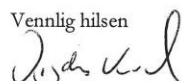
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.08.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Silje Sjøtveit, Sjøtveitgrenda 20, 3650 TINN AUSTBYGD

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0216 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjerne.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdimaa@svtuit.no

Vedlegg 5 Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring:

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i diakoni ved det teologiske menighetsfakultetet og Diakonova i Oslo, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet jeg har valgt for oppgaven er ritualer ved livets slutt, og jeg skal undersøke hvordan menighetsdiakoner samarbeider med lokale sykehjem/institusjoner når det kommer til ritualer ved livets slutt.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 4-5 diakoner som har en del erfaring fra dette feltet.

Spørsmålene vil dreie seg om hvordan samarbeidet med sykehjem/institusjon har kommet i stand, rutiner for samarbeid, erfaringer av hva som fungerer og hva som ikke fungerer, bruken av ritualer osv.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta cirka halvannen time og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på mob 97 54 12 99, eller sende en e-post til siljesjotveit@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Tormod Kleiven ved Diakonova på telefonnummer 95 08 42 75.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Silje Sjøtveit

Sjøtveitgrende 20

3650 Tinn Austbygd

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 6 Stillingsannonse



Den norske kirke

Bærum kirkelige fellesråd

Kirkelig fellesråd er service- og forvaltningsorganet for Den norske kirkes 10 sokn i Bærum. Bærum har 110.000 innbyggere. Den norske kirke i Bærum ønsker å være en tjenende og åpen folkekirke som er til stede i medlemmenes liv - og en aktiv medspiller for kommunen i forbindelse med samhandlingsreformen. Bærum har 15 sykehjem og bo og behandlingssentre og ett hospice. Stillingen som sykehjemsdiakon er nyopprettet og skal arbeide på Hospice Stabæk og utvalgte bo- og behandlingssentra i Bærum syd/vest.

Sykehjemsdiakon 100 % stilling, fast.

Arbeidsoppgaver:

- Samtaler om eksistensielle spørsmål, livsmestring og tro
- Betjene beboere og pasienter med sjelesorg, nattverd og forbønn
- Samarbeide med pårørende
- Være en aktiv samarbeidspartner for de ansatte i institusjonene
- Samarbeide med ledelsen i institusjonene om undervisning og opplæring av ansatte, for eksempel innen etikk

- Nettverksbygging mellom sykehjem og den lokale menighet
- Deltagelse i Diakonforum og andre relevante fora
- Formidle kontakt ut mot andre livssyns- og trossamfunn

(.....)

Nærmere informasjon om stillingen fås hos diakonikoordinator Sigrud Hurum Flaata, mobil: 47 46 17 68 eller assisterende kirkeverge Kristin Anskau mobil: 98 26 78 01. Søknad med CV og referanser sendes snarest mulig, og senest innen 10.03.2013. Vi benytter elektronisk søknadsbehandling og ber deg sende din søknad elektronisk via: www.kirkejobb.no

