

# En livssynsåpen helse- og omsorgstjeneste?

En studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten



Per Gunnar Disch

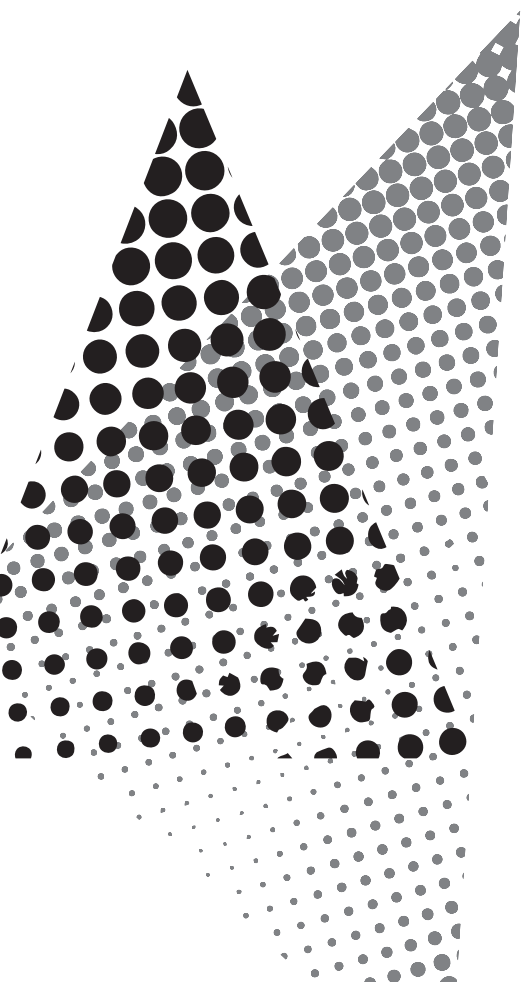


Senter for  
omsorgsforskning

• SØR

# En livssynsåpen helse- og omsorgstjeneste?

En studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten





Per Gunnar Disch

# **En livssynsåpen helse- og omsorgstjeneste?**

En studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Senter for omsorgsforskning, sør

2022



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: Shutterstock  
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 02/2022

Tittel: En livssynsåpen helse- og omsorgstjeneste? –  
En studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas  
i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Forfattere: Per Gunnar Disch

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-127-1

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-128-8

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:  
[www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)



## FORORD

Senter for omsorgsforskning, sør, har med tilskuddsmidler fra Barne- og likestillingsdepartementet gjennomført en studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes lite data om og forskning på hvordan kommunene tilrettelegger for tros- og livssynsutøvelse for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet med denne studien er derfor å få fram noen flere data, som kan belyse i hvilken grad og på hvilke måter den kommunale helse- og omsorgstjenesten tilrettelegger for og ivaretar tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse gjennom egne tiltak og i samarbeid med tros- og livssynsamfunn lokalt eller regionalt.

Rapporten fra studien er ikke fyllestgjørende, men gir et bilde av rammene, hva som gjøres i utvalgte kommuner og utfordringene ved å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Rapporten anlegger et praktisk perspektiv på temaet.

Vi samlet inn dataene til kartleggingen høsten 2021 og våren 2022. Et spørreskjema ble sendt ut til kommunalsjefer for helse og omsorg i 54 kommuner, som utgjør et representativt utvalg med hensyn til geografi og befolkningsstørrelse i norske kommuner. Vi hadde ved datainnsamlingens avslutning fått 21 svar (39 %), noe vi tilskriver den svært utfordrende situasjonen kommunene har stått i med tanke på koronapandemien. I tillegg til spørreskjemaet gjennomførte vi intervjuer med Norges Kristne Råd og Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, medarbeidere i Den norske kirke, en frimenighet og en livssynsveileder i Human-Etisk Forbund regionalt nivå.

I arbeidet med rapporten har jeg samarbeidet med Steinar Barstad ved Senter for omsorgsforskning, øst. Han har med sin bakgrunn i særlig grad bidratt til bakgrunnskapitlet (kap. 2) og ellers deltatt i utformingen av problemstillingen og spørreskjemaet.

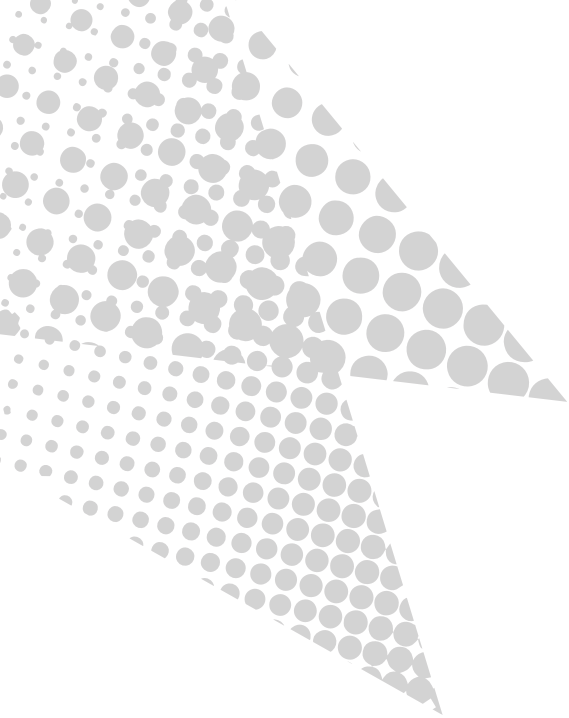
Vi håper denne kartleggingen kan være til nytte for politikkutforming og tjenesteutvikling lokalt i helse- og omsorgstjenestene og også bidra til diskusjoner internt i kommunene og i ulike tros- og livssynsamfunn både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Senter for omsorgsforskning vil rette en takk til Norges Kristne Råd, Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Den norske kirke, frimenigheten og Human-Etisk Forbund for viktige innspill samt kommunalsjefene, som fylte ut spørreskjemaet i denne utfordrende pandemitiden.

Prosjektet er gjennomført i henhold til de retningslinjene Datatilsynet har for denne typen undersøkelser.

Senter for omsorgsforskning, 1. mars 2022  
Per Gunnar Disch, prosjektleder





## SAMMENDRAG

Senter for omsorgsforskning, sør, har med tilskuddsmidler fra Barne- og familiedepartementet gjennomført en studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Målet med denne studien er å få fram noen data som kan belyse i hvilken grad og på hvilke måter den kommunale helse- og omsorgstjenesten tilrettelegger for og ivaretar tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse gjennom egne tiltak og i samarbeid med tros- og livssynsamfunn lokalt eller regionalt.

Innledningsvis vil vi skissere begrunnelsene for en aktiv tros- og livssynspolitikk:

1. Det er en menneskerett uavhengig av hvordan en ser på tro og livssyn som et gode (en rettighet).
2. Det vurderes som et positivt bidrag både til samfunn, lokalmiljø, familie og den enkelte (en ressurs eller en verdi).

Derfor er det i Norge slik at fellesskapet og staten skal sikre at alle får mulighet til fri tros- og livssynsutøvelse.

For noen kreves det ekstra innsats fra samfunnet for at denne rettigheten skal bli reell. Mange av disse er pasienter og brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Uavhengig av hva tjenesteutøverne måtte mene om brukernes tro eller livssyn, er det en del av deres oppdrag å sikre denne menneskerettigheten og respektere den enkelte slik deres livssyn kommer til uttrykk – enten det er i ritualer, kultur og tradisjoner eller i hverdagen når det gjelder klær, mat etc.

I tillegg til at det er en rettighet, er det også en oppfatning at den enkeltes tro og livssyn kan være en kilde og en styrke til å takle livet når det blir vanskelig med sykdom, funksjonstap og problemer, eller når en går inn i livets siste fase.

Hvordan fagfolk og tjenesteutøvere tilpasser seg endringer som følge av mye større livssynsmangfold, aktualiserer temaet for denne undersøkelsen. Reagerer de med tilbaketrekning og berøringsangst, slik enkelte hevder, vil konsekvensene kunne bli at vi ikke får en livssynsåpen, men i stedet en mer livssynstom helse- og omsorgstjeneste.



Dette fører oss til det som er problemstillingen for denne undersøkelsen:

*Hvordan ivaretas tjenestemottakernes rettigheter og muligheter til tros- og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?*

Utgangspunktet for vår problemstilling ligger i forholdet mellom den faktiske tilstanden i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og de intensjonene som staten har formulert om utøvelse av tro og livssyn.

For å avgrense problemstillingen er den delt opp i tre underproblemstillinger:

- Brukernes behov for bistand i tros- og livssynsutøvelse, slik helse- og omsorgstjenesten vurderer det.
- Helse- og omsorgstjenestens tilbud om bistand og tilrettelegging for å møte brukernes behov.
- Samhandlingen mellom tros- og livssynssamfunn og helse- og omsorgstjenesten sett fra kommunens side og fra tros- og livssynsorganisasjonenes side.

Problemstillingen og delproblemstillingene vil bli belyst ut fra en kommunal synsvinkel som er supplert med perspektiver fra tros- og livssynsorganisasjoner, føringer fra statlige myndigheter og relevante tidligere studier.

Denne studien har funnet sitt datatilfang gjennom spørreskjemaer til kommunenes helse- og omsorgstjeneste og intervjuer med ulike tros- og livssynssamfunn. Spørreskjemaet ble sendt til 54 kommuner i et representativt utvalg med hensyn til kommunestørrelse og geografi. Vi fikk inn 21 svar, noe som utgjør en svarprosent på 39 %. Det er i underkant av det vi forventet. Likevel er det ikke overraskende ettersom spørreskjemaene ble sendt ut i koronatiden, og vi måtte vise forståelse for at kommunene hadde andre utfordringer og prioriteringer. Det ga samtidig en mulighet til å få svar på hvordan tros- og livssynsspørsmålene ble ivarettatt under koronapandemien.

Samtidig som kommunene mottok spørreskjemaet, ble de oppfordret til å sende inn prosedyrer, avtaler og plandokumenter som berørte temaet. Ved fristens utløp mottok vi tre slike dokumenter.

Intervjuene med personene fra tros- og livssynsorganisasjonene var ustrukturerte med en klar målsetting om å få fram perspektiver på tros- og livssynssamfunnenes samarbeid med helse- og omsorgssektoren og deres bidrag i å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse.

Et hovedfunn fra spørreskjemaundersøkelsen er at tros- og livssynsutøvelse er et område de fleste kommunene som deltok i undersøkelsen, er bevisst på – i større grad enn vi hadde forventet.

Et flertall i undersøkelsen anser måten de møter tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse på, som en viktig del av det helse- og omsorgsfaglige arbeidet. Kommunene oppgir at de oppfatter tilretteleggingen som et kommunalt ansvar, noe som kan ha sin årsak i en tydeliggjøring av dette temaet i den offentlige debatt, men også gjennom nasjonale styringsdokumenter og reformer som blant annet «Leve hele Livet», som peker på dette temaet. I intervjuene med tros- og livssynssamfunnene lokalt tyder imidlertid på at det er mindre bevissthet om at dette også er et ansvar for dem og tros- og livssynssamfunnene brukere og pasienter tilhører, noe som også bekreftes fra de sentrale tros- og livssynsorganisasjonene.

Studien viser at pasienter og brukere har størst behov for tilrettelegging knyttet til å ta del i aktiviteter av tros- og livssynsmessig karakter (sang, musikk, bønn og ritualer) og for bistand knyttet til livets slutfase og død. Dernest svarer 2/3 av respondentene at brukerbehovet i stor grad eller noen grad er knyttet til individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål samt anledningen til å ta del i sosiale tros- og livssynsfellesskap. Tallene viser at det er mindre

behov for tilrettelegging knyttet til mat, klær, symboler, tider, helligdager m.m.

Når det gjelder kommunens bistand til deltakelse i fellesskap og aktiviteter av tros- og livssynsmessige karakter (sang, musikk, bønn og ritualer), handler tilretteleggingen først og fremst om å stille lokaler til disposisjon og samarbeid om sosiale arrangementer. TV-overførte gudstjenester og tros- og livssynsprogram syntes også være en viktig måte å tilrettelegge på. I tillegg sier nær halvparten at de også tilrettelegger for TV-overføring av lokale gudstjenester og livssynsarrangementer. Totalt 13 av 21 kommuner sier at de også bistår med ledsagertjeneste og transport.

I arbeidet med individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål svarer 11 av 21 kommuner at de anser dette som en del av deres egne ansattes vanlige faglige arbeid, og samarbeider med representanter for tros- og livssynsamfunn om dette.

Det er ingen som har egne ansatte som er spesielt kvalifisert til dette, men oppgaven løses i stor grad som en integrert del av det daglige og faglige arbeidet og samarbeid med tros- og livssynssamfunn.

Undersøkelsen viser videre at kommunene har stor bevissthet rundt å ivareta brukernes behov både av fysisk, emosjonell, sosial og åndelig karakter i livets slutfase og død. Mer enn halvparten av kommunene i undersøkelsen oppgir at de gjennomfører en forberedende samtale om livets siste periode tilpasset personens forståelsesnivå og livs- og bosituasjon, gjerne i samarbeid med pårørende. De fleste kommunene oppgir også at de legger til rette for en avtale med en representant for pasientens tros- og livssynsamfunn eller andre personer som kan veilede ved behov.

Data viser at kommunene har ulike systemer, formelle og uformelle, på ulike nivåer som kan fange opp brukernes/pasientenes behov for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse, blant annet gjennom individuell plan og inntakssamtaler, samtaler med pårørende og brukeren selv. Et mindretall av svargiverne oppgir at de har nedfelte prosedyrer for å ivareta og fange opp behovet for tilrettelegging. Et flertall av kommunene ser heller ikke behovet for slike prosedyrer.

Kommunene sier at de har et samarbeid både av formell og uformell karakter med tros- og livssynsamfunn. Noen få kommuner sier de har innarbeidet temaet tros- og livssynsutøvelse i planverket for helse- og omsorgsektoren, og noen flere planlegger dette i forbindelse med revisjon. Det er rimelig å anta at den tydeliggjøringen dette temaet har fått i ulike nasjonale styringsdokumenter, har påvirket dette.

Samhandling med pårørende er også et tema som opptar kommunene. Pårørende er viktige informanter og bidragsytere. I tillegg viser data at tjenestene er årvåkne for pårørendes behov for både veiledning og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse i utfordrende situasjoner.

Et flertall i vår undersøkelse viser at kommunene har et samarbeid med tros- og livssynsamfunn. Dette samarbeidet tar imidlertid ulike former ut fra lokale forhold og behov, alt fra skriftlig avtale, og prosedyrefestet samarbeid, gjennom faste kontaktpersoner og jevnlig kontaktmøter, til mer uformelle og tilfeldige samarbeidsmåter.

Kommunene samhandler mest med tros- og livssynssamfunn når det gjelder samtaler om eksistensielle spørsmål og sjelesørgeriske samtaler og ved religiøse høytider.

Den norske kirke oppgis som den hyppigste samarbeidspartneren. Tallene viser at det uformelle samarbeidet med andre kristne tros- og livssynsamfunn og lokale foreninger også er til stede. Det samme gjelder for islamske trossamfunn og humanistiske livssynssamfunn. Det økende mangfoldet i samfunnet reflekteres altså i helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder i hvor stor grad kommunene opplever at de ulike tros- og livssynsamfunnene stiller opp for sine medlemmer når de trenger bistand til tros- og livssynsutøvelse, er det Den

norske kirke som stiller mest opp, mens Human-Etisk Forbund i noe mindre grad gjør det.

Det oppleves som lite kontroversielt at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler og aktiviteter både i fagmiljøet og blant brukerne. Det er likevel grunn til å tro at om en hadde spurt tjenesteutøverne direkte, hadde vi muligens fått et mer nyansert svar. Likevel er det grunn til å tro at det økende søkelyset på det livssyns åpne samfunnet og hvordan dette håndteres i livets ulike faser, har endret seg de siste årene.

Tallene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at et flertall av respondentene oppgir at de selv har noe kompetanse på området, men tallene viser at det fortsatt er behov for kompetansebygging. Det er videre grunn til å tro at det er behov for kompetansebygging på flere nivåer i tjenesten, både med hensyn til å fange opp behov, å ha kunnskap om de rettighetene pasienter og brukere har til tros- og livssynsfrihet gjennom lovverk og offentlige føringer, og hvilken grunnleggende kunnskap det er viktig å ha med seg i arbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

Å ha kjennskap til brukeren/pasientens livshistorie og individuelle preferanser er en viktig faktor for å kunne forstå behov og gi tilpasset omsorg med utgangspunkt i spørsmålet:

«Hva er viktig for deg?»

Det er grunn til å tro at det er et behov for å styrke dette temaet i alle typer utdanning av helse- og omsorgspersonell, både innen høyere utdanning og videregående utdanning, og både gjennom en teoretisk og praktisk tilnærming.

Det overordnede samfunnsoppdraget til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Det betyr at utviklingssenteret også kan være en viktig aktør i å rette oppmerksomhet mot denne formen for faglig utviklingsarbeid, slik det blant annet er gjort i Nordland.

Behovet for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse synes ikke å ha økt under koronapandemien. Over halvparten av respondentene, 12 av 20, svarer at behovet har vært som tidligere. To svarer at det har vært større behov, mens sju av svargiverne oppgir at det har vært mindre behov for tilrettelegging og bistand. Dette er oppsiktsvekkende tall som vi finner noe overaskende, sett opp mot andre undersøkelser om behovsvekst under pandemien og generelt i krisetider.

Arbeidsbelastningen for helse- og omsorgspersonellet har vært stor under pandemien, og vi spurte derfor om hva slags muligheter og evne helse- og omsorgstjenesten har hatt for tilrettelegging og bistand under koronapandemien. Totalt 20 kommuner svarte på dette spørsmålet. Blant dem svarer 7 kommuner at det har vært på samme nivå som før, mens hele 13 kommuner sier at det har vært mindre muligheter for tilrettelegging og bistand for tros- og livssynsutøvelse for brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Går vi videre inn i dette, oppgir 4 av 21 kommuner at det har vært spesielt vanskelig å gi bistand til deltakelse i tros- og livssynsaktiviteter.

Da pandemien tok til, måtte tros- og livssynsamfunnene omstille seg raskt. Både kirken og de fleste tros- og livssynsamfunnene var raske til å stenge og delta i dugnaden mot spredningen av viruset. Mange menigheter hadde kompetanse og utstyr for å kommunisere digitalt. Andre hadde det ikke, og mange hadde ikke nok kunnskap om hvordan dette skulle kunne foregå.

Under pandemien åpnet det seg en ny digital hverdag i vårt samfunn. På hvilken måte har muligheten for bruk av digitale medier påvirket tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse? Data viser at mange kommuner har tilrettelagt for digitale samtaler med familie og pårørende på

skjerm, digitale overføringer på skjerm fra lokale møter, gudstjenester, samlinger, høytider m.m. Det har tilrettelagt for at brukere/pasienter kan følge TV-overførte tros- og livssynsprogram, møter og gudstjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov.

Alle respondentene vi intervjuet fra tros- og livssynsamfunnene, mener at brukere av helse- og omsorgstjenestene, i likhet med de øvrige medlemmene i kirker og tros- og livssynsamfunn, har behov for kirkelig betjening. Respondentene melder om behov for individuelle samtaler, andakter, sosiale og kulturelle arrangementer knyttet til høytider og andre sammenhenger, og også å delta i ulike tros- og livssynsaktiviteter lokalt.

Likevel påpeker alle informantene at behovet for individuelle samtaler av eksistensiell, åndelig og kulturell karakter savnes hos flere av brukerne de er i kontakt med. Mange brukere savner individuelle møter med representanter for tros- og livssynsamfunn og at noen har tid til å sette seg ned for å lytte og prate. Enkelte av informantene fra tros- og livssynsamfunnene påpeker at dette kan være utfordrende for ansatte i en travel hverdag, og at noen også vil kunne føle seg noe ukomfortable med å føre slike samtaler.

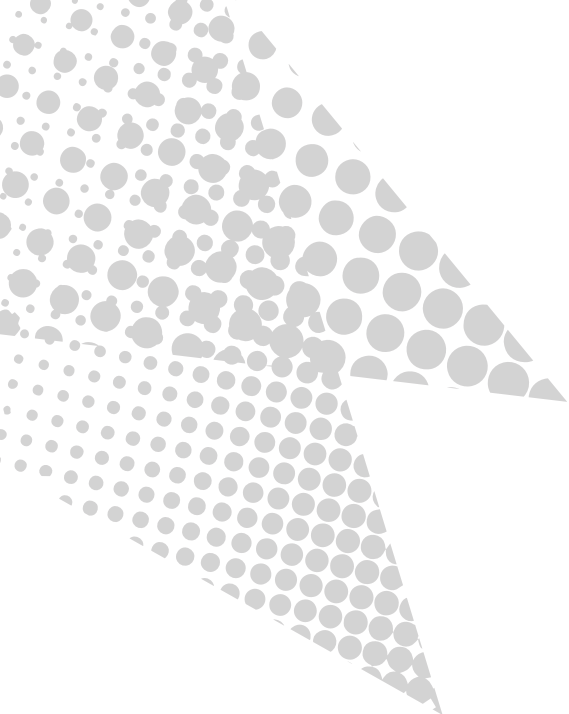
Samtlige av respondentene vi intervjuet, opplever at de burde vært mer til stede, og i større grad ha tilrettelagt for tros- og livssynsutøvelse for brukere og pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Flere oppgir også at de er avhengige av frivillige som kan bistå. Noen sier også at oppfølgingen enkelte steder overlates til pårørende i for stor grad.

For å få kunnskap om de ulike behovene hos brukerne er det viktig med god samhandling og kommunikasjon mellom kommunen, tjenesteutøverne og tros- og livssynsamfunnene for å tilrettelegge tilbudet.

Kunnskap om hverandres måter å arbeide på er også noe som er viktig for å utvikle samarbeidet. Tros- og livssynsamfunnene ser et tydelig behov for å sette dette temaet på dagsordenen, spesielt i lokale sammenhenger. For ledere av tros- og livssynsamfunnene regionalt vil det være viktig å informere og å ta i bruk blant annet opplæringsmateriell utviklet av Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn og andre kompetansetilbud. Et annet område er å styrke opplæringen av frivillige i tros- og livssynsamfunn.

Likeledes er det viktig å styrke dette temaet blant annet gjennom fag- og studieplaner ved lærestedene både på de tradisjonelle teologiske lærestedene og læresteder der en utdanner imamer, veiledere, pastorer og menighetsledere.





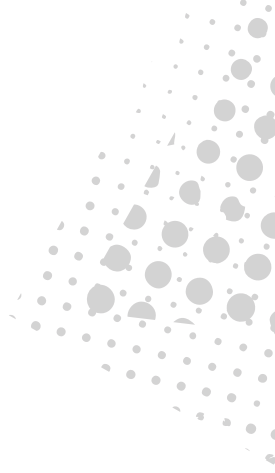
## INNHOOLD

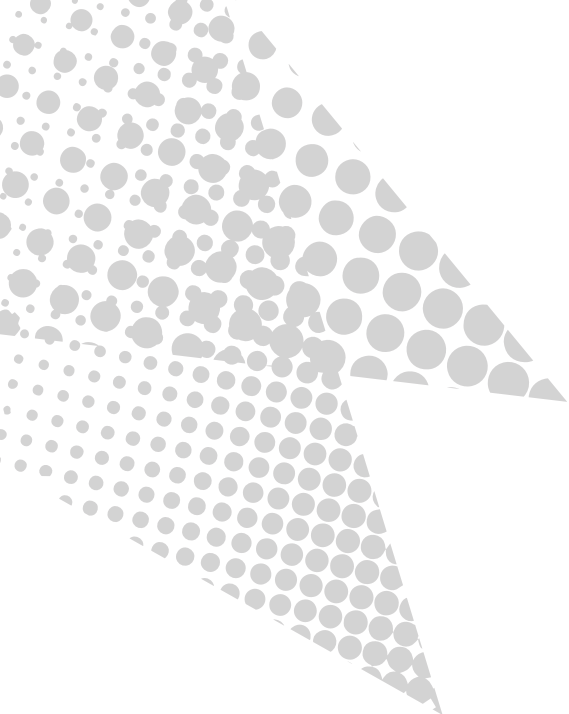
FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
1. INNLEDNING	1
1.1 Studiens formål og nytteverdi	2
1.2 Rapportens oppbygging	2
2. TRO OG LIVSSYN	5
2.1 Det livssynsåpne samfunnet	5
2.2 En aktiv tros- og livssynspolitikk	6
2.3 En aktiv tros- og livssynspolitikk for de som trenger bistand	7
2.3.1 Tros- og livssynsutøvelse som rettighet	7
2.3.2 Tro og livssyn som ressurs	8
2.3.3 Planer, rutiner og prosedyrer for oppgaver og tilrettelegging	9
2.4 En livssynsåpen kommunal helse- og omsorgstjeneste – noen utfordringer	11
2.4.1 Berøringsangst	11
2.4.2 Livssynsåpent – ikke livssynstomt	13
2.5 Fra Intensjon til realitet	13
3. PROBLEMSTILLING, METODE OG DATAGRUNNLAG	15
3.1 Problemstilling	15

3.2 Metode	16
3.2.1 Datainnsamling og datamateriale.	16
3.2.2 Respondentene i spørreskjemaundersøkelsen	18
3.2.3 Respondentene i intervjuundersøkelsen	18
3.3 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen	19
4. BRUKERNES BEHOV OG TILBUD	21
4.1 På hvilke områder opplever kommunens helse- og omsorgstjeneste behovet for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse?	21
4.2 På hvilken måte møtes behovene for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse?	22
4.3 Pårørendes rolle i tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse	25
4.4 Omsorg for døende pasienter og deres pårørende	26
4.5 Hvilke forutsetninger har kommunen for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse, og hvordan møter kommunen behovet?	27
4.5.1 Hvordan skaffer kommunen en oversikt over brukernes behov for bistand?	27
4.5.2 Prosedyrer for kartlegging av behov for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse hos brukere/pasienter	29
4.6 Kommunens syn på sin rolle som tilrettelegger for tros- og livssynsutøvelse	29
4.6.1 Tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse – en innarbeidet del i kommunens helse- og omsorgsplan?	30
4.6.2 Kommunens vurdering av utfordringer i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse	30
4.7 Oppsummering	31
5. KOMMUNENES SYN PÅ SAMARBEID MED TROS- OG LIVSSYNSAMFUNN	33
5.1 Hvilke tros- og livssynsamfunn samarbeider helse- og omsorgstjenesten med, og på hvilken måte?	33
5.2 Opplevs samhandlingen med tros- og livssynsamfunn i helse- og omsorgssektoren som kontroversielt?	36
5.3 Oppsummering	37
6. KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV I ARBEIDET MED TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	39
6.1 Kompetansebygging	40
6.2 Hva er viktig kunnskap i arbeid med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse?	41

6.2.1	Bruk av livshistorier og observasjon	41
6.2.2	Kunnskap om tros- og livssynssamfunn lokalt	42
6.3	Hvordan kan kompetansen styrkes i kommunal helse- og omsorgssektor for åndelig og eksistensiell omsorg?	43
6.3.1	Utdanningsinstitusjonens rolle for kompetansebygging	43
6.3.2	Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester som viktige kunnskapsbaser	43
6.3.3	Kommunale kompetanseplaner – som et viktig virkemiddel for kompetansebygging	44
6.4	Oppsummering	44
7.	TILRETTELEGGING OG BISTAND FOR TRO- OG LIVSSYNSUTØVELSE I KORONAENS TID	47
7.1	Pandemien krysser grenser og treffer oss	48
7.1.1	Hvordan vurderte kommunene behovene for bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse under koronapandemien?	48
7.1.2	Var helse- og omsorgstjenestens arbeidsbelastning og prioriteringer under pandemien en utfordring for aktiviteten på tros- og livssynsområdet?	49
7.1.3	En ny digital hverdag – nye hjelpemidler for å tilrettelegge for tro- og livssynsutøvelse	49
7.2	Oppsummering	50
8.	ERFARINGER FRA SAMARBEID MED DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN SETT FRA TROS- OG LIVSSYNSORGANISASJONENES SIDE	53
8.1	Tros- og livssynsamfunnenes rolle i tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse	54
8.2	Hva opplever representantene fra tros- og livssynsamfunnene at brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester har behov for?	55
8.3	Kommunen og tros- og livssynsamfunnene – et ventefellesskap?	56
8.4	Hvordan kan kompetansen bygges i tros- og livssynsamfunnene for bedre å kunne bidra til tros- og livssynsutøvelse for brukere av den kommunale helse- og omsorgssektoren?	56
8.5	Oppsummering	57
9.	AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER OG KONKLUSJONER	59
	LITTERATURLISTE	61
	TABELLOVERSIKT	65







## 1. INNLEDNING

Humanistiske verdier og kristen tro og tradisjon har vært viktige byggesteiner i utviklingen av samfunnet vårt. Åndelige og eksistensielle behov er en del av det livet vi lever. For noen handler det om trostilhørighet og religion, for andre kan det handle om livssyn uten religion. For de fleste handler det om hva som gir mening og oppleves som betydningsfullt, både i hverdagen, i møte med livets store spørsmål og når livet blir ekstra sårbart (Meld. St. 15 (2017–2018)).

I dag er befolkningen i Norge sammensatt av mennesker med ulike kulturbakgrunn og religiøs tilhørighet. Hverdagen for mange som mottar hjemmebaserte tjenester, beboere i omsorgsboliger og i sykehjem, preges i større grad av kulturelt og religiøst mangfold, som i befolkningen ellers. I underkant av 90 % av befolkningen er medlemmer av et tros- eller livssynssamfunn (Meld. St. 15 (2017–2018)). Det vil i praksis si at rundt ni av ti som mottar helse- og omsorgstjenester, tilhører et tros- og livssynssamfunn. Med en stadig mer sammensatt befolkning følger det også større forventninger til at det offentlige skal kunne ivareta hensynet til ulike individuelle behov i befolkningen i ulike faser av livet.

For de fleste er det å leve ut sin tro og sitt livssyn en selvfølge. For mennesker som er avhengig av hjelp fra andre, er muligheten til tros- og livssynsutøvelse ikke alltid like selvfølgelig og kan by på utfordringer (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013). Noen trenger hjelp til å uttrykke sine ønsker og behov, og noen trenger tilrettelegging for å kunne praktisere dette. For mange blir derfor den kommunale helse- og omsorgssektoren viktig for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse for den enkelte brukeren.

Livssyn, med eller uten et religiøst innhold, vil kunne være grunnleggende for den enkeltes helse og nære nettverk. Det må derfor også tas med i vurderingen når en skal yte helse- og omsorgstjenester. Tjenestemottakerens livssyn kan også være både retningsgivende for hvordan tjenesteyterne skal utføre sin tjeneste i møte med den enkelte, og hvordan tilretteleggingen skal være (Prop. 130 L (2018–2019)). Lars Johan Danbolt et al. sier det slik om dette temaet:

God helse- og omsorg handler om å se hvert enkelt menneske og bli kjent med dets livshistorie slik at omsorgen blir tilrettelagt for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk. Alle som er

avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester skal derfor også få tilrettelegging og bistand for å kunne utøve sin tro og sitt livssyn (Danbolt et al., 2014, s. 379).

Norge har gjennom både nasjonale og internasjonale forpliktelser et ansvar for å sørge for at enhver står fritt til å velge og utøve en tro eller et livssyn. Retten til tros- og livssynsfrihet gjelder alle, også dem som selv ikke er i stand til å sette ord på hva de ønsker (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013). For de kommunale helse- og omsorgstjenestene innebærer dette blant annet et ansvar for å sørge for tilrettelegging av omsorgstilbud der også kulturelle og åndelige behov blir hensyntatt og ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet (Prop. 130 L (2018–2019)).

## 1.1 STUDIENS FORMÅL OG NYTTEVERDI

Respekten for enkeltmennesket er den viktigste verdien i all politikkkutforming, på alle nivåer, i vårt land. Ethvert menneske har rett til å være i «sentrum for eget liv». Det innebærer at alle, uavhengig av individuelle egenskaper og ferdigheter, har rett til å foreta selvstendige og frie valg og bli møtt med respekt for sine synspunkt og ønsker. Det offentlige har derfor plikt til å bidra til at alle, så langt som mulig, settes i stand til å foreta kvalifiserte beslutninger, uttrykke sin egen vilje og utøve sin tro og livssyn, også når de er brukere og avhengig av kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 130 L (2018–2019)). Slik skal de få mulighet til å bruke sine egne ressurser, delta i samfunnet og ha et verdig liv.

Det finnes lite data om og forskning på hvordan kommunene tilrettelegger for tros- og livssynsutøvelse for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet med denne kartleggingen er derfor å få fram noen flere data, som kan belyse i hvilken grad og på hvilken måte den kommunale helse- og omsorgstjenesten ivaretar tjenestemottakernes muligheter til tros- og livssynsutøvelse gjennom egne tiltak og i samarbeid med tros- og livssynsamfunn lokalt eller regionalt. Vi håper at kartleggingen vil være til nytte for både helse- og omsorgstjenesten og tros- og livssynsamfunnene for å styrke samtalen om temaet. Samtidig kan rapporten kanskje få fram perspektiver som kan styrke den videre forskningen på feltet. I arbeidet med studien har vi så langt som mulig hatt et praktisk perspektiv for øyet.

## 1.2 RAPPORTENS OPPBYGGING

Denne rapporten inneholder presentasjoner og analyser/vurderinger av hovedtrekk i dataene som vi har samlet inn i arbeidet med studien, både gjennom en spørreskjemaundersøkelse og intervjuer.

Rapporten er delt inn i ni kapitler. Etter den innledende delen følger et kapittel vi har kalt Tro og livssyn, som danner noen av rammene og bakgrunnen for temaet og løfter fram ulike perspektiver, som vi i de påfølgende kapitlene der vi presenterer data, vil se nærmere på. Men før vi kommer så langt, skal vi innom metode og datagrunnlag i kapittel tre.

I kapitlene fire til åtte presenterer vi data og drøfter noen funn. Vi starter først i kapittel fire med å se på brukernes behov og tilbud fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse. Her ser vi også på hvilke utfordringer dette gir for tjenestene.

Kapittel fem er viet kommunenes syn på samarbeidet med tros- og livssynsamfunn i arbeidet med tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse.

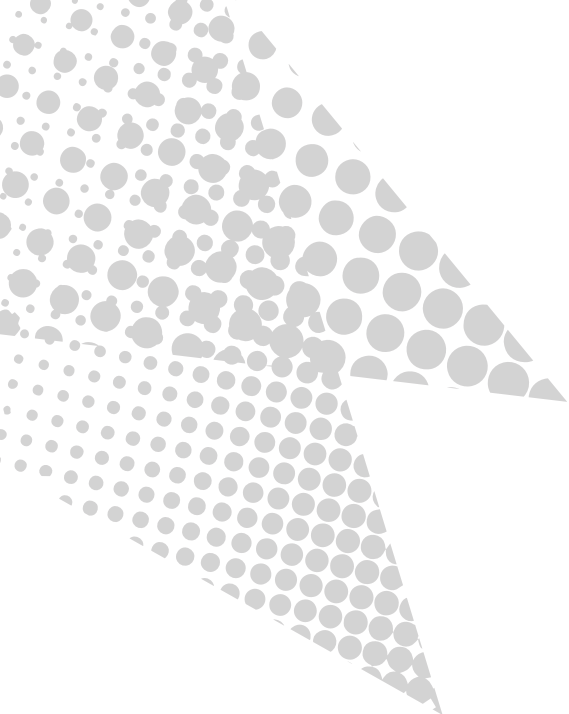
Kompetanse og kompetansebehov er sentralt flere steder i helse- og omsorgssektoren. I kapittel seks vil vi se nærmere på dette.

Da pandemien nådde Norge i februar/mars 2020, innførte regjeringen de strengeste og mest omfattende tiltakene i Norge siden andre verdenskrig. Blant annet stengte landets skoler og barnehager ned, og det samme gjorde en rekke bedrifter og servicenæringer og kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Det ble innført besøksbegrensninger i hjemmene, og mange brukere av kommunale hjemmetjenester ble sittende alene (NOU 2021: 6). I kapittel sju ser vi derfor nærmere på temaet tilrettelegging og bistand for tros- og livssynsutøvelse i koronaens tid.

I kapittel åtte tar vi i bruk våre størstedelen av våre intervjudata med ulike tros- og livssynsamfunn og ser på samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgssektoren i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Her er vi også innom kompetansespørsmålet til de ulike tros- og livssynsamfunnene knyttet til tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse og samhandling med den kommunale helse- og omsorgssektoren.

I det siste kapitlet vil vi trekke fram noen perspektiver og tanker på veien videre.





## 2. TRO OG LIVSSYN

Tro handler først og fremst om en religiøs tro og kan forstås både ved å forsøke å beskrive trosinnholdet eller ved å se på hva det betyr for livet. Det kan gi folk retning i tilværelsen, ha betydning for hvordan de takler livet og skaper forandring, og kan brukes til å begrunne atferd, handlinger og tankemåter.

Begrepet livssyn kan brukes på to måter. Det kan være et generelt begrep som egentlig dekker både religiøse og sekulære overbevisninger. Men i sammenstillingen «tro og livssyn» brukes begrepet om overbevisninger som ikke er religiøse, «men som anses som tilsvarende dype eller eksistensielle for den enkelte» (Stålsett, 2021, s. 20).

I denne undersøkelsen har vi forsøkt å legge til grunn en praktisk tilnærming og en ganske åpen og vid forståelse av begrepene tro og livssyn. Anne Austad skriver følgende i antologien *Lidelse, mening og livssyn* (Austad et al., 2020):

Livssyn er ikke bare noe man tenker, men også noe man føler og gjør. Det finnes ikke noe verb på norsk som beskriver livssyn i bevegelse, men man kan si at mennesker lever sitt livssyn. Livssynet kommer ikke minst i spill når mennesker skaper mening i lidelsen [...] Livssyn er altså vevd inn i vårt liv og i vårt selv.

### 2.1 DET LIVSSYNSÅPNE SAMFUNNET

«Det livssynsåpne samfunnet» kalte Stålsett-utvalget utredningen som på mange måter har bidratt til å prege utformingen av vår nye tros- og livssynspolitik (NOU 2013: 1). Kjennetegnene på et slikt livssynsåpent samfunn er ifølge utvalget at det

- gir rikelig rom for tros- og livssynsutfoldelse, i alt dets engasjement og synlighet, på ulike arenaer, individuelt og kollektivt
- gir åpenhet for ulike livssyn, religiøse så vel som sekulære, og majoritetens så vel som minoritetenes livssyn

Begrepet «Det livssynsåpne samfunnet» er ført vidare i arbeidet med lov om tros- og livssynssamfunn (Prop. 130 L (2018–2019)) og står nå som en god overskrift og et godt uttrykk for det som er offentlig norsk politikk og gjeldende ny lovgivning. Det har skjedd et skifte i tros- og livssynspolitikken de siste årene. Som Sturla J. Stålsett selv konkluderer i sin bok «Det livssynsåpne samfunn» (Stålsett, 2021): «Det er nå tverrpolitisk enighet om at politikken skal legge til rette for et livssynsåpent samfunn.»

En slik politisk modell innebærer ifølge Stålsett en positiv tilnærming til tro og livssyn gjennom en aktivt støttende politikk, samtidig som den skjerper kravet til likebehandling. Det er et samfunn som verken er nøytralt eller hegemonisk.

Det norske samfunnet har beveget seg fra å være en religiøs enhetskultur til å bli preget av tros- og livssynsmessig mangfold. I møte med disse endringene velger vi altså åpenhet og offentlig synlighet, der tros- og livssynsspørsmål ikke bare skal henvises til og komme til uttrykk i det private rom.

Sturla J. Stålsett avslutter sin bok om det livssynsåpne samfunnet med at: «uansett kan selve intensjonen om denne balansen mellom tro og livssyn som verdi og som rettighet, for både majoritet og minoriteter, gjøre det livssynsåpne samfunnet til et godt – kanskje bedre – sted for alle, uavhengig av livssyn» (s. 135).

## 2.2 EN AKTIV TROS- OG LIVSSYNSPOLITIKK

Begrunnelsen for en aktiv tros- og livssynspolitik er todelt:

1. Det er en menneskerett uavhengig av hvordan en ser på tro og livssyn som et gode (en rettighet).
2. Det vurderes som et positivt bidrag både til samfunnet, lokalmiljøet, familien og den enkelte (en ressurs eller en verdi).

Derfor er det i Norge slik at fellesskapet og staten skal sikre at alle får mulighet til fri tros- og livssynsutøvelse.

I lovproposisjonen om tros- og livssynssamfunn (Prop. 130 L (2018–2019)) viser Barne- og familiedepartementet til at Grunnloven § 16 gir en forpliktelse for staten til å føre en aktivt støttende politikk, og utdyper dette slik:

En aktivt støttende tros- og livssynspolitik betyr at det offentlige skal understøtte utøvelse av religion og livssyn. En aktivt støttende politikk anerkjenner at tro og livssyn er viktige aspekter ved menneskelig livsutfoldelse, og at tro og livssyn fritt skal kunne komme til uttrykk på lik linje med andre kulturelle uttrykk (s. 58).

Denne dobbelte begrunnelsen kommer også til uttrykk i Hurdalsplattformen for dagens regjering (Statsministerens kontor, 2021):

Regjeringa ønskjer eit livssynsåpent samfunn, der alle har respekt for og kunnskap om livssynet til andre. Trus- og livssynssamfunna er viktige både for enkeltmenneske og for storsamfunnet. For mange menneske utgjør dei viktige fellesskap, og dei skaper tilhøyrse og identitet.

Et slikt livssynsåpent samfunn krever særskilt tilrettelegging fra samfunnets side. Regjeringen vil derfor «stille krav om at offentlige institusjonar som sjukehus, sjukeheimar og fengsel legger til rette for at pasientar og innsette får høve til å utøve trua si og livssynet sitt».

## 2.3 EN AKTIV TROS- OG LIVSSYNSPOLITIKK FOR DE SOM TRENGER BISTAND

For noen kreves det ekstra innsats fra samfunnet for at retten til tros- og livssynsutøvelse skal bli reell, slik vi ser det er for mange pasienter og brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Stålsett-utvalget sier i sin innstilling:

Utvalget slår fast at tros- og livssynsfriheten gjelder for alle, også for beboere på sykehjem, mennesker med utviklingshemming, mennesker med demens og andre som har omsorgsbehov eller behov for personligassistanse. Omsorgen skal ivareta hele mennesket, også åndelige og eksistensielle behov. Religiøst eller livssynsmessig arbeid overfor mennesker med spesielle omsorgsbehov eller behov for personlig assistanse krever imidlertid stor varsomhet og kompetanse (NOU 2013: 1 punkt 15.6.2).

### 2.3.1 TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE SOM RETTIGHET

Retten til tros- og livssynsutøvelse hører til de grunnleggende menneskerettighetene. Det gjelder også dem som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger bistand for å utøve sin tro eller livssyn. Regjeringen har i et rundskriv til landets kommuner fastslått at denne rettigheten utløser en plikt for helse- og omsorgstjenesten til å legge til rette for den enkeltes mulighet til fri tros- og livssynsutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Uavhengig av hva tjenesteutøverne måtte mene om brukernes tro- eller livssyn, er det en del av deres oppdrag å sikre denne menneskerettigheten og respektere den enkelte, slik at deres livssyn kommer til uttrykk – enten det er i verdier, kultur og tradisjoner, opplevelse av identitet og tilhørighet, synet på grunnleggende eksistensielle spørsmål eller i hverdagen når det gjelder klær, mat og aktiviteter.

I lovproposisjonen om tros- og livssynssamfunn (Prop. 130 L (2018–2019) s. 111–116) blir spørsmålet om retten til tros- og livssynsutøvelse for de som mottar helse- og omsorgstjenester, særskilt behandlet.

Det blir vist til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om retten til tros- og livssynsutøvelse, som skal sikre at de som har behov for praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, får ivaretatt sin mulighet til tros- og livssynsutøvelse i tråd med de grunnlovfestede bestemmelser om religionsfrihet og ytringsfrihet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det blir videre vist til verdighetsgarantien for eldreomsorg, som i forskrifts form angir tiltak det skal legges til rette for i eldreomsorgen, for at eldre skal sikres et verdig tjenestetilbud. Her inngår blant annet samtaler om eksistensielle spørsmål. Lovproposisjonen slår derfor fast:

Å forholde seg til ulike sider ved omsorgsmottakers tros- og livssynstilhørighet og behov for samtale om eksistensielle spørsmål er en vesentlig del av å utforme et individuelt tilrettelagt



tjenestetilbud som skal ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd (Prop. 130 L (2018–2019), s. 112).

Lovproposisjonen peker på at Norge både gjennom nasjonale og internasjonale forpliktelser har et ansvar for å sørge for at enhver står fritt til å velge og utøve en tro eller et livssyn:

For de kommunale helse- og omsorgstjenestene innebærer dette et ansvar for å sørge for tilrettelegging av omsorgstilbud der også kulturelle og åndelige behov blir hensyntatt og ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet. Dette omfatter også personer som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger bistand og tilrettelegging for å utøve sin tro eller sitt livssyn etter eget valg. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må på denne bakgrunn i nødvendig utstrekning samarbeide med aktuelle livssynsorganisasjoner o.l. for å sikre at den enkelte brukers mulighet for tro- og livssynsutøvelse ivaretas (Prop. 130 L (2018–2019) s. 111–116).

### 2.3.2 TRO OG LIVSSYN SOM RESSURS

I tillegg til at det er en rettighet er det også en oppfatning om at den enkeltes tro og livssyn kan være en kilde og styrke til å takle livet når det blir vanskelig som følge av sykdom, funksjonstap og problemer, eller når en går inn i livets siste fase. Helsedirektoratet viser i sin handlingsplan for palliasjon (Helsedirektoratet, 2019) til at «flere studier konkluderer med at eksistensielle spørsmål er av stor betydning for alvorlig syke og døende, og at religiøs tro kan bidra til mestring ved alvorlig sykdom». McClain, C.S., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet*, 361(9369), 1603–7. Wang, Y.C, & Lin, C.C. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer Symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(4), E43–50.

Det er etter vår oppfatning ikke alltid slik. Av og til kan den enkeltes tro og livssyn også påføre mennesker unødig skam og lidelse, forsterke deres problemer eller komme i konflikt med det som blir ansett å være faglig, kunnskapsbasert, god behandling. Men dette må også helse- og omsorgstjenestene sette seg inn i, ha åpenhet rundt og forholde seg til.

I en litteraturstudie om åndelig omsorg for personer med demens i sykehjem konkluderes det med at slik omsorg i stor grad handler om motivasjon og støtte til pasientens opplevelse av sin egen integritet, tro, tilhørighet og sammenheng i tilværelsen. I dette arbeidet blir relasjonelle egenskaper avgjørende for å kunne bygge bro og opprettholde viktige relasjoner og redusere pasientenes mange tapsopplevelser, blant annet gjennom minnearbeid og sansestimulering. Slik kan pasienter hente trøst og styrke gjennom tilhørighet til steder og kontekster, ritualer og symboler som gjennom livet har gitt en opplevelse av mening og tilhørighet:

Innenfor den åndelige dimensjonen knyttes fortid, nåtid og framtid sammen i et menneskes liv. Det dreier seg om det helt grunnleggende ved det å være menneske, å søke og fornemme mening og tilhørighet i tilværelsen, og i dette helhetlige omsorgsperspektivet hører pasientens troshistorie og øvrige livshistorie til (Ødbehr et al., 2012).

### 2.3.3 PLANER, RUTINER OG PROSEDYRER FOR OPPGAVER OG TILRETTELEGGING

Allerede ved behandlingen av St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening – om framtidens omsorgsutfordringer, jf. Innst. S. nr. 150 (2006–2007), ble tros- og livssynsutøvelse for mennesker med utviklingshemming løftet fram i Stortinget:

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at mennesker med psykisk utviklingshemning må sikres å kunne utøve sin tro eller sitt livssyn. Dette området kan lett bli oversett av personalet som yter omsorgstjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemning eller som har nedsatt kommunikasjonssevne, har ikke samme mulighet til å formidle sine behov for tros- og livssynsutøvelse eller til å praktisere sin tro/sitt livssyn som andre uten bistand fra omsorgspersonell. Flertallet vil understreke at det er tjenesteyter som sammen med tjenestemottakeren og hans/hennes nærmeste som har ansvar for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Kartlegging av behovet for den enkelte på dette området, eventuell kontakt og samarbeid med tros- og livssynssamfunn, skal som andre viktige områder nedfelles i individuell plan for å sikre ivaretagelse av en viktig side i et menneskes liv. (Innst. S. nr. 150 (2006–2007).

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL), Norges Kristne Råd og Kirkerådet utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet et hefte som beskriver rutiner og retningslinjer for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og tros- og livssynssamfunn for å sikre den enkeltes rett til tros- og livssynsutøvelse (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013). Ansvars- og oppgavefordelingen mellom helse- og omsorgstjenesten, den enkelte brukeren/pårørende/vergen og tros- og livssynssamfunnene ble trukket opp for dette samarbeidet. Det ble understreket at retten til tros- og livssynsutøvelse også må sikres av tros- og livssynssamfunnene: «Tros- og livssynssamfunnene har et særskilt ansvar for å betjene de medlemmene som mottar helse- og omsorgstjenester og som er avhengige av bistand for å kunne utøve tro og livssyn alene og/eller i fellesskap med andre.» Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013, s. 8)

I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon (Helsedirektoratet, 2019) er det et eget kapittel om «Åndelige og eksistensielle utfordringer». Her viser Helsedirektoratet til den europeiske palliative organisasjonen EAPCs definisjon og beskriver det åndelige og eksistensielle området med tre hoveddimensjoner, som ofte overlapper hverandre:

1. Eksistensielle utfordringer (dvs. spørsmål knyttet til identitet, mening, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, frihet og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede).
2. Verdier og holdninger (det som er viktig for hver enkelt person, slik som forholdet til seg selv, familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur, etikk og moral og selve livet).
3. Religiøs og livssynsmessig forankring (tro, overbevisning og praksis, forholdet til Gud, den ytterste virkelighet eller det transcendent).

Helsedirektoratets handlingsprogram (Helsedirektoratet, 2019) beskriver deretter omsorgsoppgavene slik:

På bakgrunn av disse tre dimensjonene rommer åndelig omsorg for alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende

- å være oppmerksom på de utfordringer pasient og pårørende står overfor når det gjelder eksistensielle spørsmål, verdier, tro og livssyn
- å lytte innenfor rammen av pasientens egen livshistorie til de erfaringer og tyngdepunkter som pasienten vektlegger
- å støtte opp under pasientens forsøk på mestring i møte med disse utfordringene
- å støtte og hjelpe pasienten underveis med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn eller eventuelle ønske om å endre eller utvikle dette
- å legge til rette for at pasienten og de pårørende kan utøve sin tro eller livssyn, og ved behov bistå dem til det.

I likhet med andre områder, gjelder det også for det åndelige området at det må kartlegges på forsvarlig måte. I tillegg til å avklare pasientens og pårørendes bakgrunn, kultur og tilhørighet til et tros- eller livssynssamfunn, bør kartleggingen også vende seg mot pasientens individuelle opplevelse, ønsker og behov.

Helsedirektoratet legger stor vekt på at i det palliative arbeidet handler åndelig omsorg mer om nærvær enn om handlinger. Det handler om mot til å være nær, lytte, støtte og oppmuntre og mobilisere både pasientens og omgivelsenes ressurser.

Helsedirektoratet peker på at det er viktig å tenke bredt når det gjelder mulige ressurspersoner for åndelig omsorg:

- Pasientens familie, venner og øvrige nettverk.
- Alle ansatte (inkludert frivillige), uavhengig av profesjon.
- Ledere for tros- og livssynssamfunn.
- Ulike terapeuter og veiledere.
- Institusjonsprester og andre utdannede sjelesørgere (diakoner, helsearbeidere med videreutdanning i sjelesorg).

I tillegg til Helsedirektoratets veiledere har også noen kommuner utviklet rutiner og retningslinjer for dette arbeidet. I 2018 ble Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre behandlet i Stortinget, jf. Innst. 43 S (2018–2019). Meldingen viser til undersøkelser som tyder på at åndelige og eksistensielle behov blir forsømt i dagens helse- og omsorgstjeneste, og at utfordringene er blitt større med økt tros- og livssynsmangfold (Kuven & Bjorvatn, 2015; Jevne, 2014).

Som en av flere konkrete løsninger foreslår meldingen at helse- og omsorgstjenesten innfører faste prosedyrer og samarbeid med tros- og livssynssamfunn, slik at de kan møte brukernes og de pårørendes åndelige og eksistensielle behov. Meldingen viser til at flere kommuner har innført prosedyrer for kartlegging, individuell planlegging og tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse og samtaler om eksistensielle spørsmål. Dette er ofte gjort i samarbeid med lokale tros- og livssynsorganisasjoner. Det blir blant annet vist til arbeidet som er gjort i Fredrikstad kommune (Fredrikstad kommune & Borg bispedømmeråd, 2014), Færder kommune og Kristiansand kommune og til Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Nordland, som har utarbeidet en praktisk veileder og opplysningsfilm om aktiv omsorg med vekt på åndelige behov (Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Nordland, 2015).

## 2.4 EN LIVSSYNSÅPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE – NOEN UTFORDRINGER

Veien fra statskirke og enhetskultur til et økende livssynsmangfold har skapt nye problemstillinger som kan være utfordrende å forholde seg til på et sykehjem eller dagtilbud i helse- og omsorgstjenestene.

Skal presten og diakonen kunne komme og holde andakt eller gi sjelesorg, må også representanter for andre kirkesamfunn, religioner og livssynssamfunn gis samme rom og mulighet.

Der det før var gode samarbeidsrutiner med den lokale kirken, og kanskje i tillegg Frelsesarmeen som kom og underholdt med sang og musikk, må helse- og omsorgstjenesten nå forholde seg til og etablere samarbeid med en rekke livssynsorganisasjoner og lokale foreninger og trossamfunn. En kan velge å så på det som en utvidelse av de lokale omsorgsressursene eller som en krevende utfordring.

Hvordan skal rom som var tilrettelagt for seremonier og gravferder, innredes og utstyres når det ikke bare skal være et kristent kapell? Skal alteret, kunsten og utsmykningene fjernes, eller er det mulig å innrede rommet slik at det kan ha et mangfold av symboler og uttrykk og brukes av alle – uten at noen blir støtt?

I møte med tros- og livssynsmangfoldet kan det være lett for helse- og omsorgstjenestene å velge tilbaketrekning framfor å gå inn i dette feltet. Resultatet kan bli at vi får en «livssynstom» i stedet for en livssynsåpen og livssynsmangfoldig tjeneste. Resultatet kan også bli økende berøringsangst for spørsmål som handler om religion, tro og livssyn blant fagfolk som arbeider innen helse og omsorg.

### 2.4.1 BERØRINGSANGST

I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeförening* skriver professor Vegard Bruun Wyller at leger er merkelig tafatte i møtet med livssynsspørsmål:

Det hersker en utstrakt berøringsangst overfor både pasienter og kolleger – Gud er blitt en elefant i rommet, enten det dreier seg om sengerommet eller morgenmøterommet. For de fleste leger er det lettere å snakke med pasientene om deres kjønnsliv enn om deres bønneliv. At det er blitt slik, har sammensatte historiske årsaker. Utviklingen fra opplysningstiden preges av vektlegging av den rent naturvitenskapelige og tekniske siden ved medisinsk fagutøvelse, samtidig som livssyn – spesielt protestantisk kristendom – oppfattes som et rent privat anliggende. Men det er uprofesjonelt ikke å identifisere elefanten, spesielt i et samfunn som i stadig større grad preges av livssynsmessig heterogenitet (Wyller, 2015).

I en fagartikkel i *Sykepleien* sier Britt Moene Kuven og Lisa Bjorvatn at åndelig omsorg er et tema som blir neglisjert i praksisfeltet:

Våre erfaringer fra helsevesenet kan tyde på at åndelig omsorg har trange vilkår i møte med pasientene. Ikke bare fordi det ikke er tid og rom for samtaler om det åndelige, men kanskje like mye fordi vi ikke har et språk som fanger det opp (Kuven & Bjorvatn, 2015).

De peker på at pasienter gir uttrykk for at de selv ikke tør å be om hjelp med åndelige behov. Samtidig uttaler sykepleierne at de selv har behov for et mer avklart ståsted før de tør å gå inn i et slikt landskap. Resultatet blir at begge viker unna samtaler om tros- og livssynsspørsmål.

I en litteraturstudie om åndelig omsorg for mennesker med demens (Ødbehr et al., 2012) blir det pekt på at åndelig omsorg i pleien til personer med demens er et lite undersøkt tema, og at sykepleiere selv rapporterer at de mangler kompetanse innenfor området, og synes det er vanskelig i praksis.

I en rapport fra stiftelsen SOR undrer Sølvi Dahle og Tor Ivar Torgauten seg over at de i samtaler med tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere blir fortalt om et sprik mellom de offentlige føringene og tjenestene som gis når det gjelder å legge til rette for den enkeltes mulighet til tros- og livssynspraksis. De har i mange år arbeidet med disse spørsmålene, spesielt knyttet til mennesker med utviklingshemming:

Samtaler med tjenesteytere over hele landet, viser at det er stort behov for opplæring og avklaringer omkring tema. Vi møter mye usikkerhet og utrygghet grunnet manglende opplæring. Egen sjenanse i forhold til tro og livssyn hindrer også tjenesteytere i å snakke med tjenestemottaker om deres ønsker og behov. I praksis overlates tema til den enkelte tjenesteyters skjønn (Dahle & Torgauten, 2019).

Tro og livssyn kan være personlig, og mange som arbeider i helse- og omsorgssektoren, kan kvie seg for å bli involvert i andres religiøse liv. Tone Lindheim, som forsker på det hun kaller «religious literacy» eller «religiøs samtalekompetanse» (Lindheim, 2020) i helse- og omsorgstjenesten, mener helse- og sosialpersonell bør bli mindre redd for å gå inn i disse samtalene. I et intervju om religiøs kompetanse i helsevesenet (Vatnøy, 2020) sier hun:

– Vi må få mindre berøringsangst i forhold til religion. Være mindre redde for det som er ukjent, våge å spørre når det er noe vi lurer på. Kanskje handler det om at vi har plassert religion i et veldig privat rom som vi er redde for å invadere. Det at vi plasserer religion i det private rommet gjør også at vi ofte tenker at det er uprofesjonelt å blande religion og jobb. Eller vi tenker at det er noe de religiøse profesjonelle, som prester, diakoner og imamer, skal ta seg av. Men vi kan bli religiøst samtalekompetente som sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter også.

Tove Giske, som er professor ved VID vitenskapelige høyskole i Bergen, sier at mange sykepleiere og sykepleiestudenter opplever det som tabu å snakke om religion. De sier selv at de er dårlig forberedt gjennom utdanningen til å utøve åndelig omsorg (Giske, 2021; Kuven & Giske, 2019). Hun mener de har et lite utviklet fagspråk både for å samtale om og dokumentere åndelige og eksistensielle forhold. På den bakgrunnen har hun utarbeidet en håndbok om åndelig omsorg (Giske & Cone, 2019).

Anne Sender i Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn mener at kommunene strever med å gi helhetlig omsorg, og at det gjøres «for lite, for fragmentert og på for svakt kunnskapsnivå i institusjonene». Hun mener at det må satses betydelig mer på å utdanne personell som har kompetanse på både livssyn og helse, og at organiseringen av disse oppgavene må utvikles.

Vi kan ikke bare ønske oss det uten å legge kunnskapen inn i helse- og omsorgsfagene og i opplæring av ledelsen i tros- og livssynssamfunnene. Vi har en stor jobb foran oss, men det er også en god del bevegelse på feltet – noe som vil styrkes av god forskning (Kvaal, 2020).

## 2.4.2 LIVSSYNSÅPENT – IKKE LIVSSYNSTOMT

«Det som er for alle, har en tendens til å bli for ingen», sier sykehusprest Aud Irene Svartvasmo i en tankevekkende kommentarartikkel om dilemmaet sykehuset ved Diakonhjemmet møter når de vil gi rom for et større tros- og livssynsmangfold enn det som får plass i et tradisjonelt kirkerom.

Den foreløpige løsningen er blitt et «stillerom» helt uten religiøse markører, men med religiøse elementer som er gjemt i et skap, og som kan tas fram etter behov. Hun forteller hvordan de med et visst vemod tømte sykehuskirken for alt som hadde gjort det til en kirke: alterlysene, Bibelen, lysgloben og alterteppet. «Til slutt bar vi ut alteret, og rommet sto nakent igjen.»

I møte med tros- og livssynsmangfoldet lages det stillerom både på skoler, flyplasser og helseinstitusjoner. Ofte er det tomme rom som nesten er helt tømt for mening, for å unngå å virke støtende. Men i et livssynsåpent samfunn skal religiøse uttrykk og symboler nettopp være synlige og åpne og kunne leve ved siden av hverandre. Kanskje alternativet til et tomt stillerom vil være et rom der alt som nå gjemmes i skapet, blir hengt på veggene og får lov til å stå og skinne ved siden av hverandre? «Det er en dårlig ide å tømme offentlige arenaer for tilstedeværelse av tro og livssyn, eksistensiell oppmerksomhet og sjele(om)sorg. I stedet må vi arbeide for å gjøre tilbudet mer likeverdig» (Svartvasmo, 2021).

Diskusjonen om seremonirom og stillerom illustrerer det dilemmaet vi på mange områder står overfor når vi har valgt det livssynsåpne samfunnet som modell. Kan et tomt rom bli noe annet enn et tomt rom? Det som lages for alle, som et slags minste felles multiplum, kan fort bli uten mening og innhold – om vi ikke tåler å fylle det med lys, symboler og kulturelle uttrykk som kan leve i dialog med hverandre og med selve kildene til livet, skriver Steinar Barstad i en kommentarartikkel i magasinet Pensjonisten:

Da må vi alle kunne ha med oss hver våre tekster, tradisjoner, sanger, bønner, høytider, historier og seremonier, med all den rikdom det representerer. Ved oppløsningen av de sterke bindingene mellom staten og den norske kirke, kan vi enten velge et tomt og fattig livssynsnøytralt og sekulært samfunn, eller bygge det livssynsåpne samfunnet som gir rom for en synlig og mangfoldig tros- og livssynsutøvelse. Vi har bestemt oss for det siste. Da må vi slippe taket, åpne dørene til alle offentlige rom og møte hverandre, ikke stenge ned og lukke ute (Barstad, 2021).

## 2.5 FRA INTENSJON TIL REALITET

I løpet av de siste årene er helse- og omsorgstjenestens ansvar for å legge til rette for tjenestemottakernes behov og ønsker når det gjelder tros- og livssynspraksis, kommet tydeligere på dagsordenen. I offentlige dokumenter blir nå den åndelige dimensjonen tatt med som en del av tjenesteytingen.

Utgangspunktet for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester vil alltid være kjennskap til det som er viktig for tjenestemottakeren. Det som er viktig for tjenestemottakeren, vil også være en viktig del av tjenesteytingen. Når religions- og livssynsutøvelse er en sentral og viktig del av tjenestemottakerens liv, er det tjenesteyterens ansvar å legge til rette for at tjenestemottakeren får en reell mulighet til å praktisere sin tro og sitt livssyn, slik vedkommende er vant til og ønsker.

For mange er troen eller livssynet selve fundamentet i livet. Det handler om identitet, tilhørighet

og verdier. For de som tilhører et trossamfunn, handler det også om trosutøvelse i form av faste ritualer, bestemte lesninger og bønner. Mulighet for eksistensielle samtaler ut ifra tro eller livssyn hører også med til det vi kaller tros- eller livssynspraksis.

Hvordan den enkelte ønsker å leve ut eller praktisere sin tro eller sitt livssyn, varierer fra person til person. Dette vil også variere gjennom de forskjellige livsfasene. Erfaringen viser at mange mennesker i sykdomsperioder, ved store livsforandringer og ved slutten av livet søker nærmere kontakt med den troen eller det livssynet de kanskje i perioder opplevde at de hadde et fjernt forhold til.

Med dette som bakteppe ønsker vi å se nærmere på hvordan både helse- og omsorgstjenesten og organisasjonene som organiserer tros- og livssynsamfunnene, ser på dette rent praktisk.

På denne bakgrunnen har vi utviklet en hovedproblemstilling og delproblemstillinger, som er et av temaene i neste kapittel. Problemstillingene som vi vil belyse, kan gi et bilde av hvordan tros- og livssynsutøvelse ivaretas i kommunen for mennesker som er under kommunal helse- og omsorgstjeneste, og i hvilken grad dette er satt på dagsordenen i tros- og livssynsamfunnene.



## 3. PROBLEMSTILLING, METODE OG DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet vil vi se nærmere på problemstillingen, den metodiske tilnærmingen og datagrunnlaget som våre resultater og drøftinger bygger på.

### 3.1 PROBLEMSTILLING

Formålet med å gjennomføre denne studien er å belyse hvordan tilretteleggingen for og rettighetene til tros- og livssynsutøvelse ivaretas for personer som mottar helse- og omsorgstjenester. Utgangspunktet for vår problemstilling ligger i forholdet mellom den faktiske tilstanden i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og de intensjonene som staten har formulert om utøvelse av tros- og livssynsutøvelse for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. På bakgrunn av dette ønsker vi også å belyse hvordan kommunene ivaretar dette, og hvilke muligheter og utfordringer en møter på i arbeidet for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse i tjenestene.

Rundskriv I-6/2009, Rett til egen tros- og livssynsutøvelse, som er nevnt i kapittel to, understreker at helse- og omsorgstjenesten har plikt til å legge til rette for den enkeltes mulighet for fri tros- og livssynsutøvelse. Samtidig understrekes det at ansatte innen tros- og livssynssamfunnene og pårørende/verger har en viktig rolle i arbeidet med å få i gang nødvendig samhandling for å tilrettelegge tros- og livssynsutøvelse.

Vi har på bakgrunn av dette utformet følgende hovedproblemstilling:

*Hvordan ivaretas tjenestemottakernes rettigheter og muligheter til tros- og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?*

For å avgrense problemstillingen har vi delt den opp i tre underproblemstillinger:

- Brukernes behov for bistand i tros- og livssynsutøvelse slik helse- og omsorgstjenesten vurderer det.



- Helse- og omsorgstjenestens tilbud om bistand og tilrettelegging for å møte brukernes behov.
- Samhandlingen mellom tros- og livssynssamfunn og helse- og omsorgstjenesten sett fra både kommunens side og tros- og livssynsorganisasjonenes side.

Problemstillingen vil bli belyst ut fra en kommunal synsvinkel og supplert med perspektiver fra tros- og livssynsorganisasjoner, føringer fra statlige myndigheter og relevante tidligere studier, jf. kapittel to.

I den første delproblemstillingen har vi avgrenset oss til hvordan helse- og omsorgstjenesten registrerer og vurderer behovet for tilrettelegging. Hvem har behov, hva har brukerne behov for, og hvordan blir det registrert?

I den andre delproblemstillingen ser vi nærmere på helse- og omsorgstjenestens bistand og tilrettelegging og hvordan de selv vurderer dette tilbudet. Er det tilstrekkelig, hvor høyt blir det prioritert, og hva er utfordringene?

I den tredje problemstillingen belyser vi temaet samarbeid mellom tros- og livssynsamfunnene lokalt og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I hvor stor grad samarbeider de, hva består samarbeidet i, hvem er inkludert i samarbeidet, og er det avtalefestet eller av mer uformell karakter?

I tillegg har tidspunktet for undersøkelsen gjort det mulig å belyse hvordan dette har fungert i koronatiden. Har behovene vært annerledes, har mulighetene for tilrettelegging og bistand blitt endret, og har samarbeidet mellom kommunene og tros- og livssynsamfunnene vært påvirket av koronapandemien?

## 3.2 METODE

Her vil vi presentere metoden og datamaterialet som rapporten er basert på. Avsnittets første del er en redegjørelse for gjennomføringen av undersøkelsen, datagrunnlaget, hvem som har svart på spørreskjemaet, hvem som er intervjuet, og dataenes representativitet.

### 3.2.1 DATAINNSAMLING OG DATAMATERIALE.

I arbeidet med å belyse problemstillingen har vi samlet inn data fra et utvalg av norske kommuner. I tillegg har vi supplert dataene med intervjuer med kirke- og livssynsledere på nasjonalt nivå og prest, pastor, diakon og livssynsveileder på regionalt og lokalt nivå.

Vi gjennomførte kartleggingen i kommunene ved å bruke et spørreskjema. Dette skjemaet sendte vi til 54 kommuner i et representativt utvalg med hensyn til kommunestørrelse og geografi. Utvalget er basert på Senter for omsorgsforskningss omsorgsforskningsskommunepanel, som består av 54 kommuner. Vi fikk inn 21 svar, som utgjør en svarprosent på 39 %, noe som var noe i underkant av det vi forventet. Likevel er det ikke overraskende med tanke på kommunenes utfordringer og prioriteringer under koronapandemien. Sammenlikner vi oss med andre studier i kommunesektoren på denne tiden, har også disse utfordringer i datainnsamlingen, som kan tilskrives koronapandemien.

Spørreskjemaet var delt opp i seks hovedkategorier:

- Brukernes behov for tilrettelegging for tro- og livssynsutøvelse
- På hvilken måte møter helse- og omsorgstjenestene behovet for tros- og livssynsutøvelse?

- Behovet for kompetanse på temaet i helse- og omsorgstjenesten
- Helse- og omsorgstjenestens samarbeidsrelasjoner
- Tros- og livssynsutøvelse i koronaens tid
- Bakgrunnsopplysninger

Intervjuene med personene fra tros- og livssynsorganisasjonene hadde nesten den samme oppbyggingen. Intervjuene var ustrukturerte med en klar målsetting om å fram perspektiver på tros- og livssynssamfunnenes samarbeid med helse- og omsorgssektoren og deres bidrag i å tilrettelegge tros- og livssynsutøvelse.

Samtidig som kommunene mottok spørreskjemaet, ble de oppfordret til å sende inn prosedyrer, avtaler og plandokumenter som berørte temaet. Ved fristens utløp mottok vi tre slike dokumenter, noe vi tror også avspeiler omfanget av prosedyrer, avtaler og plandokumenter i norske kommuner knyttet til dette temaet.

Nedenfor følger tabell 1, som viser svarfordelingen i spørreundersøkelsen knyttet til fylke og kommunistørrelse.

**Tabell 1** Svarfordeling på spørreskjemaundersøkelsen etter fylke.

Fylke	Antall tilsendte kommuner	Antall svar	Prosent
Møre og Romsdal	4	0	0
Vestland	5	0	0
Rogaland	6	0	0
Agder	6	5	83
Vestfold og Telemark	7	3	43
Viken	6	5	83
Innlandet	6	3	50
Trøndelag	5	1	20
Nordland	4	1	25
Troms og Finnmark	5	3	60
<b>SUM</b>	<b>54</b>	<b>21</b>	<b>39</b>

Tabellen viser god oppslutning både i Agder, Vestfold og Telemark, Viken, Troms og Finnmark og Innlandet. Noe overraskende er det at kommuner i Vestland, Møre og Romsdal og Rogaland ikke har svart på denne undersøkelsen. Denne skjevfordelingen kan derfor utgjøre en svakhet i datasettet, ut fra det vi vet om religiøs tilhørighet og engasjement.

**Tabell 2** Antall innbyggere i kommunene som har svart på undersøkelsen

Innbyggertall i kommuner som har svart	Antall	Prosent
Under 2000 innbyggere	8	39
2000–4999 innbyggere	3	14
5000–9999 innbyggere	4	19
10 000–19 999 innbyggere	0	0
20 000–44 999 innbyggere	3	14
Over 45 000 innbyggere	3	14
<b>SUM</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Tabellen viser at et flertall av svargiverne kommer fra små kommuner under 2000 innbyggere og opp til 4999 innbyggere, som utgjør 53 % av svargiverne. Av disse har 19 % et innbyggertall på 5000–9999 innbyggere. Ingen kommuner mellom 10 000 og 19 999 innbyggere har svart, men tre kommuner, eller 14 % av respondentene, kommer fra kommuner over 45 000 innbyggere.

Ser vi på antall svar knyttet opp mot kommunetypologier, finner vi at vårt utvalg tegner et bilde som ikke er helt ulikt norske kommuner. Den største svakheten knyttet til kommunestørrelsen, er mangel på kommuner mellom 10 000 og 19 000 innbyggere. Det overrasker positivt at tre kommuner over 45 000 innbyggere har svart på undersøkelsen.

### 3.2.2 RESPONDENTENE I SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN

Et viktig utgangspunkt for denne undersøkelsen var å se nærmere på hvordan kommunene tilrettelegger for tro- og livssynsutøvelse, og hvilke tilbud de har til brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å belyse dette valgte vi å spørre helse- og omsorgssjefer/kommunaldirektører i kommunene om å besvare spørreskjemaet. Det er begrunnet i at det er helse- og omsorgssjefen/kommunaldirektøren som er ansvarlig for å planlegge og tilrettelegge for tjenesteutøvelsen i etaten. Det er likevel grunn til å tro at helse- og omsorgssjefen/kommunaldirektøren har benyttet muligheten til å sende skjemaet videre til andre med en mer helhetlig oversikt over virksomheten knyttet til temaet, som vi også skrev i følgebrevet at de kunne gjøre.

### 3.2.3 RESPONDENTENE I INTERVJUUNDERSØKELSEN

For å få fram perspektiver fra tros- og livssynsamfunnene valgte vi respondenter fra Norges Kristne råd, Samordningsrådet for tros- og livssynsamfunn, lokal prest, diakon, pastor i frimenighet og regional livssynsveileder fra Human-Etisk Forbund. Jmf. 3.2.1. Alle har lang erfaring i sin tjeneste. Rekruttering av disse informantene skjedde via telefon.

### 3.3 KORT KOMMENTAR TIL METODENE I UNDERSØKELSEN

I undersøkelsen har vi utarbeidet et spørreskjema til kommunene og intervjuet representanter for tros- og livssynsamfunn.

Spørreskjemaet ble utviklet og testet ut på fire ledere med erfaring fra ledelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommentarene fra testpanelet ble innarbeidet før skjemaet ble elektronisk distribuert.

Under datainnsamlingen fikk vi noen tilbakemeldinger om at spørreskjemaet var noe omfattende. Ved en nedkorting av skjemaet kunne svarprosenten kanskje blitt høyere.

Det er grunn til å understreke det som tidligere er nevnt i rapportens innledningskapittel, om at det var begrensninger i datatilgangen på grunn av koronapandemien. Det er grunn til å tro at svarprosenten hadde vært høyere om pandemien ikke hadde vært et hinder. Etter en telefonrunde til kommunene kom det fram at undersøkelsen var noe flere på det daværende tidspunktet ikke kunne prioritere. De understreket at det ikke var mangel på interesse, men på kapasitet. Det kunne derfor vært interessant å gjennomføre denne undersøkelsen på ny i etterkant av pandemien når kapasiteten i kommunene er høyere, og de har tid til å respondere på slike undersøkelser.

Det er derfor viktig å understreke at det datasettet fra spørreskjemaet som ligger til grunn for rapporten, ikke kan gi et fullstendig bilde av hvordan situasjonen er i alle landets kommuner. Men vi antar at våre data tegner et bilde av viktige sider ved statusen på både hvordan kommunene tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse i kommunene, og hvilke utfordringer de har med dette.

Vi fikk svar fra personer som sitter med stort ansvar for situasjonen i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det kan nok medføre at det tegnes et lysere bilde av situasjonen enn den faktisk er. Det kan kanskje også antas at de som svarte på spørreundersøkelsen, er mer opptatt av spørsmålene som reises i undersøkelsen, og kanskje har dette mer «på stell», enn de som ikke svarte. Dette vil vi nevne som en påminnelse med tanke på tolkningen av svarene.

Målsettingene for hva vi ønsket å belyse i de ustrukturerte intervjuene, ble også prøvd ut på relevante personer som jobber med eller er knyttet til disse miljøene.

Intervjuene med tros- og livssynslederne og tjenesteutøverne fra tros- og livssynsamfunn på lokalt og regionalt plan hadde en ustrukturert karakter, men med en tydelig retning inn mot temaene som er belyst i spørreskjemaet. Hvis vi hadde sendt en spørreundersøkelse også til denne gruppen, hadde vi nok fått noen flere svar, men likevel syntes disse intervjuene å gi et bilde av situasjonen. Alle respondentene uttrykte viktigheten av å sette dette på dagsordenen. Det er derfor grunn til å tro at den metoden og tilnærmingen vi har valgt, er relevant for å få fram data om dette temaet. Noen av respondentene gav uttrykk for at intervjuet/samtalen hadde gitt dem nye ideer om hvordan de bør og kan samhandle med kommunen.





## 4. BRUKERNES BEHOV OG TILBUD

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvilke behov brukerne har for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse i det daglige. Deretter vil vi se på hvordan kommunene møter disse behovene, og hvilke forutsetninger som er til stede. Vi vil også se på i hvilken grad kommunen opplever at de pårørende og tros- og livssynsamfunnene bidrar i tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse. Hvilke forutsetninger har kommunen for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse, og hvordan møter kommunen behovet? Hvordan er kommunens vurdering av de utfordringene som ligger i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse?

### 4.1 PÅ HVILKE OMRÅDER OPPLEVER KOMMUNENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE BEHOVET FOR TILRETTELEGGING FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE?

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er de senere årene blitt mer og mer bevisst på at mennesket er en helhet. Det helhetlige menneskesynet er blitt en naturlig og integrert del av verdi- og strategidokumentene som styrer helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helseforetakene. Det gjenspeiler seg også i nasjonale styringsdokumenter og i planverk for helse- og omsorgsarbeiderutdanningene og de sosialfaglige utdanningene.

Det er derfor relevant å spørre kommunene i hvor stor grad helse- og omsorgstjenesten opplever at brukerne har behov for tilrettelegging eller bistand for sin tros- og livssynsutøvelse.

Av 21 respondenter svarer 10 at brukerne/pasientene i stor/noen grad har behov for tilrettelegging, mens 11 svarer i liten grad.

Vi spurte så kommunene om på hvilke områder de mener behovet for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse er størst.

**Tabell 3** Helse- og omsorgstjenestens oppfatning av behov for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse.

Aktivitet	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Prosent	Antall
I hvor stor grad er brukerbehovet knyttet til individuelle samtalersjelesorg/støtte i eksistensielle spørsmål	14	57	29	0	100	21
I hvor stor grad handler behovet om å ta del i aktiviteter av tros- og livssynsmessig karakter (sang, musikk, bønn/ritualer m.m.)	33	48	19	0	100	21
I hvor stor grad handler behovet om hverdagslivet (regler, mat, klær, symboler, tider, helligdager m.m.).	5	29	67	0	101	21
I hvor stor grad handler behovet om å få anledning til å ta del i sosiale tros- og livssynsfellesskap	10	57	33	0	100	21
I hvor stor grad er det behov for bistand og tilrettelegging knyttet til livets slutfase og død	19	76	5	0	100	21

Tabellen viser at det er størst behov for tilrettelegging knyttet til å ta del i aktiviteter av tros- og livssynsmessig karakter (sang, musikk, bønn, ritualer) og bistand relatert til livets slutfase og død.

Derneft svarer 2/3 av respondentene at brukerbehovet i stor grad eller noen grad er knyttet til individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål og anledningen til å ta del i sosiale tros- og livssynsfellesskap.

Tabellen viser at det er mindre behov for tilrettelegging knyttet til mat, klær, symboler, tider, helligdager m.m.

## 4.2 PÅ HVILKEN MÅTE MØTES BEHOVENE FOR TILRETTELEGGING AV TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE?

Det finnes ulike måter å møte behovene for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse på. Omsorgstjenester og kulturelle aktiviteter oppstår og utøves i ulike kulturelle kontekster. Det kan derfor være ulikt fra kommune til kommune og fra tjenestested til tjenestested hvordan en møter ulike behov hos brukerne/pasientene, også når det gjelder tros- og livssynsutøvelse.

Vi spurte kommunene om på hvilken måte helse- og omsorgstjenesten møter brukernes behov for individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål.

**Tabell 4.** På hvilken måte møter helse- og omsorgstjenesten brukernes behov for individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål

Aktivitet	Antall svar	Antall respondenter
Som en del av våre egne ansattes vanlige faglige arbeid	11	21
Vi har egne ansatte som er spesielt kvalifisert for dette	0	21
Vi samarbeider med lokale tros- og livssynsamfunn og ber om bistand ved behov	20	21
Vi har ikke ressurser eller mulighet til å imøtekomme brukernes behov på dette området	0	21

Hele 20 av 21 kommuner sier at de samarbeider med lokale tros- og livssynsamfunn og ber om bistand fra disse ved behov.

Totalt 11 av 21 kommuner svarer at de anser dette som en del av deres egne ansattes vanlige faglige arbeid. Det er ingen som har egne ansatte som er spesielt kvalifisert til dette, men oppgaven løses i stor grad som en integrert del av det daglige og faglige arbeidet.

Når det gjelder tilrettelegging for samtaler knyttet til eksistensielle spørsmål og sjelesorg, er det grunn til å tro at personellet tilrettelegger gjennom å tilkalle personer fra tros- og livssynsamfunn.

Svarene her kan tyde på at retningslinjer i sentrale styringsdokumenter på dette området er nedfelt i virksomheten på en eller annen måte. Det kan også tyde på en økende interesse for temaet og at et større søkelys på at mangfoldet i samfunnet har fått større oppmerksomhet i sektoren.

Videre spurte vi kommunene hvordan de møter brukernes/pasientenes behov for tilrettelegging for å ta del i sosiale fellesskap (møter, gudstjenester og arrangementer) av tros- og livssynsmessig karakter. Her svarer hele 18 av 21 kommuner at de stiller egnede lokaler til disposisjon for tros- og livssynsamfunn. Totalt 15 av 21 sier at kommunen og tros- og livssynsamfunn sammen arrangerer sosiale sammenkomster.

TV-overførte gudstjenester og tro og livssynsprogram syntes også å være en viktig måte å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse på. I tillegg sier nær halvparten, 10 av 21 kommuner, at de også tilrettelegger for TV-overføring av lokale gudstjenester, livssynsarrangementer. Totalt 13 av 21 kommuner sier at de også bistår med ledsagertjeneste og transport.

Når det gjelder å ta del i aktiviteter og sosiale fellesskap av tros- og livssynsmessig karakter, viser resultatene at det krever tilrettelegging, og at det legges til rette for slike aktiviteter. Det er grunn til å tro at det her er samarbeid med både frivillige og representanter fra tros- og livssynsamfunn.

Kunnskap om matvaner i ulike land og kjennskap til religiøse og kulturelle kosthensyn er nødvendig for å kunne tilrettelegge kostholdet på en god måte for alle.

Matvaner er ulike både mellom land og lokalsamfunn, men kan også variere blant annet på grunn av ulik etnisk tilhørighet og ulike religioner. Hvordan møter helse- og omsorgstjenesten denne utfordringen?



**Tabell 5.** På hvilke måter møter helse- og omsorgssektoren brukernes behov for tilrettelegging av mat og måltider i tråd med tro og livssyn, i prosent

Aktivitet	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Vi har ikke mulighet til å imøtekomme brukerne	Prosent	Antall
Ved å tilby mat og måltider fra eget institusjonskjøkken som er tilpasset den enkelte beboerens tro og livssyn	60	25	15	0	100	21
Ved å sørge for matombringning av ferdige måltider tilpasset den enkelte brukerens tro og livssyn	55	30	15	0	100	21
Ved å gi praktisk bistand til å anskaffe og tilberede mat tilpasset den enkeltes tro og livssyn	53	26	16	5	100	21

Tabellen viser at 85 % av kommunene tilbyr mat og måltider fra et eget institusjonskjøkken som er tilpasset den enkelte beboerens tro og livssyn. Hele 85 % sier også at de sørger for matombringning av ferdige måltider tilpasset den enkelte brukerens tro og livssyn, mens 79 % sier at de kan gi praktisk bistand til å anskaffe og tilberede mat tilpasset den enkeltes tro og livssyn. Samtidig sier 15–20 % at de i liten grad eller ikke har mulighet til å imøtekomme brukernes behov på dette området.

Tallene viser at et flertall av de spurte kommunene er bevisst på viktigheten av å tilrettelegge for brukernes behov i tråd med deres tro og livssyn når det gjelder mat og måltider.

På hvilke måter tilrettelegges det for brukernes behov for tilrettelegging i forbindelse med religiøse helgedager, høytider mv.?

**Tabell 6.** Kommunens tilrettelegging for brukernes behov i forbindelse med religiøse helligdager og høytider, i prosent

Aktivitet	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Vi har ikke mulighet til å imøtekomme brukerne	Prosent	Antall
Ved å markere dette med å pynte rom og felleslokaler	76	14	5	5	100	21
Ved å sørge for at den enkelte får pynte seg og kle seg til fest	81	14	5	0	100	21
Ved å markere dette med sang, musikk, kulturinnslag, besøk og aktiviteter	71	10	14	5	100	21

Tabellen viser at kommunene tilrettelegger for brukernes behov i forbindelse med religiøse helligdager og høytider, både ved å pynte lokaler (90 %) og sørge for at den enkelte får pynte seg og kle seg til fest (95 %). Høytidene markeres også med sang, musikk, kulturinnslag, besøk og aktiviteter (81 %). Kun et mindretall oppgir at de har utfordringer med å følge opp dette. Vi har ikke spurt om hva som er årsaken, men det er grunn til å tro at det handler mer om kapasitet enn vilje og kompetanse.

Det er grunn til å tro at begrensede personalressurser lett kan føre til en gruppetenkning og at ulike tros- og livssynsaktiviteter må være felles. Det gir tjenesteyterne lite rom for å legge til rette for individuelle valg også når det gjelder å oppsøke ulike tros- og livssynsarenaer. Dette kan være et dilemma og være utfordrende både for brukere/pasienter og tjenesteutøvere. Det ser imidlertid ikke ut til at dette er til hinder for at de fleste velger å ha åpne og synlige markeringer av høytider og helligdager.

## 4.3 PÅRØRENDES ROLLE I TILRETTELEGGING AV TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE

Tjenestemottakerne har svært forskjellige muligheter for å kommunisere sine ønsker og behov når det gjelder tros- og livssynsutøvelse. Mens noen kan å tale sin egen sak klart og tydelig, har andre vansker med å sette ord på hva de ønsker, og hvilke behov de har. Noen trenger også bistand til å finne ut av hvem de er, og hvem de ønsker å være, og hjelp til å uttrykke hva de ønsker, og hvilke behov de har. Når mennesker som mottar helse- og omsorgstjenester, ikke selv tar initiativ til å uttrykke sine ønsker og behov, blir pårørende en sentral kilde (Borg bispedømme, Fredrikstad kommune (2014)).

Hvordan vurderer kommunen pårørendes rolle i å tilrettelegge for brukernes tro og livssynsutøvelse? Av de 21 kommunene oppgir 13 at pårørende er svært viktige i dette arbeidet, mens 8 mener at pårørende er viktige. Ingen oppgir at pårørende ikke er viktige i å tilrettelegge for brukernes tros- og livssynsutøvelse.

Dette tyder på at tjenestene ser på pårørende som en viktig kilde til informasjon om brukerens tros- og livssynsutøvelse i tillegg til å være viktige tilretteleggere.

Vi spurte kommunene i hvor stor grad helse- og omsorgstjenesten opplever at pårørende henvender seg om bistand til oppfølging av tros- og livssynsutøvelse for brukerne/pasientene. Her svarer bare 4 av 20 kommuner at de opplever det i noen grad, og hele 16 av 20 opplever det i liten grad.

Dette viser at pårørende i mindre grad er pådrivere overfor kommunen for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Det kan også ha sin årsak i at dette allerede blir tatt opp som en del av inntakssamtalen med brukere og pårørende i mange kommuner.

## 4.4 OMSORG FOR DØENDE PASIENTER OG DERES PÅRØRENDE

Omsorg for døende pasienter og deres pårørende har vært i fokus de siste årene både blant helsepersonell og hos helsemyndighetene. Dette finner vi blant annet i KS' etikksatsing, i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017, i Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve samt i Omsorgsplan 2020 (Sørli, 2021). I disse dokumentene er omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus pekt på som et betydelig satsingsområde.

Vi spurte derfor kommunene på hvilke måter helse- og omsorgstjenesten møter pasientenes behov for tros- og livssynsmessig bistand og tilrettelegging i livets slutfase og død.

**Tabell 7.** På hvilken måte møter helse- og omsorgstjenesten pasientenes behov for tros- og livssynsmessig bistand og tilrettelegging i livets slutfase og død

Aktivitet	Antall svar	Antall svargivere
Vi har en forberedende samtale om livets siste periode tilpasset personens forståelsesnivå og livs- og bosituasjon	12	21
Vi følger opp fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige behov	18	21
Vi legger til rette for avtale med en representant for pasientens tros- og livssynssamfunn eller andre ressurspersoner som kan veilede ved behov	17	21
Vi får bistand av tros- og livssynsamfunn eller -organisasjoner til å forberede brukeren på livets slutfase	7	21

Totalt 12 av 21 kommuner oppgir at de har en forberedende samtale om livets siste periode som er tilpasset personens forståelsesnivå og livs- og bosituasjon.

Hele 18 kommuner sier at de følger opp fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige behov, mens 17 kommuner oppgir at de legger til rette for avtale med en representant for pasientens tros- og livssynsamfunn eller andre personer som kan veilede ved behov.

Kun 7 av 21 oppgir at de får bistand fra tros- og livssynsorganisasjoner å forberede brukeren på livets slutfase.

Tallene her viser at kommunene har stor bevissthet rundt ivaretagelse av brukernes behov for tros- og livssynsmessig bistand og tilrettelegging i livets slutfase og død.

Pårørende har ofte en sentral rolle i omsorgen for personer med alvorlig sykdom. De er en ressurs og støtte for personen som er syk. De pårørendes situasjon og rolle kan variere, men de har noen grunnleggende felles behov, nemlig behov for støtte, informasjon, råd og veiledning. Informasjon og medvirkning er i utgangspunktet basert på samtykke fra pasienten.

Vi spurte deretter om på hvilken måte helse- og omsorgstjenesten møter pårørendes behov for tros- og livssynsmessig bistand og tilrettelegging i livets slutfase og død.

Hele 18 av 21 kommuner tilbyr samtaler og tilpasset informasjon ved livets slutt, mens 17 svarer at de tilbyr praktisk støtte til familien ved livets slutt. Praktisk støtte i dette tilfellet kan bety blant annet kontakt med begravelsesbyrå, seremonier m.m.

Totalt 14 av 21 svarer at de tilrettelegger for at familien får snakke om åndelige og eksistensielle spørsmål ved livets slutt.

Hele 19 kommuner svarer at de legger til rette for samtale med en prest, pastor, imam, humanist eller andre hvis det er behov for det.

Dette temaet har som nevnt ovenfor vært viktig både for myndigheter og kompetansemiljøer, blant annet gjennom offentlige utredninger, stortingsmeldinger, anbefalinger og utvikling av ressursmaterieell fra Helsedirektoratet og Senter for medisinsk etikk (Meld. St. 24 (2019–2020); Helsedirektoratet, 2019); Thoresen et al., 2017).

I tillegg er det grunn til å tro at en økt satsing på etisk kompetanseheving i kommunene på helse- og omsorgsområdet gjennom samarbeidet mellom KS og nasjonale myndigheter også har styrket kompetansen og bevisstheten rundt dette temaet (Kirkhaug, 2018).

Dataene viser at de fleste kommunene vi har kartlagt, har systemer for å ivareta dette.

## 4.5 HVILKE FORUTSETNINGER HAR KOMMUNEN FOR TILRETTELEGGING FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE, OG HVORDAN MØTER KOMMUNEN BEHOVET?

Det tros- og livssynsmessige mangfoldet varierer rundt omkring i landet og berører helse- og omsorgstjenestene i ulike kommuner på ulikt vis. Denne variasjonen kan gjøre at kommunenes helse- og omsorgstjenester kan ha behov for litt ulike rutiner/prosedyrer, organisering og ordninger for hvordan de tilrettelegger for samarbeid med tros- og livssynssamfunn. Det kan blant annet bety at kommunen bør utarbeide rutiner/prosedyrer som bidrar til at tjenestemottakerne og eventuelt pårørende får informasjon om retten og muligheten til tro- og livssynsutøvelse, og at deres ønsker og behov for dette blir kartlagt.

### 4.5.1 HVORDAN SKAFFER KOMMUNEN EN OVERSIKT OVER BRUKERNES BEHOV FOR BISTAND?

Omsorgstjenestene skal, ifølge helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse, organiseres slik at pasienter og brukere så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestene skal utformes i samråd med pasienten, brukeren og de pårørende. Dette berører også nødvendig bistand for at tjenestemottakere skal kunne utøve sin tro og sitt livssyn, og at tjenesteyterne har nødvendig kunnskap og opplæring på området. Men hvordan skjer dette i praksis? Tabell 8 belyser dette nærmere.

**Tabell 8.** På hvilken måte skaffer helse- og omsorgstjenesten oversikt over brukernes behov for tros- og livssynsutøvelse, i prosent

Aktivitet	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Prosent	Antall
Det er en del av søknadsbehandlingen	5	10	35	50	100	20
Det inngår i utformingen av individuelle planer	14	48	28	10	100	21
Dette spørsmålet stiller vi til pårørende og brukere i forbindelse med inntakssamtaler	60	40	0	0	100	20
Det er opp til den enkelte brukeren eller de pårørende å gi uttrykk for ønsker og behov	38	43	14	5	100	21
Det er mer tilfeldig hvordan slike behov blir registrert	5	30	55	10	100	20

Tabellen viser at 15 % sier at dette er en del av søknadsbehandlingen ved inntaket, mens 35 % oppgir at det i liten grad er et tema i søknadsbehandlingen. Halvparten (50 %) sier at dette ikke er en del av søknadsbehandlingen i det hele tatt.

Derimot er dette et større tema i utformingen av individuelle planer. Her svarer hele 62 % at det inngår som en del av individuelle planer. De resterende 38 % sier at det inngår i liten grad eller ikke i det hele tatt. I utarbeidelsen av individuelle planer legges grunnlaget for en eventuell samhandling mellom tjenesteyterne, pårørende/vergen og i dette tilfellet tros- og livssynssamfunnene. Den tjenesteyteren som har ansvar for å utarbeide den individuelle planen (koordinatoren), har derfor også ansvar for å sikre at tros- og livssynsystematikken blir en del av samtalen når planen utarbeides – i den utstrekning dette er i samsvar med tjenestemottakerens ønsker. Det kan derfor synes som om en individuell plan er viktig for å sette dette temaet på dagsordenen for den enkelte brukeren.

Dataene viser tydelig at inntakssamtalen er viktig for helse- og omsorgstjenesten for å kunne skaffe kunnskap og oversikt over brukerens bakgrunn og ulike behov. Alle svargiverne oppgir at dette temaet berøres i stor, i noen grad i inntakssamtalene. Det er ikke et unaturlig sted å starte. Inntakssamtalene foregår som regel også i samarbeid med pårørende, som kan bidra til at ulike tilretteleggingsbehov kommer fram – herunder deltakelse i kulturelle og religiøse aktiviteter. Det er grunn til å tro at nasjonale føringer og prosedyrer på dette området har vært en medvirkende årsak til at dette temaet settes på dagsordenen her.

Hele 81 % av svargiverne sier at det er opp til den enkelte brukeren og de pårørende å gi uttrykk for ønsker og behov, noe som henger sammen med svarene vi fikk når det gjelder utarbeiding av individuell plan og inntakssamtalen.

Totalt 35 % oppgir at det er mer tilfeldige måter å oppfatte brukernes behov for tilrettelegging for- tro og livssynsutøvelse på enn gjennom de rent formelle samtalene, mens 65 % sier at de fanges opp via formelle systemer.

Tallene viser at de fleste kommunene som har deltatt i studien, har systemer som fanger opp dette temaet i ulik grad.

## 4.5.2 PROSEDYRER FOR KARTLEGGING AV BEHOV FOR Å TILRETTELEGGE FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE HOS BRUKERE/PASIENTER

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har ulike forutsetninger for å møte brukere med ulike behov. Disse forutsetningene kan både være bemanningsressurser og kompetanse. Begrensede personalressurser kan lett føre til en gruppetenkning hvor fritidsaktiviteter må være felles. Det gir tjenesteyterne lite rom for å legge til rette for individuelle valg også når det gjelder å oppsøke ulike tros- og livssynsarenaer (Helsekompetanse.no). De som leder helse- og omsorgstjenesten i kommunene, har et overordnet ansvar for at tjenesteyterne utøver sin bistand på en faglig forsvarlig måte. Kommunene har etter helsepersonelloven § 16 ansvar for å organisere seg slik at personalet blir i stand til å overholde sine plikter. Kommunene må ha oversikt over helsetjenestens behov for kompetanse, opplæring og opplæringsbehov. De må derfor ha et system som sikrer at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter og kan yte tjenester i samsvar med lovkravene.

Pasienten eller brukerens livssyn kan være både retningsgivende for hvordan tjenesteyterne skal utføre sin tjeneste i møte med den enkelte, og hvordan tilretteleggingen skal være. Å forholde seg til vesentlige sider ved tjenestemottakerens tros- og livssynstilhørighet og til hans/hennes behov og ønsker vil derfor kunne høre med til kravene om faglig forsvarlighet innen helse- og omsorgstjenestene (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013).

Vi spurte kommunene om de hadde egne prosedyrer for å kartlegge og tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse for sine brukere. Totalt 38 % sier at de har slike prosedyrer, 10 % sier at de planlegger å utvikle slike prosedyrer, mens over halvparten, 52 % oppgir at det ikke er behov for slike rutiner/prosedyrer.

For de som ikke ser dette behovet for rutiner/prosedyrer, er det grunn til å tro at de i sterkere grad får dette fram i inntakssamtaler eller samhandling med brukere, pårørende og trossamfunn. Bruk av Individuell plan og de mulighetene som finnes der, kan også være en årsak.

Likevel synes utvikling av prosedyrer på dette området å være en mulighet til tettere og tydeligere samhandling med tros- og livssynsamfunnene lokalt/og eller regionalt. Det kan også være et godt virkemiddel for kompetansefremmende samarbeid mellom kommunene og tros- og livssynsamfunnene for å styrke tilretteleggingen av tros- og livssynsutøvelse i helse- og omsorgssektoren.

Vi spurte også kommunene om de kunne sende sine prosedyrer til oss. Tre av kommunene som svarte på undersøkelsen, sendte slike prosedyrer. Det er derfor grunn til å tro at skriftlige prosedyrer i liten grad eksisterer i norske kommuner. Prosedyrene inneholder beskrivelser av rutiner og prosedyrer, noe som tydeliggjør ansvarsfordelingen mellom både kommunene og tros- og livssynsamfunn.

## 4.6 KOMMUNENS SYN PÅ SIN ROLLE SOM TILRETTELEGGER FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE

Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-6/2009 Rett til egen tros- og livssynsutøvelse, som er omtalt i kapittel to, understreker at helse- og omsorgstjenesten har plikt til å legge til rette for den enkeltes mulighet for fri tros- og livssynsutøvelse. I praksis har både tjenesteytere og helse- og omsorgstjenesten, ansatte innen tros- og livssynssamfunnene og pårørende/vergen

en viktig rolle i arbeidet med å få i gang nødvendig samhandling (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013). VI spurte kommunene i hvor stor grad det bør være helse- og omsorgstjenestens ansvar å møte brukernes behov for tilrettelegging og bistand til det å utøve sin tro eller livssyn.

Svarene viser at 9 av 21 kommuner mener at dette i stor grad er helse- og omsorgstjenestens ansvar, 9 svarer at dette gjelder i noen grad, mens kun 3 kommuner svarer i liten grad.

Dataene viser at nær alle kommunene i utvalget mener at dette er et kommunalt ansvar. Men det er grunn til å tro at det er liten kunnskap om at ansvaret også påhviler tros- og livssynsamfunnene. Disse samfunnene bør også ta et særskilt ansvar for å betjene medlemmene som mottar helse- og omsorgstjenester, og som er avhengige av bistand for å kunne utøve troen og livssynet sitt alene og/eller i fellesskap med andre. Ledelsen i det enkelte tros- og livssynssamfunnet har ansvar for å informere ansatte og frivillige medarbeidere og for å utarbeide funksjonelle rutiner som ivaretar dette. Det vil vi komme tilbake til senere i denne rapporten.

#### **4.6.1 TILRETTELEGGING FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE – EN INNARBEIDET DEL I KOMMUNENS HELSE- OG OMSORGSPLAN?**

Planlegging av framtidens omsorgstjenester er satt tydelig på dagsordenen i flere nasjonale styringsdokumenter, blant annet St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, En kvalitetsreform for eldre og NOU 2020: 15 Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.

I planverket skal overordnede perspektiver, analyser og prioriteringer løftes fram, noe som skal være retningsgivende for hvordan sektoren skal utvikles og tiltak formes i nåtid og framtid.

Planer kan ha ulik detaljeringsgrad. Likevel spurte vi vårt utvalg av kommuner om hvor mange som har tatt med tro og livssyn som tema i sine kommunale helse- og omsorgsplaner.

Totalt 8 av 21 svarer at temaet er belyst i planen, 3 av 21 oppgir at det er planlagt i revisjonen av planen, mens 8 sier at de ikke har dette med i sine planer. Kun 1 av 21 gir uttrykk for at dette ikke hører hjemme i en slik plan.

At 8 av våre 21 kommuner i utvalget oppgir at dette temaet er med i planen. Dette kan tyde på, at de nasjonale signalene, som blant annet tydelig framkommer på dette området i Meld St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, En kvalitetsreform for eldre, har nådd fram. At 3 også oppgir at dette er et tema de ønsker å ta inn i revisjonen, øker troen på at de nasjonale signalene har nådd fram. Likevel er datagrunnlaget for lite til å si noe om hvordan temaet er belyst i alle landets kommuner.

#### **4.6.2 KOMMUNENS VURDERING AV UTFORDRINGER I ARBEIDET MED Å TILRETTELEGGJE FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE**

Hvordan opplever så kommunen sitt engasjement i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse? Vi har tidligere presentert data som viser at kommunen har ulike tiltak og innsatsområder for å tilrettelegge for tros- og livssynsaktiviteter. Likevel spurte vi kommunene i hvor stor grad de opplever at helse- og omsorgstjenesten kommer til kort eller ikke strekker til i arbeidet med bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse.

Her svarer kun 1 av 21 kommuner at de opplever i stor grad å ikke strekke til, mens 10 svarer i noen grad. Totalt 10 av kommunene opplever at de i liten eller ingen grad har utfordringer med å oppfylle behovet for bistand og tilrettelegge for utøvelse av tro og livssyn.

Men hva er det så kommunene opplever å komme til kort eller ikke strekke til med? Tabellen nedenfor gir muligens noen svar.

**Tabell 9.** Hvorfor opplever kommunene konkret at de ikke strekker til når det gjelder bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse, i prosent

Utfordringer	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Uaktuelt	Antall	Prosent
Mangel på kompetanse	12	47	35	6	17	100
Mangel på tid	18	41	35	6	16	100
Manglende ressurser	0	40	53	7	15	100
Faglig tilbakeholdenhet med å gå inn på tro og livssyn	7	33	53	7	14	100

Mangel på kompetanse oppgis av 59 % av svargiverne. Mangel på tid oppgis av 59 %, mens 40 % oppgir manglende ressurser. Her sier 53 % at ressursene i liten grad spiller inn. Totalt 40 % oppgir at faglig tilbakeholdenhet også er en utfordring, mens 60 % svarer at det ikke er en utfordring.

Mangel på kompetanse er det mest framtrepende i dette, noe vi skal komme tilbake til senere i rapporten. Tidsfaktoren slår ut her, som i mange andre sammenhenger innen sektoren. Likevel oppgir halvparten av de som svarte, at mangel på ressurser ikke er den største utfordringen. Faglig tilbakeholdenhet er en viktig faktor, selv om et flertall ikke oppgir at dette er en utfordring. Mange synes det er vanskelig å snakke om tro og åndelige spørsmål. Kanskje skyldes det at vi er redd for å ta opp slike ting på en feil måte, og at det tilhører vårt privatliv. Det kan være liten åpenhet generelt om hvordan man kan få en god samtale om slike temaer.

## 4.7 OPPSUMMERING

I kapittel fire har vi sett nærmere på hvilke behov for bistand kommunene opplever at brukerne/pasientene har når det gjelder tros- og livssynsutøvelse. De fleste kommunene viser at dette er et område de er bevisst på. Kommunene møter også disse behovene i stor grad og anser den måten de møter det på, som en viktig del av det helse- og omsorgsfaglige arbeidet. Kommunene oppgir at tilretteleggingen også er et kommunalt ansvar. Ting tyder imidlertid på at det er lite bevissthet om at det også er tros- og livssynsamfunnenes ansvar og sørge for tilrettelegging for tros og livssynsutøvelse.

Dataene viser at det er systemer i kommunene på ulike nivåer som kan fange opp brukernes/pasientenes behov for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse, blant annet gjennom individuelle planer og inntakssamtaler. Et mindretall av svargiverne oppgir at de har prosedyrer for å ivareta og fange opp behovet for tilrettelegging, mens et flertall ikke ser behov for dette.

Samhandling med pårørende er også et tema som opptar kommunene i forbindelse med tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse for den enkelte brukeren/pasienten.

Flere kommuner sier at de har innarbeidet dette temaet i planverket for helse- og omsorgssektoren, og flere planlegger dette i forbindelse med revisjonen.



Ser vi disse funnene opp mot det som blant annet beskrives i kapittel to der en beskriver nasjonale styringsdokumenter som tar for seg behovet for å ivareta brukernes/pasientenes behov for tros- og livssynsutøvelse syntes disse perspektivene å ha funnet veien til de kommunale planene. I tillegg viser data at tjenestene er årvåkne for pårørendes behov for både veiledning og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse i utfordrende situasjoner.

Det som framgår av dataene, er at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en tjeneste som synes å være opptatt av å se verdien av å tilrettelegge for tro og livssyn, og er i ferd med å åpne opp for det livssynsmessige mangfoldet i befolkningen.



## 5. KOMMUNENES SYN PÅ SAMARBEID MED TROS- OG LIVSSYNSAMFUNN

Kommunene har ansvar for å ivareta omfattende oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenester i velferdsstaten (Nyseter, 2015). Formålet med kommunale deltjenester er at de skal dekke pasienters behov for helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er et juridisk krav at tjenester ytes faglig forsvarlig, og at hjelpen er omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999). Tjenester skal tilrettelegges slik at pasienter opplever et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud», noe som innebærer at pasienter opplever sammenheng mellom tjenester og tiltak ut fra individuelle behov (Gjevjon, 2015).

I veilederen fra Norges Kristne Råd, Samarbeidsutvalget for tros- og livssynsamfunn og Helsedirektoratet (Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn et al., 2013) heter det at alle som mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenester, skal få mulighet til å ta kontakt med sin menighet. Helse- og omsorgstjenesten har en plikt til å legge til rette for at den enkelte som mottar helse- og omsorgstjenester, får mulighet til å praktisere sin tro eller sitt livssyn alene eller i fellesskap med andre. Samtidig har menighetene ansvar for å informere helse- og omsorgstjenesten i kommunen om menighetens tilbud og hvilke muligheter for betjening som finnes.

For å få til dette kreves det samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tros- og livssynsamfunnene. I neste avsnitt vil vi se litt nærmere på hvordan dette samarbeidet oppleves fra kommunens side.

### 5.1 HVILKE TROS- OG LIVSSYNSAMFUNN SAMARBEIDER HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN MED, OG PÅ HVILKEN MÅTE?

For å finne ut mer om dette samarbeidet startet vi med å spørre kommunene om de hadde et formelt samarbeid med tros- og livssynsamfunn lokalt eller regionalt.

Av de 21 kommunene som svarte på undersøkelsen, sier 11 at de har et formelt samarbeid, 5 sier at de ikke har et formelt samarbeid, og 4 oppgir at de har et utstrakt uformelt samarbeid. Det betyr at kommunene i vårt utvalg samhandler med tros- og livssynsamfunn på en eller annen måte, noe som også er i samsvar med dataene som ble lagt fram i kapittel fire.

Vi spurte deretter kommunene om i hvilke situasjoner helse- og omsorgstjenestene i kommunen samarbeider oftest med tros- og livssynsamfunn.

**Tabell 10.** I hvilke situasjoner samarbeider helse- og omsorgstjenesten i kommunen oftest med tros- og livssynsamfunn

Aktivitet	Antall svar	Prosent
Når vår tjenesteutøvelse trenger kunnskap og veiledning om tro, tradisjoner, skikker, mat, måltider m.m.	0	0
Ved religiøse helligdager, feiringer og høytider	7	33
Når brukerne ber om samtale om eksistensielle spørsmål eller sjelesorg	10	48
Når brukerne ber om bistand til tros- og livssynsutøvelse gjennom deltakelse i fellesskap og aktiviteter	3	14
Ved alvorlige hendelser	0	0
Ved alvorlig sykdom og død	1	5
<b>Sum</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Her svarer 7 av 21 kommuner at dette skjer ved religiøse høytider og helligdager, mens 10 oppgir at de samhandler når brukere ber om samtaler knyttet til eksistensielle spørsmål eller sjelesorg. Kun 1 av 21 kommuner sier at de samhandler når brukerne skal delta i ulike aktiviteter og fellesskap, og 1 kommune oppgir at de samhandler ved alvorlig sykdom og død, det er grunn til å tro at dette tallet er høyere ut fra tidligere kartlegginger knyttet til palliativ omsorg. I tillegg ble dette spørsmålet formulert slik at kommunene ble bedt om å prioritere hvor de samarbeidet oftest med tros- og livssynsamfunn. Hvis vi ikke hadde spurt kommunene om hvilket område de samarbeidet mest om, ville nok svarene vært jevnere fordelt.

Men hva ligger det i å ha et samarbeid med tros- og livssynsamfunn? Av 21 kommuner oppgir 1 kommune at de har en skriftlig avtale, mens 6 kommuner sier at de har jevnlig kontaktmøter med tros- og livssynsamfunn. Totalt 11 sier at de har faste kontaktpersoner i tros- og livssynsamfunn, mens 1 kommune oppgir at de har prosedyrefestet samarbeidet på den enkelte enheten eller avdelingen. De resterende 3 kommunene sier at de samhandler på andre måter. Dette viser at kommunene i utvalget har etablert ulike måter å samhandle med tros- og livssynsamfunnene på. At det varierer fra kommune til kommune, er ikke så unaturlig. Her handler det nok for mange kommuner og enheter i helse- og omsorgssektoren om å finne en god form på samhandlingen som er tilpasset lokale forhold og behov.

Ser vi litt nærmere på den formelle samhandlingen, finner vi at kommunene (21) samhandler med flere ulike tros- og livssynsamfunn. I vårt utvalg oppgir 76 % at de samhandler med Den norske kirke, og 33 % oppgir at de samhandler med andre kristne trossamfunn og lokale kristne foreninger og organisasjoner. Kun 5 % oppgir at de samhandler med ulike islamske trossamfunn,

mens 14 % oppgir Human-Etisk Forbund som samarbeidspartner, og 10 % oppgir andre tros- og livssynsamfunn.

Tallene viser at kommunene samarbeider med flere tros- og livssynsamfunn. Den norske kirke skiller seg ut som en viktig samarbeidspartner. Det er grunn til å tro at kontakten gjennom Den norske kirke flere steder kan fungere som et kontaktledd mot andre tros- og livssynsamfunn for kommunen.

Vi spurte også om kommunene hadde merket noen forskjell i samarbeidet med Den norske kirke med bakgrunn i at Den norske kirke ikke lenger er å anse som en statskirke. Her svarer alle respondentene at dette er uendret.

Et tydelig flertall av svargiverne, 18 av 21, oppgir at de samarbeider mer med Den norske kirke enn andre tros- og livssynsamfunn, mens 3 av 21 oppgir at de samarbeider like mye med Den norske kirke som andre trossamfunn. Det er grunn til å tro at Den norske kirke har en ledende rolle i mange kommuner i dette samarbeidet.

Vi spurte også hvilke tros- og livssynsamfunn kommunene oppfattet at de hadde et mer uformelt samarbeid med. Her viser tallene at det å ha et mer formelt samarbeid også åpner for det mer uformelle – gjennom ulike former for kontakt. Igjen viser tallene, 48 %, at kommunene opplever å ha et mer uformelt samarbeid med Den norske kirke. Hele 57 % sier at de også har et uformelt samarbeid med andre kristne kirkesamfunn og lokale kristne foreninger, mens 24 % oppgir at de har et uformelt samarbeid med muslimske trossamfunn. Det samme gjelder uformelt samarbeid med Human-Etisk Forbund, mens 5 % oppgir et mer uformelt samarbeid med andre tros- og livssynsamfunn.

Tallene viser at Den norske kirke er viktig, men likevel ser vi at et uformelt samarbeid med andre kristne tros- og livssynsamfunn og lokale foreninger også er til stede. Det samme gjelder islamske trossamfunn og humanistiske livssynssamfunn. Det økende mangfoldet i samfunnet reflekteres altså i helse- og omsorgstjenesten.

I hvor stor grad opplever kommunen at de ulike tros- og livssynsamfunnene stiller opp for sine medlemmer når de trenger bistand til tros- og livssynsutøvelse? Tabellen nedenfor gir en oversikt over kommunens oppfatninger av dette.

**Tabell 11.** I hvor stor grad opplever kommunen at de ulike tros- og livssynsamfunnene stiller opp for sine medlemmer som trenger bistand til tros- og livssynsutøvelse

Tros- og livssynsamfunn	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Uaktuelt	%	Antall
Den norske kirke	86	14	0	0	0	100	21
Andre kristne kirkesamfunn	26	21	5	0	47	100	19
Lokale kristne foreninger og organisasjoner	45	30	0	0	25	100	20
Ulike islamske samfunn	28	11	6	0	55	100	18
Human-Etisk Forbund	21	21	11	0	47	100	19
Andre tros- og livssynsamfunn	18	18	6	0	58	100	17

Tabellen viser at kommunene opplever at Den norske kirke i stor grad stiller opp for sine medlemmer. Tabellen viser også at andre kirkesamfunn og lokale kristne organisasjoner og foreninger stiller mye opp. Også ulike islamske trossamfunn stiller opp der det er aktuelt, selv om det skjer i noe mindre grad.

Human-Etisk Forbund er også til stede blant annet gjennom sine livssynsveiledere. At Human-Etisk Forbund er noe mindre til stede enn en muligens skulle forvente, handler nok om organisasjonens kapasitet. Dataene viser også at andre tros- og livssynsamfunn og lokale organisasjoner også til en viss grad stiller opp for sine medlemmer.

Til sist under dette temaet spurte vi kommunene om hvor fornøyd de er med samarbeidet med de lokale og regionale tros- og livssynsamfunnene. Her svarer 5 av 21 kommuner at de er meget godt fornøyd, og 16 av 21 svarer at de er godt fornøyd. Dette viser at kommunene i stor grad er fornøyd med samarbeidet. Likevel er det grunn til å tro at samarbeidet har et potensial til å utvikles mer gjennom sterkere samhandling, både når det gjelder aktiviteter og andre tiltak for å styrke tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette kom fram da vi spurte kommunene om hva de opplever som styrken i det å kunne samarbeide med ulike lokale tros- og livssynsamfunn. Her er noen av svarene:

- Tros- og livssynsamfunnene har gode tilbud til våre brukere/pasienter
- Gjennom samarbeidet har vi både fornøyd brukere og pårørende, som gjennom dette kan få tjenester på området som er tilpasset den enkelte
- Vi opplever samarbeidet som støttende og kompetansehevende
- Den enkelte brukeren får gjennom dette ivaretatt sine individuelle åndelige og eksistensielle behov
- Viktige partnere stiller opp i utfordrende situasjoner
- De kan gi oss kompetanse vi ikke har
- Et samarbeid gir oss trygghet for kvaliteten på individrettet omsorg basert på den enkeltes religion, tro og behov

Ut fra disse svarene ser vi også muligheter for å utvikle samarbeidet både når det gjelder tilbudet av tjenester, tilgjengelighet og – sist, men ikke minst – kompetanseområdet.

## 5.2 OPPLEVES SAMHANDLINGEN MED TROS- OG LIVSSYNSAMFUNN I HELSE- OG OMSORGSEKTOREN SOM KONTROVERSIELT?

Flere artikler har pekt på at samhandlingen med tros- og livssynsamfunn og omtalen av dette temaet i tjenesten kan oppleves som vanskelig og utfordrende, noe vi omtaler blant annet i kapittel 2.4.1.

I en fagartikkel i Sykepleien sier Britt Moene Kuven og Lisa Bjorvatn at åndelig omsorg er et tema som blir neglisjert i praksisfeltet:

Våre erfaringer fra helsevesenet kan tyde på at åndelig omsorg har trange vilkår i møte med pasientene. Ikke bare fordi det ikke er tid og rom for samtaler om det åndelige, men kanskje like mye fordi vi ikke har et språk som fanger det opp (Kuven & Bjorvatn, 2015).

Dette kan tyde på at pasienter og brukere selv er tilbakeholdende med å be om hjelp med åndelige behov. Samtidig kan dette også være et uttrykk for at helse- og omsorgspersonellet har behov for et mer avklart ståsted før de tør å gå inn i et slikt landskap. Resultatet kan bli at både pasienten/brukeren og helse- og omsorgspersonellet viker unna tros- og livssynsspørsmål. Vi spurte derfor kommunene om deres syn på tros- og livssynssamfunnenes tilstedeværelse i helse- og omsorgssektoren

**Tabell 12.** Syn på tros- og livssynssamfunnenes tilstedeværelse i helse- og omsorgssektoren, i prosent

Opplevelse av tilstedeværelse	Det oppleves som svært kontroversielt	Det oppleves som noe kontroversielt	Det oppleves som lite kontroversielt	Det oppleves ikke som kontroversielt	%	Antall
Oppeles det som kontroversielt i fagmiljøet at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler, møter og aktiviteter?	0	5	35	60	100	21
Oppeles det som kontroversielt blant brukere og pasienter at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler, møter og aktiviteter?	0	10	30	60	100	21

Tabellen viser et tydelig svar: Hele 95 % av våre svargivere sier at det oppleves som lite eller ikke kontroversielt at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler, møter og aktiviteter. Bare 5 % oppgir at det oppleves som noe kontroversielt.

Oppeles så brukere og pasienter at det er kontroversielt at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler, møter og aktiviteter? Her svarer 85 % av kommunene i utvalget at det i liten grad eller ikke oppleves som kontroversielt, mens 10 % opplever det som noe kontroversielt med en slik tilstedeværelse.

Det er likevel grunn til å tro at om vi hadde spurt tjenesteutøverne direkte, som Kuven og Bjorvatn har gjort, hadde vi muligens fått et mer nyansert svar. Likevel kan vi anta at det økende søkelyset på det livssynsåpne samfunnet og hvordan det håndteres i livets ulike faser, har endret seg de siste årene, men dette har vi imidlertid lite data på.

### 5.3 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hvilke tros- og livssynsamfunn helse- og omsorgstjenesten samarbeider med, på hvilken måte samarbeidet skjer, og hvordan samhandlingen oppleves.

Resultatene viser at et flertall av kommunene i vår undersøkelse har et samarbeid med tros- og livssynsamfunn. Dette samarbeidet tar imidlertid ulike former ut fra lokale forhold og behov.

I hvilke situasjoner samarbeider helse- og omsorgstjenesten i kommunen som oftest med tros- og livssynsamfunn? Kommunene samhandler mye når det gjelder samtaler om eksistensielle spørsmål og sjelesørgjeriske samtaler, og ved religiøse høytider.

Men hva ligger det i at kommunene har et samarbeid med tros- og livssynsamfunn? Det framkommer at de har kontakt på ulike måter, som skriftlige avtaler, jevnlige kontaktmøter, faste kontaktpersoner eller prosedyrefestet samarbeid. Kommunene i utvalget har altså etablert ulike måter å samhandle med tros- og livssynsamfunnene på.

Ser vi litt nærmere på den formelle samhandlingen, finner vi at kommunene samhandler med ulike tros- og livssynsamfunn. Totalt 76 % oppgir at de samhandler med Den norske kirke, og 33 % samhandler med andre kristne trossamfunn og lokale kristne foreninger og organisasjoner. Bare 5 % oppgir at de samhandler med ulike islamske trossamfunn, 14 % oppgir Human-Etisk Forbund som samarbeidspartner, mens 10 % oppgir andre tros- og livssynsamfunn.

Samtlige respondenter uttaler at de er meget godt fornøyde eller godt fornøyde med samarbeidet med tros- og livssynsamfunnene lokalt.

Det oppleves som lite kontroversielt at representanter for tros- og livssynsamfunn er til stede i enhetene med individuelle samtaler og aktiviteter både i fagmiljøet og blant brukerne. Det er likevel grunn til å tro at om vi hadde spurt tjenesteutøverne direkte, hadde vi muligens fått mer nyanserte svar.



## 6. KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV I ARBEIDET MED TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Norge er blitt et flerkulturelt land med mange tros- og livssynssamfunn. Dette gjenspeiles også blant dem som mottar helse- og omsorgstjenester. På samme måte er hele bredden av tros- og livssynssamfunn også representert blant de ansatte i helse- og omsorgstjenestene. For å kunne utøve helhetlige og gode helse- og omsorgstjenester er det derfor nødvendig at tjenesteyterne har den nødvendige kunnskapen om vesentlige sider ved tjenestemottakernes tro eller livssyn: om verdisyn, praksis, høytider, ritualer osv. (Samarbeidsrådet for tros- og livssamfunn et al., 2013). Samtidig må den enkelte tjenesteyteren vite hvem man kan samhandle med innenfor tjenestemottakerens tros- eller livssynssamfunn. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal dekke hele livsløpet og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og utfordringer. Pasientenes og brukernes behov er i endring både i omfang og innhold også når det gjelder tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning for kapasiteten og kvaliteten på tjenestetilbudet. Utfordringene dreier seg om å få nok arbeidskraft, at arbeidskraften har riktig kompetanse, og at kompetansen brukes riktig.

Den helhetlige omsorgen står i sentrum for kvalitet. Kvaliteten på helhetlig omsorg kan bli påvirket av flere forhold, slik vi ser det. Politikere og ledere har en forpliktelse til å sikre faglig kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (Kuven & Bjorvatn, 2015). Likevel kan vi ifølge Kuven og Bjorvatn (2015) oppleve ledere som mener at sykepleiere ikke skal involvere seg i åndelige og eksistensielle spørsmål. Vi trenger en god sykepleieleidelse som tar ansvar for at den helhetlige omsorgen kommer på dagsordenen, og som både er positiv til og legger til rette for at pasientenes åndelige trang både blir sett og forsøkt imøtekommet (Kuven & Bjorvatn, 2015).



Videre sier Kuven og Bjorvatn at landets sykepleierutdanninger har et stort ansvar for at framtidens sykepleiere opparbeider seg kunnskap om og ferdigheter i å møte pasientenes åndelige behov. Sammen med sykepleiefaglige veiledere i praksisfeltet og gode rollemodeller kan studenter utvikle trygghet, slik at de utvikler mot til å våge å nærme seg temaet. For den enkelte sykepleieren blir både bakgrunn, personlighet, mot, interesser og hvordan hun eller han reflekterer og arbeider med seg selv i møte med den enkelte pasienten, viktig (Kuven & Bjorvatn, 2015).

Erfaringen viser at både tjenesteytere, pårørende og tjenestemottakere har behov for kunnskap og veiledning om hvordan en snakker om og kartlegger tjenestemottakernes ønsker for tros- og livssynspraksis. Som på andre livsområder handler det om å bli kjent med tjenestemottakernes behov og ønsker og bruke dette materialet som et utgangspunkt når aktiviteter og tjenesteyting planlegges. Kartleggingen skal sikre at tjenestemottakerne får en forsvarlig tjenesteyting etter sine individuelle behov (Borg bispedømmeråd & Fredrikstad kommune, Torgauten, 2014).

## 6.1 KOMPETANSEBYGGING

Det er stor grunn til å tro at det utøves mye god åndelig omsorg av ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Det bygger på både kompetanse, livserfaring og den enkeltes holdninger og handlinger. Men spørsmålet om behovet for mer kompetanse på området er like aktuelt her som i andre deler av tjenesten.

I vår undersøkelse spurte vi kommunene om i hvor stor grad de selv mener at de har kompetanse til å møte brukernes behov på tros- og livssynsområdet.

**Tabell 13.** I hvor stor grad har kommunen selv kompetanse til å møte brukernes behov på tros- og livssynsområdet

	Prosent	Antall
Vi har meget god kompetanse	0	0
Vi har god kompetanse	38	8
Vi har noe kompetanse	52	11
Vi har lite kompetanse	10	2
<b>Sum</b>	<b>100</b>	<b>21</b>

Tabellen viser at 8 av 21 kommuner mener de har god kompetanse på området, mens 11 av 21 kommuner sier de har noe kompetanse, og 2 av 21 kommuner oppgir at de har lite kompetanse.

Tallene viser at et flertall av våre respondenter oppgir at de har noe kompetanse på området, men at det fortsatt er grunn til å tro at det er behov for kompetansebygging.

Det er videre grunn til å tro at det er behov for kompetansebygging på flere nivåer i tjenesten. Det gjelder med hensyn til å fange opp behov, å ha kunnskap om rettigheter som pasienter og brukere har til tros- og livssynsfrihet gjennom lovverk og offentlige føringer, og hvilken grunnleggende kunnskap det er viktig å ha for utøvere av helse- og omsorgstjenester, noe som også framgår av enkeltstudier vi refererte til i kapittel to.

## 6.2 HVA ER VIKTIG KUNNSKAP I ARBEID MED Å TILRETTELEGGE FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE?

I dagens travle helsevesen er det lettere å møte pasienten som en arbeidsoppgave enn et individ. Søkelys på kompetanse, effektivitet og økonomi presser dem som arbeider i denne sektoren (Bråthen, 2022). Det kan være vanskelig å si hva som er viktig kunnskap og kompetanse i arbeidet for å møte brukernes og pasientenes behov for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse. I dette avsnittet vil nevne noe, men det kan ikke anses som uttømmende.

### 6.2.1 BRUK AV LIVSHISTORIER OG OBSERVASJON

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee utviklet «The Human-to-Human Relationship Model», som ble presentert i hennes bok Mellommenneskelige forhold i sykepleie (Travelbee, 1971). Travelbee var opptatt av det unike ved mennesket. Hun la vekt på betydningen av at man som sykepleier må erkjenne, akseptere og ta i bruk sine egne erfaringer i møte med brukerne. Man må kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspill med andre (Travelbee, 1999). I dette ligger det også perspektiver knyttet til kunnskap om pasienten/brukerens livshistorie.

Å ha kjennskap til brukeren/pasientens livshistorie og individuelle preferanser er en viktig faktor i helse- og omsorgstjenesten for å kunne forstå personen og å gi tilpasset omsorg. De vi faktisk kjenner, behandler vi med mer respekt. Erfaringer viser at personer med blant annet demens eller en annen nedsatt funksjonsevne ofte kan bli behandlet som kun diagnosen sin og ikke som en person.

Livshistorien vår er selve grunnlaget for vårt selv. Når man får kognitive utfordringer og kommunikasjonsvansker, både med å forstå hva andre sier, og å uttrykke seg verbalt, vil identiteten være truet. Samtalen rundt livshistorien skal bidra til å legge opp til stimulering og aktiviteter som bygger på brukeren/pasientens tidligere erfaringer og interesser. Å tilrettelegge det fysiske og sosiale miljøet slik at brukeren/pasienten kan bruke sine ressurser gjennom aktiviteter som støtter selvfølelse og mestring og skaper trivsel, glede, velvære og livskvalitet, er en del av miljøbehandlingen som vil være viktig for å kunne tilrettelegge for tros- og livssynsaktiviteter. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har utviklet systematiske verktøy til bruk i livshistoriearbeid (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021).

Heidi Schmidt, sykepleier med diakonal kompetanse, skrev i 2009 en artikkel i tidsskriftet Sykepleien der hun påpekte blant annet viktigheten av helse- og omsorgsarbeiderens observasjonsevne i arbeidet med å fange opp brukeren/pasientens behov for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse. Hun sier blant annet:

Observasjon er også viktig for å kartlegge åndelige behov. Hvordan pasienten uttrykker seg, hva som henger på veggene eller står i bokhylla, at det ligger en Bibel eller en salmebok fremme, eller Koranen på øverste hylle, hva han lytter til på radio og lydbøker, om han blir hentet til møter; alt dette kan fortelle mye om tro og livssyn. Likevel er det ikke alltid lett å sette ord på åndelige behov og samtale om dette (Schmidt, 2009).

Schmidt er opptatt av at god observasjon og kommunikasjon er en forutsetning for å tilrettelegge på en god måte. Har vi oppfattet pasientens behov? Har vi tolket ham rett? Det er også viktig at de som arbeider i førstelinjetjenesten, kan henvise videre og opprette kontakt med andre. En liste over lokale prester og representanter for andre trossamfunn er et nyttig hjelpemiddel.

Schmidt påpeker videre i sin artikkel at en sykepleier bør ha informasjon om ulike trossamfunn. Med dette mener hun blant annet kunnskap om hvordan en ordner åndelig omsorg rent praktisk for de brukerne/pasientene en har ansvaret for. Her støtter hun seg blant annet på både Travelbee 1971.

Erfaring tilsier at kunnskap om tjenestemottakerens tros- og livssynshistorie er en nødvendig forutsetning for å kunne gi tjenestemottakeren den nødvendige hjelpen når det gjelder tros- og livssynsutøvelse.

## 6.2.2 KUNNSKAP OM TROS- OG LIVSSYNSAMFUNN LOKALT

Et viktig prinsipp i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse er å sette søkelyset på brukeren/pasienten. Det er brukeren/pasientens selvbestemmelse og hans/hennes ønsker og behov som må være utgangspunktet for arbeidet med å kartlegge og tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse.

Hvis tjenestemottakeren trenger hjelp til å uttrykke sine ønsker og behov for denne dimensjonen av livet, har tjenesteyteren et ansvar for å sette tematikken på dagsordenen og kartlegge eventuelle ønsker og behov. Etter denne avklaringen, som kan skje i samhandling med den enkeltes tros- og livssynssamfunn, er det en felles oppgave, så langt som mulig, å legge til rette for at tjenestemottakeren kan leve sitt liv slik hun/han ønsker.

Alle rundt tjenestemottakeren – tjenesteyterne, foresatte, hjelpeverger og ledere i det enkeltes tros- og livssynssamfunn – vil kunne bidra i arbeidet med å ivareta personens ønsker og behov. Forutsetningen for å kunne legge til rette for at tjenestemottakeren kan delta i og oppleve tilhørighet i sitt eget tros- og livssynssamfunn, er at tjenesteyterne vet hvilket tros- eller livssynssamfunn personen tilhører (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013).

Man kan ikke forvente at helse- og omsorgspersonell skal ha interesse for eller inngående kunnskap om alle de ulike tros- og livssynsretningene som finnes i lokalsamfunnet. Likevel påhviler det tjenesteutøverne å ha et minimum av kunnskap og kompetanse om andres verdier og livssyn for å kunne stå trygt i rollen som gode tilretteleggere for tros- og livssynsutøvelse. Men hvordan kan man tilrettelegge for dette i praksis?

Det er viktig med åpenhet om tros- og livssynsspørsmål i helse- og omsorgssektoren. Dette er en viktig forutsetning for å ivareta den helhetlige omsorgen, som vi har påpekt tidligere i rapporten. Har vi en åpenhet og kultur for å snakke om åndelig omsorg på arbeidsstedet, er det også lettere å være observant overfor pasientene.

Flere enheter i den kommunale helse- og omsorgssektoren har en liste over hvem de kan kontakte når det gjelder spørsmål om tro- og livssynsutøvelse og tilrettelegging for dette. Det er grunn til å tro at mange helse- og omsorgstjenester benytter seg av sine lokale og regionale kontakter i arbeidet med denne tilretteleggingen. Tros- og livssynssamfunnene stiller også opp på dette, jf. kapittel fire. Men det er grunn til å tro at om helse- og omsorgstjenesten hadde brukt representantene fra de ulike tros- og livssynssamfunnene noe mer aktivt inn som kunnskapsbyggere, ville tjenesteutøverne kunne tilegne seg mer kunnskap på en enklere måte. Det er ikke ofte tros- og livssynssamfunnene tilbyr dette uten å bli spurt, noe vi skal se nærmere på i kapittel åtte. Et viktig kunnskapshevende tiltak kan derfor være å utfordre tros- og livssynssamfunnene til å dele mer om hva de står for, og hva de jobber med. Det vil også kunne være med på å styrke tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse for den enkelte brukeren/pasienten.

## 6.3 HVORDAN KAN KOMPETANSEN STYRKES I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSSEKTOR FOR ÅNDELIG OG EKSISTENSIELL OMSORG?

Sykepleiere, sosialarbeidere, ergoterapeuter, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, leger med flere er alle profesjoner og grupper som har behov for å bli bedre rustet til å møte pasienters åndelige behov. Den enkeltes verdier og ønsker skal være utgangspunkt for helse- og omsorgstjenestens tilbud. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» må være førende for utforming av et tilbud som dekker både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Alle mennesker er unike og skal møtes med anerkjennelse, respekt og tillit. Dette innebærer også å respektere og ta hensyn til språk, kultur og identitet (Meld. St. 24 (2019–2020)). Det er derfor nødvendig å tilføre kunnskap på ulike nivåer og med ulike virkemidler.

### 6.3.1 UTDANNINGSINSTITUSJONENS ROLLE FOR KOMPETANSEBYGGING

Både universitets- og høyskolesektoren og videregående skoler utdanner personell til helse- og omsorgstjenesten. Personalgruppene som ansettes i denne sektoren, har ulike roller og også til dels ulike oppgaver knyttet til det å yte en helhetlig og forsvarlig omsorg til brukere/pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er grunn til å tro at dette temaet settes på dagsordenen i ulik grad i utdanningsinstitusjoner som utdanner helse- og omsorgspersonell på ulikt nivå. Ansvar for dette ligger både på utdanningsinstitusjonene og sektoren selv.

Tidligere studier, jf. kapittel to, og data som framkommer i denne studien, viser at det er behov for å styrke denne delen i alle typer utdanning, både høyere utdanning og videregående utdanning, gjennom en teoretisk og praktisk tilnærming. Det kan derfor være viktig å finne rom til å invitere og utfordre tros- og livssynsamfunnene til å bidra med sine perspektiver og sin kunnskap om dette temaet. Det kan gi verdifull kunnskap om både de ulike tros- og livssynsamfunnene og hvordan de tenker om arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse for medlemmer som er brukere/pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Slik vi ser det, kan dette være verdifull kunnskap som framtidens helse- og omsorgsarbeidere kan ta med seg i sektoren hvor de skal ha sitt framtidige arbeid.

### 6.3.2 UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER SOM VIKTIGE KUNNSKAPSBASER

Det overordnede samfunnsoppdraget til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Fra 2017 har det vært et utviklingssenter i hvert fylke/region. USHT skal være en ressurs for kommunale helse- og omsorgstjenester. I det ligger det blant annet å bidra til fag- og tjenesteutvikling, fremme samarbeid med alle kommunene i regionen og tilby deltakelse i ulike faglige aktiviteter, som læringsnettverk, opplæringspakker osv.

Det betyr at USHT også kan være en viktig aktør i å sette søkelys på kompetansebygging knyttet til å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

USHT Nordland har hatt et prosjekt om dette temaet og har utviklet et ressurshefte: Mennesket lever ikke av brød alene (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Nordland, 2015). Målet med prosjektet var å bedre praksisen for å ivareta åndelige behov hos pasienter i sykehjem. USHT Nordland har gjennom et fagutviklingsprosjekt fokusert på å styrke ivaretagelsen av pasientenes åndelige behov. Her tydeliggjøres det at sykepleiens målsetting er å ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, men vi har manglet en felles forståelse av hva åndelige behov egentlig er. Prosjektet har munnet ut i en veileder om hvordan åndelige behov kan kartlegges. Veilederen er distribuert til alle USHT i Norge og aktuelle utdanningsinstitusjoner.

Utviklingssentrene er viktige kunnskapsbaser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten både regionalt og nasjonalt. Dette er et eksempel på hvordan de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester gjennom samarbeid kan spre kunnskap og bygge kompetanse regionalt på dette området. Likevel handler også dette opplæringstilbudet om prioriteringer og etterspørsel.

### 6.3.3 KOMMUNALE KOMPETANSEPLANER – SOM ET VIKTIG VIRKEMIDDEL FOR KOMPETANSEBYGGING

Kompetanseplaner finnes i de fleste norske kommuner. Det kan være totale planer for kommunen, eller de kan være utviklet sektorvis. Plandokumentene har status som styringsdokumenter gjerne for flere år. Planene skal sikre at enhetene rekrutterer, forvalter, utvikler og tar i bruk sine kompetanseressurser slik at brukere og pasienter mottar tjenester med god kvalitet, og de kan ses i sammenheng med kommuneplanarbeidet.

Mange av planene skisserer behovet for faglig omstilling og organisering, kompetansebehov og faglig utvikling. I tillegg setter de som oftest også søkelys på samfunnets og brukernes forventninger til tjenester, innhold, nivå og omfang samt krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Det betyr også kompetansebehov.

I kompetanseplanene til norske kommuner finner nok neppe temaet kompetansebygging knyttet til tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse. Likevel kan det være viktig å fokusere på temaet i en slik plan med bakgrunn i den økende kompleksiteten i tjenestene, økte forventninger, søkelys på personsentrert omsorg og – sist, men ikke minst – spørsmålet «Hva er viktig for deg?».

## 6.4 OPPSUMMERING

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at et flertall av respondentene oppgir at de har noe kompetanse på området, men tallene viser at det fortsatt er grunn til å tro at det er behov for kompetansebygging. Det er videre grunn til å tro at det er behov for kompetansebygging på flere nivåer i tjenesten.

Å ha kjennskap til brukeren/pasientens livshistorie og individuelle preferanser er en viktig faktor i helse- og omsorgstjenesten for å kunne forstå personen og gi tilpasset omsorg.

Et viktig prinsipp i arbeidet med å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse er å sette søkelyset på brukeren/pasienten. Det er brukeren/pasientens selvbestemmelse, ønsker og behov som må være utgangspunktet for arbeidet med å kartlegge og tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse.

Man kan ikke forvente at helse- og omsorgspersonell skal ha interesse for – eller inngående kunnskap om – alle de ulike tros- og livssynsretningene. Likevel påhviler det tjenesteutøverne å

ha et minimum av kunnskap og kompetanse for å kunne stå trygt i rollen som gode tilretteleggere for tros- og livssynsutøvelse.

Men det er grunn til å tro at det er et behov for å styrke utdanningen og bevisstgjøringen knyttet til det å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse for brukere og pasienter, både gjennom en teoretisk og en praktisk tilnærming.

Det overordnede samfunnsoppdraget til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer.

Det betyr at utviklingssenteret også kan være en viktig aktør for å sette søkelys på kompetansebygging knyttet til tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Kompetanseplaner finnes i de fleste norske kommuner. Et fokus i disse også på kompetanseheving for tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse vil være viktig for å styrke denne siden av omsorgstjenesten.





## 7. TILRETTELEGGING OG BISTAND FOR TRO- OG LIVSSYNSUTØVELSE I KORONAENS TID

I mars 2020 slo koronapandemien inn over Norge for fullt. Det første smittetilfellet ble påvist 26. februar 2020, og det første dødsfallet inntraff 12. mars samme år.

Den 12. mars 2020 var nedstengningen av Norge et faktum. Tiltakene myndighetene iverksatte 12. mars for å begrense smittespredningen, ble av statsminister Erna Solberg beskrevet som «de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid». I løpet av våren 2020 lyktes det å redusere smitten her i landet til et svært lavt nivå. Fram mot sommeren 2020 ble derfor flere av tiltakene lettet på. Høsten 2020 ble imidlertid preget av en andre smittebølge, og en rekke inngripende tiltak mot smittespredning ble innført på nytt (NOU 2021: 6)

Under den omfattende nedstengningen både i 2020 og i 2021 ble skoler, barnehager og helse- og omsorgsinstitusjoner stengt ned og lukket for omverdenen i kampen mot spredningen av smitten. Konsekvensene var store for både brukere, pårørende og ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pårørende til beboere i sykehjem ble stengt ute, mens pårørende til hjemmeboende måtte overta kommunale oppgaver når brukerne mistet dagtilbud og hjemmetjenestetilbud ble redusert. Gamle, store sykehjemsbygg viste seg å være dårlig egnet for å hindre smittespredning. Helse- og omsorgstjenestene hadde svak beredskap og måtte improvisere løsninger (Barstad, 2021; Jacobsen et al., 2021; NOU 2021: 6).

Mange var opptatt av at man ikke kunne møtes slik man pleide. Det betydde også at ulike tros- og livssynsaktiviteter måtte nedskaleres. Kirker og tros- og livssynsamfunn ble frarådet å gjennomføre «normale» aktiviteter og mistet sin tilgang til institusjoner der de vanligvis ferdes for å betjene sine medlemmer. Personell ved helse- og omsorgsinstitusjonene hadde søkelys på smittevern og basale behov for pleie og omsorg. Spørsmålet mange stilte seg, var hva som skulle skje med de daglige aktivitetene.



## 7.1 PANDEMIEN KRYSSER GRENSER OG TREFFER OSS

Det er ikke noe nytt at epidemier krysser grenser, men i vår globaliserte tidsalder truer dette med å ha et omfang som tidligere tiders pest ikke kan måle seg med. Siden årtusenskiftet er flere pandemier blitt varslet (Kirke og helse, 2015). I 2002 brøt SARS-epidemien ut, tre år senere skapte fugleinfluensaen store overskrifter over hele verden, og i 2009 erklærte WHO at svineinfluensaen var blitt en pandemi. Overalt var helsemyndighetene i beredskap. Men hvordan var kommunene forberedt på en total nedstengning med hensyn til blant annet tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse?

### 7.1.1 HVORDAN VURDERTE KOMMUNENE BEHOVENE FOR BISTAND OG TILRETTELEGGING FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE UNDER KORONAPANDEMIEN?

I vår spørreskjemaundersøkelse spurte vi hvordan kommunene vurderte at brukernes behov for bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse var under koronapandemien. Tabellen nedenfor viser svarene vi fikk.

**Tabell 14.** Hvordan vurderer kommunen at brukernes behov for bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse var under koronapandemien

Aktivitet	Antall	Prosent
Det har vært større enn vanlig	2	10
Det har vært på samme nivå som før	12	57
Det har vært mindre	7	33
<b>Sum</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Bare 2 av 20 kommuner oppgir at det har vært større behov enn vanlig. Over halvparten av respondentene, 12 av 20, svarer at behovet har vært som tidligere. Kun 2 svarer at det har vært større behov, mens 7 oppgir at det har vært mindre behov for tilrettelegging og bistand.

Dette viser at behovet for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse også har vært til stede under pandemien. Det som er interessant å merke seg, er at kommuner oppgir at det har vært mindre. Dette er nok tall vi finner noe overaskende. Vi hadde nok forventet å finne at behovet hadde vært større, at behovet har vært på samme nivå som tidligere. Det er nok grunn til å tro at brukere/pasienter har holdt seg litt tilbake med hensyn til å spørre om tilrettelegging i en spesiell og krevende tid for personalet i tjenestene. Det kan også bety at personer som har vært avhengig av bistand og tilrettelegging utenfra, har, med bakgrunn i smitteverntiltakene, ikke fått samme mulighet til å utøve sine tro- og livssynsaktiviteter under disse omstendighetene.

Vi spurte også respondentene om hvilke områder de eventuelt opplevde større behov for bistand og tilrettelegging for når det gjelder for tros- og livssynsutøvelse i korona tida.

Vi har også snudd spørsmålet og spurt om hva det har vært mindre behov for i brukernes tros- og livssynsutøvelse. På dette spørsmålet svarte totalt 11 kommuner. Bare 2 kommuner oppgir at det har blitt meldt om mindre behov for individuelle samtaler om eksistensielle spørsmål, 5 svarer at det har blitt mindre behov for å tilrettelegge for brukernes deltakelse i tros- og livssynsfelleskap,

og 1 kommune oppgir at det har vært mindre behov for å tilrettelegge for deltakelse i sosiale tros- og livssynsfellesskap (sang, musikk, bønn, ritualer, andakter m.m.). En forklaring, som vi pekte på tidligere i avsnittet, kan være at brukerne har hatt en høyere terskel for å spørre ansatte om hjelp og bistand i en travel koronahverdag.

### 7.1.2 VAR HELSE- OG OMSORGSTJENESTENS ARBEIDSBELASTNING OG PRIORITERINGER UNDER PANDEMIEN EN UTFORDRING FOR AKTIVITETEN PÅ TROS- OG LIVSSYNSOMRÅDET?

Arbeidsbelastningen for helse- og omsorgspersonellet har vært stor under pandemien. Vi spurte derfor om hva slags muligheter helse- og omsorgstjenesten har hatt for tilrettelegging og bistand under koronapandemien. Totalt 20 kommuner responderte på dette spørsmålet. For 7 kommuner har det vært på samme nivå som før, mens hele 13 kommuner oppgir at det har vært mindre muligheter for tilrettelegging og bistand for tros- og livssynsutøvelse for brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Går vi videre inn i dette, oppgir 4 av 21 kommuner at det har vært vanskelig å tilrettelegge for å gi bistand til deltakelse i tros- og livssynsaktiviteter, noe som tyder på at de ikke har mistet søkelyset på dette temaet i krevende tider.

I hvor stor grad har helse- og omsorgstjenesten selv gått inn med egne tiltak for å kompensere for andre samarbeidspartnere på kultur- og livssynsområdet på grunn av isolerings- og nedstengningstiltak under pandemien? Her svarer 12 kommuner at de i stor/noen grad har gjort det, mens 7 kommuner svarer i liten grad / ikke i det hele tatt. Det er grunn til å tro at bruk av digitale hjelpemidler har vært viktig i arbeidet med å kompensere for bistand og tilrettelegging for tro- og livssynsutøvelse.

### 7.1.3 EN NY DIGITAL HVERDAG – NYE HJELPEMIDLER FOR Å TILRETTELEGGE FOR TRO- OG LIVSSYNSUTØVELSE

Har koronapandemien bidratt til nye digitale måter å gi bistand på for å tilrettelegge for brukernes tros- og livssynsutøvelse?

**Tabell 15.** Nye digitale måter å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse på

Aktivitet	Antall	Prosent
Digitale samtaler med familie og pårørende på skjerm	8	40
Digitale samtaler på skjerm med representanter for tro- og livssynsamfunn	0	0
Digitale overføringer på skjerm fra lokale møter, gudstjenester, samlinger, høytider m.m.	3	15
Følge TV-overførte tros- og livssynsprogrammer, møter og gudstjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov	9	45
<b>Sum</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Tabellen viser at 8 av 21 av kommuner har tilrettelagt for digitale samtaler med familie og pårørende på skjerm. Bare 3 kommuner oppgir at de har hatt digitale overføringer på skjerm fra lokale møter, gudstjenester, samlinger, høytider m.m., mens 9 kommuner oppgir at det tilrettelegges for at brukere/pasienter kan følge TV-overførte tros- og livssynsprogrammer, møter og gudstjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov.

Bruk av KOMP, iPad og andre digitale hjelpemidler, både i institusjoner og hos øvrige brukere, har blitt mer utbredt i denne tiden, noe som har vært svært viktig for mange for å holde kontakt med venner og familie. Flere kommuner har i samarbeid med stiftelser og næringsliv gått til innkjøp av digitale kommunikasjonsenheter for å bidra til å opprettholde kontakt med omverdenen for mange brukere som må sitte hjemme alene, eller som er på institusjoner.

For mange er det grunn til å tro at kontakten også kan øke gjennom bruk av slike digitale hjelpemidler. Samtidig er det viktig å ha i mente at også bruk av digitale løsninger krever opplæring både av ansatte og brukere.

Likevel kan ikke besøk og den nærheten det gir, erstattes av digitale løsninger. Men alternativet har vært godt for mange under pandemien, og det er grunn til å tro at det fortsatt vil være det i tiden som kommer også.

Ingen kommuner oppgir at de tilrettelegger for digitale samtaler på skjerm med representanter for tros- og livssynsamfunn. Dette er et viktig funn. Da pandemien tok til, måtte tros- og livssynsamfunnene omstille seg raskt. Kirken og tros- og livssynssamfunnene var raske til å stenge og delta i dugnaden mot spredningen av viruset. Mange menigheter hadde kompetanse og utstyr til å kommunisere digitalt. Andre hadde det ikke, og mange hadde ikke nok kunnskap om hvordan dette skulle kunne foregå. I tillegg krever digitale løsninger økonomi og utstyr, noe som var utfordrende for mange tros- og livssynsamfunn. Disse utfordringene er nok også en årsak til at håpet om eller troen på å etablere digitale samtaler knyttet til tros- og livssynsamfunn, uteble.

Det er grunn til å tro at mange opplevde pandemitiden som et vakuum og kanskje glemte å finne andre måter å kommunisere på med personer som satt isolert i sine hjem eller var på institusjon.

Bare 3 kommuner oppgir at brukerne kan følge digitale overføringer på skjerm fra lokale møter, gudstjenester, samlinger, høytider m.m. Det har blitt mer utbredt at lokale menigheter gjennom teknologiske løsninger kan overføre møter og gudstjenester til både institusjoner og enkeltpersoner. Totalt 9 kommuner oppgir at de legger til rette for å følge TV-overførte tros- og livssynsprogram, møter og gudstjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov.

Ser vi dette under ett, har både kirken, tros- og livssynsamfunnene og kommunen gjort seg erfaringer med digitalt utstyr og kommunikasjonsplattformer som bør settes i system og utvikles videre, for å kunne gi bedre oppfølging, bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse i framtiden.

## 7.2 OPPSUMMERING

Behovet for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse syntes ikke å ha økt under koronapandemien, noe som er overraskende (jf. Ibsen et al., 2022). Over halvparten av respondentene, 12 av 20, svarer at behovet har vært som tidligere. Kun 2 svarer at det har vært større behov, mens 7 av svargiverne oppgir at det har vært mindre behov for tilrettelegging og bistand. Dette viser at behovet for

tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse også har vært til stede under pandemien. Det som er interessant å merke seg, er at 7 kommuner oppgir at det har vært mindre behov.

Arbeidsbelastningen for helse- og omsorgspersonellet har vært stor under pandemien, og vi spurte derfor hva slags muligheter og evne helse- og omsorgstjenesten har hatt for tilrettelegging og bistand under koronapandemien. Totalt 20 kommuner responderte på dette spørsmålet. Her svarer 7 kommuner at det har vært på samme nivå som før, mens hele 13 kommuner sier at det har vært mindre muligheter for tilrettelegging og bistand for tros- og livssynsutøvelse for brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Går vi videre inn i dette, oppgir 4 av 21 kommuner at det har vært vanskelig å tilrettelegge for å gi bistand når det gjelder deltakelse i tros- og livssynsaktiviteter. Det tyder på at de ikke har mistet søkelyset på dette temaet i en krevende tid.

Under pandemien åpnet det seg en ny digital hverdag i vårt samfunn. På hvilken måte har muligheten for å bruke av digitale medier påvirket tilretteleggingen for tros- og livssynsutøvelse? Dataene viser at 8 av 21 av kommuner har tilrettelagt for digitale samtaler med familie og pårørende på skjerm. Bare 3 kommuner oppgir at de har digitale overføringer på skjerm fra lokale møter, gudstjenester, samlinger, høytider m.m., og 9 kommuner oppgir at det tilrettelegges for at brukere/pasienter kan følge TV-overførte tros- og livssynsprogram, møter og gudstjenester som er tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Ingen kommuner oppgir at det tilrettelegges for digitale samtaler på skjerm med representanter for tro- og livssynsamfunn. Dette er et viktig funn. Da pandemien tok til, måtte tros- og livssynsamfunnene omstille seg raskt. Kirken og tros- og livssynsamfunnene var raske til å stenge og delta i dugnaden mot spredningen av viruset. Mange menigheter hadde kompetanse og utstyr for å kommunisere digitalt. Andre hadde det ikke, og mange hadde ikke nok kunnskap til hvordan dette skulle kunne foregå.





## 8. ERFARINGER FRA SAMARBEID MED DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN SETT FRA TROS- OG LIVSSYNSORGANISASJONENES SIDE

Kirken og tros- og livssynsorganisasjoner har de fleste steder en viktig kontaktflate ut i lokalsamfunnet gjennom sin virksomhet. Ofte er de lokale samarbeidspartnerne kommunale enheter som barnehager, skoler, helse- og velferdsinstitusjoner, hjemmetjeneste, botiltak, omsorgsboliger og ungdomsklubber, men også frivillige og ideelle organisasjoner som frivilligsentraler, idrett, sanitet, historielag og andre (Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon, 2019). For Kirken og livssynsorganisasjonene er det både naturlig og avgjørende å være i dialog og relasjon med andre lokalsamfunnsaktører, noe som er en viktig del av deres samfunnsoppdrag.

Som vi beskrev i kapittel to, foreligger det retningslinjer som påpeker at det skal være mulig for alle som mottar helse- og omsorgstjenester, å ha kontakt med sin menighet, sitt trossamfunn eller sin livssynsorganisasjon.

Helse- og omsorgstjenesten har en plikt til å legge til rette for at den enkelte som mottar helse- og omsorgstjenester, får mulighet til å praktisere sin tro eller sitt livssyn, enten alene eller i fellesskap med andre. Det som også er viktig i denne sammenhengen, er å framheve at menighetene, trossamfunnene og livssynsorganisasjonene har et ansvar for å informere helse- og omsorgstjenesten i kommunen om sine tilbud og også om hvilke tilbud og muligheter for betjening som finnes, både for å tilrettelegge og bidra til at brukere kan utøve sin tro og livssyn (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al., 2013).

For å oppnå dette er det derfor nødvendig å få til en god samhandling mellom menigheter, trossamfunn og livssynsorganisasjoner lokalt. Det er viktig å knytte samhandlingen opp mot ulike aktuelle enheter i kommunen, men også å forankre dette på ledernivå og ikke minst hos tjenesteutøverne.

Men hvordan fungerer dette samarbeidet i praksis? Gjennom intervjuer på ulike nivåer nasjonalt, regionalt og lokalt med representanter fra blant annet Norges Kristne Råd, Samarbeidsrådet for

tros- og livssynsamfunn, en prest, en pastor, en diakon og en livssynsveileder har vi prøvd å danne oss et bilde av hvordan dette foregår i praksis, og hvilke muligheter og utfordringer partene møter på i dette arbeidet.

## 8.1 TROS- OG LIVSSYNSAMFUNNENES ROLLE I TILRETTELEGGING FOR TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE

Våre intervjuer med et utvalg av aktører fra både kirker og livssynsutøvere samt representanter fra ulike tros- og livssynsamfunn viser at de er kjent med at det eksisterer dokumenter som skal ivareta medlemmenes behov for tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse når de er under kommunal omsorg.

Innholdet i disse dokumentene er tydelige for ledere som organiserer tros- og livssynsmangfoldet. I samtaler tydeliggjør de dette med at også tilrettelegging for tros og livssynsutøvelse i den kommunale helse- og omsorgssektor også er et ansvar som påhviler tros- og livssynsamfunnene lokalt.

Når vi spør de lokale og regionale representantene fra tros- og livssynsamfunnene, er innholdet i dokumentene noe mer uklart. Det synes som om kommunene blir tillagt et noe større ansvar enn de egentlig har. Likevel er det grunn til å understreke at respondentene også oppfatter dette som et delt ansvar. De gir uttrykk for at de ikke har vært nok bevisst på dette, og at de heller ikke har utviklet gode nok rutiner som kan bidra til å styrke et samarbeid. Et unntak er diakonen vi intervjuet. To av respondentene oppfattet vårt spørsmål knyttet til rollene i dette, som en vekker for videre engasjement.

Tros- og livssynsamfunnene har et ansvar for å informere helse- og omsorgstjenesten i kommunen om sine tilbud og også hvilke tilbud og muligheter for betjening som finnes, både for å tilrettelegge for og bidra til at brukere kan utøve sin tro og sitt livssyn. Dette syntes å være et noe hvilende ansvarsområde for tros- og livssynsamfunnene.

Det er nok grunn til å tro at mange tros- og livssynsamfunn lokalt ikke har vært nok oppmerksom på innholdet i disse dokumentene. Det understrekes av de nasjonale organisasjonene som organiserer tros- og livssynsamfunnene. Alle respondentene uttrykker behov for ytterligere søkelys på dette temaet utover i den regionale og lokale organisasjonen. Lederne i de nasjonale organisasjonene som organiserer tros- og livssynsamfunn, understreker at dette er satt på dagsordenen gjennom kurs og opplæringstilbud, men at det ikke i tilstrekkelig grad har nådd fram eller blitt prioritert.

De regionale og lokale respondentene opplever at de har en ulik rolle knyttet til samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noen har en «formell tilknytning» gjennom invitasjoner, mens andre sier de kommer mer uformelt og tar en prat. En av respondentene uttrykker at å komme innom uformelt og ta en prat med både ansatte, pasienter og brukere gir rom for mer samhandling og kunnskaps- og erfaringsutveksling. Gjennom dette opplever respondenten å ha fått en større og mer betydningsfull rolle, også faglig, overfor personalet på de aktuelle enhetene.

Alle respondentene uttrykker et ønske om en slik rolle, men er noe mer usikre på hvordan de vil kunne komme dit. Utfordringen ligger i det å finne sin rolle og usikkerheten knyttet opp mot hvilken betydning og rolle tro og livssyn skal ha i det offentlige rom, og hvor mye en skal «trenge

seg på» tjenestene.

Det er også viktig å understreke fra kirkeledernes side, både nasjonalt, regionalt og lokalt, at i de fleste kommunene har de gode relasjoner til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange lokale tros- og livssynsamfunn, også de vi intervjuet, sliter med mangel på kapasitet knyttet til frivillighet og egen betjening. De erkjenner at de som trossamfunn ikke er tilstrekkelig til stede på disse arenaene på grunn av mangel på kapasitet. De hevder at denne kapasiteten også har sin årsak i mangel på «skolerte» frivillige.

Ser vi dette bildet opp mot situasjonen i kommunene, (jf. kap. 4) kan det se ut til at tros- og livssynsamfunnene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et ventefellesskap overfor hverandre. Hvem skal ta initiativ til en sterkere kunnskapsdeling om tros- og livssynsutøvelse for brukere/pasienter av kommunale helse- og omsorgstjenester når begge parter synes å være opptatt av mer samarbeid og samhandling?

## 8.2 HVA OPPLEVER REPRESENTANTENE FRA TROS- OG LIVSSYNSAMFUNNENE AT BRUKERNE AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER HAR BEHOV FOR?

I samtale med representantene fra tros- og livssynsamfunnene og deres nasjonale organisasjoner ble det tydelig at individuelle samtaler om tro og eksistensielle spørsmål er den viktigste oppgaven de opplever at brukerne/pasientene har behov for. Det dreier seg om samtaler om livet og døden. Det samsvarer med det inntrykket vi har fra våre respondenter i kommunene, jf. kapittel fire. Det er på dette området behovene ofte er størst. Noen har også gitt uttrykk for behovet for å kunne motta eller delta i sakramentale handlinger.

Andakter oppleves også som positive og gode aktiviteter som gjennomføres i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Her gir våre respondenter stor anerkjennelse til helse- og omsorgstjenesten for god tilrettelegging. Det gjelder også seremonier knyttet til livets siste fase og tilrettelegging for samtaler med pårørende i etterkant.

I samtalene med tros- og livssynsamfunnene kommer det også fram mangfoldige behov. Tradisjonen for å ivareta øvrige behov innen tros- og livssynsutøvelse for mange brukere/pasienter som har en kompleks hverdag, er i stor grad overlatt til pårørende og frivillige medarbeidere fra ulike tros- og livssynsamfunn. Dette kan være utfordrende for pårørende og frivillige å ivareta dette med bakgrunn i manglende kompetanse og utfordrende problemstillinger.

Representanter for tros- og livssynsamfunnene uttrykker også et behov for å være mer til stede i både kommunale institusjoner og på ulike aktiviteter for å kunne ivareta sine medlemmer på en god nok måte. Dette tydelig under koronapandemien.



## 8.3 KOMMUNEN OG TROS- OG LIVSSYNSAMFUNNENE – ET VENTEFELLESKAP?

Både spørreskjemaundersøkelsen, intervjuene og framlagte studier og betraktninger i kapittel to viser at det er potensial for et tettere samarbeid både i form av avtaler, faglige samtaler og tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse. Men hvordan kan de få det til? Det synes som om begge partene ønsker dette, men kunnskapen om hverandre og hva de kan utvikle sammen, er ikke tilstrekkelig til stede. Samtidig er det en usikkerhet hos begge partene når det gjelder plass og rom for det å utøve sitt livssyn. Berøringsangst er noe av det vi har trukket fram i kapittel to.

«Skal vi bygge ned barrierer å se på muligheter må vi nok bygge et tydeligere kunnskapsgrunnlag og bli kjent – og hvordan blir vi så kjent. Ja, møte hverandre med åpenhet og ærlighet på dette temaet», uttaler en av våre respondenter.

En av våre respondenter har aktivt gått inn for å skape en slik møteplass og ble innlemmet i et faglig fellesskap sammen med tjenesteutøvere fra kommunen: «Jeg tok et initiativ jeg fant naturlig og ble veldig godt mottatt både som fagperson, veileder og samtalepartner for de enhetene jeg oppfatter jeg har et ansvar for». «Som tros- og livssynsamfunn må vi tørre mer. Vi må sette oss inn i den kommunale hverdagen og tørre å by på oss selv og det vi står for.»

På spørsmål til tjenesteutøverne fra tros- og livssynsamfunnene om de aktivt gikk inn for å bygge sterkere relasjoner til den kommunale- helse- og omsorgstjenesten, var svaret avventende. Et unntak er en som uttaler at de skulle ønske at de gjorde det i større grad, men at de er avventende. Begrunnelsen for dette er usikkerhet, både når det gjelder hva en kan og bør gjøre, og kommunens holdninger.

Vi tror at mange kommuner og tro- og livssynsamfunn vil være tjent med å møte hverandre. I et slikt møte vil potensialet kunne utvikles. Spørreundersøkelsen viser at et flertall av kommunene som deltok i denne undersøkelsen, opplever at de har et godt samarbeid med de ulike tros- og livssynsamfunnene, noe som gir et godt grunnlag for videre samtaler og samarbeid.

## 8.4 HVORDAN KAN KOMPETANSEN BYGGES I TROS- OG LIVSSYNSAMFUNNENE FOR BEDRE Å KUNNE BIDRA TIL TROS- OG LIVSSYNSUTØVELSE FOR BRUKERE AV DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN?

I likhet med helse- og omsorgssektoren oppgir alle våre respondenter fra tros- og livssynsamfunn at de trenger mer kompetanse på området. De trenger kompetanse om kommunen og helse- og omsorgstjenestenes innhold og arbeidsmåte, men også om hvordan de på en god og hensiktsmessig måte kan etablere et godt og utviklende samarbeid både med hensyn til aktiviteter og faglig samarbeid.

Ledere av tros- og livssynsamfunn på nasjonalt nivå påpekte at det finnes noe opplæringsmateriell om dette, men at det ble lite brukt lokalt. Det er derfor behov for mer oppmerksomhet på dette også på nasjonalt nivå. Det må med andre ord settes på dagsordenen regionalt og lokalt i de ulike trossamfunnene. Gjennom slike opplæringsprogrammer vil man kunne tilrettelegge for mer

kunnskap om kommunen og hvordan en kan tilrettelegge for samarbeid.

Våre lokale informanter savner kunnskap om og kompetanse på området. En av våre respondenter fra en frimenighet framhever at dette temaet hadde blitt sterkt aktualisert hos dem under pandemien. Det medførte at de gikk igjennom medlemslisten og sørget for at alle fikk den nødvendige kontakten. Likevel sier vår respondent at det er nødvendig med mer kompetanse og søkelys på dette.

Respondentene våre er også tydelige på at kunnskap om forholdet mellom kommunen og kirken, og helse- og omsorgssektoren spesielt, må tydeliggjøres i utdanningene ved de teologiske lærestedene, både de tradisjonelle læreinstusjonene og frimenighetenes læresteder. En av respondentene her konkluderer med at kunnskap om og med hverandre kan gjøre underverker på dette området».

## 8.5 OPPSUMMERING

Alle respondentene vi intervjuet, mener at brukere av helse- og omsorgstjenestene i likhet med de øvrige medlemmene i kirke- og trossamfunn har behov for kirkelig betjening i tillegg til behovene som kommunen selv har skissert, jf. tabell 3. De melder om behov for individuelle samtaler, andakter, kulturelle arrangementer knyttet til høytider og andre sammenhenger i tillegg til å få komme ut og delta i ulike tros- og livssynsaktiviteter.

Likevel påpeker alle informantene at behovet for individuelle samtaler av eksistensiell, åndelig og kulturell karakter savnes hos flere av brukerne de er i kontakt med. Mange brukere savner individuelle møter med representanter for tros- og livssynsamfunn og at noen har tid til å sette seg ned og lytte og prate sammen. Enkelte av informantene påpeker at dette kan være utfordrende for mange ansatte i en travel hverdag, og at noen også vil kunne føle seg ukomfortable med å føre slike samtaler.

Samtlige av respondentene opplever at de burde vært mer til stede og tilrettelagt mer for tros- og livssynsutøvelse. Flere oppgir at de er avhengige av frivillige som kan bistå enkeltmennesker. Noen sier også at oppfølgingen enkelte steder overlates til pårørende i for stor grad.

For å få tak i de ulike behovene hos brukerne er det viktig med god samhandling og god kommunikasjon mellom kommunen, tjenesteutøverne og tros- og livssynsamfunnene når det gjelder tilrettelegging.

Kunnskap om hverandres måter å arbeide på er også viktig for å utvikle samarbeidet. Tros- og livssynsamfunnene ser et tydelig behov for å sette dette temaet på dagsordenen, spesielt i lokale sammenhenger. For ledere av tros- og livssynsamfunnene regionalt vil det være viktig å informere og å utvikle flere kurs og kompetansetilbud på dette området.

Likeledes må de også jobbe for å få dette temaet sterkere inn i fag- og studieplaner ved de teologiske lærestedene, både de tradisjonelle teologiske lærestedene og læresteder som utdanner pastorer og menighetsledere i frimenighetene.





## 9. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER OG KONKLUSJONER

Tros- og livssynsutøvelse er en del av livsrytmen for mange mennesker og kan gi en styrket livskvalitet. Det er derfor ekstra viktig å sikre at de som mottar helse- og omsorgstjenester, også får mulighet til å tenke over hvilket forhold de har til sitt tros- eller livssynsamfunn (Borg Bispedømme & Fredrikstad kommune, 2014). Dette handler både om å få mulighet til å delta aktivt i sitt tros- eller livssynsamfunn og bli skjermet mot å utøve en tro eller et livssyn en ikke ønsker.

Deltakelse i et tros- eller livssynsamfunn gir også tilhørighet til andre deltakere man identifiserer seg med. Det gir en opplevelse av å være en del av samme fellesskap.

Dataene i denne studien viser at det utøves mye god tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse for brukere av helse- og omsorgstjenester i mange kommuner. Likevel er det grunn til å tro at det kan utøves mer tilrettelegging ved både grundigere kartlegging av brukeren/pasienten og gjennom samarbeid med tros- og livssynsamfunn.

Åpenhet og å stille spørsmål om behov er viktig. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er et nøkkelspørsmål. Det leder oss tydelig mot begrepet brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i helse- og omsorgstjenesten. Det er både en demokratisk rettighet og et mål. Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon ved at brukere setter sine egne mål.

Pasienter og brukere må involveres og medvirke i sitt eget bruker- og pasientforløp. Retningsendringen fra å spørre «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?» gir rom for å innta brukerens perspektiv. Med denne tilnærmingen kan vi iverksette tiltak basert på pasientenes og brukernes egne mål. For å få tilgang til brukerens perspektiv er det nødvendig å skape en god relasjon og en åpen dialog mellom helsepersonell og brukerne/pasientene.

Når det gjelder tilrettelegging for tros- og livssyn, er det derfor viktig å bringe dette inn i kartleggingssamtalene av brukerne/pasientene. I den forbindelse er det viktig å få oversikt over ressurspersoner, trossamfunn og ulike aktiviteter vedkommende har deltatt eller deltar i. En

individuell plan vil i dette tilfellet også være et viktig kartleggingsverktøy.

Samhandlingen med og åpenheten mellom kommunen og tros- og livssynsamfunn er viktig. Ifølge retningslinjene som gjelder, påhviler det alle partene, både brukeren/pasienten, de pårørende, helse- og omsorgstjenesten og tros- og livssynsamfunnene, å samhandle om en tilfredsstillende tilrettelegging for brukeren/pasienten.

Det å kunne legge til rette for en god møteplass mellom kommunen og tros- og livssynsamfunnene for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse for brukere/pasienter i helse- og omsorgstjenesten vil være nyttig. I slike møteplasser kan partene drøfte både samhandling og faglige tilnærminger. En slik arbeidsform kan være med på å bryte ned barrierer og bidra til å gi den enkelte medarbeideren i tjenestene mer bistand i tilretteleggingen av tros- og livssynsutøvelse. Dette er en arbeidsform som synes å være mer utbredt i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten.

Likevel er det behov for at også tros- og livssynsamfunnene lokalt møtes for å se på hvordan de sammen kan bidra i arbeidet med å utvikle og styrke samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgssektoren. Her vil det være naturlig å ta i bruk kursmaterieell fra Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming og andre nasjonale styringsdokumenter for å styrke samarbeidet med kommunen og bidra til en god tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse for den enkelte.

Dataene fra denne studien viser at det er rom for mer samarbeid

Kompetanse og kompetansebygging er viktig både for helse- og omsorgstjenesten og livssynsveiledere, ledere, pastorer, prester og diakoner i de ulike tros- og livssynsamfunnene. Utdanningsinstitusjoner, kompetansesentre og organisasjonene er sentrale i dette. Det betyr at kunnskapen både om tros- og livssynsutøvelse for mennesker som er i institusjoner eller av ulike årsaker ikke er mobile og må ha bistand av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må styrkes. I det ligger det at kunnskapen om samfunnet og kommunen som en omsorgsaktør i større grad må løftes fram på de teologiske lærestedene.

For å få til mer samarbeid mellom tros- og livssynsamfunn lokalt og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det derfor viktig å styrke kompetansen og kunnskapen som kan både være med på å utvikle gode ferdigheter, samhandlingsmåter og holdninger til hverandre og gjennom dette bryte ned noen barrierer. Samtidig kan dette gi store muligheter for faglig samarbeid framover.

## LITTERATURLISTE

- Austad, A., Borge, L., Leenderts, T.A., Stifoss-Hanssen, H. & Thomassen, M. (2020). *Lidelse, mening og livssyn*. Fagbokforlaget.
- Barstad, S. (2021). Livssynsåpent – ikke livssynstomt. *Magasinet Pensjonisten*, (5).
- Bråthen, T.A. (2022). Å se hele mennesket. *Dagens Medisin*, 02.20.
- Dahle, S. & Torgauten, T.I. (2019). *Å leve et helt liv gjennom hele livet. Å legge til rette for muligheten for tros- og livssynsutøvelse*. SOR-rapport. A leve et helt liv. <https://naku.no/sites/default/files/files/A%20leve%20et%20helt%20liv%20olav.pdf>
- Danbolt, L.J., Engedal L.G. Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K.A. & Lien, L. (2014). *Religionspsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- EAPC Task Force on Spiritual Care in Palliative Care (u.å.). What is Spiritual Care? European Association of Palliative Care. <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/spiritual-care>
- Fredrikstad kommune & Borg bispedømmeråd (2014). *Retten til å praktisere tro og livssyn. Hvordan kartlegge tjenestemottakers ønsker og behov? En veileder til kvalitetssikring av kartleggingssamtalen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker*. <https://kirken.no/globalassets/bispedommer/borg/dokumenter/tema/inkludering/veileder---retten-til-a-praktisere-tro--og-livssyn--hvordan-kartlegge-tjenestemottakers-onsker-og-behov.pdf>
- Giske, T. (2021). Tru, livssyn og helse. Presentasjon på fagdag om tru, livssyn og flerkulturell kommunikasjon. Fagdag om tro, livssyn og flerkulturell kommunikasjon - Helse Bergen (helse-bergen.no)
- Giske, T. & Cone, P. (2019). *Å ta vare på heile mennesket. Handbok i åndeleg omsorg*. Samlaget.
- Gjevjon, E.L.R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Rett til egen tros- og livssynsutøvelse. Rundskriv I - 6/2009. rundskriv-i-6-2009.
- Helsedirektoratet (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Rapport IS-2800. Helsedirektoratet.
- Ibsen, T.L., Rokstad, A.M.M., Eriksen, S., Bjørkløf, G.H., Tveito, M., Bergh, S. & Selbæk, G. (2022). *Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien*. Forlaget aldring og helse – akademisk. 43 S
- Innst. (2018–2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*
- Innst. S. nr. 150 (2006–2007) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*.

- Jacobsen, F m.fl. (2021), Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem Rapport 1/21 Senter for omsorgsforskning
- Jevne, B. (2014). *Åndelig og eksistensiell omsorg*. Fordypningsoppgave i kreftsykepleie. Avdeling for helse- og idrettsfag, Høgskolen i Hedmark.
- Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon (2019). *Vi gjør det sammen! Samskapning og sosial innovasjon med vekt på lokal diakoni*. Fagutvalg for Diakoni. Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon.
- Krikerådet (2015) Kirke og helse.
- Kirkhaug, R. (2018). *Etisk refleksjon og verdibevisthet, Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kuven, B.M. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, (9).
- Kuven, B.M. & Giske, T. (2019). Talking about spiritual matters. First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. *Nurse Education Today*, 75, 5357.
- Kvaal, B. (2020, 5. nov). – *Kommunene tar ikke tro og livssyn hos eldre på alvor*. Senter for omsorgsforskning. [http://www.omsorgsforskning.no/nyheter/tro\\_og\\_livssyn](http://www.omsorgsforskning.no/nyheter/tro_og_livssyn)
- Lindheim, T. (2020). Developing Religious Literacy through Conversational Spaces for Religion in the Workplace. *Nordic Journal of Religion and Society*. <https://doi.org/10.18261/issn.1890-7008-2020-01-02>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2011*
- Lov om helsepersonell av 1999*
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 2021*
- McClain, C.S., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361(9369), 1603-7.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- (NOU 2021: 6) Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen NOU 2013: 1. *Det livssyns åpne samfunnet. En helhetlig tros- og livssynspolitik*. Kulturdepartementet.
- NOU 2020: 15. Det handler om Norge — *Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
- NOU 2021: 6. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

- Nyseter, T. (2015) *Velferd på avveie, Reformen, verdier, veivalg*. Res Publica.
- Prop. 130 L (2018–2019). *LoV om tros- og livssynssamfunn (trossamfunnsloven)*. Barne- og familiedepartementet.
- Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges kristne råd og Kirkerådet for den norske kirke i samarbeid med Helsedirektoratet (2013). *Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn*.
- Schmidt, H. (2009). Pasient med religiøse behov. Jeg hadde en gang gammel pasient. *Sykepleien*, 95(7), 64–65.
- Statsministerens kontor (2021). *Hurdalsplattformen for en regjering utgått av Arbeiderpartiet og Senterpartiet 2021–2025*. Statsministerens kontor.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stålsett, S.J. (2021). *Det livssyns åpne samfunn*. Cappelen Damm Akademisk.
- Svartvasmo, A.I. (2021, 16. april). Når Gud forlater bygget. Kommentartittel. *Vårt Land*.
- Sørli, C.H. (2021). Åpenhet om døden. *Tidsskrift for kreftsykepleiere*, (1).
- Thoresen, L., Lillemoen, L., Sævareid, T.J.L., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R. (2017). *Veiledere: Forhåndssamtaler på sykehjem*. Senter for medisinsk etikk, UiO.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Nordland (2015). *Mennesket lever ikke av brød alene*. Faghefte og opplysningsfilm.
- Vatnøy, C. (2020, 9. juni). *Religiøs kompetanse i helsevesenet*. Intervju. VID vitenskapelige høyskole.
- Wallander, B. (2017). *Inn på tunet – ut på havet. Blågrønn omsorg i Kokelv Demens & alderspsykiatri*, 21(1).
- Wang, Y.C, & Lin, C.C. (2016) Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer Symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(4), E43–50.
- Wyller, V.B. (2015). Elefanten i rommet. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, (6).
- Ødbehr, L.S., Kvigne, K., Danbolt, L. & Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem. *Geriatrisk Sykepleie*, (1)
- Ødbehr, L.S. (2015). *Spiritual care in dementia nursing: a qualitative, exploratory study*. [Doktoravhandling]. Institutt for helse- og sosialfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.





## TABELLOVERSIKT

- Tabell 1 Svarfordeling på spørreskjemaundersøkelsen etter fylke
- Tabell 2 Antall innbyggere i kommunene som har svart på undersøkelsen
- Tabell 3 Helse- og omsorgstjenestens oppfatning av behov for å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse
- Tabell 4 På hvilken måte møter helse- og omsorgstjenesten brukernes behov for individuelle samtaler, sjelesorg og støtte i eksistensielle spørsmål
- Tabell 5 På hvilke måter møter helse- og omsorgssektoren brukernes behov for tilrettelegging av mat og måltider i tråd med tro og livssyn, i prosent
- Tabell 6 Kommunens tilrettelegging for brukernes behov i forbindelse med religiøse helligdager og høytider, i prosent
- Tabell 7 På hvilken måte møter helse- og omsorgstjenesten pasientenes behov for tros- og livssynsmessig bistand og tilrettelegging i livets slutfase og død.
- Tabell 8 På hvilken måte skaffer helse- og omsorgstjenesten seg oversikt over brukernes behov for tros- og livssynsutøvelse, i prosent
- Tabell 9 Hvorfor opplever kommunene konkret at de ikke strekker til når det gjelder bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse, i prosent
- Tabell 10 I hvilke situasjoner samarbeider helse- og omsorgstjenesten i kommunen oftest med tros- og livssynssamfunn
- Tabell 11 I hvor stor grad opplever kommunen at de ulike tros- og livssynssamfunnene stiller opp for sine medlemmer som trenger bistand til tros- og livssynsutøvelse
- Tabell 12 Syn på tros- og livssynssamfunnenes tilstedeværelse i helse- og omsorgssektoren i prosent
- Tabell 13 I hvor stor grad har kommunen selv kompetanse til å møte brukernes behov på tros- og livssynsområdet
- Tabell 14 Hvordan vurderer kommunen at brukernes behov for bistand og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse under koronapandemien
- Tabell 15 Nye digitale måter å tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse på





Senter for  
**omsorgsforskning**

[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)