

Rådhusgata 1-3
Postboks 437 Sentrum
N-0103 OSLO

Telefon +47 23 08 16 00
Telefax +47 23 08 16 01
Org. nr. 970 349 820

pf@prest.no
www.prest.no

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
2005 00444	Dok.nr.: 112
500	Journ.dato: 03.06.05
KTA-3	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Dato:
01.06.2005

Vår ref:

Deres ref:

Arkiv nr:

NOU 2005:3 FRA STYKKEVIS TIL HELT. EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE. HØRINGSUTTALELSE

Den norske kirkes presteforening har gått gjennom den offentlige utredningen "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste." (NOU 2005:3). På bakgrunn av konklusjonene i utredningene vil vi peke på noen momenter av betydning for prestetjenesten i helsevesenet og for prestetjenesten i samarbeid med helsevesenet ut fra denne utredningen.

Prestetjenesten er en svært desentralisert offentlige tjeneste, med kontaktflate over hele landet, og demografisk rettet overfor samtlige faser i livet. Det er i denne sammenheng viktig for Presteforening å kunne fokusere på samarbeid og samhandling med helsevesenet – slik det også i dag er i forhold til primærhelsetjenesten og i helseforetakene.

Det er en viktig utredning som bidrar til en avklaring av ansvar og samhandling mellom helsevesenets mange organisatoriske enheter til beste for den enkelte pasient. Dette vil også ha stor betydning for forutsigbarhet i befolkningen når det gjelder ansvarsforhold og oppfølging av den enkelte, og som kan ha stor betydning for nære pårørende og andre som i særlig grad blir berørt. Med den omstrukturering som foregår innen helsevesenet, er det svært viktig at en klargjør hvordan samhandling skal skje både lokalt og regionalt. I en tid med store endringer, er det viktig at ansvaret blir plassert og fordelt fornuftig mellom forvaltningene.

Utvalget fastslår at det er primærhelsetjenesten som er selve fundamentet i helsetjenesten, og at en forankring av ansvar til denne skal bidra til helhetlig behandling. Det innebærer at også omsorg, nærhet og tilgjengelighet på andre tjenester er viktig for et samlet behandlingstilbud.

Helsetjenesten forholder seg til en rekke offentlige instanser. I utredningen har en tatt for seg sektorer med mer direkte tilknytning til helsevesenet. Det innbefatter også kirkelige helseinstitusjoner drevet av frivillige organisasjoner, enten de er sykehus, sykehjem eller driver rusbehandling. Det er likevel grunn til å påpeke at også andre instanser er viktige i denne sammenheng. Skolene er nevnt i utredningen, særlig gjennom helsetjenesten. De er en viktig samarbeidspartner på avgrensede områder. Men den virksomhet som Den norske kirke representerer må bli tydeligere reflektert i den videre prosess.

Den norske kirkes presteforening har ved flere anledninger tatt opp dette tema med helsedepartementet, og det er vår oppfatning at Helsedepartementet er bevisst den rolle blant annet prestene kan ha i arbeidet.

Den norske kirkes presteforening registrerer med glede at verdigrunlaget så sterkt fremheves med tanke på en sammenhengende helsetjeneste. Både prestene i lokalsamfunnet og særlig sykehusprestene vil kunne bidra med verdiforankring av tjenesten.

UTFORDRINGENE

Utvalget peker på pasientgrupper hvor det er spesielt store utfordringer - og hvor behovet for samhandling er stort. De gruppene som nevnes er alle innen områder der kirken er eller vil bli involvert både lokalt og regionalt. Med en sterkere vekt på primærhelsetjenesten vil den lokale kirke bli ytterligere involvert. Det er derfor viktig at en legger en strategi for samhandling som inkluderer det lokale arbeidet og eksisterende diakonale tiltak samtidig som en er villig til å inkludere de nye utfordringene med ressurser. Dette gjelder både i forhold til menighetsprestetjenesten og i bestrebelsene på å etablere spesialiserte prestestillinger som i særlig grad kan ivareta dette arbeidet.

Det er et hovedpunkt at man ønsker å skyve virksomheten mer over på kommunalt nivå. Det kan medføre et økt behov for ressurser innen kirken for å møte utfordringene. Presteforeningen viser til at helsetjenesten i kommunene i stor grad allerede benytter seg av den kompetanse prestene har. Med de forslag utvalget fremmer, vil behovet bli betydelig større lokalt – som nevnt over. Dette vil i seg selv ikke medføre noen endring i de behov som ligger innen spesialisthelsetjenesten, selv om det for en periode kan medføre en mindre vekst ved helseforetakene. På den annen side vil det bli andre behov som melder seg. Det betyr at prestetjenesten på spesialistnivå ikke vil bli påvirket, bortsett fra på de områder som faktisk får tilført en vekst, som for eksempel de distriktpsikiatriske sentra (DPS). Her finnes det allerede noen eksempler på at man også har inkludert styrket prestetjeneste i den opptrappingsplan som er lagt.

I den senere tid er det etablert prestestillinger med spesialisert tjeneste ved sykehjem. Disse stillingene har hatt en usikker økonomisk forankring, og en bykommune har nylig avviklet tre slike stillinger av økonomiske grunner, selv om en har sett behovet for arbeidet som er utført. Det er i enkelte kommuner etablert samarbeidsprosjekter mellom primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og Den norske kirke. Samarbeidet har nettopp som mål en samhandling overfor alvorlig syke og døende, der veiledning overfor pårørende, omsorgsarbeid og helsetjeneste går sammen. Dette har f.eks. gitt en stilling der en menighetsprest dels arbeider i menigheten og dels i Kreftforeningen – i nært samarbeid med hjemmesykepleien. Det må være et mål at det utarbeides en opptrappingsplan for etablering av flere tilsvarende stillinger.

VEILEDNING

Det området som derimot vil være viktig å bygge ut, er veiledningstjenesten. Det er behov for gjensidig veiledning av og overfor de som har ansvar, hver for sitt område. Det er i utredningen lagt opp til god og kompetent veiledning av førstelinjetjenesten for helsepersonell. Det er viktig at også andre grupper blir involvert og får tilsvarende veiledning

og kompetanse. Bare gjennom god kjennskap til f eks sykdommens psykososiale og sosiale implikasjoner kan en yte god nok hjelp til den som er rammet og de som blir berørt. Dette er i en periode ressurskrevende, men viktig.

I denne sammenheng ser Presteforeningen et stort behov for at spesialisthelsetjenesten – for våre grupper særlig prestetjenesten – kan være veiledere overfor prester og andre kirkelige ansatte eller grupper som står i førstelinjetjeneste. Dette gjelder alle de grupper pasienter som utvalget nevner spesielt i utredningen:

- kreftpasienter,
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer,
- terminalt syke pasienter,
- psykisk syke og
- rusmisbrukere.

Det er også andre pasientgrupper som kunne vært nevnt i denne sammenheng siden sykdommens psykososiale og sosiale implikasjoner er betydelige.

I det videre arbeidet kan en knytte dette opp mot den veiledningsplikten som den enkelte prest har. Prestene innen somatiske sykehus har allerede mye veiledning av annet helsepersonell, og det er Presteforeningens inntrykk at det er et stigende behov for denne tjenesten. Svært mange av prestene har spesialkompetanse som veiledere. Prestetjenesten har en mer uavhengig posisjon i sykehusene som er en stor fordel med tanke på veiledning.

Dette er en viktig kompetanse å benytte seg av i det videre arbeidet, både overfor prestene og andre kirkelige tilsatte, men også overfor helsepersonell i kommunene. Arbeidet blant annet med sykdom og død, krisehåndtering, sjelesorg og soknebud er viktige elementer i en prests hverdag og erfaringsramme. Også på disse områdene gjelder at det er behov for lærings- og mestringskompetanse.

SAMHANDLING MELLOM TJENESTEUTØVERNE

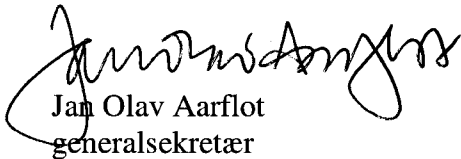
Med en større aktivitet lokalt for samhandling, fører det også med seg et større lokalt ansvar for at de forskjellige gruppene av tjenester samarbeider. Spesialisering av tjenesten i kommunene lokalt krever at det blir gitt kompetanseheving, også av førstelinjen, slik at de kjenner til både utfordringene og kravene som stilles. Det kan synes som om det går i retning av større institusjoner og enheter lokalt som fordrer en tettere oppfølging. Det innebærer at prestetjenesten ved helseforetak vil få en viktig og utvidet rolle særlig med tanke på arbeidet med å utvikle andres presters kompetanseheving og veilede. Det er en utvikling som Presteforeningen oppfatter positivt, i det en også knytter tjenesten tettere sammen og samtidig videreutvikler den enkelte prests kompetanse.

Utredningens konklusjoner kan få konsekvenser for bemanningssituasjonen. Det er viktig at en får styrket bemanningen lokalt slik at en kan få løst oppgavene på best mulig måte. Dette gjelder både prester i menighetene, og prester med en spesialisert tjeneste lokalt – som for eksempel sykehjemsprester. Ettersom det ikke skal være anledning til å ta betaling for slike tjenester, er det nødvendig at antall tjenesteytere blir tilstrekkelig. Like viktig er det å utvikle spesialisttjenesten ved helseforetakene slik at en kan få tilstrekkelig antall til å løse de mange og utvidete oppgavene som en slik omlegging som her er foreslått kan medføre.

Det er allerede i dag et utstrakt samarbeid for å løse de utfordringene som er lokalt. Dette samarbeidet ser Presteforeningen med nødvendighet vil bli ytterligere utviklet og forbedret med det fremlagte forslag. Informasjonsutveksling er i denne sammenheng også et element som er understreket i utredningen. Det bør ikke være uoverstigelige hindringer i dette – ut fra den betraktning at også innen kirken gjelder klare regler for taushet og personvern.

Den norske kirkes presteforening ser frem til fortsatt samarbeid og samtaler om et for oss engasjerende tema, som vil bli viktig for å gi en sammenhengende og best mulig helsetjeneste med de ressurser som er til rådighet sammen med de ressurser som med nødvendighet må tilføres.

Med vennlig hilsen
DEN NORSKE KIRKES PRESTEFORENING



Jan Olav Aarflot
generalsekretær

Kopi: Bispemøtet

Kirkerådet

Lønns- og fagutvalg for prester i helsesektoren