



2013



Rapport om hospitalspræsters arbejde

Red. Dorte R. Sørensen, hospitalsprovst i Region Midtjylland

Rapport om hospitalspræsters arbejde

Indhold

- Om denne rapport - side 4
- Hospitalspræsternes ansættelse og organisering - side 6
- Et folkekirkeligt tilbud om samtaler og gudstjeneste - side 8
- Et tilbud om eksistentiel, åndelig og religiøs støtte - side 10
- Sundhedsvæsenet i de kommende år - side 12
- Hospitalspræstestillingens historie - side 14
- Hospitalspræsternes funktioner og arbejdsopgaver - side 16
- Sjælesørgeriske samtaler - side 16
- Gudstjenester og andagter - side 18
- Kirkelige handlinger - side 20
- Akut tilkald - side 21
- Undervisning og konsulentopgaver - side 22
- Tværfaglige patientkonferencer - side 23
- Kulturformidling og kulturel støtte til patienter - side 24
- Intern kommunikation på hospitalet - side 25
- Efteruddannelse og supervision - side 26
- Hospitalspræstens faglighed - side 28
- Hospitalspræstens tilknytning til et sogn - side 30
- Samarbejde mellem hospitalspræster - side 32
- Sammenfatning og anbefalinger - side 34

Rapport om hospitalspræsters arbejde er offentliggjort d. 15.03.2013

I redaktionsudvalget:

Hospitalspræst Steen Bonde, hospicepræst Edith Susanne Troelsgaard og stiftskontorchef Jette Madsen. Hovedforfatter er Dorte R. Sørensen.

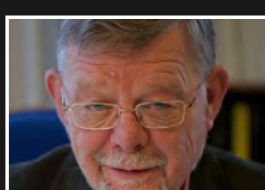
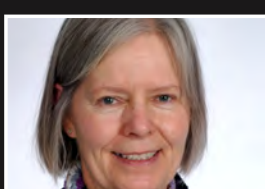
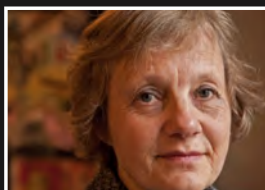
Følgende har bidraget:

(Portrætter starter herunder og fortsætter mod højre)

Svend Erik Søgaard, hospitalspræst
Kirsten Dalager Buur, hospitalspræst
Anna Bojsen-Møller, hospitalspræst
Edith Susanne Troelsgaard, hospicepræst
Christian Højlund, hospitalspræst
Karin Ladegaard Jensen, hospitalspræst
Grethe Jørgensen, hospitalspræst
Ann Maj Lorenzen, hospicepræst
Lisbeth Marianne Andersen, hospitalspræst
Lotte Martin Jensen, hospitalspræst
Ulla Nørager, hospitalspræst
Helle Rørbæk, hospitalspræst
Steen Bonde, hospitalspræst
Line Rudbech, hospitalspræst
Jette Madsen, stiftskontorchef
Christian Boel, Vicedirektør i Region Midtjylland
Karsten Nissen, Biskop, Viborg Stift
Kjeld Holm, Biskop, Århus Stift

Desuden: Dorte Rebsdorf Sørensen, Hospitals-provst i Region Midtjylland

(Portræt på side 4)



OM DENNE RAPPORT

I 2011 blev der i Århus og Viborg stifter nedsat et udvalg, der skulle udarbejde en rapport om hospitalspræsternes arbejde. Det skete på opfordring af biskopperne, og formålet var at fremkomme med et materiale, der gjorde det muligt at vurdere, hvordan fremtidige hospitalspræstestillinger bør kvoteres.

Udvalget bestod af hospitalspræst Steen Bonde, Aarhus Universitetshospital; hospicepræst Edith Susanne Troelsgaard, Hospice Limfjord; stiftskontorchef i Århus Stift, Jette Madsen og hospitalsprovst Dorte R. Sørensen.

Det viste sig hurtigt, at det ikke umiddelbart er muligt at indsamle sammenlignelige oplysninger til brug for denne rapport. Ingen af hospitalspræsterne havde opgørelser over, hvordan de havde fordelt deres tid på de forskellige afdelinger, eller opgaver som samtaler, kirkelige handlinger, forberedelse, undervisning m.v. Forklaringen er, at præsterne beskæftiger sig med et område, som ikke uden videre lader sig måle. Et øjebliksbillede af, hvor megen arbejdstid der bliver brugt lokalt i en bestemt periode, og hvordan den fordeles, kan ikke tegne noget relevant billede af, hvordan det i fremtiden bør være generelt. Dertil er præsternes måde at gribe arbejdet an på og afdelingernes beskaffenhed for forskellige.

Udvalget besluttede i stedet at gennemføre en kvalitativ undersøgelse af hospitalspræsternes arbejde. Tolv præster fordelt på regionshospitalet, storsygehuse, palliative teams, psykiatriske afdelinger, hospicer og i den primære sundhedssektor i Region Midt blev bedt om at beskrive præstearbejdet på deres institution. For hver type institution i sygehusvæsenet bidrog en præst fra Viborg og en præst fra Århus

Stift. Alle fik samme opgave:

- Beskriv dit præstearbejde ud fra følgende kapitelinddeling:
- Præsentation af institutionen og de opgaver, der er for en præst på institutionen
- Overvejelser over præstens identitet og faglighed på hospitalet
- Perspektiver, fordele og ulemper ved stor/lille/ingen sognetilknytning
- Perspektiver, fordele og ulemper ved at flere præster er knyttet til samme institution/samarbejder om at betjene flere sundhedsinstitutioner i området
- Desuden blev to hospitalspræster bedt om at beskrive de basale forudsætninger for at træde i funktion som hospitals/hospicepræst.

Svarene fra de i alt 14 hospitalspræster i Region Midtjylland udgør grundmaterialet i denne rapport. For at sætte præsternes beskrivelser i relief, indeholder rapporten også kapitler om sundhedsvæsenet i de kommende år, om tankerne bag de første hospitalspræsteansættelser, og et kapitel om den teologiske baggrund for folkekirkens nærvær på hospitalerne. Udvalget har desuden redegjort for nogle af de nyere sundhedsfaglige retningslinjer, som på en sundhedsfaglig baggrund formulerer begrundelsen for at involvere folkekirkens præster i sundhedsvæsenet.

- *Dorte R. Sørensen.*

Hospitalsprovst i Region Midtjylland, og hovedforfatter til denne rapport.





Hospitalspræsters ansættelse og organisering

Af Dorte R. Sørensen

Hospitals- og hospicepræsterne er ansatte af folkekirken. Ledelsesmæssigt hører hospitalspræsterne under biskoppernes ledelse, og det er folkekirkens ansvar at sikre dem et godt arbejdsmiljø og give dem gode udviklingsmuligheder som præster, selv om de har deres daglige arbejde på et hospital eller et hospice med egen ledelse.

De fleste har en delt ansættelse mellem institution og sogn, og deres løn betales fuldt ud af kirkelige midler både som sognepræster og som hospitalspræster. I nogle tilfælde har behandlingsinstitutionen bidraget til præstens løn. Den sidste aftale om medfinansiering i Region Midtjylland ophørte med udgangen af 2012, da den pågældende institution blev pålagt store besparelser.

Alle hospitalspræster er knyttet til et sogn. Det er sognets kirkekasse, som afholder udgifterne til præstens virke på hospitalet. Eventuelle kirkemusikere på hospitalet lønnes også af sognets kirkekasse. Med tilknytningen til et sogn følger også tilknytningen til det stedlige provsti. Hospitalspræsterne deltager i de stedlige provstikonventer, og de samarbejder med sognepræsterne i provstiet om lokale aktiviteter. Samtidig deltager de i sognets menighedsrådsmøder, aktiviteter og udvalgsopgaver i et omfang, der svarer til, hvor stor en del af deres samlede ansættelse, de har i sognet.

I Region Midtjylland har jeg siden 2010 været udnævnt til at være sygehusprovst. Hospitalspræsterne har siden da formelt og reelt haft to

provster at forholde sig til. Den lokale provst fører tilsyn med sognepræstearbejdet og tildele økonomiske ressourcer til hospitalspræstearbejdet. Jeg varetager som sygehusprovst den del af deres ansættelse, som har med hospitalet at gøre.

Organisatorisk er hospitals- og hospicepræsterne således tæt knyttet ikke bare til stift og provstier, men også til sognemenighederne. De er derimod ikke formelt en del af hospitalets eller hospicets organisation.

Når en hospitalspræstestilling er ledig, deltager institutionen i ansættelsesproceduren ved at læse ansøgningerne, deltage i prøveprædikener, hvis det ønskes, og indsende en udtalelse til biskoppen.

Når en hospitalspræst er ansat, aftales rammerne omkring dennes virke på institutionerne mellem biskoppen og hospitalets ledelse i samarbejde med hospitalspræsten og hospitalsprovsten.

De aftalte rammer nedfældes i en arbejdsbeskrivelse eller et regulativ. Der holdes løbende møder med hospitalsledelse og hospitalspræster for at sikre, at samarbejdet forløber bedst muligt til glæde for alle.

Med denne form for ansættelse er hospitalspræsten på én gang en, der kommer udefra, og én, der hører til på institutionen. Det giver hospitalspræsten særlige udfordringer og forpligtelser.

Lotte Martin Jensen og Anna Bojsen-Møller skriver til rapporten, at:

Som præst repræsenterer man noget andet end hospitalets øvrige ansatte. I den sammenhæng er det rart ikke at være ansat af hospitalet.

Både fordi det giver uafhængighed af de varierende vinde der blæser på toppen af bjerget, men også fordi det øger troværdigheden, når vi taler tavshedspligt og samtaler om liv og helbred. Den ansættelsesform er netop med til at understrege vores faglighed som den, der står sammen med patienten i livet med alt hvad det rummer og altså ikke skal flytte ham et bestemt sted hen.

- Lotte Martin Jensen, Psyk. Hospital, Viborg, og Anna Bojsen-Møller, Psyk. Hospital, Risskov

Generelt i folkekirken er præsternes tillidsmænd valgt i provstierne. Disse provstetillidsmænd er også tillidsmænd for hospitalspræsterne. I Region Midtjylland har hospitalspræsterne deres egen tillidsmand, som deltager i stiftsmøderne med stifternes øvrige tillidsmænd. Hospitalspræsterne oplever, at de på den måde får bedre mulighed for at gøre deres ansættelsesmæssige problemstillinger gældende i tillidsmandssystemet.

Tilsvarende har hospitalspræsterne i

Region Midtjylland valgt deres egen arbejdsmiljørepræsentant, som sammen med sygehusprovsten udgør en selvstændig arbejdsmiljøgruppe, der afvikler APV og samarbejder med hospitaler og hospicer om at løse de arbejdsmiljøproblemer, som afdækkes.

Man kan spørge, om det er en fordel for hospitalspræsterne, at de skal forholde sig til alle de ovennævnte organisatoriske niveauer i folkekirken, når de har en stor del af deres virke inden for rammerne af en helt anden organisation, nemlig et hospice eller et hospital?

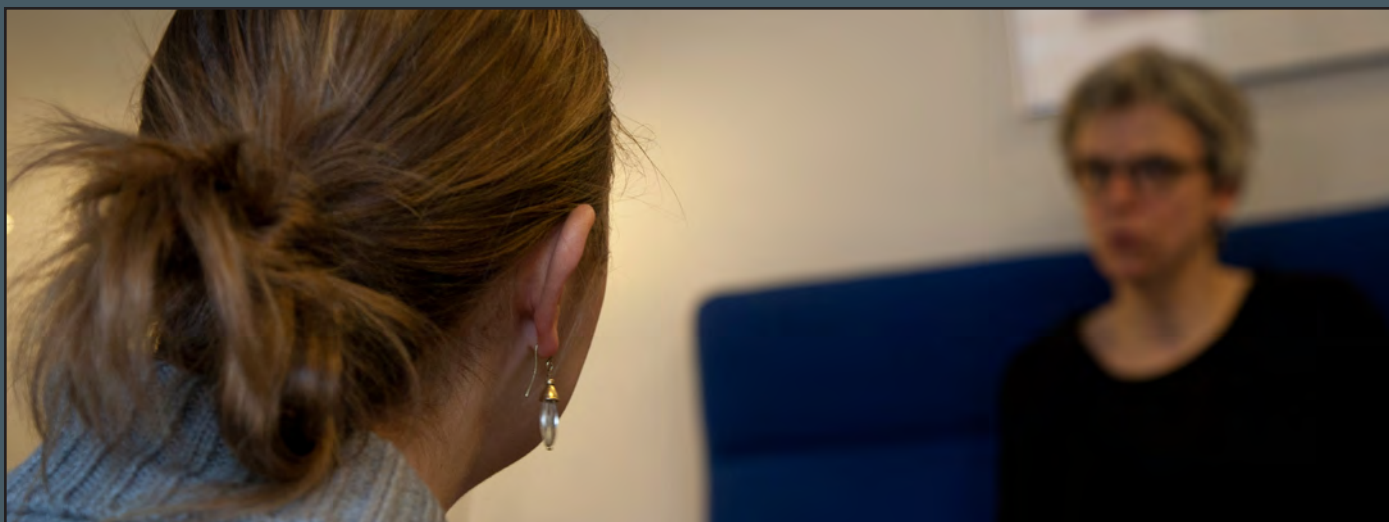
For de hospitalspræster, som har delt ansættelse på en institution og i et sogn, kan den organisatoriske tilknytning til folkekirken ikke undgå at være nogenlunde lige så kompleks som deres ansættelse. Men det bør overvejes, om ikke der på nogle punkter kunne forenkles i hospitalspræsternes organisatoriske tilknytning til folkekirken.

Tilsvarende vil jeg foreslå, at alle hospitalspræster får mulighed for at få deres egen arbejdsmiljøgruppe, som kan organiseres regionalt svarende til at hospitalerne drives af regionerne.



Hospitalspræst

Et folkekirkeligt tilbud om samtaler og gudstjeneste



Den 16. december 1867 sagde biskop P.C. Kierkegaard i Folketinget, at “der fra Skagen og til den sydlige spids af Bornholm, ikke [skal] kunne fødes eller opvokse noget menneske, uden at han føler sig omgivet af et tilbud - ikke en tvang, men et tilbud - af kristen tro og trøst”. Dette har i hele folkekirkens 160-årige levetid været et grundlæggende princip, ikke mindst når der skulle tages stilling til fordeling af præstestillinger i tyndt befolkede egne. P.C. Kierkegaards udtalelse indeholder tre vigtige aspekter i forståelsen af sygehuspræstens arbejde:

1. Sygehuspræstens opgave er, som enhver anden præsts, at forkynde det kristne evangelium til tro og trøst. Om dette gøres fra en prædikestol eller ved en sygeseng ændrer intet deri, at det er den samme grundlæggende præstelige opgave, der varetages. At en sådan forkyndelse skal øves i dyb respekt for tilhørers/patientens autonomi og urørlighedszone

er en forudsætning, ligesom det er en forudsætning for sygehuspræstens samtale med patienten, at den er omfattet af den samme tavshedspligt, som gælder en sognepræst, der fører en sjælesørgerisk samtale med et medlem af menigheden.

2. Det er ethvert folkekirkemedlems ret at kunne få præstelig betjening. P.C. Kierkegaard anfører, at dette gælder, uanset hvor i Danmark patienten bor. Den omstændighed, at der ikke bør være geografiske hindringer for folkekirkemedlemmers adgang til præstelig betjening, indebærer, at der ej heller bør være institutionelle grænser, der stiller sig hindrende i vejen. Også den indsatte i arresten eller i fængslet, den udsendte danske soldat, den danske sømand og den på sygehuset indlagte patient har ret til præstelig betjening.

3. P.C. Kierkegaard argumenterer for, at folkekirken er en territorialkirke, med en fint-masket sognestruktur, der i sin oprindelige form går tilbage til Svend Estridsen (1060). Der må ikke findes en plet af Danmarks jord, som ikke er en del af et folkekirkeligt sogn med ret til kirkelig betjening i sognets kirke. Sygehuspatienter er for kortere eller længere tid afskåret fra at kunne benytte sognekirken og sognepræsten, og centraliseringen af sygehusstrukturen medfører, at der ofte kan være ganske langt fra sygehuset til den enkelte patients hjem sogn. Her træder sygehuspræsten i sognepræstens sted, ligesom sygehuspræsten, med accept fra patienten, også kan tage kontakt til patientens sognepræst.

Under forskellige vilkår yder sygehuspræsterne en stor indsats over for en sårbar gruppe folkekirkemedlemmer. Sygdomme og deres behandling kan medføre uvished, smerte og tab af værdighed. Her er det stor betydning at kunne tale med et medmenneske, som har en professionel baggrund og besidder evnen til at lytte og samtale på patientens betingelser, uden at være en del af det officielle pleje- og behandlingspersonale. Præster, som er tilknyttet hospicer og de palliative teams, udfører også en central og vigtig, præstelig opgave.

Sygehuspræstens tavshedspligt gør det muligt at samtale om spørgsmål, som ligger patienten på sinde, uden direkte at være en del af sygdommen og dens behandling. Som enhver anden præst er det sygehuspræstens opgave at lytte og give håb og trøst. Samtidig kan sygehuspræsten med sin forankring i den kristne kulturtradition være en repræsentant for,

og en hilsen fra, den "normale" verden uden for sygehusets særlige institutionsmiljø. Sygehuspræsterne afholder og tilrettelægger desuden gudstjenester og andagter for patienterne, ofte i en særlig turnus sammen med sognepræster fra sygehusets optageområde.

En vigtig del af sygehuspræsternes arbejde er også at være til stede for personalet på sygehusene, ikke mindst på de afdelinger, hvor personalet oplever voldsomme og traumatiske situationer med mange dødsfald og pleje af patienter i terminalfasen. Her kan sygehuspræsten bruges som samtalepartner og som deltager i kollegiale supervisionsgrupper.

Folkekirkens biskopper lægger vægt på, at der ved alle sygehuse bør være et folkekirkeligt tilbud om samtaler og gudstjenester.

Sygehuspræsterne har forskellige ansættelsesvilkår. Enkelte er fuldtids-sygehuspræster, mens andre varetager kombinationsstillinger, hvor de også er sognepræster.

Endelig stiller et multireligiøst samfund sygehuspræsterne over for opgaver, der ikke eksisterede for 30 år siden. Også her har præsterne vist sig beredte og kvalificerede til at tage denne opgave op, nemlig også over for mennesker af en anden trosopfattelse at kunne tilbyde trøst og opmuntring.

Det ligger i klar forlængelse af P. C. Kierkegaards målsætning, for i dag er Danmark ikke udelukkende et spørgsmål om geografi, men om, hvem der bor i landet. Sygehuset er i dag også et mødested mellem forskellige religioner og kulturer. Kirken skal være til stede på dette mødested, også som dialogens mennesker.

● Af biskop Karsten Nissen, Viborg Stift, og biskop Kjeld Holm, Århus Stift.

Et tilbud om eksistentiel, åndelig og religiøs støtte

Selv om hospitalspræsten ikke er ansat i sundhedsvæsenet, omtales hospitalspræsten i en række af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og behandlingsstandarder som en væsentlig ressourceperson i sundhedsvæsenet. Det hænger sammen med, at sundhedsvæsenet ikke alene er forpligtet på at varetage patienters fysiske lidelse. Pleje og behandling af patienter omfatter også at tage højde for, at patienter og deres pårørende kan have eksistentielle, åndelige eller religiøse behov, som ikke lader sig adskille fra deres fysiske og psykiske behov.

”Eksistentiel eller åndelig støtte grunder sig i det helhedssyn, at mennesket både er et fysisk, psykisk, socialt og åndeligt væsen. Det eksistentielle eller åndelige er den dimension, hvori et menneske forholder sig til sig selv, sin situation og livets vilkår og danner sig et livssyn.”

- Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, 2012, standard 2.1.4

I nogle tilfælde kender patienten selv sine eksistentielle, åndelige eller religiøse behov. Men i mange tilfælde ved patienten ikke, at en form for åndelig eller eksistentiel støtte vil kunne være en hjælp. Det anbefales derfor, at patienten skal have tilbud om at tale med en præst eller en anden ressourceperson, som kan hjælpe patienten med at afdække og imødekomme disse behov og ønsker.

I ”Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge”, udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2012, anbefales det, at:

”Sundhedspersoner foretager en nuanceret vurdering i begyndelsen af sygdomsforløbet, og derefter løbende, af de pårørendes individuelle ønsker om inddragelse og behov for støtte gennem en dialog om bl.a. fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger”

Samtidig er der, efter en årrække med stærkt fokus i sundhedsvæsenet på den helbredende behandling, kommet øget fokus på det, som kaldes ”palliativ behandling”. Palliation og palliativ behandling består i lindrende pleje og behandling. Det kan være svært at være en alvorligt syg og døende patient på et hospital, hvor succeskriteriet er, at patienterne skal blive raske.

Den sorg og smerte, som piner den alvorligt syge og døende patient er imidlertid også en lidelse, som sundhedsvæsenet skal søge at lindre. Det har betydet, at sundhedsvæsenet har taget en række nye tiltag for at forbedre den palliative behandling. Der er etableret hospicer og palliative teams, og det anbefales, at der tilbydes palliativ behandling til alle alvorligt syge patienter og deres pårørende, uanset om de er indlagt på hospital, på hospice eller opholder sig i eget hjem.

”Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art”.

- WHO's definition af palliativ indsats, 2002

Verdenssundhedsorganisationen WHO præciserer, at den palliative indsats bør:

- Integrere omsorgens psykiske og åndelige aspekter
- Anvende en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- Fremme livskvaliteten og søge at få en positiv indvirkning på sygdommens forløb

I det tværfaglige team, som tilrettelægger den specialiserede, palliative behandling af patienter med komplicerede smerter og andre former for lidelse, er der altid tilknyttet en præst. Men også i den palliative indsats over for patienter på andre hospitalsafdelinger og i eget hjem kan der være behov for at involvere en præst.

”Der er en flydende overgang mellem holdning til almene eksistentielle/åndelige spørgsmål og tro. Eksistentiel/åndelig omsorg omfatter opmærksomhed på patientens eksistentielle/åndelige spørgsmål og ressourcer, at lytte til den mening disse har i patientens livshistorie og at assistere patienten i arbejdet med eksistentielle/åndelige spørgsmål med udgangspunkt i patientens eget livssyn. Eksistentielle/åndelige overvejelser og tro intensiveres ofte på særlige tidspunkter i sygdomsforløbet, fx når diagnosen stilles, ved forværring i sygdommen, ved belastende bivirkninger, eller hvis samlivet med nære pårørende forandres.

Overvejelserne kan blandt andet omhandle, hvorfor netop patienten er blevet ramt af sygdom, om der er mening med sygdommen, om der er tale om en straf (eventuelt fra Gud), og om der er et liv efter døden.

Anbefalinger for den palliative indsats,
Sundhedsstyrelsen (s.31-32)

Mange deler deres eksistentielle/åndelige spørgsmål med deres nærmeste pårørende, mens andre taler med en præst, en psykolog eller en eller flere blandt det personale, som de i øvrigt har kontakt med. Der er mulighed for at henvise til en præst eller repræsentant fra andre trossamfund, hvis patienten eller de pårørende har behov herfor. Hvis patienten er i eget hjem, vil det være sognepræsten/repræsentanter fra andre trossamfund i lokalsamfundet, mens det for patienter på sygehus eller hospice vil være den tilknyttede præst eller en tilkaldt repræsentant fra andre trossamfund.”

Anbefalinger for den palliative indsats,
Sundhedsstyrelsen (s.31-32)



Sundhedsvæsenet i de kommende år

Hospitalspræsternes arbejdsbetingelser og opgaver hænger nøje sammen med strukturen i sundhedsvæsenet.

Derfor har vi bedt vicedirektør i Region Midtjylland, Christian Boel, tegne et billede af sygehus- og sundhedsvæsenet i de kommende år.

Christian Boel konstaterer, at der har været en stor vækst i aktiviteten i sygehusvæsenet i de sidste 10 – 12 år.

Væsentligt flere patienter behandles, og der udføres mange nye behandlinger. Samtidig er antallet af medicinske sengepladser i Region Midtjylland reduceret med 10 % i de sidste 2 år, og den gennemsnitlige liggetid for patienterne er bragt ned til få dage.

Flere specialafdelinger er lagt sammen, og flere mindre lokal- sygehuse er omdannet til sundhedshuse. Inden for psykiatrien

er der dog ikke nedlagt sengepladser i de senere år, og det forventes, at det nuværende antal sengepladser opretholdes. Det kan forudses, at de senere års omlægninger af sundhedsvæsenet vil fortsætte. Gode erfaringer med hurtig udredning og rigtig behandling af patienten i forbindelse med oprettelse af fælles akutmodtagelse på hospitalerne, hvor speciallæger fra de relevante specialer straks modtager patienten, vil betyde, at lignende fælles akutmodtagelser etableres på flere hospitaler. Tilsvarende gode erfaringer med hurtigere og bedre behandling af patienter

efter sammenlægning af specialafdelinger, vil ligeledes føre til yderligere sammenlægning af specialafdelinger.

Struktur-mæssigt vil der i den specialiserede behandling således fortsat ske centralisering, ligesom liggetiderne forventes yderligere nedbragt og sengepladsantallet reduceret.

Opførelsen af de to nye storsygehuse i Region Midtjylland og den planlagte nedlæggelse eller omdannelse af eksisterende regionshospitalet til sundhedshuse må ses i sammenhæng hermed.

Samtidig vil al undersøgelse og behandling, som kan varetages lokalt, blive tilbudt lokalt, så patienten skal rejse mindst muligt. Ca. 90 % af de kontakter, patienter i dag har til sundhedsvæsenet, varetages af den primære sektor, som består af den praktiserende læge og kommunale sundhedstilbud. Sådan vil det fortsat være.

Det må endda forudses, at endnu flere patienter, også alvorligt syge patienter, vil blive plejet og behandlet i eget hjem af den praktiserende læge og den kommunale hjemmepleje. En stigende del af sygehusvæsenets ydelser vil desuden blive tilgængelige lokalt. Ambulante patienter vil i udvalgte specialer kunne tilbydes at gå til kontrol og modtage opfølgende behandling af en hospi-

talslæge i det nærmeste, lokale sundhedshus.

Der arbejdes også på at tilrettelægge en del af den opfølgende indsats for f.eks. kronisk syge patienter sådan, at den kan foregå i patientens eget hjem og med brug af telemedicin. Via Skype, smart-phone eller en anden teknologi kan en hospitalslæge følge de løbende målinger hos patienten, og selve konsultationen kan foregå via telefon med videofunktion.

Det bliver en udfordring at sikre den nødvendige kompetenceudvikling for alle involverede. Der må fremover varetages endnu flere meget komplicerede problemstillinger i hjemmeplejen, ikke mindst i det palliative område.



Liggetiderne forventes yderligere nedbragt og sengepladsantallet reduceret, fortæller Christian Boel

Hospitalspræst Lisbeth Marianne Andersen skitserer baggrunden for den nuværende hospitalspræstestilling:

Vi skal tilbage til 1980'erne. Det var dér, den udvikling tog fart, som i dag betyder, at stort set hvert eneste hospital har sin egen præst tilknyttet. I dag er der ca. 120 præster i sundhedssektoren i Danmark. I Region Midt er der 28.

Forhistorien er, at der altid har været en tæt forbindelse mellem kirken og omsorgen for de syge. Vi kan tænke på f.eks. munkes og nonners behandling og pleje af de syge, og på præsteløftet, der pålægger præsten at besøge de syge. Rigshospitalet og andre store, specialiserede, offentlige hospitaler med patienter fra et stort opland har fra

husets side ville man gerne have 'sin egen præst', en person, som personalet kendte, og som kendte huset, dets ånd og dets medarbejdere og var 'ved hånden'. Det kom til at gælde også på de små sygehuse. Den nære sammenhæng mellem kirke og sygehus var ved at tage en ny form. Der var en positiv holdning hos sygehusledelserne til præsten, undertiden store forventninger, andre gange en mere spændt og forbeholden forventning.

Da jeg blev sygehuspræst i 1987 var der vel en snes sygehuspræster. På det tidspunkt var de 'organiseret' i Danske Sygehuspræsters Samråd'. I begyndelsen af 1990'erne blev Samrådet erstattet af Danske Sygehuspræsters Sammenslutning SYSAM, som arbejdede for at få bevilget efter-

HOSPITALPRÆSTESTILLINGEN

begyndelsen haft egne kirker og præster ansat til at betjene patienterne. På de øvrige offentlige sygehuse var det sognepræsterne, der tog ind på sygehuset og besøgte deres 'sognebørn', foretog nøddåb og holdt gudstjeneste. Den lokale sognepræst, i hvis sogn sygehuset var beliggende, havde ansvaret for den kirkelige betjening af det lokale sygehus med kirkebogføringen af alle de nyfødte og koordinering af gudstjenesterne, der som regel blev holdt hver uge og på mange af sygehusets afdelinger.

Mange præster var involverede, og det var en stor koordineringsopgave for den ansvarshavende sognepræst. I begyndelsen var det bl.a. til denne koordination, at der blev oprettet en sygehuspræstestilling med en kvote på 10 eller 25%. Men også andre forhold har spillet ind og har talt for oprettelse af deciderede sygehuspræstestillinger.

Her bør nævnes retsregler, der blev gældende omkring 1994, og som forbød overdragelse af oplysninger om borgerne fra én myndighed til en anden uden samtykke. Præsterne kunne hermed ikke få oplyst, hvilke sognebørn der var indlagt, og sognepræsternes gang på sygehuset blev besværliggjort. Til gengæld gav det vind i sejlene til sygehuspræsternes tilstedeværelse.

De større sygehuse fik som regel en større kvote: 50% eller 75%, måske endda 90%. Så skulle sygehuspræsten selv stå for en stor del af gudstjenesterne, aflaste sognepræsterne og betjene de patienter, som var langt hjemmefra. Fra syge-

uddannelse og supervision til sygehuspræsterne. Det var en lang og sej kamp - der lykkedes. Der blev på Præstehøjskolen tilbudt et to-årigt sjælesorgskursus på i alt 4 uger til sygehus- og fængselspræster, et kursusforløb med supervision, som i øvrigt stadig tilbydes, og nu ikke kun til præster i sundhedssektoren, men til alle sognepræster med interesse for sjælesorg. Efteruddannelsen og supervisionen blev afgørende for sygehuspræsternes selvforståelse, sammenhold og overlevelse i sygehusverdenen i de første mange år.

Efter strukturreformen i 2007, hvor amterne blev erstattet af fem regioner, bliver præsterne nu også organiseret regionsvist, med halv- eller helårige regionsmøder i et mere eller mindre formaliseret samarbejde med biskopperne.

På landsplan afspejler strukturreformen sig i, at det nu er regionsrepræsentanterne, der danner bestyrelsen i SYSAM – eller PRIS (forkortelse for Præster i Sundhedssektoren), som foreningen nu hedder. Navneskiftet er sket, fordi der nu er flere forskellige slags præster i sundhedssektoren, ikke mindst er der kommet en del hospicepræster til. Der sker meget i sundhedssektoren i disse tider, omstruktureringer på de enkelte hospitaler og hospitalerne imellem. Der arbejdes på kvalitetsudvikling, inddragelse af patienterne og meget andet, der kræver omstilling og samarbejde på alle mulige måder. Ingen kan - trods alle forandringer - forestille sig, at det skulle være muligt at have hospitaler uden en eller flere hospitalspræster tilknyttet.

S HISTORIE



Ingen kan - trods alle forandringer - forestille sig, at det skulle være muligt at have hospitaler uden en eller flere hospitalspræster tilknyttet.

- Hospitalspræst Lisbeth Marianne Andersen

Hospitalspræsternes funktioner og arbejdsopgaver

De følgende kapitler om hospitals- og hospicepræsternes arbejde er baseret på 14 beskrivelser af arbejdsopgaver i Region Midtjylland.



Sjælesørgeriske samtaler

Det er samtalerne, der fylder mest i det daglige arbejde for alle hospitalspræster.

Overordnet set kan samtalerne have to forskellige formål. Der er samtaler med eksistentielle, åndelige, religiøse og etiske aspekter, og der er informative samtaler, hvor præsterne informerer om dåb, vielse, begravelse eller hjælper patienten med at få kontakt til andre præster fra folkekirken eller fra andre trosamfund.

Hospitalspræst Ulla Nørager, som er ansat med 75% på Randers Regionshospital fortæller:

- På ugebasis vil jeg typisk have 10-12 patient-samtaler, og hertil kommer så en 8-10 samtaler med pårørende/efterlevende.. Det er svært at gøre de individuelle samtaler med ansatte op på uge-/årsbasis. Nogle samtaler er tilfældige, uformelle og kaldes frem, fordi man lige løber ind i præsten. Andre er på forhånd aftalte og kan strække sig over en længere periode.

De fleste samtaler kommer i stand ved, at personalet formidler kontakten til præsten. Samtalen kan dreje sig om hjælp til at bearbejde en vanskelig situation. Det kan være en akut dåbshandling, et langt

behandlingsforløb med mange genindlæggelser og alvorlige komplikationer. Det kan også være samtaler omkring etiske valg i forbindelse med opstart med eller ophør af behandling, eller samtaler med kirurgiske patienter før og efter operation. Præsterne anmodes også om at give akut krisehjælp efter pludselige hændelser lige fra en brand i et badeforhæng til en medpatients pludselige og uventede død. De eksistentielle emner, som oftest træder frem er skyld, tilgivelse, håb, håbløshed, tro, manglende tro, theodicé-problemet, sygdom, selvmordstanker og død.

Samtalen kan også komme i stand ved at præsten "går på husbesøg" på institutionen. På hospice og på de hospitalsafdelinger og kommunale institutioner, hvor patienterne er indlagt gennem lang tid eller har fast bopæl, er det almindeligt, at præsten selv opsøger patienter og beboere. Her når præsten at lære institutionens beboere og patienter godt at kende.

Hospicepræst Ann Maj Lorenzen, Hospice Djursland fortæller:

- Ofte bliver jeg mødt med ordene: "Jeg er jo ikke vant til at bruge kirken". Ikke desto mindre oplever jeg en stor imødekommenhed og bliver yderst sjældent afvist, når jeg "går på husbesøg" på de 15 stuer en

Hospitalspræst Anna Bojsen-Møller fortæller, at hun som tidligere højskolelærer finder det naturligt at tilbyde "samtaletimer" på bestemte, faste tidspunkter. Hun kalder det "præstens time". I præstens time har hun noget med, som samtalen tager udgangspunkt i. Det kan være en bibelhistorie eller en anden historie, hun fortæller. Det kan også være en kristuskrans eller et sølvkors.

Samtalen udvikler sig nu, og det vigtige er i den sammenhæng, at deltagerne oplever et samvær.

I nogle tilfælde fortsætter samtalerne med præsten, efter patienten er udskrevet fra hospitalet. Det kan være, patienten fortsat kommer jævnligt på hospitalet til ambulans opfølgning eller det kan være, patienten møder hos præsten alene med henblik på at videreføre samtaleforløbet.

Hospitalets personale bruger også hospitalspræsten som sjælesørger. Ikke mindst de mange sygeplejeelever. Også personlige kriser og andre spørgsmål, som ikke har med hospitalsansættelsen at gøre, kan være anledning til at præsten anmodes om en eller flere samtaler.

Anna Bojsen-Møller, Psykiatrisk hospital, Risskov, fortæller:

- Personalet melder sig enkeltvis til en samtale med præsten – ikke mindst de mange sygeplejeelever, for hvem alt er nyt og sætter mange tanker i gang om eksistentielle emner. Personalet letter deres hjerte til præsten, hvis der er sket noget alvorligt på afsnittet, selvmordsforsøg eller vold. Foruden debriefing med psykolog har personalet ofte behov for en samtale om hændelsens mere eksistentielle aspekter.

Mange hospitalspræster tilbyder decideret supervision til institutionens personale. På storsygehuset kan præsten tilbyde supervision til personalet på særlige afdelinger. Sådan tilbyder præsterne på Aarhus Universitetshospital supervision af personale, individuelt og i grupper, med eksistentielt fokus, til personalet på intensiv og andre akutte afdelinger, på kræftafdelinger, på kirurgiske afdelinger og på øvrige afdelinger, hvor supervisionen efterspørges.

Hospitalspræsterne Grethe Jørgensen og Svend Erik Søgaard reflekterer i deres bidrag til rapporten over, hvad der særligt kendetegner den samtale, patienter og personale har med hospitalspræsten. De peger på, at der allerede inden samtalen kommer i stand, er rigtigt meget på færde. Der kan være positive forventninger til, hvad samtalen med præsten kan føre til, men der kan også være forbehold og fordomme eller mistillid. Præsten ved ikke på forhånd, hvordan han eller hun vil blive mødt. Derfor må præsten altid fornemme sig frem i løbet af samtalen.

- Det ligger i luften, at mødet rummer nogle forventninger eller måske fordomme, som hospitalspræsten forpligtende må berede sig på til patientens bedste og egen refleksion.

- Patienten og hospitalspræsten kan snildt mødes som medmennesker om vejret og årstidernes skiften, og skal det være, kan man gensidigt og under indtryk

af den stemte situation åbne for en afsøgning af det fælles tredje. Mødet kan være tilfældigt, eller det kan være planlagt i henhold til aftalekulturen på afdelingen. Under alle omstændigheder er der et komplekst "mere" på spil, som i mødet kan være en invitation til videre refleksion over almene menneskelige vilkår og måske alt det med Gud, tro, håb og kærlighed; men der kan også være tale om tavs eller artikuleret afvisning af al samtale om Gud som mere end en "vejrgud".

- Grethe Jørgensen, Aarhus Universitetshospital, og Svend Erik Søgaard, Regionshospitalet Herning

Der er stor forskel på, hvordan de enkelte afdelinger på hospitalerne tænker om præsten og præstens rolle. Det kan være en tradition, at man enten bruger præsten meget eller lidt. I mange tilfælde handler patienten og personalets forventninger til samtalen med præsten ikke om, hvordan præsten arbejder, eller om hvilke erfaringer den enkelte patient eller ansatte har med præsten. Forventningerne er mere et resultat af, hvordan der generelt tales om præsten på institutionen.

- Når man nu er i et hospital, så er det mellemmenneskelige møde mellem patienten og hospitalspræsten forlods bestemt ved koder, sprogspil og grundfølelser, som hører livet på hospitalet til. Mødet kan være sat i stand på grundlag af sygeplejerskens eller lægens forforståelse af hospitalspræsterne som fælles stand og den aktuelle hospitalspræst som person, hvorfor man først og fremmest må forstå det, hospitalets patienter, pårørende og personale forstår ved en hospitalspræst og dernæst bruge sin egen skrøbelige "merforståen" som en bøn om et lille solstrejf ind over patientens hjerte - uanset typen af vejr-ligsdag. Gennem poesien, kunsten, filosofien, salmebogen og Bibelen at lade sig lede af Gud, hvem intet menneskeligt er fremmed. Skræmmende og trygt i grunden.

- Grethe Jørgensen, Aarhus Universitetshospital, og Svend Erik Søgaard, Regionshospitalet Herning

På denne baggrund er det væsentligt med jævne mellemrum at afklare den overordnede relation mellem præsten og institutionen, så der er åbenhed og enighed om den opgave, præsten har på institutionen. Præstens evner til at opbygge gode relationer med mennesker er også afgørende.

Gudstjenester og andagter

Alle hospitals- og hospicepræster holder gudstjenester og andagter på de institutioner, de er tilknyttet. Men det sker under meget forskellige forhold og på mange forskellige måder.

Hvor der tidligere blev holdt regelmæssige gudstjenester ugentligt på alle hospitaler, holdes der nu færre planlagte gudstjenester, mens der i stigende grad holdes individuelt tilrettelagte andagter på stuerne i forskellige anledninger.

I Region Midtjylland har kun ganske få hospitaler og institutioner med tilknyttet hospitalspræst en egentlig hospitalskirke. Det psykiatriske hospital i Risskov og regionshospitalet i Herning har egentlige kirkerum. I Skejby fungerer kapellet også som kirkesal, og i Landsbyen Sølund, som er en stor institution for udviklingshæmmede, kan et særligt hus blive til et kirkerum ved lys sætning og projektion af billeder på væggene. På de øvrige hospitaler, hospicer og institutioner dækker præsten eller personalet et bord med dug og blomster i en dagligstue eller på en gang, og så afvikles gudstjenesten dér. Levende lys må i reglen ikke anvendes på hospitalerne, men der dispenseres undertiden for det ved gudstjenesterne. På de psykiatriske afdelinger, hvor patienterne generelt er indlagt i meget lang tid, afholdes der regelmæssige gudstjenester på afdelingerne eller i hospitalskirken hver anden uge eller hver måned. I mange tilfælde deltager udskrevne patienter og pårørende med en årelang tilknytning til afdelingerne i gudstjenesterne. Der inviteres til kirkekaffe i forlængelse af gudstjenesten, og det opleves ofte som en god mulighed for at patienten kan møde ligesindede, for hvem kirken og troen betyder meget.

-Gudstjenesten er væsentlig for mange psykiatriske patienter. Her finder patienterne en ro og forudsigelighed, som tydeligt forplanter sig til deres ofte urolige, smerteplagede indre. Gudstjenestens fællesskab markerer også, at man ikke står alene med sin smerte. Prædikenen betyder, at man sammen får nyt håb og nye kræfter. Nadveren er meget væsentlig – 95% går til alters, og der er nadver hver gang, der er gudstjeneste. Velsignelsen betyder fred.

Lotte Martin Jensen, Psyk. Hospital i Viborg, og Anna Bojsen-Møller, Psyk. Hospital i Risskov

På hospicerne bliver der også holdt regelmæssige gudstjenester.

Ann Maj Lorenzen fortæller, at der på hospice Djursland er skaffet penge til et smukt, mobilt alter med krucifiks, lys og blomster. Det rulles ind i fællesrummet, som med det mobile alter forvandles til et kirkerum. Hun holder 2-3 månedlige gudstjenester med altergang i fællesrummet, og dertil andagter med nadver på stuerne ca 2-3 gange månedligt efter patienternes ønsker. Når hospicepræsten er i huset, medvirker hun også ved udsyngninger.

Flere gange årligt inviterer hospice også til mindegudstjenester. Det sker i sognekirken i nærheden. Mindegudstjenesterne er planlagt i god tid, sådan at de pårørende ved afskeden med hospicet inviteres til at vende tilbage og deltage i mindegudstjenesten med efterfølgende sammenkomst på hospice. Der er altid et meget stort fremmøde til mindegudstjenesterne.

Hospitalspræst Line Rudbech, som er tilknyttet den store institution for fysisk og psykisk udviklingshæmmede, Sølund, i Skanderborg, fortæller, at hun holder regelmæssige gudstjenester for og med institutionens patienter, beboere og pårørende i en sognekirke i nærheden af institutionen:

- Gudstjenesterne er for alle afdelinger samt dagtilbud, der har til huse på institutionens matrikel. Der afholdes en månedlig gudstjeneste i sognekirken, og en månedlig gudstjeneste i kirkerummet på institutionen. Derudover afholdes ca. 1-2 månedlige andagter i en afdeling eller i et aktivitetstilbud ud fra efterspørgsel.

På regionshospitalerne er der nogle steder faste gudstjenester på afdelingerne eller i hospitalskirken. Det kan være ved hospitalspræsten eller ved områdets sognepræster på skift. Da patienterne tidligere fortrinsvis kom fra hospitalets nærområde, var det omegnens sognepræster, som holdt gudstjenesterne og dér mødte egne sognebørn.

I dag kommer patienterne fra en hel landsdel, og sognepræsterne har ganske ringe chance for at møde et sognebarn på hospitalet.

Hospitalspræsten har til gengæld mulighed for at nå at lære nogle patienter at kende og i hvert fald et kendskab til afdelingernes personale. Derfor er det f.eks. i Silkeborg hospitalspræsten selv, som holder aftengudstjenesterne hver 14. dag, skiftende mellem afdelingerne. Han glæder sig over, at dørene til



stuerne generelt ønskes åbne, sådan at patienterne inde i stuerne kan høre musikken, salmerne og præstens prædiken.

I Randers er der til gengæld ikke længere regelmæssige gudstjenester på hospitalet.

Ulla Nørgaard, Regionshospitalet i Randers, fortæller, at hun i dag ikke holder fastlagte gudstjenester på hospitalet:

- I de efterhånden mange år, jeg har haft min gang på hospitalet, har meget forandret sig – især indlæggelsestiden. I 1984 var den gennemsnitlige indlæggelsestid knap 6 dage, i dag er den omkring 2 dage. Det kan derfor heller ikke undre, at deltagelsen i sygehusgudstjenesten er faldet i takt med indlæggelsestiden: Patienten er enten for syg eller har tiden tæt besat med undersøgelser og behandling. For 2 år siden valgte jeg at indstille tilbuddet om gudstjeneste og henviser i stedet til de muligheder, radio og TV tilbyder.

På det store hospital holdes der kun traditionelle gudstjenester i forbindelse med højtiderne. Til gengæld tilrettelægges andagter ved særlige lejligheder og tilpasset de enkelte afdelinger. Det kan

være en andagt, som udspringer af en samtale eller tilrettelægges i forbindelse med et dødsfald, afslutning af behandling eller organdonation. Det stiller særlige krav til hospitalspræsten, at der når som helst kan opstå en situation, hvor det vil være på sin plads at foreslå og forrette et liturgisk forløb af den ene eller anden slags.

- Man skal være parat til at foreslå og lede et rituel liturgisk forløb, hvor der typisk kan indgå bøn, tekst, Fadervor, velsignelse og salme.

Steen Bonde, Palliativt team i Aarhus

Det har givet nye vilkår for tilrettelæggelsen af gudstjenester på hospitalerne, at patientforløbene er kortere og kortere, ligesom patienterne har et travlt udrednings- og behandlingsprogram under indlæggelsen. Der holdes dog fortsat gudstjenester på alle hospitaler og hospicer under den ene eller anden form. Det må anbefales, at det i videst muligt omfang er hospitalspræsten selv, som holder gudstjenesterne, og at der udvikles gudstjenesteformer, som passer til institutionens egenart og muligheder.

Kirkelige handlinger

Alle hospitalspræster udfører ret ofte kirkelige handlinger.

Alle former for kirkelige handlinger foregår på hospitaler og hospicer. Det drejer sig om dåb, vielse, nadver, skriftemål, udsyngning og bisættelse.

Ulla Nørager, Regionshospitalet i Randers, erfarer, at der er et stigende ønske om hjemmealtergang:

- Der har i løbet af det seneste par år været en svag stigning i antallet af "hjemmealtergang", måske blot en tilfældighed – måske fordi jeg er mere optaget af at huske at tilbyde det nu, hvor der ikke længere holdes gudstjenester. Det er dog stadig en relativ sjælden handling, som sker mindre end 20 gange årligt med et varierende antal deltagere.

Men når det er muligt, overlades det til patientens lokale sognepræst at udføre de kirkelige handlinger, fordi sognet er den kirkelige grundenhed i folkekirken.

Det har været og er fortsat sådan, at præstestillinger normeres efter antal sognebørn, ligesom medlemmer af folkekirken altid har ret til kirkelig betjening i bopæls-sognet, mens kirkelig betjening af en hospitalspræst eller en anden præst i folkekirken ikke er en ret, men noget der beror på den pågældende præsts frivillige medvirken.

I akutte situationer er det naturligvis hospitalspræstens pligt at forrette kirkelige handlinger for hospitalets patienter. Men det kan også i mange andre tilfælde være afgørende, at det netop er hospitalspræsten, som imødekommer ønsket om en kirkelig handling.

Det kan hænge sammen med, at patienten

i forbindelse med en samtale med hospitalspræsten har fået tillid til denne, og at patienten ikke magter efterfølgende at sætte sin lokale sognepræst ind i sin situation og aftale en kirkelig handling med ham eller hende.

Endelig har det store hospital landsdelsfunktioner, hvorfor patienterne er langt væk fra det daglige netværk, såvel det familiære som det kirkelige.

På det psykiatriske hospital og i de kommunale institutioner, hvor en del af patienterne bor gennem lang tid og derfor har adresse på institutionen, bliver hospitalspræsten patientens sognepræst. Hospitalspræsten kan derfor undervise konfirmander og holde konfirmation i den lokale sognekirke enten sammen med andre konfirmander eller for den/de unge patienter/beboere alene.

Præsten kan også forberede voksne til dåb og holde voksendåb, ligesom begravelser /bisættelser også forekommer enten fra hospitalets kirkesal, kapel eller fra patientens sognekirke.

Det er imidlertid værd at overveje, om hospitalspræsterne på alle hospitaler og hospicer i højere grad skal imødekomme ønsker om kirkelige handlinger for patienter og personale.

Det vil styrke hospitalspræstens faglige identitet på hospitalet, hvis hospitalspræsten kan få lov til at være sognepræst for dem, som præsten omgås i sin hverdag.

Ligeledes vil det være god service for dem, som har deres tilknytning til folkekirken via hospitalet i stedet for bopælssognet.

Akut tilkald

Hospitalspræsternes arbejde adskiller sig fra andre præsters arbejde ved at de fleste opgaver dukker op fra dag til dag og skal løses inden for en frist på max 24 timer. Ændringer i behandlinger og sygehusstruktur ændrer dog på opgavernes karakter. Hvor hospitalspræsterne tidligere ret ofte blev tilkaldt akut til nøddåb i forbindelse med en fødsel, sker dette i dag sjældnere. Det skyldes, at der fødes færre børn med alvorlige fosterskader. Desuden ved forældrene det på forhånd, og fødslen er planlagt. Hvis forældrene i den sammenhæng ønsker bistand fra hospitalspræsten, kan det aftales i god tid. Men i mange andre sammenhænge er der fortsat behov for, at hospitalspræsten kan møde frem akut. Til gengæld er indlæggelsestiden for de fleste patienter blevet så kort, at hospitalspræsten generelt skal kunne mødes med patienten med meget kort varsel og på ganske bestemte tidspunkter. Undertiden ønsker patienten, at præsten tager del i en lægesamtale, hvor patientens pårørende evt. også deltager. Andre gange må samtalen finde sted på et af de få tidspunkter, hvor patienten ikke allerede er optaget af undersøgelser, operation eller andet. Samlet set betyder det, at hospitalspræsterne i højere grad end tidligere er nødt til at kunne mødes med patienter og pårørende med kort frist og på bestemte tidspunkter.

Hospitalspræsterne Helle Rørbæk Hørby og Kirsten Dalager Buur på Aarhus Universitetshospital oplyser:

- *Det specialiserede hospital har accelererede patientforløb, dvs. kompakte patientprogrammer med kort indlæggelsestid.*
- *Patienter, pårørende og personale oplever megen behandling på kanten af livet, som medfører etiske overvejelser og vanskelige valg.*

- *Der er behov for, at præsten kan møde med kort varsel til samtale inden eventuel operation, til afslutning af behandling, til andagt omkring dødens indtræden eller i forbindelse med organdonation.*

Mens hospitalspræstens opgaver og muligheder for at planlægge sin arbejdsdag formelt ændrer sig, er det den samme faglige identitet, der efterspørges i de akutte situationer.

Christian Højlund, Regionshospitalet i Silkeborg, fortæller:

- *Præsten bliver brugt, hvor det meste er sluppet op: behandlingen, sproget, livsmødet, meningen, håbet eller livet selv. Der bliver grebet ud efter præsten ikke kun ved døden, men også i akutte situationer, når tilværelsen vælter. Præsten kommer derfor ofte på banen før psykologen. 90% af arbejdet foregår i kaotiske rum, hvor håb, tvivl, tro, fortvivlelse, angst, fred og forløsning veksler. Rollen er meget tydelig, og identiteten består af to integrerede dele: man skal kunne være i rum, hvor der er både levende, døende og måske døde. Være parat til en sjælesørgersk kontakt og til at være nærværende, også når ordene slipper op. For det andet skal man være parat til at foreslå og lede et rituel liturgisk forløb.*

Det kan konkluderes, at hospitalspræstens arbejde i stigende grad består af akutte tilkald. Præsten skal kunne møde frem på et bestemt tidspunkt inden for de nærmeste få timer. Det betyder, at hospitalspræsternes arbejde fremover bør tilrettelægges sådan, at de får en større fleksibilitet i deres stilling. Det kan opnås ved at de i mindre omfang samtidig er sognepræster. Alternativt må hospitalspræsterne i højere grad samarbejde i teams sådan at chancen for, at der altid er mindst en præst, som vil kunne møde frem, bliver størst mulig.

Undervisning og konsulentopgaver

På alle hospitaler og behandlingsinstitutioner i Region Midt er der et stærkt fokus på at fremme en samarbejds- og læringskultur. Ikke kun elever og nyuddannede gennemgår kurser og efteruddannelse. Alle ansatte opdateres løbende på nye behandlingsformer, der instrueres i omlagte arbejdsrutiner, og der evalueres på igangværende og afsluttede patientforløb. Endelig tilbydes patienter og pårørende også i stigende grad undervisning som en del af behandlingen.

I dette læringsmiljø indgår hospitalspræsten i mange tilfælde både som en del af den samlede organisation, som løbende må opdateres på afdelingens arbejdstilrettelæggelse, og som en ressourceperson, som underviser afdelingens personale, patienter og pårørende. Helle Rørbæk Hørby og Kirsten Dalager Buur, Aarhus Universitetshospital, fortæller, at de både underviser på afdelingskonferencer og tværfaglige konferencer på hospitalet. De underviser også nøglepersoner inden for særlige specialer. Det kan f.eks. være personale med speciale i palliation, eller det kan være forskningssygeplejersker. Ny-ansatte undervises også, og der kan være tale om, at præsten anmodes om at bidrage med et oplæg til en temadag. Hospitalspræsten holder også foredrag og underviser i patientforeninger og kirkelige organisationer, ligesom hospitalspræsten underviser på sygeplejeskolen og andre undervisningsinstitutioner for det sundhedsfaglige personale, samt på de kirkelige uddannelsesinstitutioner. Emnerne kan være eksistentielle og religiøse aspekter af omsorgen, det kan også være kommunikation med og omsorg for alvorligt syge og døende, eller det kan være etiske problemstillinger i forbindelse med sygdom og død.

Flere, større hospitaler arbejder systematisk med etiske dilemmaer, håndtering af utilsigtede hændelser, brug af ny teknologi og andre emner i tilknytning til hospitalets drift. Når hospitalet har en etisk komité, hvor etiske dilemmaer drøftes, er præsten oftest medlem af komitéen og det kan også være præsten, som har taget initiativ til etableringen af den etiske komité.

Ulla Nørager, Regionshospitalet Randers og Palliativt Team i Randers, fortæller:

- Det palliative team er forpligtet på at undervise både internt på hospitalet og eksternt i forhold til primærsektoren. Her bidrager jeg vel med oplæg ca. 5-6 gang årligt – både på hospital og i primærsektor.

Susanne Troelsgaard, Hospice Limfjord, fortæller:

-Hver torsdag har jeg 1 times undervisning i eksistentielle rum. Afdelingssygeplejersken og jeg finder onsdag ud af, hvad der har rørt sig i huset i løbet af ugen. Ud fra det finder vi en eksistentiel problemstilling, som jeg skal undervise i. Det kræver en del forberedelse, som jeg ofte gør torsdag hjemme i præstegården, hvis det er muligt, ellers onsdag aften, når jeg kommer hjem fra hospice. I meget få tilfælde kan jeg nå at gøre det onsdag på hospice. Anden undervisning på andre tider og dage kan være meget forskelligt. F.eks. undervisning i brug af salmebog og så videre. Forberedelse af undervisning og foredrag tager lang tid, men hvis man ikke kan finde den nødvendige tid eller mangler pædagogiske kompetencer svækker det ens faglige profil.

Ulla Nørager, Regionshospitalet Randers:

- Som præst bliver man jævnligt bedt om at komme med et oplæg til en fælles drøftelse af et for afdelingen eller faggruppen aktuelt emne. Det kan være svært at opgøre tidsforbruget her, da nogle emner kræver mere forberedelse end andre. Mit skøn vil være, at denne del af arbejdet på årsbasis fylder omkring 10 – 15%. Det er arbejdsopgaver, som er fagligt udfordrende og med til at styrke relationen mellem præsten og hospitalspersonalet. Ofte vil man her have mulighed for at stille spørgsmålstejn ved politisk korrekte synspunkter og holdninger, ligesom man får skabt rum for at tænke den religiøse dimension med som en naturlig del af institutionen.

Hospitalspræsterne har også af og til selv studerende fra Pastorseminariet i Aarhus i praktik, hvilket medfører en yderligere undervisningsforpligtelse, ligesom præsterne lejlighedsvis underviser i f.eks. psykiatri, sjælesorg eller etiske dilemmaer på Pastorseminariet.

Generelt forventer hospitaler og hospicer, at præsten kan påtage sig at undervise i emner, der relaterer sig til teologi og religion, eksistentielle og åndelige spørgsmål. Det betyder, at præsten ikke alene må mestre sine præstelige embedsopgaver. Præsten må også kunne reflektere over sit fag og de tilgrænsende fagområder, og præsten må besidde et vist mål af pædagogiske kompetencer, sådan at præsten kan undervise hospitalets personale. Det tager tid at tilrettelægge undervisning på et højt fagligt niveau. Det betyder, at hospitalspræsternes stillinger bør give mulighed for, at der kan være tid til den nødvendige forberedelse.

Tværfaglige patientkonferencer

Alle hospitalspræster deltager i et vist omfang i patientkonferencer.

På hospitalerne sker det sjældent og oftest i sammenhæng med, at præsten er inviteret til at bidrage med et oplæg om et emne, som er sat på dagsordenen.

På hospicerne og i de palliative teams deltager præsten derimod næsten altid. Her er der ofte en udtalt forventning om, at præsten deltager i de ugentlige konferencer. Der skal nemlig være specialister fra forskellige specialer til stede ved konferencen, for at institutionen kan godkendes. Præsten er en af de fagprofessioner, som er anerkendt, og præstens medvirken ved konferencerne er derfor af stor betydning, selv om præsten ikke er ansat af institutionen. Præstens rolle i de palliative teams og på hospicer hænger sammen med sundhedsstyrelsens anbefalinger til den palliative indsats, som i rapporten er omtalt i kapitel 4.

Hvad er en tværfaglig konference?

- Krumtappen i det palliative arbejde er den ugentlige tværfaglige konference, hvor alle faggrupper, læge, sygeplejersker, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver, sekretær og præst er til stede. Her gennemgås nye patienter, de døde nævnes, og man standser op ved enkelte situationer, der har været eller er særligt udfordrende, og der lægges planer for kommende tiltag.

- Christian Højlund, Regionshospitalet Silkeborg

En tværfaglig konference varer typisk 1-2 timer. Præsten bidrager til konferencen med sin viden om, hvordan åndelig og eksistentiel støtte kan hjælpe patienter.

Præsten kan yde et væsentligt bidrag til den samlede behandling af patienten, idet præsten i særlig grad har fokus på patienten som menneske i en social og åndelig-eksistentiel sammenhæng. Præsten vejleder personalet i forhold til disse spørgsmål.

- Steen Bonde, Palliativt team, Aarhus

I den tværfaglige konference er det nødvendigt at afklare de forskellige former for tavshedspligt, de ansatte og præsten er pålagt. Personalet på hospitaler og hospicer har tavshedspligt, men det er en tavshedspligt, der tillader, at de orienterer hinanden internt på institutionen om patienters helbredstilstand,

og hvad der ellers hører sammen med patientens indlæggelse. Præsten er imidlertid ikke ansat af hospitalet, og der kan derfor ikke generelt tilgås præsten de samme informationer om patienterne, som hospitalets personale har adgang til. Tilsvarende har præsten tavshedspligt, og præsten kan ikke uden patientens samtykke dele sin viden om patienterne med personalet.

Problematikkerne omkring tavshedspligten gør det i mange tilfælde vanskeligt at arbejde tværfagligt omkring patienternes behandling. Hospitalspræsterne og afdelingsledere er imidlertid meget opmærksomme på de muligheder og begrænsninger, tavshedspligten indebærer. Det betyder, at der udvikles samarbejdsformer, som både efterkommer tavshedspligten og forventningen om at give patienterne den bedst mulige behandling.

Generelt opfattes præstens tavshedspligt som en fordel både af præsten og af institutionen. Anna Bojsen-Møller, Psykiatrisk hospital, Risskov, fortæller således, at præstens tavshedspligt er til gavn for patienternes velfindende på hospitalet og tager brodden af mange frustrationer.

- En af de ting, der har stor betydning for min funktion og min rolle i huset, er min tavshedspligt; Dette at jeg ikke har dokumentationspligt.

- Ann Maj Lorenzen, Hospice Djursland

Det udfordrer hospitalspræsternes faglighed, når de deltager i tværfaglige konferencer.

Det kan anbefales at undersøge vilkår og muligheder i præsternes deltagelse i de tværfaglige konferencer yderligere, således at præstens rolle bliver tydeligere.

Der er i Århus Stift taget initiativ til en sådan undersøgelse, og resultatet heraf ventes i 2014.

Kulturformidling og kulturel støtte til patienter

De nye hospitaler bygges med enestuer til langt de fleste patienter. Der bliver adgang til tv-programmer, internet, film og musik i alle stuer. Patienterne får således adgang til mange former for kulturelle oplevelser. Til gengæld bliver der mindre socialt samvær med andre patienter, og hvis patienten ikke får besøg af familie og venner, og patienten skal forblive i sin seng, vil det blive meget ensomt at være indlagt.

Der er stor forskel på, hvor meget og hvordan hospitalspræsterne forholder sig til kulturformidlingen på hospitaler og behandlingsinstitutioner.

På de psykiatriske afdelinger, hvor patienterne er indlagt gennem lang tid, deltager præsterne i forberedelse og afholdelse af kirkekoncerter og arrangementer med tidligere patienter, f.eks. digtoplæsninger eller musikgudstjenester. På hospice og i de kommunale behandlingsinstitutioner og botilbud tager præsten også del i kulturelle initiativer.

Hospicepræst Susanne Troelsgaard, Hospice Limfjord, fortæller:

- Jeg sidder i aktivitetsudvalget, der mødes 3 gange årligt, og jeg forventes at levere stof til årsskriftet. Af faste arrangementer i løbet af året er der: Syng julen ind, julehygge med historie, kyndelmisse med lys og historie

Line Rudbech, Sølund, fortæller:

- Præsten deltager i institutionens liv, skriver indlæg og klummer i to interne publikationer, der udkommer hvert kvartal, deltager i fester og mærkedage, nogle gange som taler. Præsten deltager desuden i relevante forældre- og pårørendemøder samt arrangementer og organiserer besøgstjeneste for institutionens beboere.

På regionshospitalerne og universitetshospitalet i Aarhus, er præsterne ikke involveret i kulturelle aktiviteter i større omfang. Der kan være tale om korsang eller Luciaoptag med skolebørn fra en nærliggende skole i december måned. Og på børneafdelingerne holder hospitalspræst Helle Rørbæk Hørby i samarbejde med hospitalets lærer regelmæssige "undretimer" for børnene.

Med de ændrede vilkår omkring indlæggelserne og de nye hospitals- og samfundsstrukturer opstår der nye behov for at fremme sociale relationer og håndtere overordnede kulturelle og etiske problemstillinger. På Aarhus Universitetshospital afvikles f.eks. regelmæssige dialogarrangementer med byens mange forskellige trossamfund. Her drøftes spørgsmål om kultur og traditioner, som

hænger sammen patienters etnicitet og øvrig kulturel baggrund, og præsterne medvirker i tilrettelæggelsen af disse dialogmøder.

I forbindelse med byggeriet af to nye, store hospitaler i Region Midtjylland er præsterne inddraget i forskellige projektudvalg, hvor der planlægges multikulturelle rum for afsked, refleksion og andagt, ligesom der arbejdes med kunst og udsmykning, som i bred forstand understøtter hospitalet som rum for heling og helbredelse.

Såvel personale som patienterne forventer, at hospitalspræsten har en åben og accepterende holdning til patienter, der har tilknytning til andre trossamfund. I kraft af sin teologiske uddannelse forventes præsten at besidde en viden om tro og religion i bred forstand, som hospitalet ønsker at drage nytte af. Derfor bistår hospitalspræsten ikke alene med at formidle kontakt til patientens sognepræst, men også andre menigheder og trossamfund.

Der kan også være særlige kostønsker eller en bestemt kulturel praksis, patienterne har brug for præstens hjælp til at fastholde under indlæggelsen.

Samlet set bør det overvejes, om hospitalspræsten i højere grad skal tildeles arbejdstid til at medvirke til udvikling af kulturlivet i bred forstand på hospitaler og hospicer. Det kan være, præsterne skal organisere frivilligrupper med særlige kulturelle opgaver på institutionen, og det kan være, disse frivilligrupper skal organiseres med hospitalet som udgangspunkt i stedet for at udgå fra et nærliggende menighedsråd og sogn.

Det bør også overvejes mere indgående, hvilke opgaver hospitalspræsterne skal varetage i forhold til patienter og ansatte med tilknytning til andre trossamfund end folkekirken.



Intern kommunikation på hospitalet

På store arbejdspladser, hvor mange ansatte i kortere eller længere ansættelsesforløb og med forskellige fagligheder samarbejder omkring arbejdsopgaverne, vil det altid være en udfordring at holde hinanden orienteret om det, der sker, og om det, der er planlagt eller bør iværksættes eller afvikles.

Vicedirektør i Region Midtjylland, Christian Boel, har i kapitel 5 beskrevet de store strukturændringer, som kendetegner sundhedsområdet. De mange forandringer medfører, at alene det at holde sig orienteret om, hvem der er ansat, hvilke kompetencer de enkelte på afdelingerne besidder, i hvilke bygninger aktiviteterne for indværende foregår, og hvordan vejledninger og instrukser er opdaterede, tager stadigt længere tid.

Man kan spørge, om dette har betydning for hospitalspræsterne, som ikke er ansatte på hospitalerne og derfor ikke direkte indgår i den organisation, som hele tiden forandrer sig. Foregående kapitler viser imidlertid, at hospitalspræsterne på mange måder indgår som ligeværdige fagpersoner på hospitaler, hospicer og andre behandlingsinstitutioner. Hospitalspræsterne svarer også direkte, at det er afgørende at have en tydelig profil og et godt samarbejde med hospitalspersonalet.

Hospitalspræsterne må således ligesom alle andre, inklusiv patienter og pårørende, bruge længere tid på at holde sig opdateret på det, der sker på hospitalet eller behandlingsinstitutionen. Foldere og oplysninger om hospitalspræsterne og deres tilbud må også opdateres jævnligt, i takt med at de fysiske rum ændrer sig og afdelingerne flytter.

Derfor skal man i forståelse med hospitalet udarbejde og vedligeholde informationsmateriale, som er tilgængeligt for patienter og personale på internettet og intranettet

og mere specifikt evt. som foldere, tilpasset til de enkelte specialafsnit.

- Man skal være villig til at indgå i en løbende aftalekultur med respektive afdelinger om graden af tværfaglig teambuilding, formidling af patientbesøg, gudstjenester og kirkelige handlinger.

Grethe Jørgensen, Aarhus Universitetshospital, og Svend Erik Søgaard, Regionshospitalet Herning.

Hospitalspræsterne i Region Midtjylland har fået midler fra Kompetencefonden til at udbygge brugen af internet og intranet på hospitalerne til at kommunikere med patienter og ansatte. Stadigt flere bruger internettet til at orientere sig om hospitalet og behandlingsmulighederne. Det er derfor væsentligt, at det også fremgår af internettets præsentation af hospitalet eller hospitalet, at der er tilknyttet en præst, og at præsten er til rådighed for samtaler og kirkelige handlinger.

På mange hospitaler, er det målet at gå helt væk fra intern kommunikation på papir. Her er det af endnu større vigtighed, at præsten bliver omtalt på internet og intranet i de sammenhænge, hvor præsten kan bidrage med åndelig og eksistentiel støtte til patienter, pårørende og ansatte.

For hospitalspræsterne betyder de mange kommunikationsformer og strukturændringerne i sundhedsvæsenet, at der skal bruges mere tid på kommunikation end tidligere.

Det vil være en fordel, at der på alle hospitalsenheder er mindst en hospitalspræst med en fuldtidsstilling eller i hvert fald en meget stor kvote, sådan at der er mindst en præst på hvert hospital, som kan være godt integreret i institutionen og sikre, at kommunikationen om hospitalspræsterne altid er ajourført og tilstrækkelig.



Efteruddannelse og supervision

Der tilbydes efteruddannelse i Sjælesorg for institutionspræster på Teologisk Pædagogisk Center.

Hospitalspræster er ikke forpligtede til at følge denne efteruddannelse, og der er i det hele taget ikke krav om efteruddannelse i forbindelse med, at en præst tilknyttes et hospital eller en anden institution som en del af sin præsteansættelse.

De fleste hospitalspræster følger dog TPC's efteruddannelse og tager derudover kurser af kortere eller længere varighed på TPC eller hos en anden kursusudbyder. Desuden er der altid et element af videndeling i de halvårslige tjenstlige konventer for hospitalspræsterne i Region Midtjylland.

Den seneste undersøgelse af præsters arbejdsmiljø viste, at hospitalspræsternes arbejde er præget af stor følelsesmæssig belastning og ringe mulighed for at planlægge arbejdet og forberede sig til dagens arbejdsudfordringer.

Det er tre væsentlige forhold, som alle gør hospitalspræsterne mere udsatte for stress end andre præster.

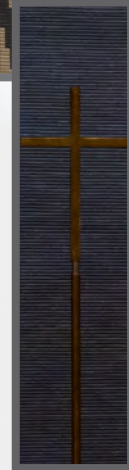
Der er grundlæggende ikke mulighed for at ændre på, at hospitalspræsternes arbejde er akut, følelsesmæssigt belastende og uforudsigeligt. Men fortløbende efteruddannelse og god supervision forebygger stress og andre arbejdsmiljøbetingede skader.

Hospitalspræsterne skriver selv om deres efteruddannelse, at der er behov for:

- at indgå i supervision med oparbejdelse af evnen til mødet med patientens såvel som egen sårbarhed
- at søge faglig viden omkring sjælesorg og udvikle evne til at modtage og udøve sjælesorg
- at søge indsigt i fremmede kulturer og religioner

Grethe Jørgensen, Aarhus Universitetshospital, og Svend Erik Søgaard, Regionshospitalet Herning

Det kan anbefales, at hospitalspræsterne i højere grad forpligtes til at gennemføre efter- og videreuddannelse som hospitalspræster. Samtidig kan det anbefales, at alle hospitalspræster deltager kontinuerligt i supervision for at forebygge arbejdsrelateret sygdom.



Hospitalspræstens faglighed

I dette kapitel vil spørgsmålet om hospitaspræstens faglighed i hospitalets tværfaglige miljø blive belyst.

Hospitalspræsten repræsenterer Den danske Folkekirke på hospitalet. Den folkekirkelige mangfoldighed kommer derfor til udtryk både i præsternes tilgang til deres arbejde på hospitalerne og i patienter og personales forventninger til hospitalspræsterne.

- Både patienter og personale forventer den bredde og rummelighed hos hospitalspræsten, som er folkekirkens kendetegn i befolkningen. Denne kulturåbne forståelse af kristendommen er afgørende for, at hospitalspræsten bliver alment respekteret og afholdt. Den er sammen med præstens personlighed afgørende for patienternes henvendelse til præsten. Samtidig er den forudsætning for, at personalet konsulterer hospitalspræsten i religiøse, eksistentielle og etiske problemer og overvejelser, som kan opstå i et behandlingsforløb.

Lotte Martin Jensen, Psykiatrisk hospital, Viborg og Anna Bojsen-Møller, Psykiatrisk hospital, Risskov

Det er fremgået af rapportens kapitel om hospitalspræstens arbejdsopgaver, at samtaler om eksistentielle og åndelige spørgsmål er den opgave, som fylder mest.

Det er imidlertid ikke forbeholdt præster at samtale om eksistentielle spørgsmål og give åndelig omsorg. I en evangelisk luthersk kirke er det en opgave for ethvert menneske. Af samme grund lægger hospitalspræsterne stor vægt på at undervise hospitalets personale i at forholde sig til de eksistentielle og åndelige spørgsmål, som hele tiden dukker op, når alvorligt syge patienter er under behandling.

I de senere år er der desuden blevet ansat psykologer og forskellige former for terapeuter, som alle tilbyder en støtte til patienter og personale, som ligner den sjælesorg, præsten tilbyder. Der er også mange terapeuter, som tilbyder patienter og personale privat, spirituel rådgivning på et andet grundlag end folkekirkens. Det udfordrer hospitalspræsterne

til at reflektere over den særlige teologiske og folkekirkelige vinkel på sjælesorgen.

- Medarbejderne fra de andre faggrupper i teamet har alle kompetencer inden for mit felt – den åndelige omsorg, men jeg har ingen kompetencer inden for de andre faggruppers felt. De andre har derfor en dobbeltrolle som fagperson inden for et særligt felt og som en person, der også kan drage omsorg for patientens åndelige-eksistentielle behov. Jeg har kun det sidste. Det er til gengæld en spidskompetence.

Steen Bonde, Palliativt Team, Aarhus

Helle Rørbæk Hørby og Kirsten Dalager Buur, Aarhus Universitetshospital forsøger at definere forskellen på præsten og psykologen sådan, at "hospitalspræsten sætter billeder på menneskers væren i verden, hvor psykologen giver redskaber." Andre hospitalspræster fremhæver, at det er præstens særlige opgave på hospitalet at tale de svages sag.

- Det er en vigtig opgave for kirken at have en tydelig stemme i debatten om sundhedsvæsenet, som er præget af nytte-etik, og som giver næstekærligheden trange kår. Kirken skal tale de svages sag i en kultur, hvor det er økonomisk tankegang, der har domineret. Her kan teologi, filosofi og litteratur være en vigtig inspirationskilde og næring til vores liv... Måske kan kirken være med til at ryste nogle af de vedtagne konventioner ved at stille spørgsmål til noget, der bliver taget for givent i hverdagen. Der er brug for, at der bliver fortalt andre historier, at der bliver plads til sorgen og tårerne og glæden og taknemmeligheden i sundhedsvæsenet.

Karin Ladegaard Jensen, Aarhus Universitetshospital

Flere hospitalspræster fortæller, at de ser deres opgave som den at være til stede i samværet med patient og personale alene med det mål at lytte. Mens hospitalets personale har en forpligtelse til at helbrede, lindre og trøste, har præsten alene den opgave at være til stede.

- Til forskel fra plejepersonalet er jeg ikke uniformeret. Når jeg går ind på stuerne, ligner jeg derfor et "helt almindeligt menneske", og det eneste synlige tegn på, at jeg er præst, er et lille sølvkors, jeg har hængende ved mit navneskilt. Mine besøg på stuerne har ingen mål (medicingivning, mad, vask etc.) og det er mit indtryk, at præstens besøg er et lille pusterum i hverdagens "gøremålstravlhed".

Ann Maj Lorenzen, Hospice Djursland

- Det er ofte en stor fordel at kunne træde ind i et rum sammen med patienten, hvor jeg intet kan stille op med de fysiske problemer, men udelukkende kan være til stede i det kaos, den angst, frustration, smerte, hjælpeløshed, magtesløshed, skrøbelighed og håbløshed, som patienten befinder sig i, uden at jeg kan ty til behandling eller pleje. Jeg er derfor til stede hos patienten på mere lige vilkår, end mine kolleger.

Steen Bonde, Palliativt Team, Aarhus

Mens præstens rolle i sjælesorgen kan forstås på mange måder, fortæller hospitalspræsterne samstemmende, at det er de kirkelige handlinger, der i særlig grad tydeliggør og fastholder deres faglige identitet.

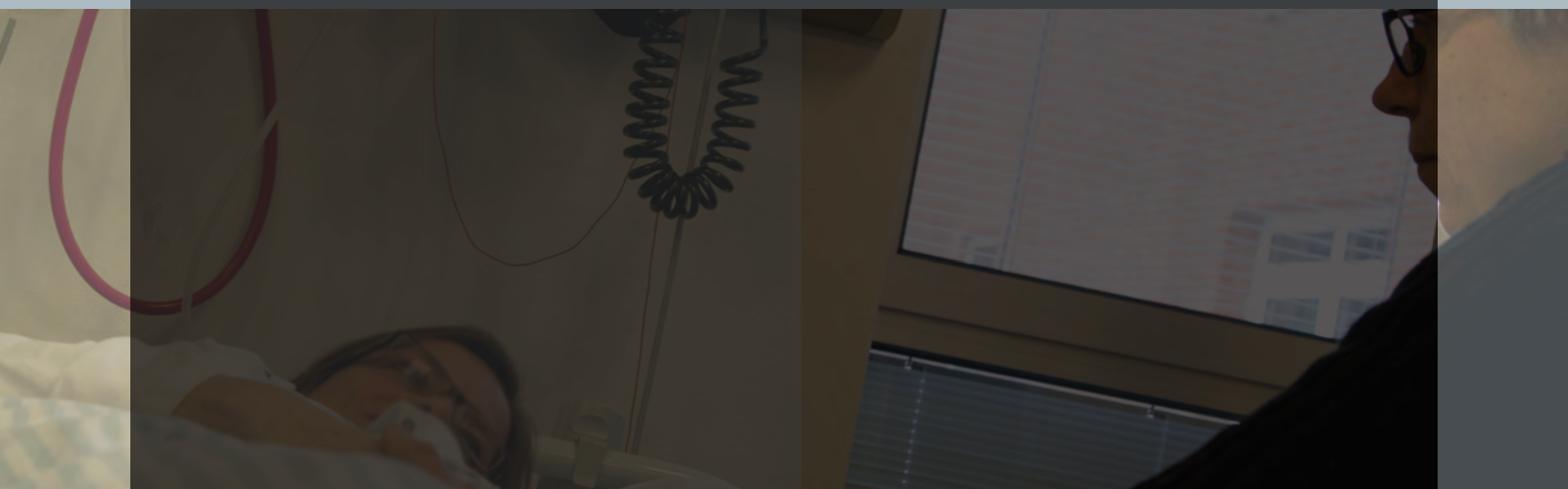
Når de ifører sig præstekjolen får de en tydelig rolle som præst. Det gælder både, når de udfører ritualer, der er knyttet til sakramenter og kirkelige

handlingers såsom dåb, nadver, vielser og begravelser, og når de udfører ritualer, der er knyttet til sjælesorgen, såsom bøn, håndspå-læggelse, skriftemål og lignende. Præstens rolle er også tydelig, når præsten selv udarbejder et ritual til lejligheden, hvor ritualet bliver en symbolsk og synlig markering af noget, der ligger den anden på sinde.

Håbet kan udtrykkes ved f.eks. at tænde et stearinlys. En sten kan tjene som container for det svære, som den anden bærer rundt på, og stenen kan blive en ordløs bøn, som ved at kastes i vandet, markerer bønnen om at Gud må tage byrderne bort.

Hospitalspræsternes bidrag til rapporten viser, at det i mange tilfælde er vanskeligt at definere præstens særlige faglighed på hospitalet. Det hænger sammen med den folkekirkelige mangfoldighed, og det hænger også sammen med, at der er stor forskel på, hvad der er behov for og mulighed for på de enkelte institutioner. Det må derfor anbefales, at der lægges vægt på at afstemme forventningerne til hospitalspræsten i forbindelse med at der knyttes en hospital-præst til en institution.

Både stillingens omfang og indhold må tilpasses institutionens og præstens forståelse af præsterollen på den pågældende institution.



Hospitalspræstens tilknytning til et sogn

Hospitalspræsterne i Århus Stift og Viborg Stift er tilknyttet et sogn med meget varierende ansættelseskvoter. De fleste er ansatte i det sogn, hvori hospitalet eller behandlingsinstitutionen ligger, eller i et sogn tæt derpå, men efter hospitals-sammenlægningerne bliver det relevant at spørge, om alle hospitalspræster også i fremtiden skal være tilknyttet et sogn?

- Jeg kan frygte, at det bliver stadigt vanskeligere at fastholde en sognetilknytning, fordi indlæggelsestiderne bliver stadigt kortere og hospitalspræsten derved presses.

Ulla Nørager, Regionshospitalet Randers

Hospitalspræsterne har til rapporten beskrevet fordele og ulemper ved, at deres stillinger er todelte, således at de både har sognepræstarbejde og hospitalspræstarbejde.

Der er stor enighed blandt hospitalspræsterne om, at kvoten til hospitalsarbejde bør være større end kvoten til sognet. Det hænger sammen med nødvendigheden af at være meget fleksibel og have mulighed for med kort varsel at deltage i en samtale eller en kirkelig handling på hospitalet. Det hænger også sammen med, at hospitalspræsten skal være synlig på hospitalet i dagligdagen for at opnå den kontakt til personale og patienter, som samarbejdet står og falder med. Endelig har hospitalspræsten brug for tilstrækkelig tid til faglig specialisering og forberedelse af undervisning, som også er en opgave for præsten på hospitalet.

Christian Højlund, Regionshospitalet i Silkeborg:

- Der burde ikke være hospitalsstillinger under 50%. Jeg kan i hvert fald forestille mig, at det bliver svært at administrere den gode balance, hvis sognedelen er den største. Under alle omstændigheder er et godt hospitalsarbejde afhængigt af klokkeklare aftaler og ledelsesstrukturer i forhold til både sogn og hospital. Det er fint med vekselvirkningen mellem sogne- og hospitalsarbejde. Men er sygehuset stort nok, kan et fuldtønde menigheds-liv også udfolde sig inden for hospitalets rammer. Ja, faktisk synes jeg, at den teologiske profil og den præstelige identitet skærpes i det tværfaglige miljø.

Det er ulempen ved de små kvoter på hospitalerne, at der går uforholdsmæssigt meget tid med noget, der ville tage den samme tid i en fuldtidsstilling.


De deltidsansatte hospitalspræster bruger lige så meget tid på at opdatere sig, gå til møder, supervision osv. som de fuldtidsansatte. Små kvoter giver en dårlig udnyttelse af ressourcerne.

Hospitalspræstens tilknytning til et sogn fungerer for det meste som en tydeliggørelse af, at hospitalspræsten er en del af folkekirken. Det giver mulighed for at bygge bro mellem sogn og institution, og det giver mulighed for, via sognet, at opbygge frivillignetværk til gavn for hospitalets eller hospicets patienter. For nogle præster giver det også en god balance mellem sjælesorg og andre præsteopgaver.

De nye hospitaler har imidlertid så mange tusinde ansatte og patienter, at de "befolkningmæssigt" langt overgår de sogne, de ligger i. Det gælder for langt de fleste af hospitalets ansatte og patienter, at de ikke har tilknytning til kirken og sognet, hvori hospitalet ligger. I mange tilfælde har de heller ikke tilknytning til sognekirken, hvor de bor. Deres tilknytning til folkekirken bliver etableret gennem hospitalspræsterne. Derfor opfatter de i mange tilfælde hospitalspræsterne som deres sognepræster. Da de bruger hospitalspræsterne i sjælesorgssammenhæng, er det naturligt for dem også at ønske, at hospitalspræsterne foretager de øvrige kirkelige handlinger, de har behov for.

Hospitalspræsterne henviser imidlertid generelt hospitalets ansatte og patienter til at kontakte deres lokale sognepræst i forbindelse med kirkelige handlinger, som ikke skal gennemføres akut. Det bør overvejes, om denne praksis er hensigtsmæssig.

Det vil være god service overfor folkekirkens medlemmer at give dem mulighed for at lade hospitalspræsten fungere som deres sognepræst. Samtidig vil det styrke hospitalspræstens faglighed og understøtte de relationer, som hospitalspræsten må opbygge for at kunne virke som præst på institutionen.



Præster i den kommunale plejesektor

Ligesom hospitalerne samler patienter og ansatte fra et langt større område end sognet og provstiet, hvori det ligger, sådan er plejecentre, hjemmepleje og andre kommunale pleje- og omsorgstilbud også vokset ud over sognegrænserne. Det betyder, at tilknytningen mellem sogn og kommunal hjemmepleje også er blevet løsere.

I den sammenhæng er der i Skanderborg og Odder kommuner indgået aftaler mellem folkekirken og kommunerne om tilknytning af en hospitalspræst, som samtidig er sognepræst i provstiet.

Samarbejdet er indgået ud fra et ønske om, at det skal være lige så let for en patient, som behandles i kommunalt regi, at modtage kirkelig betjening, som det er for en patient, der behandles på en af regionens institutioner. Med de stadigt kortere indlæggelsestider er patienterne fortsat meget alvorligt

syge, når de udskrives til videre pleje i eget hjem og ambulant behandling på regionens institutioner. Der er derfor behov for det samme målrettede og specialiserede folkekirkelige tilbud til patienter, pårørende og ansatte i kommunerne, som folkekirken giver de regionale institutioner.

Det må anbefales, at der fra folkekirkens side tilbydes kommunerne et samarbejde omkring hjemmeplejeprester og lignende alt efter de lokale behov.



Samarbejde mellem hospitalspræster

Strukturændringer og hospitalssammenlægninger betyder, at mange hospitalspræster, som tidligere arbejdede som eneste hospitalspræst eller med blot en enkelt kollega på det lokale hospital, nu skal samarbejde med adskillige kolleger på det samme store hospital.

Det giver mange fordele for hospitalspræsterne. Den enkeltes styrker kan udnyttes bedre, og der bliver bedre mulighed for at præsterne kan specialisere sig og være repræsenterede i faglige fora, etiske komitéer og konferencer på alle afdelingerne.

- Det er modnende at være flere i et intensivt samarbejde. Kompetencefeltet udvides, og det bliver muligt at hjælpe og støtte hinanden og magte større og meget spændende initiativer. Men et så snævert samarbejde forudsætter så også, at man virkelig har en god indbyrdes kemi og en på én gang åben og tydelig grundindstilling og fremtoning.

Steen Bonde, Palliativt Team, Aarhus

Når der er flere præster ved samme institution, eller præsterne samarbejder i teams om at varetage opgaverne på flere institutioner, opnår man en bedre akutdækning. I forhold til arbejdsmiljøet er det også en fordel at være flere præster ved samme institution, fordi det giver mulighed for, at præsterne kan fordele natte- og weekendvagter imellem sig.

Det kræver dog god tilrettelæggelse af samarbejdet, således at såvel afdelinger som præster ved, hvordan arbejdet fordeles og kan planlægges efter det. Samtidig er det afgørende, at der fortsat er mulighed for, at præster, hospitalsansatte og patienter kan blive fortrolige med hinanden. Det kan ske ved, at hospitalspræsterne fordeler hospitalets afdelinger mellem sig og passer hver sit i det daglige, mens aften-, nat- og weekenddækningen tilrettelægges i en vagtordning.

- Blandt mange psykiatriske patienter er vejen til den dybere samtale lang og brolagt med prøver af præsten. Tillid og tilknytning kommer ikke af sig selv, slet ikke når man har med mennesker, der – som mange af de tungere psykiatriske patienter – har oplevet en jævn strøm af svigt og skift. I de situationer kan det være bedre at forberede patienter og personale på en pause, når hospitalspræsten har fri, end at introducere en anden præst.

**Anna Bojsen-Møller,
Psykiatrisk hospital Risskov**

Det må også anbefales, at der på de store hospitaler ansættes mindst én hospitalspræst på fuld tid, uden arbejdsopgaver i et sogn, og dertil én eller flere hospitalspræster, som kan have mindst 50% ansæt-

telse som hospitalspræst suppleret med en mindre kvote i et sogn.

På de små hospitaler, hospicer eller andre institutioner i sundhedsvæsenet må det endelig anbefales, at der oprettes fælles hospitalspræste-stillinger. Hvis afstandene er meget store, bliver der brugt for lang tid på kørsel mellem institutionerne, og i det tilfælde er det mere hensigtsmæssigt at lade en sognepræst i institutionens nærhed betjene institutionen med en lille kvote. Men når afstandene er rimelige, vil det være en fordel at lade den samme hospitalspræst betjene flere mindre institutioner, således at præsten kan udnytte sin efteruddannelse bedst muligt og have den nødvendige fleksibilitet til at efterkomme behov for akutte samtaler og kirkelige handlinger.

Der er i reglen et par sognepræster fra hospitalspræstens sogn eller fra hospitalets nabosogne, som via rådighedsordningen i det stedlige provsti står til rådighed for henvendelser fra hospitalet, hvis det af den ene eller anden grund ikke er muligt at få kontakt med hospitalspræsten. Disse sognepræster har sjældent en efteruddannelse, som giver kompetencer til hospitalspræstearbejdet, men de er ofte glade ved denne opgave.

Når en del af de regionale hospitaler nedlægges og patienterne samles på storsygehuse, rejser det spørgsmålet, om denne ordning skal fortsætte. Man må dog konstatere, at det ikke vil være muligt at etablere et vagtberedskab med hospitalspræsterne, som er lige så sikkert, som lægernes beredskab. Det vil man heller ikke kunne opnå ved at organisere hospitalspræsterne i teams.

Det må derfor anbefales, at der fortsat etableres aftaler via rådighedsordningen med sognepræster fra hospitalernes nærområde, således at hospitalet har mulighed for at udvide søgningen efter en præst, når hospitalspræsten ikke er til rådighed.

Sammenfatning og anbefalinger

Rapporten tegner ikke noget entydigt billede af fremtidens hospitalspræst. Der kan dog på baggrund af rapporten argumenteres for, at der bør justeres i gældende praksis på en række områder for at tilpasse hospitalspræsternes stillinger til den ændrede hospitalsstruktur og give gode muligheder for, at hospitalspræsterne kan løse de ønskede opgaver.

- Der bør være en løbende dialog mellem hospitalspræster, institutioner og stifter om folkekirkens betjening af patienter, personale og pårørende i tilknytning til institutionen med henblik på at afstemme forventninger og tilpasse arbejdsopgaverne til de lokale behov og muligheder.

- Der bør også tages kontakt til de kommunale institutioner på sundhedsområdet med tilbud om kirkelig betjening af patienter, personale og pårørende, når behandlingen foregår i patienternes eget hjem og på kommunale institutioner.

- Der bør være mindst én fuldtidsstilling som hospitalspræst på alle større hospitaler. Hospitalspræstestillinger bør i øvrigt altid have et omfang af mindst 50%, og det kan anbefales, at hospitalspræsterne i højere grad ligestilles med sognepræster, således at institutionens patienter og ansatte kan benytte hospitalspræsten som deres sognepræst. En hospitalspræstestilling bør kunne omfatte betjening af flere institutioner, når afstandene mellem institutionerne gør det hensigtsmæssigt, og alternativet ville være flere hospitalspræstestillinger med små ansættelseskvoter.

- Hospitalspræsterne bør i videst muligt omfang organiseres i teams og vikariere for hinanden under ferier og andet fravær. Hospitalerne bør dog fortsat have mulighed for at tilkalde præster fra hospitalets nærområde via rådighedsordningen, når hospitalspræsterne i teamet ikke træffes.

- Hospitalspræster, som samarbejder i et team, bør have fælles budget for udgifterne til arbejdet på de institutioner, teamsamarbejdet omfatter. Hospitalspræsternes organisatoriske tilknytning til folkekirken bør i det hele taget ændres, så den understøtter folkekirkens tilbud til patienter og ansatte på fremtidens hospitaler bedst muligt. Et skridt i den retning kan være at oprette en hospitalsprovstefunktion under en eller anden form i alle regioner.

- Det bør være obligatorisk for hospitalspræsterne at tage en efteruddannelse, som kvalificerer til hospitalspræstearbejdet. Hospitalspræsternes faglige viden bør løbende vedligeholdes, ligesom en vis specialisering bør fremmes.

- Det bør være hospitalspræsterne, som holder de regelmæssige gudstjenester på hospitalet. Hospitalspræstens rolle i tværfaglige konferencer på hospitaler og hospicer bør undersøges nærmere, ligesom betjeningen af patienter og personale med anden kulturel/religiøs baggrund end den folkekirkelige bør drøftes.

Effektivitet vil også i fremtiden være et gennemgående krav i samfundet, det er der næppe nogen tvivl om. Men midt i denne stræben efter det effektive samfund kan det enkelte menneske føle sig alene med sin tvivl og sin angst i mødet med det ukendte i behandlersystemet. Det gælder for patienten, og det gælder for den ansatte. Derfor er det af afgørende vigtighed, at folkekirkens præster fortsat kan være til stede på vore hospitaler, med tilbud om vejledning og trøst i eksistentielle og åndelige spørgsmål.

Uanset hvor effektivt vort samfund trimmes til at være, vil der altid være brug for et tilbud om kristen tro og trøst.



- *Dorte R. Sørensen.*

Hospitalsprovst i Region
Midtjylland, og hovedfor-
fatter til denne rapport.



- Rapport om hospitalspræsters arbejde