

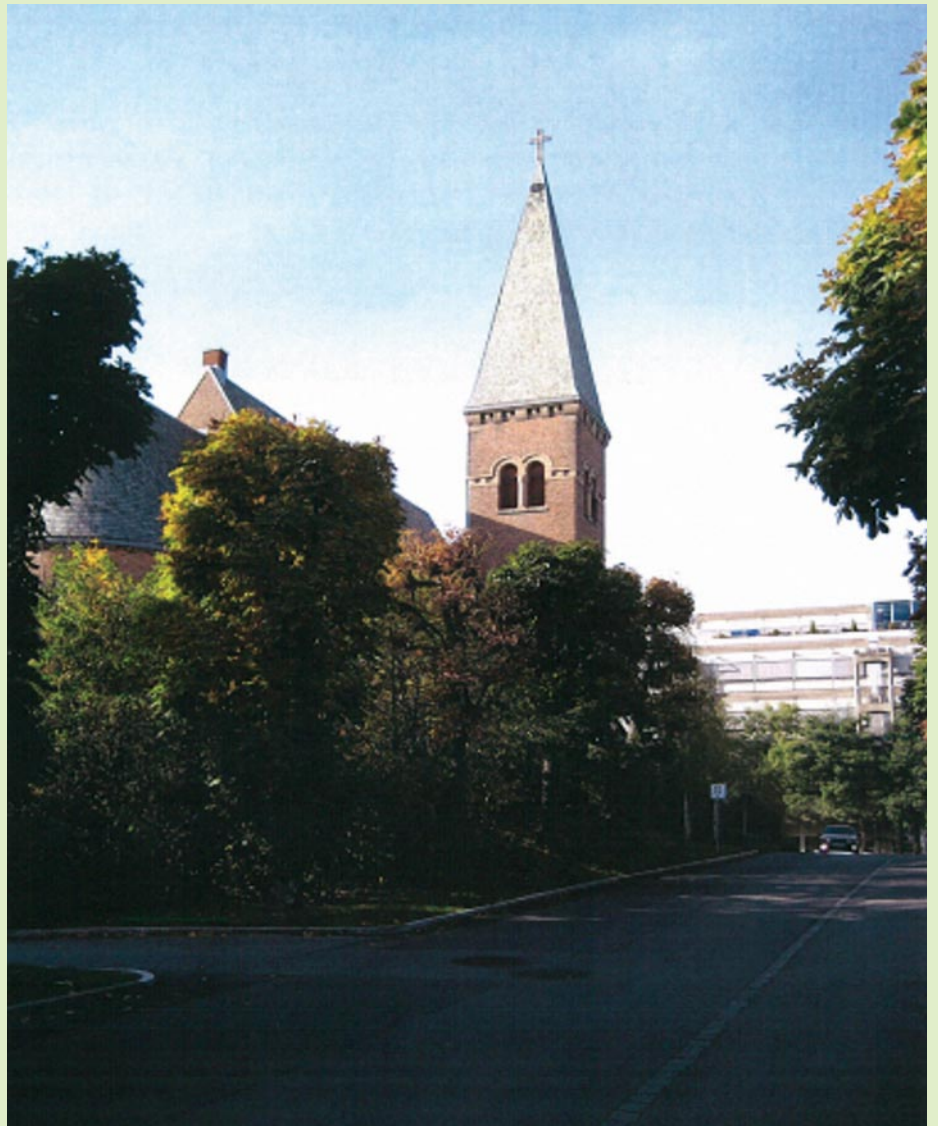
helsebiblioteket.no

5. juni 2015, 23. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Kirke og kommune:
Sammen for å skape
helsefremmende
gevinster
s. 4
- Kirke og helse
s. 23



KIRKE – HELSE – SAMFUNN

Helserådet

INNHold NR. 11/15

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og tros- og livssynssamfunn	3
Kirke og kommune: Sammen for å skape helsefremmende gevinster	4
1. Innledning	5
2. Sammen om helsefremmende arbeid	5
3. Det norske kirkes menigheter – et lokalt fellesskap	6
4. Hvorfor skal kirke og kommune samarbeide om å skape helsefremmende gevinster?	8
5. Felles tiltak og tjenester – tre oppgaver	9
6. Helsefremmende arbeid	10
7. Mobile plattformer	10
8. Oppfølging av deltagere og ansatte	11
9. Samhandlingsreformene	11
10. Virkemidler	12
- Helsehus	12
- Frisklivssentral	13
- Akutt døgnenhet	14
- Frivillighetssentraler	14
- Nye selskaps- og organisasjonsformer	14
- Hverdagsrehabilitering	15
- Møteplasser og grupper	15
- Frivillige	17
11. Verdigrunnlag	18
- Ansvar for egen helse	19
- Tillit	19
- Rett til tros- og livssynsutøvelse	19
12. Diakoner	20
13. Sluttord	20
Kirke og helse	23
- Har Den norske kirke et helseengasjement?	
- Folkekirke, institusjon og menighet	
- På alle nivåer spiller helsespørsmål en viktig rolle for kirken	
- Utredning Kirke og helse	
- Behandling i Kirkemøtet april 2015	

Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: smi@helsebiblioteket.no. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgerson. E-post: katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Fra Lovisenbergstrøket i Oslo: Lovisenberg kirke med Folkehelseinstituttet i bakgrunnen.

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og tros- og livssynssamfunn

I 'Helserådet' nr. 1/14 ble omtalt et veiledningshefte med overskrift som gjengitt ovenfor. Heftet ble utgitt av Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges kristne råd og Kirkerådet for den norske kirke i samarbeid med Helsedirektoratet, Divisjon primærhelsetjenester.

I 2011 ble Helsedirektoratet invitert til å være representert i «Kontaktforum for kirke/diakoni og helsesektoren». Dette forumet har som målsetting:

- Å bidra til faglig refleksjon om spørsmål i skjæringspunktet kirkelig/diakonal virksomhet og offentlige helsetjenester
- Å arrangere konsultasjoner/seminarer/møteplasser som drøfter aktuelle etiske/verdimessige og politiske utviklingstrekk
- Å bidra til utvikling av lokal og sentral samhandling
- Ha et internasjonalt utblikk.

Undertegnede ble av Helsedirektoratet oppnevnt som medlem av dette kontaktforumet. Gjennom denne deltagelsen er jeg blitt kjent med og kommet med enkelte innspill til konferanser og publikasjoner som er utgitt. I dette nummeret av 'Helserådet' er gjengitt to artikler som begge har **kirke - helse - kommune** som gjennomgangstema. Den første artikkelen, som er skrevet av Tellef Raustøl, omtaler ulike helsefremmende tiltak hvor kirke og trossamfunn kan tenkes å bidra. Den andre artikkelen er en omtale av Kirkemøtets behandling av forholdet mellom folkekirke, institusjon og menighet i april i år. Kirkemøtet er Den norske kirkes høyeste organ.

Velkommen til dette spesialnummeret av 'Helserådet'.

Hilsen Anders Smith.

Kirke og kommune:

Sammen for å skape helsefremmende gevinster

Tellef Raustøl

Forord

Helse er ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men om vår evne til å takle det som skjer i livet. Det handler om å forstå vår egen situasjon og om å ha kapasitet til å gjøre helsefremmende handlinger.

Helsefremmende arbeid er i fokus. Et prioritert helsepolitisk anliggende. Det handler om et godt liv, et verdig liv, livskvalitet, velvære og overskudd. Og om å delta i grupper og fellesskap som gir mening og innhold.

Spørsmålet om hvordan kirkens helseoppdrag bør forstås i vår tid har i særlig grad vært drøftet i Kontaktforum for kirke og helse. Forumet ble opprettet i 2010.

Som en følge av deres arbeid er «Kirke og helse» tema på Kirkemøtet 2015.

Den norske kirkes menigheter driver et omfattende helsearbeid.

Heftet introduserer helsefremmende arbeid som et eget satsningsområde for økt samarbeid mellom kirke og kommune.

Formålet er kirke og kommune arbeider sammen for å skape helsefremmende gevinster.

Takk til Kai Lindseth som har gjort et viktig forarbeid og til diakonene Eleanor Brenna, Signe Myklebust og Bente Pladsen for verdifulle kommentarer og innspill til case.

Heftet er skrevet av Tellef Raustøl.

Oslo 29. januar 2015

Kirkerådet

1. Innledning

Kirke og kommune driver et omfattende helsearbeid.

De har noen fellestrekk, men er også svært forskjellige.

Begge tilbyr ulike former for tjenester og aktiviteter. Både i kirke og kommune er sektor, arbeidsfelt og alder noen av de organiserende prinsipper for aktiviteter og tjenester. Variasjonene i språk, kommunikasjonsformer, kultur og former for samhandling internt og eksternt, er betydelige.

Begge parter har gjennom de senere tiår prøvd å finne fram til konkret og fruktbart samarbeid. Her er noe eksempler fra noen tiår tilbake.

- Samarbeidskonferansene i 1976 og 1977 var sentrale arenaer for å skape økt oppmerksomhet mellom kirken, frivillige organisasjoner og det offentlige
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og kirken/frivillige organisasjoner var et viktig virkemiddel. De endrede finansieringsformene for hjemmesykepleien på 1970- tallet førte til at kirken/frivillige organisasjoners deltagelse ble definert ut. Kommunene overtok arenaen. I Menighetspsykeleierne forsvant. 1978 ble det avholdt en konferanse på Gjøvik for å blåse nytt liv i menighetspleien uten at det lyktes
- I 1985 utga for første gang Norske Kommuners Sentralforbund et temahefte om «Kommune og Kirke»
- Forsøk med frivillighetssentraler på begynnelsen av 1990 tallet kom i gang som en ny politisk bevissthet om betydningen av frivillig innsats for den totale velferdsproduksjon. Både kirken og andre virksomheter hadde lenge hatt engasjerte frivillige. Men det var først nå det ble politisk oppmerksomhet om saken. En av forklaringene er nærmiljøoptimismen på 1980 tallet som var en del av en samlet ideologi for å legitimere nedskjæringer og innstramninger. Det første til økt fokus på egenomsorg, pårørende og frivillige
- Prosjektet «Kultur gir helse» som ble gjennomført på 1990 tallet av Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet, prøvde ut kulturelle virkemidler i helsefremmende, forbyggende og rehabiliterende arbeid. Sentrale stikkord var økt mestringsevne og samarbeid offentlige og frivillige organisasjoner
- I 1973 kom lov om diakonitjeneste i Den norske kirke med sin tilråding av Kirke - og undervisningsdepartementet av 26 april 1973. En av de definerte arbeidsoppgavene var at diakoniarbeiderens lokalkjennskap ville representere en vesentlig forutsetning for å kunne observere forhold i nærmiljøet som kan skape miljø- og trivselsproblemer¹. Lov om diakontjeneste ble opphevet da ny kirke lov kom i 1996. Ordningen med lovpålagte diakontjenester er avvirket².

2. Sammen om helsefremmende arbeid

Nå er det en ny tid.

Vi har valgt helsefremmende arbeid som er et felles satsningsområde for økt samarbeid mellom kirke og kommune. Intensjonen er at arbeidsfeltet skal bli en plattform for økt samarbeid mellom kirke og kommune for å skape helsefremmende gevinster. Et begrepsmessig og kulturelt fellesskap må utvikles. Ideen og prosjektet må tilføres energi. Innpakning og utpakning av faglige begrunnelser, verdier, ideer og tiltak kan være en måte å skape slik energi på. Hensikten er at et slikt samarbeid kan bli en del av kirkens helse relaterte tjenester og aktiviteter.

Valg av satsningsområdet er gjort fordi helsefremmende arbeid er et svært relevant felt både for kirke og kommune. I tillegg er det et nasjonalt satsningsområde. I meldinger og andre offentlige dokumenter er en rekke nasjonale mål formulert. Utviklingssentra og andre miljøer arbeider med å realisere de nasjonale intensjoner. Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten er prioriterte områder. Helsefremmende arbeidsplasser er også i fokus.

Det at man er organisert for mye i «silo», gjør at det blir vanskelig for brukerne å finne fram, og for vanskelig å koordinere tjenestene (statssekretær Lisbeth Normann på en nasjonal nettverkssamling for psykologer i Trondheim i nov. 2014).

Intensjoner med dette heftet er å skissere forutsetninger og begrunnelser for, og se på om og hvordan, virkemidlene i samhandlingsreformen og erfaringer fra kirke og kommune, kan brukes i et felles arbeid for å skape helsefremmende gevinster. Erfaringene fra kirke og kommune presenteres med en rekke praktiske eksempler som kan være mulige ideer til arbeidet med å utvikle løsninger i arbeidet med å skape gevinster. Siden samhandlingsreformen også handler om å tenke nytt og gjøre ting på en ny måte, håper vi at eksemplene fra praksis kan gi ideer som kan inspirere til grenseoverskridende helsefremmende tjenester og aktiviteter. I tillegg vedlegges en omfattende litteraturliste med relevante innspill til hvordan et helsefremmende arbeid kan utvikles.

¹ Viser også til innstilling om opprettelse av lovfestede diakonstillinger fra Diakoniråd for Den norske kirke 1971

² Vedtak i KM 09/11 pkt.5, pkt. b og c lyder slik: Innen 2015 må det innenfor alle prostier være minst en diakonstilling. I prostier med betydelige geografiske avstander eller med høyt folketall, bør det på dette tidspunkt være flere diakonstillinger. På sikt må alle menigheter enten ha diakonstilling eller tilgang på diakonal kompetanse

Men først presenteres byggesteinene for Den norske kirkes menigheter som et lokalt fellesskap. Tre perspektiver på fellesskapet skisseres;

- **Samvær**

Fra én side sett kan dette fellesskapet, inspirert av sosiolog Oldenburg, kalles «third places». Den norske kirkes menigheter er **stedet for samvær** som verken er knyttet til jobb/skole eller hjem, men som folk allikevel kan ha en tilhørighet til.

- **Samfunn**

For det andre kan dette fellesskapet, inspirert av tekster fra Det Lutherske verdensforbund, sees på som **et liv i «mangfoldig fellesskap»**. Det betyr kort fortalt «kunsten og erfaringen med å leve sammen».

- **Samspill**

For det tredje er dette fellesskapet også en **lokal velferdsaktør** innen helse, kultur og diakoni. Det forutsetter samarbeid internt mellom ansatte og frivillige og samarbeid eksternt med andre lokale lag og virksomheter, kommune/spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner og kommersielle helseaktører.

Deretter begrunnes hvorfor og hvordan det er grunnlag i planer og rettslige virkemidler for å etablere et samarbeid mellom kirke og kommune om å skape helsefremmende gevinster.

Forutsetningene for å etablere et slikt samarbeid er felles tjenester og aktiviteter, arbeidsflyt, nettverk og en forståelse av innhold i og nivåer på helsefremmende arbeid. Bruk av mobile plattformer og oppfølging av deltagere og ansatte er også viktige elementer i et felles prosjektarbeid.

Vi har valgt tjenester og aktiviteter som et fellestrekk for hva vi mener kirke og kommune kan gjøre sammen på dette området. Både kirke og kommune har lange tradisjoner i være et fellesskap som også kan levere tjenester. Vi har valgt ordet aktivitet i stedet for tiltak. Aktivitet forutsetter involvering, medvirkning og deltagelse både i forberedelser, gjennomføring og evaluering. Tiltak setter ofte mottageren i avhengighetssituasjoner. Forutsetningene for å kunne ta ansvar for egen helse blir ikke optimalt.

3. Den norske kirkes menigheter – et lokalt fellesskap

Vårt utgangspunkt er at Den norske kirkes menigheter er et lokalt fellesskap hvor folk kan komme med sine bekymringer og glede seg sammen med andre.

Byggesteinene i fellesskapet er kirkehus, menighetshus, andre lokaliteter, ansatte, frivillige, tjenester, aktiviteter, ritualer, symboler og ikke minst kirkens tros- og verdigrunnlag.

Prestene har tradisjonelt vært helt sentrale i de kirkelige tjenester knyttet til kirkens kausalia som dåp, konfirmasjon, vigsel og begravelser. I tillegg utfører de en rekke andre oppgaver. Men rollefordelingen blant kirkelige ansatte er i endring. Trosopplærere, kateketer og diakoner tar nå også sin del av oppgavene knyttet til dåp, konfirmasjon, vigsel og begravelser.

Menighetsfellesskap har ulik form og profil. Stedets historie, kirkelige tradisjoner og kultur setter sitt preg. Fellesskapet utvikles og får sine lokale fotavtrykk av menneskene på stedet som gjør bruk av byggesteinene og som på den måten synliggjør fellesskapet lokalt.

For mange er sammenhengen mellom jobb/skole, hjem og lokale fellesskap som for eksempel et menighetsfellesskap, en viktig treenighet. I følge Oldenburg kan «third places» være stedets sosiale hjerteslag; **stedet for samvær**. Alle deltar. Lokale bevegelser initieres og skapes. Lokal kultur utvikles. Støtte til personer og virksomheter iverksettes. Relasjoner mellom mennesker i fellesskapet og på stedet utvikles. Også andre fellesskap og grupper kan ha funksjoner som «third places», som f.eks. bibliotek, kafeer, foreninger og ulike sammenlutninger. «Third place» er steder hvor vi deltar i av egen fri vilje og hvor deltagelsen kan være med på å skape overskudd i forhold til utfordringer på jobb/skole og hjemmesituasjonen.

Begrepet «**mangfoldig fellesskap**» kommer fra det spanske ordet «convivencia» og omfatter det å leve sammen i solidaritet, med delte ressurser og i «mangfoldig fellesskap» en felles kamp for menneskeverd og bærekraftige lokalsamfunn. Begrepet har klangbunn i de gamle tradisjoner der nabolag sammen opprettholdt et felles liv. Begrepet rommer også ideer som er kritisk til det dominerende individuelle syn på mennesket. Betydningen av relasjoner framheves. Aktiviteter med vekt på gjensidighet fokuseres. Alle kan bidra med ideer og praktisk arbeid. Fellesskapet vokser fram gjennom samhandling mellom grupper og mennesker som er på stedet. Lokalitetene gir fellesskapet handlingsrom og tilhørighet

Fjell i bevegelse handler om sosial møteplass og aktivitet for kvinner. Siden vinteren 2011 har deltagerne møttes ukentlig til aerobic trening i en hyggelig atmosfære

Fjell i bevegelse startet vinteren 2011 som et samarbeid mellom Fjell kirke, Fysioteket/Drammen kommune og Buskerud Pakistanske Kvinneforening. Diakon Signe Myklebust er prosjektleder. Prosjektet fikk oppstartstøtte fra Fjell 2020, og senere fra Buskerud Fylkeskommune, Helsedirektoratet og Direktoratet for naturforvaltning som en del av en folkehelsesatsing.

Volleyballaget «Entusiastene», et sosialt volleyballag for kvinner over 60 år startet opp i september 2014. Primus motor er en frivillig i Strømsgodset menighet. Laget er et fellestilltak for diakonien i Den norske kirke i Drammen. Forebyggende helseteam for eldre i Drammen kommune markedsfører også laget for målgruppen.

«Folk dør rundt meg. De som er igjen snakker bare om sykdom. Jeg trenger å være med på noe positivt» (deltager på 85 år)

Men fellesskapet i Den norske kirkes menigheter kan også, med sine byggesteiner, betraktes som en **lokal velferdsaktør**. **Samspill** er et sentralt kjennetegn. Tjenester fra ansatte i den lokale menighet og ulike aktiviteter som skaper fellesskap, er varierte og omfattende. Eksempler på slike tjenester er prestens og diakonens oppfølging av sørgende, omsorgstiltak for enkeltpersoner, miljøtiltak for barn og unge, kulturarrangementer og en rekke aktiviteter for ulike generasjoner seniorer. Den norske kirkes menigheter driver et omfattende arbeid både på det forebyggende plan, i omsorgsarbeid og ved sjelesorg, samtaler og fellesskapsbyggende arbeid³. Flere steder er samarbeidet med offentlig sektor og andre lag og foreninger omfattende.

Kirkens oppgaver knyttet til kriser, ulykker og katastrofer er vel innarbeidet – i hvert fall ifølge planer og veiledere. Alle bispedømmene har egne planer som beskriver hvordan dette arbeidet skal organiseres. Kirkerådet har det koordinerende ansvaret for katastrofeberedskapen i Den norske kirke. Prest/diakon er omtalt som en av de mest sentrale personellgrupper i et kriseteam⁴. I følge PBS I, Politiets beredskapssystem I, er kirkens oppgave først og fremst å gi medmenneskelig støtte. I tillegg er kirkens oppgave å:

- Avgi prest som rådgiver til politimesterens stab, LRS og HRS⁵
- Varsle pårørende etter anmodning fra politiet
- Gi støtte og sjelesorg
- Forberede og lede sørgegudstjenester og andre markering
- Bistå ved syning og/eller ved overlevering av båren
- Bistå pårørende ved besøk på ulykkesstedet

Men kirkens rolle som lokal velferdsleverandør omtales i offentlige ikke i øvrige offentlige dokumenter. Med det tenker vi på tjenester og aktiviteter innen helse, kultur og diakoni. Det er flere eksempler på at slik omtaler mangler. Her er et av dem. NOU 2011:11 skriver slik i kap.5.1. om Den andre samhandlingsreformen:

Utvalget ønsker å være med på å finne disse nye veiene og formene, og har arbeidet ut fra en forutsetning om at de ressursene vi må bygge på finnes i mellomrommene mellom offentlige ordninger, organisasjoner, lokalsamfunn og familie, og i samarbeidet mellom det offentlige og sivilsamfunnet».

Her hadde det vært relevant å nevne Den norske kirkes menigheter som en av flere mulige lokale velferdsaktører som leverer tjenester og aktiviteter, svært ofte knyttet til kultur, helse og diakoni.

Dette perspektivet innebærer at Den norske kirkes menigheter, som lokal velferdsaktør utvikler steder med tjenester og aktiviteter i nært samarbeid både med kommune, stat, private velferdstjenester, frivillige organisasjoner og det sivile samfunn. Sammen med Den norske kirkes menigheter finnes på ethvert sted;

- Kommunale tjenester og aktiviteter
- Statlige velferdstjenester,
- Private kommersielle velferdstjenester
- Tjenester og aktiviteter fra frivillige organisasjoner og det sivile samfunn.

En av de sentrale kirkelige aktørene innen dette feltet er diakoner. En av oppgavene deres er å bygge fellesskap, bringe ulike grupper og interesser sammen, delta i nettverk og bygge broer til andre institusjoner og organisasjoner som arbeider på stedet. I Den norske kirkes menigheter er det i dag ca. 250 diakoner. For nærmere omtale av yrkesgruppen - se kap.12.

³ Kfr. «Kirke og helse» saksdokument KR 36/14

⁴ Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer IS 1810

⁵ LRS betyr: Lokal Rednings Sentral. Altså den enkelte politimesters flerfaglige gruppe for håndtering av ulykker og redningsoperasjoner i politidistriktet. HRS betyr Hoved Rednings Sentralen. Vi har to slike i landet. En i Stavanger og en i Bodø. Disse koordinerer myndighetenes innsats i forbindelse med større ulykker og redningsoperasjoner som strekker seg over flere politidistrikter enten i Sør Norge eller i nord.

4. Hvorfor skal kirke og kommune samarbeide om å skape helsefremmende gevinster?

Det er bl.a. på bakgrunn av intensjonene i nasjonale planer og vedtatte lover for både kirke og kommune, at helsefremmende arbeid er valgt som felles satsningsområde. Et fellestrekk ved disse dokumentene er at de omtaler helsefremmende arbeid både på individ, mellommenneskelig (gruppe-) og lokalt nivå. Helsefremmende arbeid har med andre ord blitt et stort helsepolitisk anliggende.

Men valget er også gjort på bakgrunn av nasjonale strategier som framholder at det er behov for en mer systematisk tenkning, utvikling og implementering av intensjonene med helsefremmende arbeid slik det ble skissert i Ottowacharteret i 1986 (se fotnote 9 i kap.11). En god samhandling mellom kommune, brukere og nærmiljøressurser må vokse fram ut fra lokale ønsker og forutsetninger (NOU 2011:11).

I Plan for Diakoni (2007) defineres diakoni på følgende måte:

Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet.

Den nasjonale planen forutsetter at lokale planer må bestå av de nevnte fire elementene. Lokale planer må formuleres og lages med utgangspunkt i lokale behov, tilgjengelige ressurser og lokale samarbeidsmuligheter. Den lokale planen bør være en integrert del av menighetenes samlede strategiarbeid.

Nåværende lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse – og omsorgstjenesteloven) ble vedtatt i 2011. Formålet er å fremme helsemessig, økonomisk og sosial trygghet.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) ble også vedtatt i 2011. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forbygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelser.

Folkehelseloven er sammen med de forebyggende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven, de *rettslige virkemidler* for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forbygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller.

Tabell 1. Helsefremmende arbeid som fellestrekk ved plan for diakoni, folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven

Nivå	Plan for diakoni	Folkehelseloven	Helse- og omsorgstjenesteloven.
Individuelt nivå	Nestekjærlighet	Utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår	Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
Mellommenneskelig nivå	Inkluderende fellesskap	-Fremmer folkehelsen	Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
Lokalt nivå	Kamp for rettferdighet Vern om skaperverket	-Bidra til en samfunnsutvikling som -gir bedre grunnlag for samhandling På tvers av sektorer og mellom kommune, fylkeskommune og stat	Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og Bidra til at ressursene utnyttes best mulig

Grunnen til at vi tar utgangspunkt i helsefremmende arbeid er at nedslagsfeltet er på flere samfunnsområder. Høgskolene i Mjøsregionen har et utdanningstilbud som de kaller «Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid» Utdanningen har fokus på helsefremmende arbeid og omsorg på flere samfunnsarenaer. Helsefremmende arbeid må gjøres på flere områder som skole, barnehage, ungdomsmiljøer, og for ulike generasjoner seniorer. Fordi helse er et anliggende for alle, må helsefremmende arbeid også involvere andre. Helse skapes og vedlikeholdes først og fremst utenfor helsevesenet.

Å utvikle ulike møteplasser eller å stimulere enkeltmennesker til å møtes i ulike grupper, eller arbeide sammen, er en svært viktig del av det helsefremmende arbeid. Både diakoniplan, folkehelseoven og helse – og omsorgstjenesteloven har intensjoner om å satse på dette feltet. De arbeider på mange og ulike måter med å skape støttende miljøer for helse og utvikling. Her kan den enkelte få hjelp til å identifisere faktorer som kan skape mer helse. Slik at de kan ta ansvar for egen helse.

Det individuelle perspektivet er også fanget opp både i diakoniplan og i de nevnte rettslige virkemidlene. Det handler om å hjelpe folk til å forstå sin egen situasjon og få kapasitet til å ta tak i sin egen helse.

Kompleksiteten i de lokale tjenestetilbudene og ikke minst i spillet mellom dem, er en stående invitasjon til samhandling. Derfor er samarbeid mellom personer og virksomheter et svært sentralt tema i nevnte planer og lover. «Silo»-betingelsene må fjernes.

Diakoni er et av Sentrum og St. Hanshaugen sokn sine satsingsområder.

Trefoldighetskirken:

Værestedet

Hver lørdag mellom kl. 16.00 – 19.00.

Trefoldighetskirken innbyr til fellesskap og hygge. Det serveres kaffe og te, samt noe å bite i.

Værestedet er et prosjektsamarbeid mellom Trefoldighet menighet og bydel St. Hanshaugen. Tilbudet er spesielt rettet mot vanskeligstilte personer i Oslo sentrum. Aldersgrense 18 år.

Værestedet ønsker å være en forutsigbar møteplass i hverdagen. Et sted hvor den enkelte blir sett, verdsatt og respektert.

Værestedet ønsker å bidra til en aktiv og meningsfull tilværelse i sammen med andre.

Kl.17.30 ringes det til en enkel kveldsbønn.

5. Felles tjenester og tiltak – tre oppgaver

Hensikten er å finne fram til *felles tjenester og aktiviteter* innen helsefremmede arbeid som krysser byråkratiske, organisatoriske og kulturelle grenser. I tillegg *felles arbeidsflyt og arbeidsprosesser*. På den måten kan det skapes *felles nettverk* mellom alle involverte både i kirke og kommune. Forutsetningen for å lykkes med å skape slikt samarbeid er at mennesker møtes. Hver og en av oss har sin erfaring, kompetanse og sitt bilde av dagens virkelighet og morgendagens utfordringer. Det er i tillitsfulle relasjoner mellom mennesker at kreative løsninger vokser fram. Aktivitetene må utvikles i dialog med befolkningen på stedet. De må involveres i flest mulig av beslutningene.

Første oppgave blir å ta tak i *nå-situasjonen*. Kirke og kommune må finne fram til hvem som skal være motor og pådriver for slik avklaring. I tillegg må relevante personer involveres. Hva er dagens praksis? Har kirke og kommune egne aktiviteter og felles aktiviteter innen helsefremmende arbeid? Hvordan er ev arbeidsflyt og arbeidsprosesser på egen praksis? Hvilke infrastruktur er det hos partene? Fokus må være på fakta, ikke på mulige eller sannsynlige forbedringsområder. Grensesnitt mellom menigheten og kommune og menighetens og kommunens avhengighet til lokale, regionale og sentrale føringer, må avklares.

For det andre: På bakgrunn av nå- situasjonen bør det avklares hvilke gevinster. d.v.s. *ønskede og planlagte effekter*, som ønskes oppnådd. Kirke og kommune må avklare hvem som bør være ansvarlig for denne delen av arbeidet. En mulighet kan være å få personer fra kirke og kommune som er utviklingsorienterte både i egen profesjon og i å få til tverrfaglig samarbeid, til å være med i en arbeidsgruppe som belyse de spørsmålene som her trekkes fram.

Hvilke problemer er samarbeidspartnerne opptatt av å få løst? Hva er mulighetsbildet? Hvilke positive endringer forventer kommunen å få til og hvilke positive endringer forventer kirken å få til, og hva forventer de å skape sammen? Hvilke prosesser må etableres? Hvilken arbeidsflyt bør innføres? Arbeidsflyt er å sørge for rett informasjon til de rette personer til rett tid for å utføre en oppgave.

Effekter er ofte planlagt og forhåndsdefinert. Effektene kan være på ulike nivåer både i kirke og kommune og i samarbeidet mellom dem. Gevinstrealisering handler om hvilke aktiviteter som kan lede til at de ønskede og planlagte effekter blir realisert. Prosjekter som gir gevinster kan føre til at tid eller penger kan utnyttes andre steder. Arbeidet med å skape gevinster øker også bevissthet på kvalitet og effektiv ressursbruk. Effektene må forankres hos de menneskene som skal gjøre ting på en ny måte.

For det tredje er begrunnelsen for slikt felles arbeid svært viktig, Hvorfor er samarbeid om å skape helsefremmende gevinster nødvendig? Hvem vil ha nytte et slikt samarbeid mellom kirke og kommune? Og ikke minst: Er de forventede effekter betydelig nok til å sette i gang et samarbeid for å skape helsefremmende gevinster?

6. Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid skal sette folk i stand til å bevare og videreutvikle sin helse. Helse utvikles der folk lever og virker i sitt hverdagsliv, og skapes gjennom individuell og kollektiv innsats. Se kap.11.

Helse er ikke et mål i seg selv, men en ressurs for andre formål. Helse er ikke spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Helsefremmende arbeid er å hjelpe mennesker til å få forståelse for sin egen situasjon og ha kapasitet, ev få hjelp til, å gjøre helsefremmende handlinger. Involvering og medvirkning er sentralt. Arbeidet med å etablere sosiale miljøer, grupper og andre virksomheter i lokalsamfunnet er sentrale virkemidler. Grunnen til det er at helse skapes og vedlikeholdes først og fremst utenfor helsesektoren, (kfr. den såkalte 10-90-regelen)

Helsefremmende arbeid foregår på tre nivåer.

Individnivå

Aktiviteter som tar sikte på å fremme livskvalitet, trivsel og muligheter til at den enkelte kan mestre livets utfordringer og redusere mulighetene for å utvikle sykdom. Skape en bedre livssituasjon for utsatte og sårbare grupper. Hjelp mennesker til å få kapasitet til å takle det som skjer i livet. Skape og utvikle tjenester og etablere aktiviteter i nært samarbeid med befolkningen som kan bidra til at de trives, utvikles og får frihet til å ta ansvar for eget liv. Helsefremmende arbeid er å gi befolkningen muligheter og frihet til å gjøre og være hva de har muligheter til å oppnå. Til å leve det livet de selv ønsker å leve. Medvirkning står derfor sentralt. Økt oppmerksomhet om og økt deltagelse i friluftsliv kan være en mulig aktivitet for flere ulike brukergrupper.

Mellommenneskelig nivå (gruppenivå)

Skape støttende miljøer for læring og utvikling. Etablere tjenester og aktiviteter for å forbedre fysiske, psykiske og sosiale miljøer for befolkningen på stedet. Møteplasser kan være en mulighet som arenaer med flere formål og varierende funksjoner. Selvhjelps- eller sorggrupper er andre muligheter. Innholdet er avhengig av formål, fysiske rammebetingelser, av hvem som er der av mennesker og virksomheter, og av hva som foregår dere av samspill, kultur og kunst

Lokalt nivå

Økt samarbeid mellom personer og virksomheter. En løsning kan være å skape kreative nettverk mellom ulike yrkesgrupper. En annen tilnærming kan være arbeidet i, med og mellom bedrifter, helsevirksomheter, skoler, barnehager for å skape nye koblinger og kombinasjoner som kan effektivisere driften, skape helsefremmende gevinster, gi merverdi til ansatte og kunder og økt kvalitet på stedet.

7. Mobile plattformer

Bruk av mobile plattformer som nettbrett og mobiltelefoner kan være et viktig verktøy for at ansatte fra kirke og kommune kan jobbe smartere sammen om helsefremmende arbeid.

Ved bruk av interaktive løsninger kan informasjonen mellom samarbeidspartnerne gjøres tilgjengelig digitalt. Informasjonsflyten effektiviseres. Forutsetninger for gode og raske beslutninger forbedres.

I USA har man i noen år snakket om consumerization; det betyr at vi i økende grad bringer eget utstyr – mobiltelefoner, nettbrett, PC-er – til å utføre jobbeoppgavene. I følge en rapport fra PWC 2011 kjennetegnes utviklingen av følgende:

- Den moderne kunnskapsarbeider foretrekker å bruke de løsninger som er tilgjengelige via apper, skytjenester etc, og ikke IT-avdelingens løsninger. Dette blir den nye innovasjonsarea.
- Produkter og tjenester fra leverandører som Apple og Google framstår som både bedre og billigere enn tradisjonell IT.

På norsk kalles denne utviklingen for lettvekts- IT.

Et eksempel på slik løsning er St.Hanshaugen bydel: Når helsearbeideren kommer på jobb, overtar han/hun et nettbrett med en liste med eldre og syke. Hver pasient kommuniserer elektronisk med brettet; En kolspasient bruker egent nettbrett til å oppdatere status. En skrupelig, men hjemmeboende dame, har en fallsensor. En senil mann har en sensor på døren, som gir signal hvis han glemmer å låse den om natten. Alle signaler går til helsearbeiderens nettbrett, som ringer opp hvis noe er unormalt (Bygstad 2014).

Kirke og kommune bør vurdere om interaktive løsninger som Ipad, digitale tavler, apper og ulike mobilløsninger bør tas i samarbeidet dem imellom for å skape de forventede gevinster med størst mulig effektiv ressursbruk. Erfaringene fra St.hanshaugen og andre pilotprosjekter kan gi nyttig læring.



En digital touchskjerm som også kan vises på håndholdte enheter som iPhone og iPad, kan rydde i tidstyveri og være med på å sikre informasjonsflyt mellom personer fra kirke og kommune som arbeider med å skape helsefremmende gevinster. I tillegg kan systemet brukes for planlegging av tjenester og aktiviteter og for dokumentasjon av utførte oppgaver i forhold til skisserte gevinster. Personvernet må ivaretas.

8. Oppfølging av deltagere og ansatte

Forskning viser at menneskers valg og adferd kan påvirkes gjennom enkle virkemidler (såkalte nudges eller «dult»). Dultbølgen startet i 2008, med utgivelsen av boken «Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness», skrevet av Richard Thaler og Cass Sunstein.

Mennesker i denne sammenheng er både deltagere i helsefremmende aktiviteter og ansatte som arbeider med å skape helsefremmende gevinster.



Virkemiddelet er et interessant utgangspunkt for arbeidet med helsefremmende gevinster i et samarbeid mellom kirke og kommune. Hensikten er å påvirke folk. Gjøre det lettere å velge. Virkemidlene innbyr til endring. Små gjennomtenkte grep kan ha stor effekt. Nudging eller «dult» er når vi gir folk et dytt, et puff i riktig retning når vedkommende skal ta et valg som påvirker miljø, helse eller egen økonomi. Det handler om å legge forholdene til rette for at folk velger mer fornuftig. Det er svært viktig å dulte i riktig retning uten at noen valgmuligheter fjernes eller forbud innføres. Menneskets frihet må bevares. Det er også svært viktig at den som dultet, er opptatt av den annen parts helse og at den som dultes, er mottagelig for slik påvirkning. Det gjelder både for deltagere og ansatte. Dulteren legger til grunn at den andre har kapasitet til etter hvert å finne ut mer på egen hånd.

Apper og andre interaktive produkter kan også benyttes som dultere både for deltagere i ulike aktiviteter og for ansatte som arbeider med helsefremmende arbeid. Hver femte nordmann har benyttet helseapplikasjoner, enten det er for å telle kalorier, for vekt, BT eller for daglig å følge med på kroniske sykdommer. I 2014 har det vært en boom for helseapper både innen helse, trening og ernæring. Kolspasienter og hjertesyke får oppfølging med nett og sms.

Flere hevder at arkitektur kan dulte folk i retning av mer sunnere og bærekraftig livsstil. NTNU skal forske mer på sammenhengen mellom arkitektur og helse. Målet er å styrke helsefremmende arkitektur med spesielt fokus på helseinstitusjoner⁶.

Det er mye som tyder på at det er behov for ordninger som kan gi umiddelbar støtte og feedback til både deltagere og ansatte som skal jobbe med helsefremmende arbeid. Forventingene til hverandre er høye. Kollegaers og ikke minst lederens rolle er viktig for å sikre at de definerte gevinster oppnås. I tillegg kan det også være nyttig med å skape faste arenaer for læring og utvikling både for deltagere og ansatte. Slike ordninger samt relevant dult i vår egen hverdag, kan hjelpe oss alle til å tenke klart, opptre fornuftig og handle på en relevant måte.

9. Samhandlingsreformene

Samhandlingsreformene er en reform for økt satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid, og for at helsetjenesten skal bygges opp rundt den enkeltes behov og interesser. Reformene er retningsreformer som legger opp til en gradvis og langsiktig omstilling i helse- og omsorgstjenesten. Reformene har ingen direkte referanse til Den norske kirkes lokalmenigheter. Formålet med dette heftet er derfor å vise til konkrete forbindelseslinjer og felles interesser mellom kirken og den offentlige velferdstjenesten.

Den første samhandlingsreformen har hovedfokus på en bedre ressursutnyttelse i den kommunale helse og omsorgstjenestens helsefaglige og medisinske samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Den ble formelt iverksatt 1. januar 2012 med de juridiske virkemidlene som er omtalt foran. Hensikten er å skape bedre finansielle, lovmessige og organisatoriske forutsetninger for arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Flere oppgaver skal løses lokalt, og det blir lagt større vekt på helsefremmende

⁶ Se også rapport fra Kunnskapscenteret nr. 20- 2007 om «Arkitektur og design for livskvalitet og helse» En kartlegging av foreliggende forskning og forebyggende arbeid. Pasientene skal sikres rett behandling, på rett sted til rett tid. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp

når de trenger det nærmest mulig der de bor⁷. Poenget er å komme tidlig inn i sykdomsforløpet er å bidra til at folk ikke får behov for spesialiserte tjenester.

Den andre samhandlingsreformen, som ble introdusert i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, handler om å mobilisere ressurser og setter samspillet med familien, det sosiale nettverk og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten. Utvalget har valgt å kalle denne strategien for den andre samhandlingsreformen. I følge utvalget er denne reformen basert på elementer som næromsorg, medborgerskap og samproduksjon.

Tysvær kommune, Bjørgene omsorgs- og utviklingscenter, kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, Stavanger bispedømme, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund

har gjennomført et prosjekt for å etablere gode rutiner og modeller for kompetanseheving innen åndelig/eksistensiell omsorg og for samhandling mellom kirken og helsetjenesten.

Målsettingen har vært å:

kvalitetssikre åndelig/eksistensiell omsorg som en integrert del av det tverrfaglige tilbudet til alvorlig syke og døende pasienter i kommunehelsetjenesten

innlemme erfaringer og modeller fra prosjektet i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

Kilde: se vedlagte litteraturliste

10. Virkemidler

Samhandlingsreformene kan gi inntrykk av å være et kaos av ulike intensjoner og virkemidler. Kaasa (2011) oppsummerer mangfoldet slik:

Samhandlingsreformen er langt mer enn flytting av pasientbehandling fra sykehus til kommune og nye finansieringsordninger. Samhandlingsreformen handler om å tenke nytt og å gjøre tingene på en ny måte. Dette utfordrer både verdigrunnlag og tankesett i befolkningen, hos pasienter og hos helsepersonell.

Ideelt sett kan det drøftes om frivillighetsentraler er eksplisitte virkemidler i samhandlingsreformen. Som vist foran ble satsningen på frivillighetsentral politisk aktuelt på begynnelsen av 1990 tallet. Slik den andre samhandlingsreformen blir presentert, er både frivillighetsentraler, frivillige og pårørende eksplisitte og nødvendige virkemidler i samhandlingsreformene. En studie av pårørende til aleneboende personer med demens viser at familiens rolle må bevisstgjøres og konkretiseres og strukturelle forutsetninger og organisasjonen, må støtte opp under personalets samarbeid med pårørende. Utfordringen for hjemmetjenester er å utvikle metoder for samarbeid på ulike nivåer i organisasjonen. For at familiens bidrag skal bli en integrert del av den samlede omsorgen må personalet utvikle kompetanse i forhandlingsprosesser (Aasgaard m.fl. 2014).

Kompetanse i forhandlingsprosesser kan også være et sentralt virkemiddel i arbeidet med å skape helsefremmende gevinster. Slik kompetanse er nok relevant både i individuelle samtaler, i grupper og på institusjoner

Et eksempel hvor det kan være mulig å hente nyttig erfaringer fra er ved Pårørendeskolen i Oslo. Det er et byomfattende kurs- og kontaktsenter for pårørende og helsepersonell i demensomsorgen. Skolen er en del av Engelsborg ressurscenter som drives av Kirkens Bymisjon i samarbeid med Demensforeningen i Oslo.

Samhandlingsreformen har også en samfunnsøkonomisk begrunnelse. Et sentralt mål er å skape en økonomisk bærekraftig helsetjeneste. Da formålet med dette heftet er å skape helsefremmede gevinster, blir ikke sentrale økonomiske incentiver som skal endre samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, berørt.

Helsehus

Helsehus samler helsetjenester i ett bygg for å skape større fagmiljø og redusere driftskostnader. En rekke ulike helsehus er etablert og nye er under utvikling og etablering. Det foreligger ingen kriterier for når helsehusbegrepet kan benyttes. Praksis varierer fra sted til sted.

⁷ NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg pkt. 5.1.

Intensjonen med helsehusene var også å få frivillige organisasjoner inn som samarbeidspartnere i helsehuset, men det er så langt ingen tydelige og markerte spor av frivillige organisasjoner i dagens helsehus. Et eksempel er A-Larm, en landsdekkende bruker- og pårønderorganisasjon innen rusfeltet, som er lokalisert på Helsehuset i Kristiansand.

Helsehus er et ektefødt barn av samhandlingsreformen. Intensjonene er tverrfaglighet og sammenheng i tjenestene.

Praksis viser at det i dag etableres tre typer helsehus

- Samhandlingshelsehus
- Kommunale helsehus
- Private helsehus

I begynnelsen av dette tiåret var benevnelsen lokalmedisinske sentra. Det ble definert som et kommunalt helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Noen steder kalles slike virksomheter distriktsmedisinske sentre.

Samhandlingshelsehus er et samlebegrep for de helsehus som er etablert for å realisere intensjonene i samhandlingsreformen. Samhandlingshelsehusene legger særlig grad vekt på samhandling mellom:

- kommuner og sykehus,
- mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og
- mellom kommuner i ulike former
- mellom ansatte, brukere og pårørende

Tilbudene finansieres både av kommuner og sykehus.

Samhandlingshelsehus er et verktøy for å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle mer og bedre. Sømløse tjenester skal settes ut i livet. Samhandlingen skal styres både mellom ulike helseprofesjoner og mellom kommuner og sykehus. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud skal tilbys. Rett behandling, til rett tid på rett sted.

Kommunale helsehus er et samlebegrep for helsehus som er etablert for å forhindre innleggelse på sykehus og at sykehusopphold blir av kortest mulig varetekt.

Tilbudene finansieres først og fremst av kommuner og med et begrenset innslag virksomheter som finansieres av spesialisthelsetjenesten.

Det særegne ved de *private helsehusene* er at de er etablert ut fra kommersielle hensyn. Utvikling og drift er kulturelt og lokalt begrunnet.

Dette er ikke tre gjensidig utelukkende typer. Det er glidende overganger mellom dem. Flere sykehuslokaler omgjøres i dag til helsehus. Eksempler er sykehuset i Stavanger og i Sandes. De nye virksomhetene har med seg elementer av å være både samhandlingshelsehus og kommunalt helsehus. Flere sykehjem omgjøres til helsehus, som for eksempel i Sarpsborg. Et skille mellom helsehus og sykehjem er noe av oppskriften for Oslo kommune for morgendagens eldreomsorg.

Den norske kirkes menigheter og kommuner bør vurdere om det kan være aktuelt å etablere helsefremmende tjenester og aktiviteter på et av de mange helsehusene, i nært samarbeid med helsetjenestene som allerede er lokalisert der.

En mulighet kan være å etablere stille rom på helsehus.

Trenger du et sted å trekke deg tilbake i en travel hverdag? Et sted å samle tankene dine? Det stille rommet er til for en pause, for å sortere inntrykk eller for å ha et sted hvor ingen krever noe av deg. På NHH produserer vi mye hver dag, men dette rommet er annerledes. Her skal du slippe å prestere. Her kan du bare være. Et stille rom i en hverdag som så ofte er fylt med mye lyd.
(Stille rom på Norges handelshøgskole)

Flere høgskoler, sykehus og sykehjem har etablert slik rom.

Frisklivssentral

Frisklivssentralen er en viktig arena for å skape helsefremmende gevinster.

Frisklivssentraler gir tilbud til personer som trenger hjelp til endring av livsstil og helseatferd. Endringene skal føre til at personene selv tar ansvar for å opprettholde den gode helsen. Tidligere var det infeksjonssykdommer som sto i fokus. Nå står ikke-smittsomme sykdommer knyttet til livsstil og helseatferd langt mer sentralt (Ölafsdóttir 2014).

Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner for å forebygge sykdom, eller leve bedre med sykdom de allerede har fått.

Frisklivssentraler er en del av den offentlige helsetjenesten i kommunen. Målet er å styrke den enkeltes kontroll over sin egen helse. Intensjonen er at sentralen skal være et kommunalt ressurs-, kunnskaps- og kontaktsenter for endring av atferd, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Virkemidlene er individuell veiledning, kurs og grupper for fysisk aktivitet, bra mat, snus- og røykeslutt. Noen har også tilbud om hjelp til mestring av utfordringer knyttet til psykisk helse, risikobruk av alkohol og søvnvansker. Flere frisklivssentraler har tilbud til barn, unge og deres familier. Oppfølgingen planlegges i samarbeid med deltakeren og tilpasses den enkelte.

Intensjonen er at sentralen skal være en arena også for andre som arbeider med å skape helsefremmende gevinster. Derfor er sentralen en svært sentral samarbeidspartner for kirke og kommune om å skape helsefremmende gevinster. Sammen kan de tre partene finne fram til aktiviteter som passer den enkelte.

I 2014 er det etablert 186 frisklivssentraler. Oppland fylke har flest frisklivssentraler, 19, Buskerud fylke 17, og Akershus fylke 14.

Akutt døgnenhet

Nok et virkemiddel i samhandlingsreformen er etablering av en enhet for kommunal øyeblikkelig hjelp- døgnopphold. Kommunenes plikter til å yte øyeblikkelig hjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasientene trenger og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasientene blir henvist videre til sykehus. Pålegget trer i kraft fra 1.2.2016

«Har du en gryende lungebetennelse og trenger døgnbehandling? Da har Molde kommune ei nyopprettet akuttavdeling som kan være like bra som å bli innlagt ved sjukehuset»,

heter det i en presentasjon av døgntilbudet ved Molde kommune har opprettet ved Kirkebakken helsehus (rbnett 2.12.2014)

Frivillighetssentraler

Vinteren 1990 arrangerte sosialministeren en «idé-dugnad». Et utvalg av humanitære og sosiale organisasjoner ble invitert for å presentere ideer om hvordan de kunne bidra til å løse framtidens omsorgsoppgaver. En av idéene var å etablere såkalte «frivillighetssentraler» over hele landet. Sentralene skulle være «én person, ett kontor og én telefon». En «veggavismodell» skulle være koblingspunkt mellom frivillige og brukere.

I dag er det frivillighetssentraler over hele landet, vel 400 sentraler med ulik profil. I 11 fylker har mellom 60-80 prosent av kommunene egen frivillighetssentral. Frivillighetssentralen er både møteplass og samhandlingsarena for frivillighet.

Frivillighetssentralen skal være stedet hvor man kan hjelpe/få hjelp av hverandre for på den måten bidra til at den enkelte kan ta ansvar for eget liv. Intensjonen er at frivillighetssentralene skal ha en universell utforming og være kontaktsenteret for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet uansett alder, kjønn, økonomisk status og etnisk tilhørighet.

Hvis helsefremmende arbeid er aktiviteter som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre hverdagslivets utfordringer, så er frivillighetssentralene viktige samarbeidspartnere for kirke og kommune i arbeidet med å skape helsefremmende gevinster. En mulighet kunne være å etablere et forum for helsefremmende arbeid og invitere andre lokale og regionale bidragsyttere.

Folkehelsearbeidet i Akershus har et forum som representerer bredden i partnerskapet og folkehelsearbeidet. I forumet deltar representanter fra statlig forvaltning sentralt og regionalt, høyskoler, spesialisthelsetjenesten, kommunene og frivillige organisasjoner.

Nye selskaps- og organisasjonsformer

Begge samhandlingsreformene har nye selskaps- og organisasjonsformer som sentrale virkemidler. Den andre er opptatt av å finne fram til nye eier- og driftsformer som samvirkeforetak, brukerstyrte ordninger og sosialt entreprenørskap som skaper tjenestetilbud med merverdi. I tilknytning til helsehuset i Nordhordland er ulike selskapsformer/samarbeidsformer som vertskommunesamarbeid, interkommunalt selskap, aksjeselskap og privat eierskap blitt vurdert. Både Nordhordland helsehus og Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter er etablert som interkommunale selskap. Et samarbeid mellom flere kommuner og/eller fylkeskommuner kan organiseres som et interkommunalt selskap (IKS). IKS er rettslig og økonomisk skilt fra deltagerkommunene.

De senere årene har det skjedd en kraftig vekst i andel frivillighetssentraler med uavhengige eieformer som andelslag og stiftelser. I arbeidet med å skape helsefremmende gevinster kan nye organisasjonsformer raskt bli et sentralt tema.

Hverdagsrehabilitering

Det går en rehabiliteringsbølge over flere av landets kommuner.

Hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsmetode med stort fokus på brukernes egne ressurser. Brukerens egenmestring skal styrkes. Det skal foregå gjennom en planlagt prosess med klare mål og virkemidler i et tverrfaglig samarbeid. Arbeidet skal skje med utgangspunkt i brukerens eget hjem. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, gå til butikken, leke med barnebarn, hogge ved eller gå på kafe. Fokus er på aktiviteter som den enkelte ønsker å gjøre mere av og mestre.

Hverdagsrehabilitering framstår derfor også som en mulig samarbeidspartner for kirke og kommune som samarbeider om å skape helsefremmende gevinster.

Ungdomsdiakonitilbudet 13-20 i Sandvika

Fem plattformer:

- 1) *Individuelt samtaletilbud,*
- 2) *»Jeg stjal - hva nå». (Et samtaletilbud i forbindelse med naskeri på Sandvika Storsenter),*
- 3) *Kursvirksomhet (ulike kurs bl.a. bygget på boken «Grenser som skaper»*
- 4) *«Mitt valg, mine valg» et kurs om cannabis»,*
- 5) *Rådgivning/drøfting/veiledning av /med ungdomsarbeidere i menighetene (i forhold til enkeltungdom eller gruppemiljø)*

Ressursgruppemøte arrangeres hvert kvartal for å drøfte ungdommens situasjon i kommunen og for å gi oppdatering på aktiviteten i 13-20. Deltagere: politi, barneverntjenesten, barnevernvakta, Ungdom og fritid (kommunen), Kirkevergen, representant fra Kirkelig Fellesråd, Utekontakten, vektertjenesten ved Sandvika storsenter, representant fra helsesøstrene, SLT koordinator, diakonkoordinator og ressurspersoner fra 13-20

Tre årsverk. To finansiert med kommunale midler, mens det siste er 50/50 samarbeid mellom menighet og kommune.

Jentegruppe som møtes regelmessig med ansatte og frivillige gruppeledere. Hensikten er å gi de unge deltagerne en mulighet til å reflektere over egne verdier og holdninger og bli mer bevisst på egne valg. Gruppene har mestringsfokus. Temaer som tas opp er: Hva skiller gode og dårlige venner. Avslør hersketeknikker. Lær deg å sette grenser. Hvordan bygge selvtillit og identitet. Kjærester, trofasthet og seksualitet. Kommunikasjon og konfliktløsning. Festing og rus. Hvordan takle urettferdig behandling mm.

Møteplasser og grupper

I dag er det slik at hver og en av oss skal utvikle og realisere vårt eget personlig prosjekt. Samtidig har de tradisjonelle lokale møteplassene forsvunnet. Det fører til at det er mange som etterlyser nye og kreative rom for samhandling og samvær på tvers av mange skillelinjer. Bruk av møteplasser og etablering og drift av ulike grupper er sentrale virkemidler i arbeidet med å skape helsefremmende gevinster. Mange møteplasser er etablert og er under utvikling.

Møteplasser kan være et pustehull, et sted for tilhørighet og fellesskap. Det er viktig å lage møteplasser også om det å være og det å være en del av en større sammenheng i stedet for hele tiden ha fokus på posisjoner og individuell suksess. For mange er det viktig å kunne møtes i en felles sak, i et tema eller en oppgave som flere kan ha interesse av å jobbe med. Eksempler kan være grupper av ulike formål, som for selvhjelp, bibelstudier, litteratur, foreldrerollen, sorggrupper, o.s.v.. Det kan også lages grupper for debatt, for tverrfaglig samarbeid og for en felles samling på stedet om helsefremmende arbeid.

Eksempler på møteplasser kan være kafeer, bibliotek, kirken, kino, kulturtorg, stille rom og parker. Et rent og trygt område for skifting av bleier og amming av barn, eller kirkelige møteplasser for unge og treffested for den økende gruppe seniorer, kan være mulige møteplasser. Aktivitetshus, ungdomshus og bydelshus er også viktige møteplasser.

Mamma Café

TILTAK: For asylsøkende kvinner og deres barn og andre interesserte mødre med behov for nettverk. Drives av Domkirken menighet i Tønsberg i samarbeid med Tønsberg helsestasjon, det internasjonale teamet i Quasimodo ungdomscafé og frivillige fra ulike menigheter

MÅLSETTING: Nå asylsøkende kvinner og småbarn for å gi dem omsorg, støtte, mening og en trygg møteplass der de får muligheter til å bygge nettverk.

INNHold: Gratis lunsj hver torsdag mellom kl.10-12, deler ut innsamlet tøy mm, danser sammen, baby-sang, enkel norskundervisning, tar opp ulike temaer og snakker om det i grupper

Fra en side sett kan vi også betrakte sosiale møteplasser som twitter, facebook, LinkedIn o.s.v. som virtuelle møteplasser. Ray Oldenburg argumenterer for at slike virtuelle møteplasser er først og fremst for klynger av personer som er tiltrukket av hverandre, liker hverandre og har felles interesser. Oldenburg argumenterer for at hans intensjon med "third place" er at her skal folk treffes ansikt til ansikt. Her skal de oppleve gleden ved å møtes og mulighetene til å dele erfaringer, vurderinger og strategier. "Third places" gir deltagerne anledning til å oppdage og bekrefte ulike sider ved hverandre.

"Third places" er verken knyttet til jobb/skole eller hjem, men som folk likevel føler en slags tilhørighet til. Slike "tredjeplasser" kan være biblioteket, matvarebutikken, kirken eller foreningen som du deltar i. I følge Oldenburg er slike "tredjeplasser" de steder du deltar på av egen vilje, er uformell og hvor deltagelsen skaper overskudd i forhold til utfordringer på jobb/skole og hjemmesituasjonen. Andre eksempler er offentlige møteplasser, postkontor, kaféer, puber, frisører. Det særegne med kaféer er at du alltid er velkommen (siden du er en kunde som bidrar til driften), at du kan tilbringe mye tid der i sammenheng (det er lov å drøye kaffekoppen) og det er et visst spenn i mulige ærende: Sammen med andre kan du prate, avholde et møte, gjøre gruppearbeid eller gjennomføre en date. Er du der alene, kan du lese aviser (som regel gratis) eller annen litteratur, arbeide (om du har arbeid som ikke krever konstant fysisk tilstedeværelse) eller bare slappe av eller stirre ut i luften eller på folk (Tjora 2008).

Konseptet "Third places" har følgende karakteristika:

- Dialog. Gode samtaler er et av de helt sentrale konstituerende elementer. Alle kan delta, hver med sin personlighet, erfaringer og vurderinger
- Regelmessig. Man kan gå dit når man har lyst. Uten et formål eller en plan. Der vil du alltid finne nye og gamle venner og kunne delta i gode dialoger.
- Tilgjengelig. Stedet er tilgjengelig både ut fra geografi, kommunikasjon og økonomi.
- Nøytralt. Du kan avgjøre selv og i hvilken grad du vil involvere deg i de andre deltagerne
- Likeverdighet. Alle deltagerne er likeverdige og av samme verdi

Sorggrupper

I Bærum kommune er det lang tradisjon for samarbeid mellom kommunene og menigheter når det gjelder sorggrupper. Fra menighetene deltar de diakoner som driver sorggrupper, sammen med egne frivillige gruppeledere. Fra kommunen deltar leder i *Senter for mestring og forebygging*.

Målet er at kommunen gir tilbud til alle under 50 år og tilbud til spesialisert sorg, mens menigheten tilbyr sorggrupper til de over 50 år.

Eksempel: Østerås menighet har lukkede sorggrupper fra 50+ på dagtid. Krefsykepleieren i Østerås distrikt formidler mange kontakter til denne gruppen

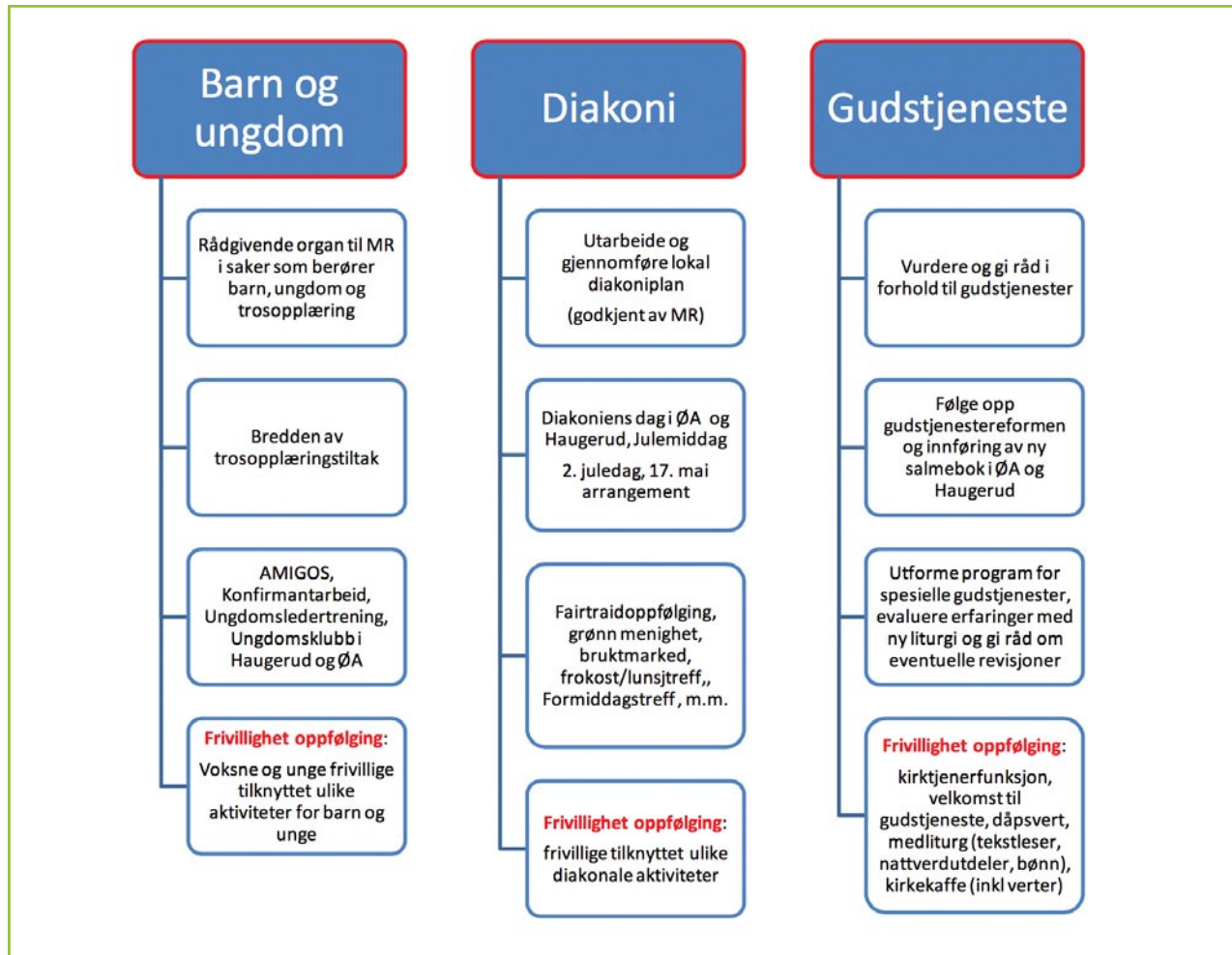
Kirken driver sammen med sykehuset Vestfold samtalegrupper for barn og unge som har mistet nære pårørende. Formålet er å normalisere sorgen og vise støtte og omsorg. Det legges til rette for at de kan møte barn og unge som er i samme situasjon. Målgruppen er barn fra 1.klasse og ut videregående. Aktiviteten er et samarbeidsprosjekt mellom kirken og sykehuset. Gruppeledere er prester, diakoner, sosionom på sykehuset og frivillige.

www.sorggrupper.no

Frivillige

I kirkens første tid kom kirkens omsorgstjeneste til uttrykk gjennom gjestfrihet og besøkstjeneste. Ensomme og hjelpeløse ble inkludert og tatt hånd om. Diakonen bragte mat fra fellsskapsmåltider til syke og skrøpelige. Ikke bare til menighetens egne, men til alle som led⁸.

Fortsatt er besøkstjeneste og gjestfrihet noen av de helt sentrale oppgaver også for menighetens frivillige. I den senere tid er det blitt en økende oppmerksomhet om at frivillige arbeider på flere av virksomhetene i Den norske kirkes menigheter. Illustrasjonen nedenfor aktualiserer dette på en konkret måte.



Illustrasjonen er hentet fra et prosjekt Østre Aker prosti om «Frivillighet og frivillige». Illustrasjonen viser at det er behov for frivillige både i barne- og ungdomsarbeider, i diakonal omsorg og i gudstjenestene.

Prostiet har opprettet en diakonstilling med frivillighet som fokusområde. Kunnskap, metoder og tiltak som kan styrke det frivillige arbeidet er under utvikling. I prosjektbeskrivelsen skisseres utgangspunktet for prosjektet slik:

Kirkelig arbeid er i stor grad bygget opp rundt og avhengig av frivillighet. Dette gjelder i alle ledd; i praktisk arbeid med rydding og dugnad, til arrangementer med bevertning og organisering, barne- og ungdomsarbeid, gudstjenesteliv og i råd og utvalg. Samtidig er frivilligheten i stadig endring, hvor en hovedtendens de senere årene er at det er vanskeligere å få frivillige som binder seg til langtidsengasjement. Et dyppdykk i forskningsmaterieill, fagbøker og også stortingsmeldinger slik som Frivillighetsmeldingen og "Morgendagens omsorg" vil være viktig for å sikre kvalitet i prosjektarbeidet. Videre må konteksten prosjektet jobber under, prege hvordan det jobbes med prosjektet i praksis. Groruddalen er enormt mangfoldig både kirkelig og kulturelt. Levekårsstatistikker og annet materiale som beskriver dalen, vil være viktig å ta inn i grunnlaget for prosjektet⁹.

⁸ KR 36/14

⁹ Kfr. prosjektbeskrivelse for «Frivillighetsprosjekt» rev. 18.11.13

Frivillighet og frivillige - Groruddalssatsningen

Overordnet mål for frivillighetsprosjektet for **Frivillighetsprosjektet i Groruddalen**: Å være frivillig i kirkene i Groruddalen skal oppleves attraktivt, trygt, givende og morsomt

Mål for prosjektlederen: Gjennom lokale erfaringer og strategisk metodearbeid, være en kraft som inspirerer og utvikler det frivillige arbeidet knyttet til lokalmenighetene i Østre Aker prosti med særlig fokus på Østre Aker og Haugerud menighet.

Delmål:

1. Sikre et faglig grunnlag for arbeidet gjennom et dypdykk i relevant litteratur, stortingsmeldinger o.l.
2. Kartlegge behov knyttet til frivillighet i prostiets 5 menigheter fordelt på ulike arbeidsgrener slik som barn & unge, familiearbeid, diakoni, gudstjenesteliv, kulturliv e.l.ikn.
3. Lete frem det vi allerede er gode på. Videreutvikle dette og finne metoder for å overføre dette til andre.
4. Utvikle og implementere metoder for oppfølging og utrusting av frivillige. Deriblant verktøy for oppstart og avslutning av frivillig tjeneste,
5. Finne og utvikle samarbeidsmuligheter på tvers av soknene innen frivillighetsarbeid.
6. Skape kontaktflater inn i nye boområder knyttet til det lokale soknet.
7. Rekruttere frivillige fra nye områder; både kulturelt/sosiologisk og geografisk.
8. Avklare forhold mellom ulike interessehavere; i særlig grad lokalmenighet og prostiledelse

Omfanget og utviklingen av antall frivillige i Den norske kirke, i kommuner/kommunale tiltak og frivillige organisasjoner er beskrevet i en rekke studier (se bl.a. Fretheim 2014, to rapporter fra HSH 1999, 2004, Sivesind 2004).

Et av satsningsområdene til Akershus fylkeskommune er «Folkehelse og frivillighet». Barn og unge er prioritert målgruppe. Intensjonen er også at alle innbyggere skal ha muligheter til deltagelse i idrett, friluftsliv og kultur.

Det finnes en rekke definisjoner av frivillig arbeid¹⁰.

I arbeidet med å skape helsefremmende gevinster må definisjoner av frivillighet tilpasses de aktiviteter som kirke og kommune iverksetter på dette feltet. Forståelsen må nyanseres og operasjonaliseres tilpasset deres satsning. Kirke og kommune må finne fram til hvilke forståelse av frivillig arbeid de mener er relevant å legge til grunn for samarbeidet om å skape helsefremmende gevinster. Denne avklaringen er et svært viktig arbeid fordi måten motivasjonen begrepsfestes og begrunnes på, nok varierer i mange tilfeller mellom sektor og samfunnsfelt og ikke minst mellom kirke og kommune. Både kirke og kommune har sine forståelser av frivillig arbeid som de ønsker å legge til grunn for arbeidet. Det er heller ikke gitt at motivasjon til frivillig innsats innen frivillige organisasjoner og idrett, forstås på samme måte som for de som er frivillige innen kirken. I kirkelig sammenheng er man ofte opptatt av å ha et kall eller en nådegave til spesielle oppgaver. Slike begreper har religiøse konnotasjoner og viser til en opplevd indre eller ytre «stemme» av forpliktende karakter (Fretheim 2014). Men det er svært viktig å påpeke at det er mange som deltar som frivillige i kirken uten å være opptatt av et kall eller at de har nådegave til bestemte oppgaver. Mange deltar også som frivillige av fordi de har omsorg for andre og for at de ønsker å tilhøre et mangfoldig fellesskap hvor man ønsker å lære mer om kunsten og erfaringen ved å leve sammen. Mange ønsker en oppgave som kan gi dem glede og overskudd. Oppgaven som frivillig er i seg selv helsefremmende.

I arbeidet med å skape helsefremmende gevinster er det viktig å bli kjent med hvordan de ulike aktørene begrepsfester og begrunner sin motivasjon. Et slikt avklaring må også ta bolig i språket til de ulike aktørene som skal delta.

11. Verdigrunnlag

Selv om det på hvert sted i landet tilbys aktiviteter og tjenester fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner, private aktører, Den norske kirkes menigheter og det sivile samfunn, så er hver og en av oss ansvarlig for vår egen helse. Forutsetning for samarbeid er at det er tillit mellom samarbeidspartnerne, og at hver og en av oss har rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn, alene og i fellesskap med andre.

¹⁰ Ellis Paine m.fl. (2010) har funnet fram til tre kjernekjennetegn og definisjoner på frivillig arbeid, Det er en aktivitet som er:

- Unpaid
- Undertaken though an act of free will
- Of benefit to others

Ansvar for egen helse

Vi har en individuell forpliktelse til å ta ansvar for vår egen helse. Men vi står ikke alene. Vi lever og realiserer våre liv med, i og gjennom andre mennesker. Vi tilhører alle et hverdagsliv. Det er stedet hvor vi kan skape mer helse. Når vi opplever følelse av sammenheng og tilhørighet, skapes forutsetningene for personlig vekst, økt kontroll over eget liv, og øynene åpner seg for mer mestring og nye muligheter.

For livet forutsetter avhengighet. Vi lever alltid sammen med andre. Derfor har vi aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi har noe av dets liv i vår hånd. Det kan være forsvinnende lite, en stemning i et øyeblikk, humøret den dagen, eller det kan være forferdelig mye, slik at det står til oss om andres liv skal lykkes eller ikke. Mye eller lite altså, men alltid noe. En slik etisk fordring fratar ikke det enkelte menneske for selv å ha ansvar for sin egen helse (Christoffersen 2000:55).

Det nye århundret preges av hver persons søkning etter livsmening, livskvalitet og deres arbeid med å realisere sitt eget livsprosjekt, bruk av sosial medier, møtesteder, relasjoner og religionsdialog.

Utgangspunktet var et annet.

Under oppbyggingen av velferdsstaten på 1950- og 1960-tallet var det mange som framholdt at det var andre mennesker, samfunnet og dets institusjoner som påvirker og skaper forutsetninger for din helse. Helsedirektør Karl Evang var en av arkitektene. Rune Slagstad viser til at Karl Evang utformet grunntanken i det som senere skulle bli kalt velferdsstaten, den tanke at den enkeltes helse er et statlig ansvar, ivaretatt gjennom arrangement som yter alle en viss grad av sosial og økonomisk trygghet, som baserer seg på helbredende og forebyggende institusjoner som alle samfunnsmedlemmer uansett inntekt og formuesforhold kan nyte godt av (Slagstad 1998:310).

Den helsefremmende ideologien¹¹ som utfoldet seg på 1980-tallet hentet mye av sitt tankegods fra radikale strømninger på 1970-tallet hvor tanken om å engasjere folket i en frigjørings- og utviklingsprosess stod sterk (Mæland 2005). Det ble iverksatt en rekke avlastnings- og støtteordninger for at den enkelte skulle ta ansvar for egen helse og for at den uformelle hjelpen ikke skulle falle sammen. På 1980-tallet strømmet nyliberalt tankegods inn i norsk offentlighet. Et av hovedbudskapene var at staten verken kan eller bør stå for all velferdsproduksjon. Desentraliseringen skapte stor oppmerksomhet om andre velferdsarenaer, bl.a. frivillig sektor. Essensen i et velferdspluralistisk paradigme er at kommunen bare er en av fire prinsipielt sett forskjellige arenaer der innbyggerne i kommunen kan få hjelp. New Public Management var en av drivkreftene for denne utvikling.

Tillit

Tillit er en egenskap ved relasjoner mellom mennesker. Forutsigbarheten mellom aktørene er en del av tillitsforholdet. Tillit vil ofte oppstå som følge av at aktørene har nærhet, en viss form for likhet og/eller komplementaritet over tid. Tillit dreier seg i økende grad om rennomé, om handling og kvalitet over tid (Frønes/Brusdal 2000).

Tillit handler også om egenskap ved personer. I mange tilfeller etableres tillitsrelasjoner gjennom en utveksling av tjenester og goder og tid. Tilliten vokser seg tydeligere og mer omfattende. Tillit styrkes gjennom varighet og hyppighet av interaksjonen mellom mennesker. Tillit avler tillit. Å bli vist tillit gir grunn til å gjengjelde tillit (Christoffersen 2000, Gulbrandsen 2000).

Men tillit er også et maktforhold. De som åpner seg for og stoler på en annen, er også med på å gi vedkommende makt. Å vise tillit til andre er med på å legge ressurser i hendene på vedkommende.

Et avgjørende element er hvordan vedkommende faktisk bruker den makt han/hun har fått gjennom den tillit som er vist.

Retten til egen tros- og livssynsutøvelse

Den åndelige dimensjon – trosdimensjonen – hører med til de grunnleggende behov hos alle mennesker. Åndelig omsorg skal ha en plass i alt helsearbeid- uansett livssyn og helsetilstand. Den enkeltes åndelige ressurser og behov må tas på alvor. Hvordan den enkelte praktiserer sin tro eller sitt livssyn, vil variere fra religion til religion, også innenfor samme religion. Det er den enkelte som selv bestemmer hva det for dem innebærer å utøve sin tro og sitt livssyn. For de fleste vil tros- og livssynsutøvelse innebære deltagelse i ritualer, alene og i fellesskap med andre, for eksempel gudstjenester, fredagsbønn, ved seremonier eller i mindre grupper. En del av religionsutøvelsen er knyttet til holdninger og verdier. For mange vil også kulturen og levereglene til det tros- eller livssynssamfunn de tilhører kunne være en god og trygg ramme for livet.

Deltagere i arbeidet med å skape helsefremmende gevinster må få ivaretatt sine muligheter til tros- og livssynsutøvelse i tråd med grunnlovfestede bestemmelser om religionsfrihet og yringsfrihet. Noen trenger hjelp til hva de ønsker av tros- og livssynsutøvelse, andre trenger assistanse for å kunne praktisere det. Kirke og kommune bør samarbeide om hvordan de kan sikre at denne retten blir ivaretatt. God samhandling på dette temaet vil styrke kvaliteten på det helsefremmende arbeid.

¹¹ Strategien for det helsefremmende arbeidet ble utformet av verdens helseorganisasjon på en konferanse i Ottawa i 1986. Sluttdokumentet fra denne konferansen, Ottawa-charteret, inneholder målsettinger som i forhold til tradisjonell helsepolitisk tenkning er grenseoverskridende på områder som dreier seg om offentlig politikk, miljø, lokalsamfunn og individer. Dokumentet skisserer frem hovedstrategier for det helsefremmende arbeidet: Å bygge opp en helsefremmende politikk, å skape et støttende miljø, å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, å utvikle personlige ferdigheter og å reorientere helsetjenesten i mer helsefremmende retning (Røiseland m.fl.1999:15)

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom rundskriv I 6/2009 ønsket å sikre at de som er avhengig av praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten også får ivarett sine muligheter til egen tros- og livssynsutøvelse. I følge FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter, skal enhver ha rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet. Dette innebærer også de som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger bistand og tilrettelegging for å utøve sine tro eller livssyn etter eget valg, ikke bare når de selv tar initiativ til det.

12. Diakoner

Et av kirkens mest sentrale virkemiddel i arbeidet med å skape fellesskap, yte tjenester og skape inkluderende aktiviteter er diakoner. Yrkesgruppen har en lang tradisjon i Den norske kirke. Profilen på tjenestene har variert over tid. Med sin faglige bakgrunn har diakonene i dag særlige forutsetninger for å kunne etablere tjenester og aktiviteter i grensesnittet mellom Den norske kirkes menigheter og kommuner. De fleste av dem har helse- og sosialfaglig bakgrunn og godt kjennskap til egenskaper både med kirke og kommune.

Diakoner kan være viktige brobyggere mellom kirke og kommune.

Bærum kommune har ansatt en diakon som har kommunens bo- og behandlingssentre og Hospice Stabekk som arbeidsplass.

Sentrale oppgaver er:

- Samtale med beboere og pasienter om eksistensielle spørsmål, livsmestring og tro
- Betjene beboere og pasienter med kirkelige handlinger, sjelesorg, nattverd og forbønn
- Samarbeidspartnere for de ansatte i institusjonene
- Nettverksbygging mellom sykehjem og den lokale kirken samt menighet der beboerne kommer fra
- Være kontaktperson mot andres tros- og livssynssamfunn

Værestedet i Ellingsrud kirke ble åpnet i 2006. Erfaringene derfra viser at forutsetningene for å skape et værested er en tydelig og verdivis leder. Lederen må være bevisst på balanse mellom det å ta styringen, være frontfigur og å kunne trekke seg tilbake for å kunne gi rom til andre. Lederen må også ha evne til å se den enkeltes bidrag og evne til å fange opp og styrke positive kulturer og redusere destruktive mønstre og tendenser.

Lederen for Værestedet forteller at hun har vært opptatt av å oppmuntre til engasjement, til å delta i ulike kulturtilbud, til å slå ned på baksnakking, til å være medvandrer til ulike offentlige kontorer. Og ikke minst til å være bevisst på at det ikke er nødvendig at hun må sette sin signatur og fotavtrykk på alt som skjer i og i tilknytning til Værestedet.

Hun viser også til at det er viktig å bryte innarbeidede mønstre som kategoriserer og grupperer mennesker, som passiviserer mennesker i offerrollen. Hun framholder at det er svært viktig å gi enkeltmennesket verdigheten tilbake. Hun mener at det kan virke som om noen blir manipulert av det psykiske helsevesenet i form av at det for lett blir gitt sterke doser medisin, og at personer på den måten blir fratatt muligheten til å ta ansvar for eget liv. Å bli kjent med sin egen sårbarhet kan være et av flere skritt på veien mot å ta mer aktivt ansvar for egen helse og eget liv.

13. Sluttord

Vi håper hefte kan gi inspirasjon til å utforme en plattform med nødvendige begrunnelser og forutsetninger for et spennende samarbeid om helsefremmende arbeid. Et utvikling av samarbeidet langs **samvær**, **samfunn** og **samspill** kan være en relevant tilnærming.

Vi håper også at hefte kan være en hjelp for å finne fram til lokale, stedeegne løsninger som er nyttige for befolkningen og relevante for både kirke og kommune.

Diakonene kan være viktige pådrivere for økt satsning i arbeidet for å skape helsefremmende gevinster. Men både i kirke og kommune er det en rekke andre yrkesgrupper som også er opptatt å tenke tverrfaglig og grenseoverskridende.

Mulighetene er det – det handler om å gripe dem.

Litteratur

Artikler, bøker og rapporter

Bygstad, B. (2014) «Lettvekts-IT endrer bransjen». *Computerworld* 7. februar 2014

Christoffersen, Svein Aage. «Tillit og konvensjon» i K.E. Løgstrups etikk. *Sosiologi i dag* 2000 ; Volum 30.(3) s. 49-66 UiO

- Dahle,S./Torgauten.T.I.(2004) Retten til å være et helt menneske – Retten til et åndelig liv. Utviklingshemming og tro Rogaland Høgskole 2004. i samarbeid med kirkerådet og Norsk Forbund for Utviklingshemmede.
- Fretheim,K.(2014) red. *Ansatte og frivillige. Endringer i Den norske kirke*. IKO-forlaget AS
- Frønes,I og Brusdal.R.(2000) *På sporet av den nye tid*. Fagbokforlaget
- Jordheim,K
- Kloster,E.m.fl. (2003) *Frivillighetssentralen. Resultater, erfaringer, forandringer*. Institutt for samfunnsforskning rapport 2003:4
- Korslien,K,K (2010) Diakoni og samhandling. *Diakonifaglige innspill til samhandlingsreformen*. Rapport 2010/4 Diakonhjemmet høgskole
- Mæland;j.G.(2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget.
- Oldenburg,R (1999) *Great Good Places* Amazon
- Paine,Ellis A. m.fl.(2010) «*A rose by any other name*» *Revisiting the question: "what exactly is volunteering?"* Working paper series: Paper one. Institute for Volunteering Research.
- Raustøl,T.(2005) “- til beste for menneskene I Oslo sentrum”. Underveiserapport fra et forsøksprosjekt mellom Bydel St.Hanshaugen, Trefoldighet og Domkirken menigheter. TRR 2005:1
- Raustøl,T.(2014) «Dropp solopraksisen. Menighetenes solopraksis bør opphøre. Samarbeidet med lokale krefter bør styrkes. Menighetene har mye å lære av samhandlingsreformen». Vårt land 3. november 2014
- Raustøl,T.(2014) «Helsehus – en ny bevegelse» *Dagens Medisin* 19/2014, 6.11.2014.
- Repstad,P red..(1998) *Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide*. Universitetsforlaget
- Røiseland (1999) «Introduksjon» i *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Fagbokforlaget
- Sivesind,K.H(2007) Frivillig sektor i Norge 1997-2004.. Frivillig arbeid, medlemskap, sysselsetting og økonomi. ISF rapport 2007:10
- Slagstad,R.(1998) *De nasjonale strategier* Pax forlag
- Tjora,A.(2008) Kafeenes sosiale potensial Kronikk Adresseavisen 25.juni 2008
- Aars,J. (2011) m.fl. *Endring og kontinuitet i unges frivillige engasjement 1998-2009*
Institutt for samfunnsforskning
- Aasgaard,H.(2014) m.fl. «Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering» *Nordisk sygeplejeforskning* 02/2014

Masteroppgaver

- Kaasa,E.(2011) *Samhandlingsreformen: En studie av samhandlingsreformens tilgjengelig virkemidler* Det medisinske fakultet, Institutt helse og samfunn
- Ølafsdøttir,A.B.(2014) *Hvis frisklivssentraler er svaret, hva var da spørsmålet. En maktanalytisk tilnærming til kommunale frisklivssentraler*. Masteroppgave. Institutt for helse og samfunn, avdeling for helsefag, UIO Mai 2014

Rapporter

- Innstilling om opprettelse av lovfestede diakonistillinger* Diakonirådet for Den norske kirke. 1971
- Temahefte *Kommunen og kirken*. Norske kommuners sentralforbund. 1985.
- Frivillig sektor – verdiskapning og utfordringer*
Econ-rapport 2004
Utarbeidet for HSH
Frivillighet i endring
Bystyremelding nr. 5/2002
Byråds sak 356/02
Oslo kommune
Frivillighet i Norge
Senterets sluttrapport etter 5 år.
Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
Veiledningsmaterieill
Rapport revidert 2/2014

Plattform for samspill og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor

Frivillighet og KS, sist oppdatert oktober 2014.

Helsehus i Nordhordland

Vurdering av selskapsform/samarbeidsform

Telemarkforskning og Ernst & Young AS

Frivillig sektor. Verdiskaper og velferdsleverandør i et demokratisk samfunn. Handelens- og Servicenæringens Hovedorganisasjon. 1999

Frivillig sektor – verdiskapning og utfordringer. Econ-rapport 2004-057. Utarbeidet for HSH

Hvordan utvikler vi en stedegen involverende og fleksibel folkekirke i Groruddalen. Rapport fra arbeidet med den samlede strategiske satsningen i østre Aker prosti.

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

IS-1810 Veileder

Helsedirektoratet

Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450
Veileder IS- 1154

PBS I

Politiets beredskapssystem del 1

Retningslinjer for politiets beredskap.

POD- publikasjon 2011/04

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn i samarbeid med Helsedirektoratet

Eksistensiell/åndelig omsorg for alvorlig syke og døende i kommunehelsetjenesten. Et samhandlingstiltak for å bedre ivaretagelsen av alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende i kommunehelsetjenesten Tysvær kommune, Bjørgene omsorg- og utviklingssenter, Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, Stavanger bispedømme, Helse Fonna og Høgskolen i Stord/Haugesund. Februar 2012

Retten til å praktisere tro- og livssyn. Hvordan kartlegge tjenestemottakers ønsker og behov? En veileder til kvalitetssikring av kartleggings-samtalen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker Fredrikstad kommune og Borg biskop/Borg bispedømmeråd 2014

Kirke og helse

Sak til Kirkemøte i april 2015

Ot.prp og Stortingsmeldinger

Ot.prp.nr. 65.(1972-73) Om lov om diakonitjeneste i Den norske kirke. Tilrådning fra Kirke – og undervisningsdepartementet av 26.april 1973

St.meld.nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*

St.meld.nr. 39 (2006-2007) *Frivillighet for alle*

St. meld nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling på rett sted til rett tid (samhandlingsreformen)*

St.meld.nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*

St.meld.nr. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*

St.meld.nr.34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen*

Rundskriv

Rett til egen tros- og livssynsutøvelse

I-6/2009, 1.des. 2009.

Kirke og helse

Har Den norske kirke et helseengasjement?

Hvis den har det, hvorfor og på hvilken måte? Dette var spørsmål som ble behandlet i Den Norske kirkes høyeste organ, Kirkemøtet, i april 2015. En saksutredning på nærmere 60 sider lå til grunn for et stort engasjement. Temaet ble også trukket fram i direktørens åpningstale, i hiltsningen fra Trondheims ordfører og i egne temaforedrag. Både i kommitearbeidet og i plenumssamtalene var det stor deltakelse og høyt engasjement og ingen tvil om at helse fortsatt står på kirkens dagsorden.

Folkekirke, institusjon og menighet

Den norske kirke har et mangfoldig og kompetent arbeid relatert til helse. Gjennom et stort spekter av diakonale institusjoner og i menighetenes arbeid utøves et omfattende arbeid innenfor helse og omsorg. De diakonale institusjonene er et av kirkens viktige uttrykk i det offentlige rom. Deres helse- og omsorgsarbeid representerer en bred kontaktflate til hele befolkningen. De diakonale institusjonene har hatt og har fortsatt en sentral rolle i å virkeliggjøre kirkens oppdrag i verden. Det samme oppdraget ivaretas i menighetenes helsearbeid, både på det forebyggende plan, i omsorgsarbeid og ved sjelesorg, samtaler og fellesskapsbyggende arbeid.

På alle nivåer spiller helsespørsmål en viktig rolle for kirken

-Hvert menneske har en kropp og en helse. Sykdommer og endringer i kropp og helsesituasjon berører oss hele tiden og aktualiserer behov for godt helseapparat, gode fellesskap som tar vare på hverandre og behov for å tolke eget liv i relasjon til livsforståelse og tro.

-Ofte forkynnes det i kirken ut fra tekster som omhandler helbredelser og forvalteransvar. Hvordan forstår vi teologisk disse tekstene – og hvordan utfordrer dette oss til medansvar?

-Mange menigheter driver et omfattende diakonalt og helsefremmende arbeid. Hvordan kan dette videreutvikles i en forståelsesramme som gir ny frimodighet og kreativitet?

-Vi lever i et samfunn hvor helsespørsmål stadig preger mediebilder og krevende politiske debatter. For kirken er det viktig å være tilstede i disse vanskelige samtaler med klokskap og faglighet.

-Store diakonale institusjoner må stadig redefinere sin rolle, sin strategi og selvforståelse i forhold til endringer i samfunn, økonomiske rammer og helsepolitikk. Hvordan kan Den norske kirke gi støtte og hjelp i disse prosessene?

Alle disse områdene utfordret Kirkemøtet til gjennomtenkning og tydeliggjøring av kirkens helserelaterte arbeid. Endringer i både kirke og samfunn skaper behov for oppmerksomhet om temaet kirke og helse. For kirken er det også i lys av forfatningsendringene viktig å tydeliggjøre sitt samfunnsmessige oppdrag og rolle.

Utredningen Kirke og helse

Utredningen Kirke og helse som var sendt ut på forhånd tematiserte kirkens helserelaterte tjeneste i vid forstand: som forebyggende helsearbeid, som hjelp til livsmestring, som medisinsk behandling og som omsorg for syke. Dokumentet drøfter helsebegrepet i lys av aktuelle forståelsesmåter. Intensjonen var å etablere en dypere forståelse som bekrefter at ulike arbeidslag innen kirken deler visjonen om å utføre denne viktige tjenesten i verden. Saksframlegget gir teologisk innsikt og tar opp helsefaglige utfordringer. På den måten kan det være en felles referanse for ulike deler av det kirkelige helsearbeidet. Framlegget er et ressursmateriale som kan bidra til å øke samholdet mellom de ulike arbeidsformene, og gi inspirasjon i arbeidet.

Utredningen skal bearbeides noe før den blir trykket. I versjon av saksframlegg til Kirkemøtet kan den hentes på følgende lenke: http://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/slik-styres-kirken/kirkemotet/2015/saksdokumenter/km_09_0_15_kirke_helse.pdf

Behandlingen i Kirkemøtet

Kirkemøtekomiteen leverte grundige merknader som ble drøftet i plenum. Nedenfor gjengis merknadene i sin helhet, samt Kirkemøtets vedtak. Enkelte av vedtakspunktene gjenspeiles ikke i merknadene, men bakgrunnen for dem finnes i saksutredningen. Det gjelder blant annet vedtaket om en solidarisk rusmiddelpolitikk.

Komiteens merknader

1. Utgangspunkt

Den norske kirkes visjon *Meir himmel på jorda* fastslår at Den norske kirke skal være en bekjennende, åpen, tjenende og misjonerende folkekirke. Komiteen mener at helserelatert arbeid er en del av kirkens oppdrag og slik bidrar i arbeidet med å nå visjonen. Komiteen mener at den foreliggende utredningen *Kirke og helse* gir et vesentlig bidrag til en overordnet og helhetlig forståelse av kirkens helsebringende tjeneste. Grunnlaget er det bibelske perspektivet utredningen bidrar med og dens beskrivelse av noen hovedtrekk i samfunnsutviklingen når det gjelder de utfordringene helse- og omsorgsfeltet representerer.

Kirkens visjon for helse er forankret i Den treenige Guds handling i verden. Gud skaper alle mennesker i sitt bilde og gir alle guddommelig verdighet. Gud ble menneske og møter oss i Ord og Sakrament som den korsfestede og oppstandne Jesus Kristus. Den kors-

festede og oppstandne møter oss også i utsatte, undertrykte og sårede mennesker (Matt 25,31ff). Ved Ordet og sakramentene blir Den hellige Ånd gitt og kirken skapt som et nådens fellesskap der alle inkluderes. Kirken er gitt i oppdrag å fortsette Jesu helbredende tjeneste. Dette frigjør og mobiliserer til deltagelse.

Kirkenes verdensråd har en helhetlig visjon om helse: «Helse er en dynamisk tilstand av velvære for individ og samfunn. Den omfatter fysisk, psykisk, åndelig, politisk og sosialt velvære og utfoldes i relasjon til andre mennesker, den materielle og økologiske verden og til Gud. Denne visjonen gir retning til kirkens engasjement for helse. Visjonen skal utfoldes i en verden preget av menneskers sårbarhet, mangel på velvære i disse ulike dimensjonene og brudd i relasjoner mellom mennesker, med naturen og i samfunnsfellesskapene lokalt, nasjonalt og globalt.

2. En helhetlig helseforståelse

Utredningen viser til et utvidet helsebegrep og en helhetlig helseforståelse. Komiteen understreker verdien av dette i samfunnet vårt, hvor vi ofte møter en tabloidisert helseforståelse og en kroppskultur som dyrker det ensrettede og tilsynelatende vellykkede. Kropp og helse blir stadig mer kommersialisert. I helsevesenet er det til en viss grad fokus på helse som målbare størrelser i form av det som kan telles. Ved å legge en helhetlig helseforståelse til grunn har kirken mulighet til å være en motkultur. Kirken utfordres til å vurdere egen praksis og egne holdninger med utgangspunkt i utredningens helhetlige forståelse av mennesket og helse.

Komiteen vil framholde at et av diakoniens formål er å fremme respekt og verdighet. Den skal bidra til at mennesker kan leve i forsoning med seg selv og andre, og myndiggjøre mennesker i eget liv.

Åndelig omsorg er en del av en helhetlig helseforståelse. Komiteen vil framheve Rundskriv I-6/2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet med tittelen *Retten til tros- og livssynsutøvelse*. Det er nødvendig at kompetansen i helsevesenet på dette feltet styrkes og at utarbeidet veiledning tas i bruk (*Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn og Helsedirektoratet 2013*). Når de offentlige helsetjenestene tar sitt ansvar for dette på alvor, er det en forutsetning at den lokale kirken bidrar i et tett samarbeid. Samhandlingsreformen åpner nye muligheter for samarbeid mellom den lokale kirken og kommunen på dette feltet.

Komiteen vil også understreke at det ligger et viktig helsearbeid i den ordinære kirkelige virksomheten med forkynnelse, sakramentsforvaltning, forbønn og sjelesorg. Det er også grunn til å understreke musikkens og andre kulturelle uttrykksformers diakonale og helsefremmende sider. Dette finner blant annet sted i menigheter og institusjoner.

Komiteen vil løfte fram sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, kosthold og bevegelse. Det er viktig at menighetene og de kristne organisasjonene stimulerer til kreativitet og fysisk aktivitet.

3. Velferdsstaten, helse og sosiale forskjeller

Den norske velferdsstaten er utviklet gjennom generasjoner, til dels inspirert av kirkens diakoni og vekten på menneskets verd. Alle gode sosiale ordninger gir trygghet til landets borgere. Helsetjenester og sosiale rettigheter gjelder alle innbyggerne, og rettighetsaspektet er helt sentralt i tenkningen om helse, omsorg og velferd. Velferdsstatens utfordring i framtida er å kunne opprettholde og videreutvikle rettighetene og tjenestene på en bærekraftig måte. For å sikre velferdsstatens bærekraft er det nødvendig at samsvaret mellom borgernes rettigheter og plikter balanseres på en god måte.

Samfunnets velferdstjenester ytes og ivaretas både ved offentlig og frivillig innsats. Samhandlingsreformen, ved helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelse-loven, åpner for at ikke-statlige institusjoner og organisasjoner blir en viktig ressurs også for framtidens velferdsstat.

De sosiale og økonomiske forskjellene i samfunnet er økende. Dette er et problem også for folkehelsen. God fordeling av samfunnets ressurser fremmer trivsel og helse. Skjev fordeling, derimot, gir seg blant annet utslag i forskjell i levealder mellom ulike grupper i samfunnet. Det er bekymringsfullt at for mange mennesker ekskluderes fra arbeidsmarkedet.

Komiteen mener en særlig utfordring er misforholdet mellom velferdstatens tilbud og mangelen på rettigheter for dem som faller utenfor velferdsstatens ordninger.

Komiteen ønsker å særlig ta opp de papirløses mangel på tilstrekkelig helsehjelp. De papirløse lever i Norge uten lovlig oppholdstillatelse, og mange av dem har fått avslag på søknad om asyl. Mange sliter med helseproblemer av ulik art, men har svært begrensede helserettigheter. Papirløse innvandrere er en av de mest sårbare gruppene i Norge og i Europa forøvrig. Komiteen finner det problematisk og uverdigg at denne gruppen systematisk stenges ute fra viktige helse- og omsorgstjenester.

Flere diakonale institusjoner og andre organisasjoner har etablert tilbud om helsehjelp for papirløse. Engasjerte helsearbeidere stiller opp og bruker fritiden sin for å holde tilbudet gående. Komiteen vil framholde at denne typen tiltak er av uvurderlig betydning.

Flere organisasjoner, blant annet Røde Kors, Kirkens bymisjon og Legeforeningen, skrev i januar 2015 et opprop til regjeringen der de ber den gi papirløse som oppholder seg i Norge, reell tilgang til helsehjelp, basert på medisinske vurderinger, yrkesetiske retningslinjer og menneskerettslige prinsipper. Komiteen slutter seg til denne oppfordringen.

4. Helhet, verdighet og helbredelse

Kirken har ansvar for å synliggjøre menneskeverdet fra unnfangelse til livets slutt (sak KM 9/14 *Den norske kirke og menneskerettighetene*). Menneskeverdet utfordres stadig. Media presenterer et ensrettet ideal for materiell og utseendemessig vellykkethet, og i offentlig forvaltning og helsevesen omtales mennesker noen ganger som utgiftsposter. Her må kirken protestere og gi alternative idealer. Det menneskelige mangfoldet må oppvurderes som en motvekt til ensrettingen av idealer for kropp, utseende og funksjonsevne. Verdssetting av det menneskelige mangfoldet, representert blant annet gjennom ulikt språk, ulik kultur og på andre måter ulik identitet er viktige bidrag til god helse.

Tap av, eller manglende imøtekommelse av, samisk og kvensk språk representerer en helseutfordring i møte med helsevesenet, spesielt for en del eldre samer og kvener. Ny forskning viser at etnisk diskriminering av samer fortsatt er et problem i Norge. Nær fire av ti samisktalende voksne oppgir at de har vært utsatt for etnisk diskriminering, noe som er over ti ganger mer enn for etnisk norske. Selv-vurdert helsestatus er noe dårligere blant samer enn etniske nordmenn og dårligst blant samer som bor utenfor det samiske forvaltningsområdet. Komiteen mener at kirkens arbeid med å anerkjenne og ta i bruk samisk og kvensk språk og kultur derfor er viktig i et helsefremmende perspektiv.

Komiteen vil påpeke at denne utfordringen også kan gjelde personer fra andre kulturelle og språklige minoriteter. Anerkjennelse av språk og kultur er et viktig aspekt som må tas med i alt helserelatert arbeid.

Helbredelse oppfattes i Bibelen som en prosess som gjenoppretter sammenheng og helhet. Bildet av Gud som helbreder viser en barmhjertig Gud som gir livskraft og håp til syke. Gud virker i all omsorg som skjer mellom mennesker og gjennom helsevesenet og helsepersonell, i de diakonale institusjoner og organisasjoner. Kirken har tradisjoner med bønn for syke og med å slutte opp om de syke med omsorg og fellesskap. Kirkens liturgier inkluderer forbønn og salving. Mange kan fortelle om en opplevelse av helbredelse, selv om de ikke ble kurert for sin sykdom. Det hender at noen mennesker blir friske uten at dette kan forklares med tradisjonell medisinsk behandling. Det er nødvendig at slike erfaringer ikke knyttes til den enkeltes trosstyrke og troskvalitet.

Komiteen vil framholde at i samisk tradisjon forstås helse i et helhetlig perspektiv der menneskets fysiske, mentale, sosiale og åndelige sider henger sammen. Jesus tok leire fra jorda da han helbredet en blindfødt. Slik har også samiske helbredelsestradisjoner elementer som synliggjør at menneskets helse er forbundet med jorda og elementene. For urfolk er vern om skaperverk og livsgrunnlag bærebjelken for individets og samfunnets fysiske og åndelige helse.

I samisk kultur finnes det en eldgammel bibelsk og folkelig tradisjon om å be for folk, og en oppfatning om at enkelte mennesker er gitt særlige evner, slik at de også kan helbrede syke. Denne Lesertradisjonen står særlig sterkt i læstadianske miljøer i samiske områder.

Komiteen vil understreke at med et helhetlig helsebegrep med oppmerksomhet på menneskeverd og livsmestring, gis det en innfalls-vinkel til mange av de aktuelle etiske utfordringene vi ser i dagens samfunn. Komiteen forventer at kirken deltar i samfunnsdebatten og engasjerer seg i viktige eksistensielle spørsmål. Noen tema kan være aktuelle for særskilt behandling i Kirkemøtet, mens andre tema belyses gjennom forskning, offentlige høringsvar, kontinuerlig etisk arbeid og konkret handling.

5. Tilhørighet og fellesskap

Kirkens tilstedeværelse i alle landets kommuner representerer en unik mulighet for inkludering og gode fellesskap for alle. Komiteen vil understreke at tilhørighet og fellesskap er viktige helsefremmende elementer. I kirken gis dette oss som en særlig gave i dåpen. I dåpen blir mennesket en del av det kristne fellesskapet, uavhengig av helse eller funksjonsevne. Komiteen vil her framholde sak KM 9/12 om likeverd, inkludering og tilrettelegging. I vedtaket pkt 1 heter det at «Alle mennesker skal ha samme mulighet til å delta og høre til i den lokale kirkes fellesskap som likeverdige medlemmer, uavhengig av funksjonsevne og livssituasjon».

Det kristne fellesskapet rommer både konkrete lokale fellesskap, tilhørighet til kirken nasjonalt og globalt og til tradisjoner som binder generasjoner og fortid, nåtid og framtid sammen. Kulturelle uttrykk som kunst, musikk og arkitektur bidrar til og understreker tilhørigheten. Denne typen fellesskap og tilhørighet kan erfares også når det enkelte mennesket er alene.

Frivillig innsats er helsebringende. Den som i utgangspunktet kan defineres som giver, blir selv gjerne mottaker av både livsglede og mulighet til utvikling og vekst. Og den som i utgangspunktet skulle være mottaker, kan være den som har mest å gi.

Komiteen vil framholde at et inkluderende fellesskap er spesielt viktig når mennesker møter de utfordringene som følger med å stå utenfor arbeidsmarkedet.

Komiteen vil spesielt peke på at ensomhet er et stort problem med betydning for både psykisk og fysisk helse. Her har den lokale kirken en særlig utfordring, og kan bidra med en uforbeholden tilstedeværelse og nærhet. I menighetens fellesskap, ved gjestfrihet og oppsøkende virksomhet, kan relasjoner bygges. Komiteen vil peke på det viktige arbeidet som blant andre Kirkens SOS yter for dem som er i fare for å ta sitt eget liv og for dem som opplever følelsesmessig og eksistensiell krise.

Komiteen vil framholde at ikke alle kirkelige fellesskap er helsebringende. Når noen holdes utenfor, fungerer ikke fellesskapet etter intensjonen. Det er viktig med refleksjon over hvordan de kirkelige fellesskapene kan være mer åpne og inkluderende. Ungdommens kirkemøte gir et bidrag til dette i sak UKM 07/07 *Skapt i Guds bilde til å være medmennesker*.

Kirken må alltid være bevisst på maktforhold og faren for at ulike former for grenseoverskridende adferd og overgrep kan forekomme, både av fysisk og åndelig art.

6. Diakonale aktører

Det helsefremmende arbeidet som drives av kirken, har ulike aktører.

Komiteen viser her til den allmenne, den organiserte og den spesialiserte diakonien. *Den allmenne diakonien* er den tjenesten alle dømte utøver i hverdagens nestekjærlige møte med medmennesker. *Den organiserte diakonien* finner sted i lokalmenigheten gjennom frivillig arbeid knyttet til for eksempel besøkstjeneste, tilrettelagte møteplasser i lokalmiljøet og ulike andre former for aktiviteter utøvd av vigslede medarbeidere, andre ansatte og frivillige. *Den spesialiserte diakonien* krever spisskompetanse og fagmiljøer og skjer i diakonale institusjoner og organisasjoner, men også ved diakoners og presters sjelesorg. På ulikt vis er dermed alle disse aktørene med og bidrar i kirkens helsefremmende oppdrag.

De diakonale institusjonene og organisasjonene har vært og er fortsatt ofte pionerer innenfor helsefaglig utdanning og praksis. Med en stadig bedre utbygd profesjonsutdanning og helsevesen har de til dels selv blitt del av den offentlige helsetjenesten. Dette betyr ikke at kirkens helsebringende tjeneste har mistet sin relevans. Mange utfordringer er fremdeles uløste og nye problemstillinger er kommet til. Dette utfordrer både de diakonale institusjonene og organisasjonene og kirken lokalt. Viktige helse reformer, som for eksempel samhandlingsreformen, utfordrer og legger til rette for og etterspør større samhandling mellom det offentlige helsevesenet og andre aktører.

Komiteen mener at den foreliggende utredningen om kirke og helse gir viktige innspill til å svare på disse utfordringene. De diakonale institusjonene og organisasjonene utfordres til å videreutvikle sin egenart og til fremdeles å være plogspisser og pionerer i helse relatert arbeid og utdanning, og til å bidra til en helhetlig omsorg. Det er viktig at de diakonale institusjonene har gode rammebetingelser. Den lokale kirke må tenkes inn i dette. En særlig utfordring er å utvikle nye samhandlingsmønstre mellom de spesialiserte diakonale institusjonene og organisasjonene og lokalkirkens helsearbeid, ikke minst innenfor sosial innovasjon og entreprenørskap.

Komiteen vil framheve at muligheter for desentralisert, diakonal utdanning er viktig og kan virke rekrutterende til stillinger.

Personellressurser er en forutsetning for at kirken skal kunne gjøre en optimal innsats i lokalsamfunnet. Kirkemøtet har flere ganger gjort vedtak om diakonstillinger og bedre tilgang på diakonal kompetanse. I 2007 vedtok møtet en målsetting om et stort løft i tallet på diakonifaglige stillinger (sak KM 6/07), og i 2011 ble det gjort vedtak om at det innen 2015 måtte være minst en diakonstilling innenfor alle prostier. Dette Kirkemøtet vedtok også at alle menigheter på sikt enten må ha diakonstilling eller tilgang på diakonal kompetanse (sak KM 9/11). I 2012 understreket Kirkemøtet igjen diakonstillingenes betydning, i dette tilfellet særlig for å realisere visjonen «en kirke for alle» (sak KM 9/12). Dette er målsettinger som ikke er i nærheten av å bli realisert, til stor skade for diakonien i menigheten. Samarbeidet i lokalsamfunnet om å skape helsefremmende lokale miljøer for mennesker i alle aldre og i ulike livssituasjoner, hemmes av mangel på diakonal fagkompetanse.

Prestere og diakoner ved sykehus og institusjoner møter mennesker i livets mest utsatte situasjoner. De inngår i det tverrfaglige samarbeidet ved sykehusene og bidrar med kompetanse på sjelesorg, etikk og religionsforståelse. Komiteen vil framholde at det er av uvurderlig betydning at denne tjenesten opprettholdes.

7. Global helse

Helseutfordringene i verden er fremdeles enorme. I tillegg til de akutte humanitære krisene er et hovedproblem fattigdom og manglende fordeling både mellom rike og fattige nasjoner og skjev intern fordeling i det enkelte land. Å utforme og utøve en samstemt utenriks-, handels- og utviklingspolitikk som bekjemper fattigdom, må være en viktig utfordring for landets myndigheter. En annen side ved den globale helseutfordringen er ødeleggelsen av økosystemer og mangfoldet i naturen. Klimaendringene pågår og vil i stadig større grad særlig ramme de fattigste landene og de fattigste gruppene av befolkningen der. Mennesket er en del av naturen. Når naturen og balansen i den ødelegges, får dette også konsekvenser for menneskers mulighet til å leve gode liv med trivsel og helse. Kirkemøtet har en rekke ganger behandlet saker som gjelder klima og miljø, Skaperverk og bærekraft (sak KM 5/2008, sak KM 4/12 og sak KM12/13) Komiteen viser også til sak KM 10/07 *Økonomisk globalisering som utfordring til kirkene*.

Selv om den foreliggende utredningen også tar opp enkelte sider ved helse i et globalt perspektiv, er hovedperspektivet det nasjonale. Komiteen fastholder denne avgrensingen. Samtidig vil den understreke poenget med at helseutfordringene i vårt land også må forstås i lys av og i forhold til de globale utfordringene.

8. Videre arbeid

Komiteen vil avslutningsvis påpeke at det er viktig at utredningen Kirke og helse bidrar til å styrke kirkens selvbevissthet om sitt helseoppdrag med utgangspunkt i en helhetlig helseforståelse. Store deler av utredningens andre og tredje del gir i særlig grad viktige bidrag til dette.

Del fire i utredningen gir blant annet et innblikk i de diakonale institusjonenes arbeid og den betydningen dette har. Komiteen vil oppfordre til at utredningen videreutvikles.

Vedtak

Gud har skapt alle mennesker i sitt bilde, og mennesket har en iboende, gudgitt verdighet, uavhengig av faktorer som funksjonsevne, alder, kjønn, etnisitet, religiøs og seksuell identitet. Denne grunnleggende verdigheten kan aldri tas fra et menneske. Kirken har et særlig ansvar for å fastholde alle menneskers verdi fra livets begynnelse til livets slutt.

For kirken er det viktig å bidra til at mennesker kan leve som hele mennesker og det helse relaterte arbeidet er en viktig del av kirkens oppdrag. Kirkemøtet slutter seg til og tar utgangspunkt i Kirkenes verdensråds helsedefinisjon; Helse er en dynamisk tilstand av velvære for individ og samfunn. Den omfatter fysisk, psykisk, åndelig, politisk og sosialt velvære og utfoldes i relasjon til andre mennesker, den materielle og økologiske verden og til Gud.

1. Kirkemøtet slutter seg til hovedinnholdet i saksframstillingen Kirke og helse og vil understreke at:

- Den store bredden i lokalmenighetenes helsefremmende praksis har betydning for folkehelsen og gir gode muligheter for lokal samhandling.
- De spesialiserte diakonale institusjonene og organisasjonene, herunder utdannings- og forskningsmiljøer, har en sentral rolle i å virkeliggjøre kirkens helse relaterte oppdrag.

2. Kirkemøtet utfordrer menighetene til å:

- Kartlegge og mobilisere sine helsefremmende ressurser og bruke dette til å revitalisere arbeidet med den lokale diakoniplanen.
- Bygge inkluderende fellesskap der mennesker får delta med hele sitt liv og møtes som den de er.
- Aktivt følge opp sak KM 9/12 *Likeverd, inkludering og tilrettelegging. Mennesker med utviklingshemning i Den norske kirke*, slik at mennesker med ulik grad av funksjonsevne er en naturlig del av menighetens fellesskap.
- Videreutvikle samarbeidet med diakonale institusjoner og organisasjoner, med utgangspunkt i *Plan for diakoni i Den norske kirke*.
- Samhandle med offentlige instanser, blant annet med utgangspunkt i Samhandlingsreformen. Et viktig område er deltakelse i lokalt beredskaps- og krisearbeid.
- Med utgangspunkt i Rundskriv I-6/2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet medvirke til at den som mottar helse- og omsorgstjenester får utfolde sin rett til tros- og livssynsutøvelse og tilby veiledning til helsepersonell.
- Synliggjøre kirkens forbønns-, sjelesorgs- og skriftemålstjenester.

3. Kirkemøtet ber bispedømmerråd og biskoper om å:

- Stimulere til at helse og livsmestring tas fram som tema i forkynnelsen og undervisningen.
- Være pådriver for at lokale diakoniplaner vedtas og utarbeide rutiner for rapportering.
- Under visitaser ta opp tema om samarbeid mellom kirke og kommune om helse og livsmestring.
- Bidra med å løfte fram arbeidet med sjelesorg.

4. Kirkemøtet utfordrer de diakonale institusjonene og organisasjonene til å:

- Styrke og videreutvikle arbeidet for mennesker i sårbare situasjoner slik at deres rettigheter blir ivaretatt.
- Forsterke sin rolle som bidragsyttere i samfunnsdebatten om helse relaterte tema.
- Styrke det globale helsearbeidet.
- Fortsette fagutvikling og forskning innen helse- og diakonifaglige tema.
- Videreutvikle forståelsen av sin diakonale egenart særlig relatert til Den norske kirke.
- Styrke samarbeidet med kristne organisasjoner og lokale, regionale og sentralkirkelige organer ved blant annet å etablere kontaktpunkter for å drive utviklingsarbeid.
- Anvende utredningen *Kirke og helse* i undervisning og aktuelle ledersamlinger.

5. Kirkemøtet utfordrer myndighetene til å:

- Sikre at den helhetlige forståelsen av helse og menneskeverd preger utøvelsen av helse- og sosialpolitikken.
- Bidra aktivt til at helse- og omsorgstjenesten utformes på en måte som ivaretar hele mennesket, både gjennom styringsdokumenter og ved opplæring.
- Ved prioriteringer i helsebudsjettene, være spesielt oppmerksom på mennesker i sårbare livssituasjoner og deres rettigheter og at minoriteters språk og kultur blir ivaretatt.
- Føre en solidarisk rusmiddelpolitikk som begrenser alkoholens og andre rusmidlers sosiale og helsemessige skadevirkninger.
- Gi gode rammebetingelser for kirkens og andre ideelle aktørers særlige bidrag i helse- og omsorgsarbeidet.
- Gi papirløse som oppholder seg i Norge reell tilgang til helsehjelp, basert på medisinske vurderinger, yrkesetiske retningslinjer og menneskerettslige prinsipper.
- Sørge for at Spesialisthelsetjenesten og kommunene følger rundskriv I-6/2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet om retten til tros- og livssynsutøvelse for mennesker som de har omsorgsansvar for.

6. Kirkemøtet ber de sentralkirkelige rådene følge opp saken Kirke og helse, blant annet ved å:

- Sørge for at tidligere KM-vedtak om å øke antallet diakonstillinger følges opp.
- Styrke kontakten mellom institusjonsdiakonien, diakonale utdanningsinstitusjoner og sentralkirkelige organer.
- Videreutvikle arenaene for kontakt og samarbeid med offentlige helsemyndigheter.
- Sørge for at utredningen *Kirke og helse* bearbeides og gjøres tilgjengelig.
- Utarbeide kursopplegg og hjelpemateriell om kirkens helsefremmende arbeid til bruk i menighetene.
- Styrke den samiske dimensjonen og ivareta urfolksperspektivet i den videre oppfølgingen av saken.
- Fortsette kontakten med Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn for å løfte fram betydningen av tro og livssyn i helse- og omsorgstjenesten.

