



Saksdokumenter:

KM 9.1/15 Kirke og helse,

KM 9.2/15 Kirke og helse. Innstilling 1

Kirke og helse

Merknader fra kirkemøtekomité C

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 korsfestede 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 samfunnsfelleskapene 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 tenkingen 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 folkehelseloven, 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 velferdstatens 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. Verdsetting 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. Selvvurdert 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 helsesrelatert 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, 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 innfallsvinkel 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 hørings svar, 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 helsereformer, 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 helserelatert 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.

Presten 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.

Kirkemøtets 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 helserelaterte 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:

a) Den store bredden i lokalmenighetenes helsefremmende praksis har betydning for folkehelsen og gir gode muligheter for lokal samhandling.

b) De spesialiserte diakonale institusjonene og organisasjonene, herunder utdannings- og forskningsmiljøer, har en sentral rolle i å virkeliggjøre kirkens helserelaterte oppdrag.

2. Kirkemøtet utfordrer menighetene til å:

- a) Kartlegge og mobilisere sine helsefremmende ressurser og bruke dette til å revitalisere arbeidet med den lokale diakoniplanen.
- b) Bygge inkluderende fellesskap der mennesker får delta med hele sitt liv og møtes som den de er.
- c) 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.
- d) Videreutvikle samarbeidet med diakonale institusjoner og organisasjoner, med utgangspunkt i *Plan for diakoni i Den norske kirke*.
- e) Samhandle med offentlige instanser, blant annet med utgangspunkt i Samhandlingsreformen. Et viktig område er deltakelse i lokalt beredskaps- og krisearbeid.
- f) 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.
- g) Synliggjøre kirkens forbønns-, sjelesorgs- og skriftemålstjenester.

3. Kirkemøtet ber bispedømmeråd og biskoper om å:

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

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

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

5. Kirkemøtet utfordrer myndighetene til å:

- a) Sikre at den helhetlige forståelsen av helse og menneskeverd preger utøvelsen av helse- og sosialpolitikken.
- b) Bidra aktivt til at helse- og omsorgstjenesten utformes på en måte som ivaretar hele mennesket, både gjennom styringsdokumenter og ved opplæring.
- c) Ved prioriteringer i helsebudsjettene, være spesielt oppmerksom på mennesker i sårbare livssituasjoner og deres rettigheter og at minoriteters språk og kultur blir ivaretatt.
- d) Føre en solidarisk rusmiddelpolitikk som begrenser alkoholens og andre rusmidlers sosiale og helsemessige skadevirkninger.

- e) Gi gode rammebetingelser for kirkens og andre ideelle aktørers særlige bidrag i helse- og omsorgsarbeidet.
- f) Gi papirløse som oppholder seg i Norge reell tilgang til helsehjelp, basert på medisinske vurderinger, yrkesetiske retningslinjer og menneskerettslige prinsipper.
- g) 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:

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