



Referanser: KR 36/14

Saksdokumenter:

Kirke og helse

Sammendrag

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 samtalene 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 utfordrer 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.

En bredt anlagt saksframstilling

Saksdokumentet tematiserer 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 er å etablere en dypere forståelse som bekrefter at vi som kirke deler visjonen om å utføre denne viktige tjenesten i verden. Saksframlegget gir teologisk innsikt og tar opp helsefaglige utfordringer. På den måten kan den være en felles referanse for ulike deler av det kirkelige helsearbeidet. Framlegget er et ressursmateriale som kan bidra til å øke samhørigheten mellom de ulike arbeidsformene, og gi inspirasjon i arbeidet. Derfor retter forslagene til vedtak seg til både diakonale institusjoner, menigheter og til Kirkerådet.

Saksframstillingen består av tre hovedbolker

Den første bolken gir en framstilling av det teologiske grunnlaget for kirkens helseoppdrag. Synet på helse og helbredelse i Bibelen, med spesiell vekt på Jesu undergjerninger, beskrives. Spørsmålet om hvilken gyldighet disse tekstene har når de skal tolkes inn i vår tid, blir også behandlet. Videre blir det beskrevet hvordan disiplene oppfattet og praktiserte sin tjeneste i møte med syke og fattige. Bakgrunn for forslag til vedtakene 1 a) og 3 c) finnes særlig i dette kapitlet og det danner også basis for mange av de andre forslagene til vedtak.

Kirkens helserelaterte tjeneste sees i lys av kirkens helhetlige sendelse og oppdrag i verden. Diakoni er en integrert del av dette helhetlige oppdraget. Det er naturlig å se kirkens helseoppdrag som en del av diakonien. *Plan for diakoni i Den norske kirke* bekrefter denne forståelsen. Dette gjenspeiles i punkt 1 i forslag til vedtak.

Den andre bolken har som tema den samfunnsmessige konteksten kirkens helsefremmende tjeneste utøves i. Endringer i samfunnet medfører endringer i hva som skaper dårlig helse. Sykdoms- og sårbarhetsbildene er ofte sammensatte. Nye muligheter innen medisinen gir nye etiske utfordringer. Prioriteringer, utsatte gruppers behov, hensyn til rettigheter med mer er ofte på dagsorden. Forslag til vedtak, pkt 4 utfordrer myndighetene til å ha en særlig oppmerksomhet på dette.

Den norske velferdsmodellen gir en god basis for et omfattende helsevesen. For å forvalte midler så strategisk som mulig og møte nye behov gjennomføres stadig reformer og endringer i norsk helsevesen. De diakonale institusjonene må finne sin plass innenfor de endringer som skjer og bidra til å påvirke endringsprosessene.

Samhandlingsreformen og Omsorgsreformen utfordrer sivilsamfunnet og derigjennom også menigheter og diakonale institusjoner til ny innsats. Kirken utfordres til å være på banen og ta på seg nye oppgaver. I forslag til vedtak pkt 3 utfordres menighetene til å kartlegge ressursene sine og samhandle med både diakonale institusjoner og med det offentlige.

Helse i globalt perspektiv omhandles også i denne bolken og de diakonale institusjonene utfordres på dette grunnlaget i forslag til vedtak pkt 2.

Den tredje og siste bolken tar opp konkrete utfordringer for kirkens helseoppdrag i vår tid. På vedtakssiden utfordres lokalmenighetene og diakonale institusjoner. Kirken kan bidra til helse både ved ord og handling: ord i form av forkynnelse, trosopplæring og kritisk nærvær i den offentlige samtale, handling innenfor et vidt spektrum av tjenester, fra mobile tiltak i lokalmenigheten til spesialiserte helsetjenester. Bakgrunn for forslag til vedtakene i pkt 2 og 3 finnes derfor særlig i dette kapitlet.

Forslag til vedtak

Kirkerådet anbefaler Kirkemøtet å gjøre følgende vedtak:

- 1. Kirkemøtet slutter seg til hovedinnholdet i saksframstillingen *Kirke og helse* og vil understreke at:**
 - a) Det helserelaterte arbeidet er en viktig del av kirkens oppdrag.
 - b) De diakonale institusjonene har en sentral rolle i å virkeliggjøre dette oppdraget.
 - c) Den store bredden i lokalmenighetenes helsefremmende praksis har betydning for folkehelsen og gir gode muligheter for samhandling.

- 2. Kirkemøtet utfordrer de diakonale institusjonene til å:**
 - a) Styrke oppmerksomheten på mennesker i sårbare situasjoner og deres rettigheter.
 - b) Være aktive bidragsyttere i samfunnsdebatten om helserelaterte tema.
 - c) Bidra i det globale helsearbeidet.
 - d) Drive 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 lokale, regionale og sentralkirkelige organer.
 - g) Trykke saksframstillingen *Kirke og helse* til bruk i undervisning og aktuelle ledersamlinger.

- 3. Kirkemøtet utfordrer menighetene til å:**
 - a) Kartlegge og mobilisere sine helsefremmende ressurser.
 - b) Styrke engasjementet for å bygge inkluderende fellesskap ut fra den enkelte menighets situasjon og lokale utfordringer.
 - c) Løfte fram helse og livsmestring som tema i forkynnelsen.
 - d) Samhandle med diakonale institusjoner.
 - e) Samhandle med offentlige instanser, blant annet med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseeloven.

4. Kirkemøtet utfordrer myndighetene til å:

- a) Sørge for at verdier og etiske spørsmål får økt gjennomslag i 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.
- d) Føre en solidarisk alkoholpolitikk som tar hensyn til alkoholens sosiale og helsemessige skadevirkninger.
- e) Gi rom for kirkens og andre ideelle aktørers særlige bidrag i helse- og omsorgsarbeidet og ved det bidra til mangfold og merverdi.

5. Kirkemøtet ber Kirkerådet følge opp saken Kirke og helse, blant annet ved å:

- a) Styrke kontakten mellom institusjonsdiakonien og sentralkirkelige organer.
- b) Videreutvikle arenaene for kontakt og samarbeid med offentlige helsemyndigheter.
- c) Sørge for at saksframstillingen gjøres tilgjengelig.
- d) Være pådriver for at lokale diakoniplaner etterspørres av bispedømmerådet.

Saksorientering

Innhold

1. Innledning

- 1.1 Bakgrunnen for å fremme saken på Kirkemøtet
- 1.2 Oversikt over innholdet i saksframstillingen
- 1.3 Hva forstår vi med helse?

2. Teologiske perspektiv på helse og kirkens helseoppdrag

- 2.1 Helse i bibelsk perspektiv
- 2.2 Helbredelse i bibelsk perspektiv
- 2.3 Disiplenes oppdrag
- 2.4 Kirkens helbredende tjeneste

3. Dagens situasjon som kontekst for kirkens helseoppdrag

- 3.1 Velferdsstaten som ramme for kirkens helseoppdrag
- 3.2 Helse- og omsorgstjenesten under press
- 3.3 Helsepolitiske reformer
- 3.4 Helsebegrepet til diskusjon
- 3.5 Alternativ behandling
- 3.6 Religiøs tro som helseressurs
- 3.7 Åndelig omsorg
- 3.8 Global helse

4. Kirkens helseoppdrag i vår tid

- 4.1 Kirkens helserelaterte ressurser
- 4.2 Forkynnelse og undervisning
- 4.3 Helserelaterte tiltak i lokalmenigheten
- 4.4 Diakonale institusjoner
- 4.5 Prester og diakoner i offentlige helseinstitusjoner
- 4.6 Fokusområder for kirkens helseoppdrag
- 4.7 Kirken i den offentlige debatt om helse

1. Innledning

1.1 Bakgrunnen for å fremme saken på Kirkemøtet

I denne innledningen skal det først gjøres rede for noen av årsakene til at *kirke og helse* er satt som tema for Kirkemøtet, og hva som er målsettingen med saken.

Både samfunnskonteksten og kirkekonteksten vi er en del av, aktualiserer spørsmålet om kirkens¹ helseoppdrag. Det første gjelder hvordan dette oppdraget skal forstås i vår tid og hvilke helsetilbud og tjenester kirken skal ha medansvar for. Har slik virksomhet relevans innenfor rammen av vårt velferdssamfunn? Er ikke behandling av syke og omsorgstrengende i all hovedsak en offentlig oppgave? Eller er det slik at kirken forvalter en rik arv på dette området, basert på et oppdrag gitt av kirkens Herre, og som fortsatt har gyldighet? Hvis oppdraget fortsatt gjelder, hvordan skal det så ta form gjennom konkret innsats, i lokalmenigheter og diakonale institusjoner?

Termen folkekirke indikerer en visjon om å være kirke i det offentlige rom. Det innebærer en beredskap til å ta på seg oppgaver som medvirker til å fremme det som er godt, sant og rett i samfunnet. Ut fra den rollen kirken alltid har hatt her i landet, er helse og omsorg slike oppgaver. Det er ikke tilfeldig, men i pakt med troen på en barmhjertig Gud som bryr seg om mennesker i nød og gjenreiser retten for svake og utstøtte. Fortellingene om Jesus har det samme fokuset. Med dette som utgangspunkt fikk også disiplene i oppdrag å helbrede syke og vise omsorg. Fra århundre til århundre har det inspirert til det vi kan kalle en diakonal grunntone i kirken, konkret uttrykt gjennom ulike helse- og omsorgstjenester.

Hvordan kan denne grunntonen spilles inn i utfoldelsen av oppdraget å være kirke i dagens samfunn? I videreutviklingen av Den norske kirke som folkekirke er det viktig at det settes et tydelig fokus på kirkens samfunnsrolle på en måte som fornyer til engasjement og medansvar for gode ordninger i det offentlige rom. Det finnes gode teologiske argumenter som taler for at kirken skal ta på seg en slik rolle og være det som noen steder er kalt *public church*.² I perspektivet fra troens første artikkel kan dette knyttes til Guds omsorg for alt som er skapt, og at vi alle er kalt til å tjene der vi møter vår neste. I perspektivet av troens andre artikkel utfordres vi av fortellingene om Jesus: han virket i det offentlige rom, i folks hverdag, der helbredet han syke og viste omsorg. Også den tredje trosartikkelen peker i samme retning: Når disiplene på pinsedag mottok Den hellige ånd, ble de myndiggjort til å gå ut fra stengte rom og i ord og handling vitne om Guds storverk.

Kirkens helserelevante tjeneste kan derfor sees i lys av kirkens helhetlige sendelse og oppdrag i verden. Diakoni er en integrert del av dette helhetlige oppdraget, og helserelevante tjenester er en sentral del av den diakonale oppgaven. *Plan for diakoni i Den norske kirke* bekrefter denne forståelsen ved å understreke at diakoni er evangeliet i handling, og at det må være et overordnet perspektiv for kirkens diakoni å stå «sammen med alle mennesker av god vilje i arbeidet med å ivareta de

¹ Dette saksframlegget har *Den norske kirke* som særlig referanseramme, men skal likevel leses inn i en økumenisk sammenheng hvor vi som kirkefelleskap står sammen om å være gitt et helseoppdrag.

² Cynthia Moe-Lobeda (2004): *Public Church: For the Life of the World*. Minneapolis: Augsburg Fortress.

grunnleggende verdiene i samfunnet».³ God helse, men også god behandling og omsorg når helsen skranter, er slike verdier som kirken utfordres til å fremme – både i ord og handling.

Kirkens helseoppdrag kan altså begrunnes internt, ut fra en teologisk refleksjon om kirkens sendelse til verden. Men det finnes også eksterne grunner, i særlig grad knyttet til de endringene vi ser i samfunnet med nye utfordringer innen helse- og omsorgssektoren. Derfor vil denne saksframstillingen også se på viktige trender i dagens helse-Norge og noen av de reformene som nå settes i verk. Særlig Samhandlingsreformen og Omsorgsreformen utfordrer sivilsamfunnet og derigjennom også menigheter og diakonale institusjoner til ny innsats. Det synes å være en forventning om at kirken skal være på banen og ta på seg nye oppgaver, kanskje særlig for å fremme folkehelsen.⁴ Dette henger sammen med den økte betydningen helsefremmende arbeid har fått som helsepolitisk anliggende, ut fra forståelsen av hva helse har å gjøre med livskvalitet, overskudd og trivsel, og at vi selv og de sosiale sammenhengene vi er en del av, er viktige faktorer for å fremme helse.

Når vi i denne saksframstillingen taler om *kirkens helseoppdrag*, omfatter det både helsefremmende arbeid, tjenester for å behandle syke og tiltak for å vise omsorg for dem som trenger det. At dette framstilles som et oppdrag gjenspeiler en forståelse av at dette både er et guddommelig og et offentlig oppdrag. Det har grunnlag i den bibelske framstillingen av helse og helbredelse, at vi er skapt til helhet og sammenheng, og at kirken er kalt av sin Herre til å utøve nestekjærlig omsorg. Denne delen av oppdraget svarer til det som på engelsk gjerne framstilles som *The healing ministry of the Church*, en formulering som får fram at tjenesten har som fokus å hele, det vil si, å gjøre livet helt. Samtidig har helseoppdraget en offentlig side. Den bygger på en tusen år gammel tradisjon i vårt folk, på samarbeid med offentlige myndigheter og på forventning i befolkningen om at kirken skal ha en rolle som samfunnsaktør, og særlig innenfor helse- og sosialsektoren.

Med andre ord: Kirken er utfordret til å la seg engasjere, mer enn tilfellet var for bare noen tiår siden. Dette er en følge av endringer i samfunnet og av hva som i dag skaper uhelse. I boken *Helse på norsk* reflekterer forfatterne over at tidligere generasjoners helse var truet av kulde, slit og sult. De ble rammet av sykdommer som legevitenenskapen i dag i stor grad vet å behandle. I dag er truslene flyttet til det psykososiale rommet, hevder de, hvor mennesker kjemper «for å lykkes i konkurranseøkonomien, for å vinne anerkjennelse i prestasjonssamfunnet, for å finne nærhet og fellesskap i alenesamfunnet, for å realisere seg selv i mulighetenes samfunn».⁵ Det er en kamp hvor mange sliter og har tungt å bære. Dette er en del av den konteksten hvor kirkens helseoppdrag skal finne troverdige uttrykk.

Bakgrunn og prosess

Spørsmålet om hvordan kirkens helseoppdrag skal forstås i vår tid har særlig vært drøftet i *Kontaktforum for kirke og helse*, som ble etablert i 2010. Her møtes personer

³ Kirkerådet (2008): *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo: Kirkerådet, s. 13.

⁴ «Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.» <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/Sider/default.aspx>.

⁵ Per Fugelli og Benedikte Ingstad (2009): *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 227.

med helse- og diakonifaglig kompetanse, personer fra helsemyndighetene, en stortingsrepresentant, en fra Diakoniledermøtet samt direktørene i KA Kirkelig arbeidsgiver- og interesseorganisasjon og Kirkerådet. En rapport fra Kirkerådet og KA til Helsedepartementet i 1999, stortingsmeldingen *Om verdier for den norske helsetenesta* fra samme år og tre årlige konferanser med representanter fra høyt nivå i kirken og den offentlige helsetjenesten danner bakteppe for dette samarbeidet. Kontaktforum har vært engasjert i å utvikle saken *Kirke og helse*, og har i den forbindelse arrangert flere seminar og møter med diakoniledere, diakoner, sykehusprester og fagfolk fra ulike diakonale miljø.

Flere av lederne for de største diakonale institusjonene, samlet i Diakoniledermøtet, har arbeidet mye med institusjonenes ideologi og profil. De har gitt en tydelig etterlysning av kirkens anerkjennelse i det oppdraget de har tatt på seg på kirkens vegne.

1.2 Oversikt over innholdet i saksframstillingen

Framstillingen som følger, består av tre bolker som innledes med en drøfting av forståelsen av helsebegrepet.

Den første bolken har som mål å gi en framstilling av det teologiske grunnlaget for kirkens helseoppdrag. Her er framstilt hvordan helse og helbredelse er oppfattet i Bibelen, og hvordan evangeliene forteller om Jesu undergjerninger. Spørsmålet om hvilken gyldighet disse tekstene har når de skal tolkes inn i vår tid, blir også behandlet.

Videre blir det beskrevet hvordan disiplene oppfattet tjenesten de ble gitt og praktiserte den ved å ta seg av syke og fattige. Dernest kommer en kort framstilling av hvordan denne tjenesten har tatt form gjennom kirkens historie fram mot vår tid. Her vil også den moderne diakonale bevegelse presenteres, og hvordan den fikk fotfeste i Norge fra andre del av 1800-tallet.

Den andre bolken har som tema den samfunnsmessige konteksten kirkens helseoppdrag utøves i. Den starter med en framstilling av den norske velferdsmodellen, hvordan helse- og omsorgstjenestene er bygget opp, og den plass diakonale virksomheter har innenfor denne modellen. Deretter beskrives noen av utfordringene i dagens helse-Norge og trender som preger dagens helsedebatt. Flere aktuelle helsereformer blir framstilt, særlig de som utfordrer kirken og dens helseoppdrag. Videre blir framveksten av alternative og komplementære behandlingsmetoder gjort rede for og utviklingen i retning av mer åpenhet for den åndelige dimensjonen ved helse, og dermed også for åndelig omsorg. Til sist i denne bolken gis et utsyn i retning av global helse.

Den tredje og siste bolken har som mål å konkretisere kirkens helseoppdrag på bakgrunn av det som de to første bolkene har løftet fram. Fokus er satt både på lokalmenigheten og på diakonale institusjoner, på mangfoldet av ressurser kirken allerede forvalter på dette området og på mulighetene for mer samhandling, også med instanser utenfor kirken. Tjenesten rommer både ord og handling: Ord i form av forkynnelse, trosopplæring og kritisk nærvær i den offentlige samtale. Handling

innenfor et vidt spektrum av tjenester, fra mobile tiltak i lokalmenigheten til spesialiserte helsetjenester.

Intensjonen med alt dette er å etablere en bred plattform som bekrefter at vi som kirke deler visjonen om å utføre et helseoppdrag i verden. Forhåpentligvis vil dette inspirere til utforming av felles strategier, mer samhandling og, framfor alt, til fornyet innsats.

1.3 Hva forstår vi med helse?

Helse er et aktuelt tema, både i samfunnsdebatten og i folks hverdagsliv. Tabloidpressen bringer omtrent daglig reportasjer om hva som kan fremme eller skade helsen. Iblant ser vi tendenser til å framstille helse som den fremste av alle verdier og derfor den viktigste betingelsen for et godt liv.

Det verserer mange oppfatninger om helse.⁶ For noen handler helse først og fremst om å være frisk, i motsetning til å være syk. Ut fra denne forståelsen blir helse et spørsmål om biomedisinsk normalitet, gjerne oppfattet som den tilstanden et menneske uten diagnoser befinner seg i. Andre oppfatter helse i videre forstand. Helse handler om trivsel og velbefinnende, om livskvalitet i meningsfulle relasjoner - familie, venner, naboer, arbeidskollegaer.

Forskjellen mellom den biomedisinske og den subjektive oppfatningen av helse beskrives gjerne ved de to engelske ordene *illness* som uttrykker den subjektive opplevelsen av sykdom, og *disease* som viser til en konkret og målbar sykdom. Noen ganger oppstår en spenning mellom den subjektive oppfatningen av helse, hvor frisk eller syk en pasient kjenner seg, og den biomedisinske vurderingen legen gir. En pasient som kjenner seg elendig, kan få beskjed fra legen om at han ikke feiler noe. Det er den samme distinksjonen som gjør at mennesker som er kronisk syke eller har en funksjonshemming, kan si at helsen er god. På engelsk brukes også ordet *sickness* som sier noen om samfunnets respons på sykdom, noen ganger skapes avstand til det som er «sykt», med den følge at mennesker kan stigmatiseres og holdes utenfor.

I framstillingen av kirkens oppdrag på dette området vil vi ta høyde for sykdom som både *illness*, *disease* og *sickness*, og ha som perspektiv at det er viktig å ta hensyn til alle tre i utøvelsen av helse- og omsorgsarbeid. Samtidig vil kirken ha som et hovedanliggende å bekrefte sammenhengen mellom dem, ikke minst for å få fram at den enkelte er subjekt i eget liv og ikke skal reduseres til å være en diagnose.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse slik: «Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet».⁷ Definisjonen er blitt kritisert for å fremme en utopisk forestilling om helse. Hvordan skal helsemyndigheter møte de forventningene den gir omsatt i konkrete helse- og omsorgstjenester? Når opplever vi «fullkommen velvære»?

Kirkenes Verdensråd har formulert en alternativ helsedefinisjon: «Helse er en dynamisk tilstand av velvære som både gjelder enkeltmennesket og samfunnet; av

⁶ John Gunnar Mæland (2009): *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget.

⁷ “Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO 1948).

fysisk, mentalt, åndelig, økonomisk, politisk og sosialt velvære, i relasjon til den materielle omverdenen og til Gud».⁸ Her er flere anliggender tatt med: Det kommer klarere fram at helse er noe dynamisk som erfares i relasjonene mennesker lever i, inklusive relasjonen til Gud. Slik fastholdes det at temaet helse knyttes til grunnleggende eksistensielle spørsmål, til verdigrunnlag og menneskesyn, og til de forventningene vi har til lykke og mening i livet.

Den tysk-amerikanske teologen Paul Tillich hevder at livet vi lever som mennesker rommer et mangfold av dimensjoner som til sammen utgjør en enhet, og hvor disse dimensjonene påvirker hverandre gjensidig (*the multidimensional unity of life*).⁹ Det innebærer for eksempel at mentale lidelser ofte får fysiske og sosiale følger. Men det betyr også at den åndelige dimensjonen kan vise seg å påvirke det fysiske og mentale, på godt og på vondt. Styrke på ett område kan føre til bedre mestring på de andre områdene. Det er et viktig perspektiv å ha med i refleksjonen om kirkens helseoppdrag. Det gjør det mulig å skjelve mellom å bli helbredet og bli kurert og samtidig se sammenhengen mellom dem.

Overalt hvor kirken er engasjert for å fremme helse, vil innsatsen bære preg av det kristne menneskesynet, det som fastholder både menneskets skrøpeligheit og storhet. Det er bakgrunnen for å forstå helse som noe dynamisk, i spenning mellom Bibelens framstilling av mennesket som «støv» og samtidig som skapt i Guds bilde. Midt i denne spenningen hevdes menneskets verdi, som absolutt og uomtvistelig, uansett sosial status og livssituasjon. Verdigheten er ikke noe mennesket har i oppgave å tilkjempe seg eller en følge av andres vennlige anerkjennelse. Den er gitt i kraft av Guds godhet. Et kvalitetsstempel er satt på hver og en som skapt i Guds bilde. Men det er også viktig at denne gaven er et aktivum: Det latinske begrepet *dignitas* som knyttes til forståelsen av menneskeverd, kan også oversettes med dugelighet. Å bekrefte menneskers verdighet betyr derfor å bekrefte deres grunnleggende rett og evne til å mestre livet og til å leve helt, i gode og meningsfulle relasjoner.

Det gode livet, *eudaimonia* som det heter i tradisjonen fra Aristoteles, er i vår tid omskrevet til *human flourishing*, det vil si å blomstre som menneske i et mangfold av relasjoner og dimensjoner. Denne forståelsen er i pakt med den kristne oppfatningen av helse. Den innebærer at kirkens helseoppdrag må forstås i vid forstand: som helsefremmende arbeid, som hjelp til livsmestring, som medisinsk behandling og som omsorg for syke og skrøpelige. Gjennom alle disse oppdragene er målet å fremme menneskeverd og livskvalitet, og særlig i sammenhenger hvor det trenges innsats for å kjempe for disse verdiene.

⁸ "Health is a dynamic state of wellbeing of the individual and the society; of physical, mental, spiritual, economic, political and social wellbeing; of being in harmony with each other, with the material environment and with God" (World Council of Churches, 1989).

⁹ Paul Tillich (1963): *Systematic Theology, Volume 3*. Chicago: University of Chicago Press, s.12-17.

2. Teologiske perspektiv på helse og kirkens helseoppdrag

2.1 Helse i bibelsk perspektiv

Ordet «helse», slik det brukes i helsetjenesten i dag, er ukjent i det bibelske materiale. Derfor nytter det ikke å bruke en bibelordbok for finne ut om Bibelen har noe å si om dette temaet. Vi må se etter videre sammenhenger, og særlig til utsagn om hva det vil si å være menneske og hva som gir livet kvalitet.

I den norske bibeloversettelsen finner vi likevel ordet «helse» brukt fire ganger, alle i Det gamle testamente, og tre av dem i Ordspråkene: «Det (frykt for Herren) blir til helse for kroppen, en styrkedrikk for marg og bein» (3,8); «De (mine ord) er liv for den som finner dem, og gir hele kroppen helse» (4,22); «Glede i hjertet gir god helse, mismot tærer på kroppen» (17,22). Det er tydelig at dette er visdomsord som peker i retning av kildene for det gode liv. Oversettelsen fra 1978 bruker «helsebot» i de to første av disse henvisningene, mens den engelsk-språklige NRSV¹⁰ bruker *healing* på disse to stedene og *good medicine* i det tredje.

Dette viser at fokus i det bibelske perspektivet er satt på det dynamiske og helhetlige på en måte som knytter til forståelsen av hva det innebærer å være menneske: På den ene side skapt av jordens støv og derfor sårbart. På den andre siden skapt i Guds bilde, skapt til gode relasjoner med Skaperen, medmennesket og naturen. Det er i spenningen mellom disse grunnleggende dimensjonene at mennesker er utsatt for sykdom og smerte, men samtidig erfarer det gode livets velsignelser. Det vet at det skal vende tilbake til støvet (Sal 90,3), men setter sin lit til Gud som «husker at vi er støv» (Sal 103,14).

I bibelsk forstand betyr helse helhet og velvære, og at alle gode relasjoner er intakte. Det er dette som ligger i ordet *shalom* som i vår bibel gjerne er oversatt til «fred». Det ser vi for eksempel i fortellingen om Josef. Da han spør brødrene om hvordan det står til med faren (1 Mos 43,26), bruker den hebraiske Bibelen her *shalom*, mens den jødiske oversettelsen til gresk (*Septuaginta*) har «er han frisk?». Relasjonen til slekten og den nære familie er av grunnleggende betydning.

Også det norske ordet helse har en språklig forbindelse til å være hel og til prosesser som bringer helhet, eller helbredelse som er et annet ord for samme sak. Dette helhetlige perspektivet betoner at mennesket er mer enn kropp, og at helse derfor også gjelder det mentale, det sosiale og det åndelige. Men det underkjenner heller ikke at mennesket er kropp. Tvert imot er Bibelen tydelig i framstillingen av kroppslighet som grunnleggende livsbetingelse. Derfor er det kroppen som klart sier fra om hvordan vi har det. Skjer noe med kroppen, vil det ofte også bringe de andre dimensjonene ut av sin gode sammenheng.

Helse oppfattes derfor ikke statisk, men som betinget av dynamiske prosesser. Disse kan være negative dersom menneske lever på en slik måte at det får negative konsekvenser. Synd kan resultere i sykdom. I Det gamle testamente advares Israelfolket mot å bryte budene. Da vil Gud straffe ved å legge sykdommer på dem (3 Mos 26,14-16, 5 Mos 28,22). Noen ganger kan det gi inntrykk av at sykdom alltid

¹⁰ *The New Revised Standard Version*, publisert i 1989.

har sin årsak i synd eller ulydighet mot Guds vilje. Men bildet er ikke entydig. Bibelen forteller også om mennesker som er blitt syke uten at det hefter noe spesielt syndig ved dem, tvert imot søker disse trøst og hjelp hos Gud. Derfor heter det: «Herren styrker ham i sykdommen; du forvandler leiet hans når han er syk» (Sal 41,4). På den andre siden vil det bibelske menneskesynet alltid romme en erkjennelse av menneskets svakhet som gjør at relasjoner kan skades. Denne erkjennelsen gjør at mennesker vender seg til Gud og ber om barmhjertighet. Barmhjertigheten viser seg ved at Gud tilgir synd, det vil si gjenoppretter ødelagte relasjoner, og ved at den syke blir leget (Sal 103,3).

Stor vekt legges derfor på å hindre og forebygge sykdom (2 Mos 15,26; 5 Mos 7,15). De 213 helseforskriftene i Moseloven har som mål å fremme velvære og fred, i samsvar med den fredspakten Gud har opprettet for sitt folk: «For om fjellene viker og haugene vakler, skal min godhet aldri vike fra deg, min fredspakt skal ikke vakle, sier Herren, som viser deg barmhjertighet» (Jes 54,10).

Derfor knytter spørsmål om velvære og helse i Bibelen til forventninger om Guds omsorg og frelse. På det fjerde sted hvor den norske oversettelsen bruker ordet helse (Esek 47,12), er dette hovedbudskapet. Sammenhengen er at profeten skildrer et syn han har fått om den nye tid som skal komme: «På hver side av elven skal det vokse alle slags trær til å spise av. Løvet på dem skal ikke visne, og frukten skal ikke ta slutt. Hver måned skal de bære ny frukt, for vannet de får, kommer fra helligdommen. Frukten skal tjene til føde og bladene bringe helse.»

I den poetiske litteraturen er tematikken rundt kropp og helse et stadig tilbakevendende tema. I takkesanger og lovsang uttrykkes takknemlighet og glede til Gud som har reist mennesker opp av sykdom og elendighet. I klagesanger beskriver mennesker sin nød og fortvilelse. Her er det lite av tildekking og bortforklaring av nøden. Typisk for klagesangtradisjonen er en detaljert beskrivelse av nøden og at det insisteres på at hele vår erfaringsverden angår Gud. Spørsmål knyttet til kropp og helse har alltid vært vesentlige i menneskers religiøsitet. Også endringer i kropp og helse knyttet til aldringsprosessen får sin poetiske beskrivelse, se Fork 12.1-8

I Det nye testamente er fortellingene om Jesus framstilt som oppfyllelse av dette løftet om mat og helse. Det vil bli behandlet mer utførlig i neste kapitel. Her skal vi bare konstatere at evangeliene gjenspeiler den jødiske forståelsen av helse som noe helhetlig og dynamisk, selv om det nå framstilles i gresk språkdrakt. Det alminnelige greske ordet for helse, *hygieia*, finnes ikke brukt i Det nye testamente, derimot verbet *hygienein* (å bli frisk) og adjektivet *hygies* (frisk), som for eksempel når Jesus spør den syke ved Betesda; «Vil du bli frisk?» (Joh 5,7). Når disse ordene finnes brukt, kan det både være tale om enkelte kroppsdeler som blir friske (Matt 12,13; Mark 3,5) og hele personen (Matt 15,31; Apg 4,10). At dette handler om helhet, velvære og relasjoner kommer godt fram i fredshilsenen i 3. Johannes 2: «Min kjære, jeg ønsker at du på alle vis får være frisk og ha det godt, like godt som du har det åndelig».

I videst forstand er helse å være inkludert i livets sammenheng og ha del i troen, håpet og kjærligheten. Det er derfor ikke tilfeldig at Bibelens siste bok, Johannes' Åpenbaring, avrundes på en måte som minner om det synet profeten Esekiel hadde, men nå med referanse til «Guds og Lammets trone» og hvor bladene på livets tre er «til legedom for folkene» (22,1-2).

Utsagn som disse gjenspeiler det bibelske menneskesynet når det betones at helse handler om helhet og sammenheng. Dette er et viktig perspektiv å ha med i kirken helseoppdrag. Det kan bidra til en utvidet, men også mer realistisk forståelse av helse. I vår omgang med helsebegrepet må det være plass både for vonde og gode dager, for troen på at livet lar seg mestre og på at velvære og trivsel er mulig, også når ikke alt er fullkomment. I dette perspektivet oppfattes helse som gave og derfor til glede. Samtidig gir det syn for at helse er noe som vi har ansvar for å ta vare på og fremme, vel vitende om at livets gave er langt mer enn god helse.

2.2 Helbredelse i bibelsk perspektiv

På samme måte som Bibelen forstår helse i et helhetlig og relasjonelt perspektiv, blir helbredelse framstilt som en prosess som gjenoppretter sammenheng og helhet. Å være syk handler derfor om mer enn å være rammet av en konkret sykdom som kan bestemmes ved hjelp av en diagnose. Det gjelder vel så mye den subjektive erfaringen av smerte og av å bli satt ut av spill, både fysisk, mentalt, sosialt og åndelig.

At fokus i liten grad er på diagnosen, men heller på den sykes tilstand og hva sykdommen har som følger, kommer til uttrykk i ordene Bibelen bruker i omtalen av sykdom. I Det nye testamente er det brukt mange ulike ord som på norsk er oversatt til sykdom. De greske begrepene peker ofte i retning av hva det innebærer å være syk: sår eller skade (gresk: *nosos* – Matt 4,24), plage (gresk: *basanos* – Matt 4,24), kraftløshet (gresk: *asteneia* – Luk 13,11) og svakhet (gresk: *arrostos* – Matt 14,14).

Helbredelse er å bringe til helhet igjen det sykdommen har forårsaket av sår og skade. På samme måte som de bibelske forfatterne knytter helse og velvære til Gud, i tillit til Guds omsorg, knyttes også forventningene om helbredelse til Gud: «For jeg, Herren, er den som helbreder deg» (2 Mos 15,25). I bibeloversettelsen fra 1978 heter det her: «For jeg, Herren, er din lege», i tråd med Luthers oversettelse til tysk på 1500-tallet. Den oversettelsen kunne gi leserne inntrykk av at Gud er den legen troende skal forholde seg til, og at det ikke er nødvendig å konsultere andre leger. Det ville være en kortslutning, i tillegg til at oversettelsen ikke er presis. Det hebraiske ordet som er brukt her (*refusha* av verbet *rafa*) betyr å bøte, sy sammen, gjøre hel. Bildet av Gud som helbreder bringer derfor ikke tanken i retning av en mirakeldoktor som gjør andre leger overflødige, men av en barmhjertig Skaper som gir livskraft til syke, slik at de igjen blir hele mennesker.

Innebærer dette også fysisk helbredelse? Det er ingen tvil om at folk trodde at Gud kunne gjøre en ende på fysiske plager. Likevel finnes det overraskende få fortellinger om slik helbredelse i Det gamle testamente. De fire mest kjente er alle gjengitt i Kongebøkene og knyttet til profetenes virksomhet. De to første handler om døde som blir vekket til live: Elia og enkens sønn (1 Kong 17,17-24) og Elisja og sønnen til Sjunem-kvinnen (2 Kong 4,8-37). I tillegg har vi fortellingen om Elisja og Naaman som hadde en hudsykdom. Naaman ble sendt av sted med hilsenen «Gå i fred» (2 Kong 5,1-19). Det er og en fortelling om Jesaja og kong Hiskia (2 Kong 20,1-7, også fortalt i Jes 38).

I alle disse tekstene er vekten i like stor grad lagt på det relasjonelle og helhetlige som på det fysiske. Det er som Guds utsendte at profeten har evne til å helbrede. Derfor

bekjenner også arameeren Naaman: «Nå vet jeg at det ikke finnes noen Gud på hele jorden uten i Israel» (2 Kong 5,15). Den samme holdningen gir salmisten uttrykk for: «Herre, min Gud, jeg ropte til deg, og du helbredet meg. Herre, du førte min sjel opp fra dødsriket, du ga meg liv på nytt da jeg var i graven» (Sal 30,3-4). Gud er livets Gud, Skaperen som gir liv og som gjenoppretter livet og frir det fra dødens krefter.

Det maner til guds frykt: «Men for dere som frykter mitt navn, skal rettferds sol gå opp med legedom under sine vinger» (Mal 4,2). Det får Jeremia til å spørre om Gud har forkastet sitt folk, når det rammes av sult og sykdom: «Hvorfor har du slått oss så det ikke finnes helbredelse?» (Jer 14,19). Betyr dette at synd og ulydighet er årsaken til at folk blir syke? Det er en problemstilling som aldri helt slipper taket i Det gamle testamente, og som vi også møter i fortellingen om Jesu møte med den blindfødte når disiplene spør: «Hvem er det som har syndet, han selv eller hans foreldre, siden han ble født blind?» Jesus avviser kategorisk denne tankegangen: «Verken han eller hans foreldre har syndet» (Joh 9,2-3). For Jesus er den blindfødte ikke en illustrasjon på hva synd kan føre til, men i stedet et tegn på frelsen han er sendt for å bringe: «Men nå kan Guds gjerninger bli åpenbart på ham. Så lenge det er dag, må vi gjøre hans gjerninger som har sendt meg». Dette utsagnet kan leses som en oppfordring til ikke å dømme om hvorfor noen rammes av sykdom og lidelse, men til heller å bli en del av det store «vi» av Jesu disipler som viser omsorg og gjør slike gjerninger som Jesus ble sendt for å utføre.

Helbredelse av syke har en sentral plass i Jesu virke slik det framstilles i evangeliene. Rent volummessig kommer dette til uttrykk ved at beretninger om helbredelse utgjør hele 40 % av fortellingsstoffet hos Matteus og Markus. Den tilsvarende prosentandelen hos Lukas er 35 og hos Johannes 33. Hele 26 fortellinger handler om enkeltpersoner som blir helbredet. Mer enn halvparten av disse finnes gjengitt i de tre første evangeliene. I 17 tilfeller handler dette om helbredelse av fysiske plager, 6 om fordrivelse av demoner og 3 om døde som vekkes til live. I tillegg kommer 12 samlefortellinger som denne hos Matteus: «Jesus vandret nå omkring i alle byene og landsbyene. Han underviste i synagogene deres, forkynte evangeliet om riket og helbredet all sykdom og plage» (9,35).

Det er grunn til å anta at Jesus ble oppfattet som en folkelig *healer* på linje med andre som opptrådte på hans tid. Slike «healere» var av folket og derfor forskjellige fra legene (gresk: *iatros* – Mark 5,26) som tilhørte en høyere samfunnsklasse. Datidens legekunst, særlig den som var preget av gresk (hellenistisk) bakgrunn, lå nær filosofien. Legen underviste om sykdommer og hvordan de kunne behandles. Selv berørte han ikke pasienten, men kunne bruke en slave til behandlingen. Det var denne salven som fikk skylden dersom behandlingen mislyktes. De folkelige healerne, derimot, tok på pasienten. Dette innebar risiko for selv å bli uren. Slik opptrer også Jesus. Han legger hendene på de syke (Luk 4,40; 22,51), både på eget initiativ og når han blir bedt om det (Mark 6,56). Han bruker spytt i helbredelsen av en døvstum (Mark 7,33) og en blind (Mark 8,23). Denne folkelige siden ved Jesu helbredelser synes ikke å ha vakt oppsikt. Det gjorde, derimot, det han sa og at han helbredet på sabbaten.

Fortellingen om helbredelsen av den lamme mannen som fire venner firte ned fra taket til stedet Jesus var (Matt 9,1-8; Mark 2,1-12; Luk 5,17-26), illustrerer dette. Det vekker oppsikt at Jesus sier til den lamme at syndene hans er tilgitt og deretter gir ham

beskjed om å reise seg, ta båren sin og gå hjem. «Noe slikt har vi aldri sett», utbryter de som var tilskuere til denne hendelsen.

Skal dette forstås slik at sykdom er en følge av synd, og at tilgivelse er en forutsetning for helbredelse? Vil ikke dette være i strid med Jesu utsagn i møtet med den blindfødte? Ikke nødvendigvis. Det Jesus avviser er en direkte årsak-virkning tolkning som rammer den blindfødte som enkeltperson og som rettfærdiggjør religiøse og sosiale sanksjoner mot ham. Det forhindrer ikke at Jesus tolker sykdom og funksjonshemming i samsvar med sin samtids forståelse som uttrykk for ondskapens og syndens makt over menneskene. Å helbrede innebærer derfor å bli satt fri fra dens ondes herredømme og den syndige sfære det bringer mennesket inn i. Sykdom og funksjonshemming er ikke oppfattet som diagnose, men som metafysisk tilstand som diskvalifiserer både fra det religiøse og sosiale fellesskapet.

Denne forståelsen av helbredelse kommer til uttrykk i ordene som brukes. Kvinnen som hadde hatt blødninger i tolv år, sa til seg selv da hun nærmet seg Jesus: «Om jeg bare får røre ved kappen hans, blir jeg frisk» (Matt 9,21). Det greske ordet som på norsk her er oversatt med «bli frisk», er *soozein* som like gjerne kunne vært oversatt med «bli hel» eller «bli frelst». Det ser vi i fortsettelsen. Jesus bruker det samme verbet når han henvender seg til kvinnen, men nå har bibeloversetterne valgt å oversette det annerledes: «Din tro har frelst deg» (Matt 9,22).

Det er en tilsvarende tankegang som ligger til grunn for utsagn om spedalske som blir rensset (gresk: *katharizein* – Matt 8,2), et ord som Paulus bruker i vid forstand om å bli rensset «for all urenhet på kropp og sjel» (2 Kor 7,1). Et annet ord er å løse ut eller sette fri (gresk: *apolyein*). I møtet med den krumbøyde kvinnen sier Jesus: «Kvinne, du er løst fra sykdommen din» (Luk 13,12).

Dette helhetlige perspektivet hører med også når ytterligere to verb som betyr «å lege» brukes (gresk: *iaomai* og *therapevein*). Det første finner vi for eksempel i fortellingen om kvinnen som rørte ved Jesu kappe, «hun kjente på kroppen at hun var blitt helbredet for plagen» (Mark 5,29). Hennes plage omfatter langt mer enn det fysiske; blødningene hadde gjort henne uren både sosialt og religiøst. Den smerten hadde hun båret på i tolv år. Heller ikke det andre verbet, som vi gjenkjenner i vårt ord terapi, er begrenset til det vi oppfatter som medisinsk behandling. Det ser vi for eksempel i fortellingen om en gutt med en ond ånd, hvor Jesus gjør det klart at det er hans åndelige myndighet som tvinger den onde ånden til å la gutten være i fred (Matt 17,18).

Dette siste eksemplet avdekker et grunnleggende problem, når vi skal lese de bibelske fortellingene om helbredelse inn i vår tid. Det Matteus beskriver som en månesyk gutt, vil vi oppfatte som et tilfelle av epilepsi. Vi anvender diagnose om fysiske og mentale lidelser. Vi tolker ikke disse metafysisk, det vil si innenfor rammen av overnaturlige fenomener, slik dette skjedde på Jesu tid, men innenfor rammen av medisinsk kunnskap og de mulighetene for behandling denne innsikten gir.

Hvordan skal vi forstå disse fortellingene? Gir det mening å lese dem inn i vår tids forståelse av sykdom og helbredelse? Særlig lærere og forkynnere oppfatter dette som en krevende oppgave. På den ene siden er det ikke mulig å forvente at vår tids tilhørere vil tilegne seg antikkens forståelse av sykdom og helbredelse. Vår tolkningshorisont er informert av moderne vitenskap og omfattende kunnskap om hvorfor mennesker blir syke og hvordan sykdommer behandles. Det kan ikke kristne

lærere og forkynnere sette til side. På den andre siden er det heller ikke tilfredsstillende å snevre fortellingene inn til den åndelige siden ved lidelse og begrense dem til å handle om menneskets forhold til Gud. Beretningene handler vitterlig om mennesker som lider, både fysisk, mentalt og sosialt, og som blir hjulpet i sin nød. Evangelienes Jesus bryr seg om slike mennesker, han setter dem fri fra det som binder dem og gir livene deres en ny begynnelse.

Hva slags gyldighet har dette budskapet i vår tid?

Det første som kan fastholdes som gyldig når vi skal tolke fortellinger om helbredelse, er at Guds omsorg gjelder hele mennesket, ikke bare det åndelige eller sjelen. Det må ha følger for kirkens omsorgsoppdrag. Som vi skal se nærmere på i neste kapittel, har dette gjennom hele kirkens historie inspirert til tjeneste for syke og hjelpeløse. Noen ganger har en åndeliggjort kristendomsforståelse ført til at denne tradisjonen er blitt svekket. Det kan gi inntrykk av at det som har med helbred og velvære å gjøre, er kommet på avstand fra det kirken er kalt til å bry seg om. Fortellingene om Jesu møte med syke og utstøtte maner oss som kirke, ikke minst som lokalmenighet, til å ha blick for mennesker som rammes av sykdom og sorg, og til å vise omsorg gjennom konkrete diakonale tiltak.

Fortellingene om at Jesus driver ut onde ånder, kan også tolkes innenfor denne rammen. Den gang trodde folk at de var omgitt av en farlig ånde verden, og at demoner kunne ta bolig i mennesker. Også i dag er det mennesker rundt om i verden som tror dette, og noen kirkesamfunn har ritualer for å drive ut onde ånder. Ofte vil dette gjelde mennesker med psykiske lidelser, sykdommer som vi i dag har en helt annen kunnskap om og behandlingstilbud for enn på Jesu tid, og som vi vet kan påføres mer lidelse om de sies å være besatte. Evangelistenes virkelighetsforståelse forutsetter nok at onde ånder finnes og at de virker til skade for enkeltmennesker. Hovedsaken i evangelienes fortellinger er likevel ikke å grunnegi troen på demoner, men tvert imot å forkynne at ondskapens krefter, uavhengig av hvordan vi forestiller oss dem, er underlagt Jesu mektige herredømme. De er drevet ut. Det skjer ved at Jesus opptrer midt i den brutale hverdagen hvor mennesker rammes. At Jesus driver ut demoner, kan vi tolke som en frigjøring fra alt det ubegripelige vi opplever kan true oss, og fra fordømmer og stigmatisering av mennesker som lider. Vi trenger ingen lære om demonene for å se relevansen av disse fortellingene i vår tid: De utfordrer oss til å ha tillit til Jesus og hans makt til å frelse midt i all menneskelig nød og til å følge hans eksempel med å vise omsorg for mennesker som er overmannet av krefter de selv ikke rår med.

For det andre lar fortellingene om helbredelse oss se at sykdom og lidelse er mange-fasettert. Mennesker opplever at de kommer til kort og at de isoleres, og at de trenger hjelp til å mestre livet når de er blitt syke. For mange kan omsorg og solidaritet virke helbredende, slik en afrikansk kvinne uttrykte det da venninnene fra kvinnegruppa kom på sykebesøk: «Jeg ble helbredet, selv om sykdommen ikke slapp meg» (*I was healed, even if I was not cured*).

Dette helhetlige perspektivet bringer oss til et tredje punkt, nemlig at fortellingene om helbredelse ofte har en kritisk undertone, fordi de avdekker fordømmer og diskriminerende praksis. Jesus møtte motstand av de religiøse makthaverne som kritiserte ham fordi han helbredet på sabbaten. Den religiøse orden ble ansett som viktigere enn menneskers lidelse. Når Jesus helbreder, åpenbares hans profetiske

oppdrag med å gjenreise retten til svake og utstøtte og forsvare deres verdighet og plass i fellesskapet.

Derfor framholder evangeliene at fortellingene om helbredelse er knyttet til Jesu forkynnelse av Guds rike. Dette er den fjerde tolkningsnøkkelen til forståelsen av dem. I den forstand er hans underne enestående, og uttrykk for den messianske myndighet han er gitt av sin himmelske Far. At Jesus er sendt av Gud, gjør at han representerer Guds unike skaperkraft og frelsesvilje. Fortellingene om helbredelse illustrerer nettopp dette, som profetordet har gitt løfte om: «Han har sendt meg for å rope ut at fanger skal få frihet og blinde få synet igjen, for å sette undertrykte fri og rope ut et nådens fra Herren» (Luk 4,18-19). At en mann som har vært syk i 38 år, uten videre kan reise seg og gå slik det skjedde ved Betesda-dammen (Joh 5,1-9), er et tegn på denne nye virkeligheten som Jesus bringer nær. I en forstand er det bare Jesus som kan gjøre dette. Samtidig er det et tegn overalt hvor Guds rike bringes nær gjennom forkynnelse og diakonal tjeneste til vitne om Livets seier over dødens krefter.

2.3 Disiplenes oppdrag

Det er tydelig at evangeliene framstiller Jesu helbredende tjeneste som enestående og knyttet til hans messianske myndighet til å sette mennesker fri fra syndens og ondskapens bånd. Men like klart er det at Jesus gir denne tjenesten videre til disiplene som en integrert del av deres sendelse (misjon) i verden. «Han kalte til seg de tolv disiplene sine og ga dem makt til å drive ut urene ånder og helbrede all sykdom og plage», forteller Matteus, og legger til at de ble sendt ut med et klart oppdrag: «Gå og forkynn: 'Himmelriket er kommet nær!' Helbred syke, vekke opp døde, gjør spedalske rene og driv ut onde ånder! Gi som gave det dere fikk som gave» (Matt 10,1-8; Mark 6,7-13; Luk 9,1-6). Lukas har i tillegg en beretning om 72 som sendes to og to (10,1-12).

Fortellingene i Apostelgjerningene viser at de første kristne tok dette oppdraget på alvor. Her fortelles det om syke som ble helbredet (3,1-10; 9,32-35; 14,8-11; 28,8-9), om utdrivelse av demoner (16,16-18) og om døde som ble vekket til live (9,36-42; 20,9-12). Leserne skal vite at den nye tid Jesus brakte nær, fortsetter også etter at Jesus har avsluttet sitt jordeliv; apostlene gjorde «tegn og under» (2,43; 5,12; 6,8) som først og fremst var vitnesbyrd om Herrens nærvær og omsorg (14,3). Paulus avviser derfor kategorisk å bli oppfattet som mirakelmann når tilskuere som hadde vært vitner til at han hadde helbredet en syk, begynte å fantasere om at han og hans følgesvenn var guder som hadde gjort seg om til mennesker: «Vi er jo alminnelige mennesker akkurat som dere» (14,15). Det er evangeliet og Guds gavmildhet som gjør at kraftløse mennesker kan reise seg igjen.

Paulus taler derfor om helbredelsens nådegave (*charismata iamatōn*), når han svarer på spørsmål fra menigheten i Korint hvor noen åpenbart har forestilt seg dette som en overnaturlig mirakelkunst som det var mulig å erverve seg (1 Kor 12). For det første handler det altså om en gave, og det er giveren som gjør den virkekraftig. For det andre er den et uttrykk for Guds nåde, den lar mennesker erfare at Gud bryr seg om syke og lidende. Det er for deres skyld noen gis gaven å helbrede.

Gud gir helbredelsens nådegave til den Gud vil. Men også menigheten må organisere seg slik at det gis rom for denne nådegaven. I Jakobs brev blir dette framstilt som en oppgave også lederne (de eldste) har et særlig ansvar for, de skal besøke, salve og be for syke (Jak 5,13-18). Både her og andre steder i Det nye testamente kan det gis inntrykk av at sykdom er en følge av uorden i menigheten. For eksempel antyder Paulus at troende som går til nattverd uten å tenke på at det er Herrens kropp de tar imot, spiser og drikker seg selv til doms, «derfor er det så mange svake og skrøpelige hos dere, og noen har sovnet inn» (1 Kor 11,30). Dette må ikke forstås som en mekanisk årsakssammenheng mellom synd og sykdom, men som en oppfordring til å leve troens liv helt og fullt. Paulus vet godt at ikke alle som er syke, blir helbredet. Han har selv fått «en torn i kroppen» til påminning om ikke å bli hovmodig, men i stedet sette sin lit til Guds nåde og til kraften som «fullendes i svakhet» (2 Kor 12,7-10). Som vi har sett, kan det greske begrepet *asteneia* som her er oversatt med «svakhet», også brukes om å være syk. Det er derfor ingen motsetning mellom sykdom og erfaringer av glede og styrke.

Å være hel eller, om vi velger vårt tids begrep, helse i videst forstand handler derfor om å modnes i tro og visdom (Kol 1,28; Ef 4,13). Noe lignende uttrykker Paulus når han ber Gud velsigne menigheten i Tessaloniki: «Må han, fredens Gud, hellige dere helt igjennom, og må deres ånd, sjel og kropp bli bevart uskadet, så dere ikke kan klandres for noe når vår Herre Jesus Kristus kommer. Trofast er han som kaller dere til dette. Han skal også fullføre det» (1 Tess 5,23-24).

2.4 Kirkens helbredende tjeneste

Vi har sett at helbredelse var en viktig side ved Jesu virke, og også en integrert del av oppdraget han gav videre til disiplene. Siden har denne tjenesten fulgt kirken, helt fra de første menighetene, som vokste fram som følge av Paulus' og andres misjonsvirksomhet, og fram til vår tid. På engelsk kalles dette gjerne *the healing ministry of the Church*, en betegnelse som ikke så lett lar seg oversette til norsk, fordi «healing» kan oppfattes som noe overnaturlig og spektakulært, og som derfor mange oppfatter som et problematisk begrep. Noen knytter også *healing* til miljøer som ønsker å framstå som alternativ til en vitenskapelig fundert helsetjeneste, eller til trosretninger med forkynnere som lover helbredelse om en bare tror tilstrekkelig. Slik sett fungerer det nynorske ordet «heiling» bedre, nettopp fordi det peker på å gjøre helt det som er skadet.

Det kan virke som at den helhetlige forståelsen av helbredelse som Bibelen legger til grunn, dekkes bedre i engelsk språkform enn i norsk. Samtidig bringer begrepet *ministry* inn forståelsen av at dette er et fast oppdrag, forankret i evangeliet om Jesus Kristus, men slik at det krever form i strukturer og roller. *Ministerium*, som *ministry* er avledet av, er oversettelse til latin av det greske ordet *diakonia* i Det nye testamente. Det viser både til Jesu diakonale gjerning og til aposteltjenesten (2 Kor 3,6), men også til en bestemt tjeneste i menigheten (Apg 6,1-6; 1 Tim 3,8-13).

I kirkens første tid kom kirkens helbredende tjeneste framfor alt til uttrykk gjennom gjestfrihet og besøktjeneste. Ensomme og hjelpeløse ble inkludert i menighetens fellesskap, de ble tatt hånd om, vist omsorg og gitt sin plass å fylle som nødvendige lemmer på legemet. Her hadde både diakonene og enkene viktige oppgaver. Ingen var

så fattige at de ikke fikk plass ved bordet, med mat både for kropp og sjel. Og ved bordet fikk de bekreftet likeverd som søstre og brødre i troen. Det er derfor ikke tilfeldig at gjestfrihet løftes fram som en kristen dyd, både i menighetens hverdagsliv (Rom 12,13; Hebr 13,2) og som egenskap hos den som skulle velges til leder (1 Tim 3,2).

Besøktstjenesten var like viktig. Diakonen brakte mat fra fellesskapsmåltidet til syke og de som ikke kunne komme. På den måten forble de en del av fellesskapet. Omsorgen gjaldt imidlertid ikke bare menighetens egne, men alle som led. I tider med pest vakte det oppsikt at kristne pleiet syke og sørget for at døde fikk en verdig begravelse, uten hensyn til egen risiko for å bli syk.

Lignelsen om barmhjertig omsorg for sultne, tørste, nakne, fremmede, fengslede og syke og om betydningen slike handlinger har på dommens dag (Matt 25,31-46) og tilsvarende bibelfortellinger kom til å forme kristent trosliv og tjenesten for nesten i nød. Mens antikkens mennesker plasserte syke og nødlidende i periferien av samfunnet, hevdet kristne i forkynnelse og praksis at alle har samme verdi og er like elsket av Gud, uavhengig av livsskjebne. Ikke bare det, de hevdet at Kristus identifiserte seg med de utstøtte: å bry seg om en syk, var å bry seg om Kristus. Etter hvert kom dette kristne menneskesynet til å gjennomsyre hele samfunnet, og det kom til å bidra til en ny forståelse av sykdom og andre lidelser.

Et uttrykk for denne nye forståelsen ble opprettelse av gjestehus for syke (hospitaller) og hjem for foreldreløse. Det var begynnelsen på det vi i dag betegner som institusjonsdiakoni. Når vi kommer til middelalderen, var det særlig klostrene som fikk oppgaven å huse hjemløse, gamle og syke.¹¹ Særlig kjent er Johanitterordenen som på 1100-tallet bygget et sykehus i Jerusalem. Her ble alle syke, uansett tro, pleiet. Kong Sverre Sigurdsson sørget for at Johanitterordenen også kom i Norge, rundt 1180 etablerte de Værne kloster (i nåværende Rygge kommune), og der ble det som antagelig er Norges første sykehus, anlagt.

Ofte var klosterhospitalet bygget i nær tilknytning til kirkebygget, slik at pasientene kunne være i kontakt med gudstjenestelivet. Kirkens helbredende tjeneste var helhetlig. Den omfattet både kropp, sinn og sjel og tilhørighet i fellesskapet. Dette var i samsvar med kirkefedrenes framstilling av Kristus som lege (*Christus medicus*), en forestilling som ofte er avspeiler seg i datidens kirkekunst.

Men kirkefedrene maner også til edruelighet i forståelsen av helbredelse. Origenes (ca 184 – 253), gjør det klart at helbredelse ikke brukes som teologisk bevis, og at å helbrede syke er ikke noe guddommelig i seg selv. Kristne skal derfor ikke tenke at bare de er gitt i oppgave å bry seg om andre, eller at kirken er gitt en privilegert rolle som helbreder. Ikke desto mindre er dette et uomtvistelig oppdrag som kirken er gitt, ikke for egen skyld, men for nesten som er i nød.

Dette var også et hovedanliggende for Martin Luther som hevdet at verdslige myndigheter hadde hovedansvaret for sykes og fattiges velferd. Mange mener at dette var et viktig startpunkt for utviklingen av velferdsstaten, samtidig som det betød slutten på klostervesenet i de landene som sluttet seg til reformasjonen. Luther bygget sin oppfatning på teologiske standpunkter: For det første at omsorg for mennesker i

¹¹ Olav Helge Angell (2001): Omsorg i mellomalderhospitalet. I: K. W. Ruyter & A. J. Vetlesen (red.): *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 128-158.

nød skal utøves for nestens skyld, og ikke ut fra religiøse motiver som for eksempel å gjøre fortjenestefulle gjerninger for Gud. Det ville være å redusere nesten til å være et middel i strevet for å oppnå egen frelse. Luther hadde også et annet viktig anliggende: Ethvert kristenmenneske er kalt til å tjene Gud, men kallets sted er i verden, til beste for nesten, og ikke innenfor religiøse ordener slik det hadde vært vanlig å tenke. Ut fra denne tankegangen hadde fyrsten og byrådet et særlig kall med ansvar for alles ve og vel.

På Luthers tid omfattet kirken hele befolkningen, alle var forventet å komme til gudstjeneste og bli forkynt hva det innebar å være kalt av Gud, enten en var fyrste eller vanlig borger. Med tiden ble skillet mellom menighet og samfunn tydeligere, særlig opplysningstiden bidro til det. Det gjorde det vanskeligere å hevde at kirkens helbredelsesansvar kunne virkeliggjøres utelukkende gjennom enkeltkristnes kall i verden, og ved politiske ledere og ordninger de tok ansvar for. Det ville ha som konsekvens at menigheten som fellesskap frasa seg sitt diakonale og helserelevante oppdrag. Men forståelsen av menigheten som forsamlingen samlet om forkynnelse og sakramentene, gir et inntrykk av at det å være kirke mest handlet om å forholde seg til prestens tjenester. Det kunne gi en oppfatning av menigheten som passiv mottaker av kirkens tjenester, og en kirkeoppfatning med lite rom for menighetens felles kall til tjeneste i verden og for diakonale tiltak i regi av menigheten. På mange måter ble luthersk ortodoksi preget av dette kirkesynet, som vi merker spor av langt inn i vår tid.

Begynnelsen av 1800-tallet ble av mange i kirken opplevd som en krisetid. På den ene siden var tiden kjennetegnet av enorm nød i kjølvannet av Napoleonskrigene og sosial oppløsning som følge av industrialisering og urbanisering. På den andre siden ble oppslutningen om kirken redusert, samtidig som kirkekritiske ideer vokste fram. Men krisen var også en anledning til nytenkning og handling. Det er i denne konteksten at den moderne diakonale bevegelsen vokser fram gjennom opprettelsen av diakonissehus og diakonhjem fra 1830-årene. Her ble kvinner og menn utdannet som sykepleiere og sosialarbeidere, en rekke diakonale institusjoner ble etablert, først i Tyskland, og snart også i andre land. Overalt kom den diakonale bevegelsen til å spille en pionerrolle i utviklingen av moderne helse- og sosialtjenester. Men like viktig, bevegelsen tok også på seg rollen med å fornye kirkens helbredende tjeneste, tilpasset den moderne tids utfordringer og handlingsmuligheter, og ikke minst, den gav kvinner muligheten til å virkeliggjøre sitt kall i kirke og samfunn.

I 1868 ble Diakonissehuset Lovisenberg opprettet i Oslo. Det ble en mektig impuls til utviklingen av moderne sykepleie og medisinsk behandling her i landet og til å bekrefte kirkens rolle i omsorgen for syke og vanskeligstilte. Diakonhjemmet ble grunnlagt i 1890. Diakonene fikk en utdanning som gjorde dem både til sykepleiere og sosialarbeidere. Dette innledet en ny epoke i kirkens helbredende tjeneste her i landet. Det vil likevel være feil å oppfatte dette som at kirken i Norge inntil da ikke hadde vedkjent seg denne tjenesten. Omsorg for syke og fattige har vært en integrert del av kirkens gjerning. Allerede i 1277 tok kirkelige ledere initiativ til å etablere Trondhjem Hospital, en institusjon som er i drift den dag i dag. Lignende institusjoner ble opprettet i andre byer, Oslo Hospital var opprinnelig en del av fransiskanerklosteret som ble bygget omtrent 1290. Etter reformasjonen i Danmark-Norge fikk prestene og degnene som var datidens diakoner, et offentlig ansvar for å se til syke og marginaliserte. Noen steder tok borgere initiativ til å etablere hjem for foreldreløse barn, som for eksempel i Trondheim hvor Thomas Angell fra midten på

1700-tallet brukte store deler av sin formue på det vi i dag ville kalle diakonale tiltak. Hundre år senere var mange menigheter rundt om i landet i ferd med å bygge aldershjem, indremisjonsbevegelsen etablerte virksomheter for mennesker som var falt utenfor, og frikirker, som var kommet til landet, hadde satt i gang helse- og sosiale tiltak av ulik art.

Grunnlovsjubileet i 1914 ble markert med en storslått utstilling på Frogner i Oslo. I den anledning ble det gjennomført en grundig undersøkelse av norsk kirkeliv. Blant annet ble menighetenes diakonale engasjement registrert. Tallene viser et omfattende engasjement, ikke minst innenfor eldreomsorg, rusomsorg og tiltak for vanskeligstilte barn. Dette engasjementet mobiliserte mange frivillige. Det bidro også til oppbyggingen av et mangfold av frivillige organisasjoner, og til at stiftelser med ideelle formål ble etablert. For eksempel kunne Blå Kors, som var etablert i 1908, få år senere rapportere om 10.000 medlemmer på landsplan. Det kan trygt sies at den helbredende tjenesten representerer en rik tradisjon i vår kirke. Den utgjør en verdifull arv som det er viktig å forvalte rett i vår tid.

3. Dagens situasjon som kontekst for kirkens helseoppdrag

3.1 Velferdsstaten som ramme for kirkens helseoppdrag

I 1930-årene ble de første byggesteinene lagt for utviklingen av Norge som en moderne velferdsstat med offentlige ordninger som sikrer befolkningen helsetjenester og sosial omsorg. Et kjennetegn på vår velferdsmodell er at ordningene er lovfestet. Velferdsmodellen er bygget på tre grunnleggende prinsipper: For det første at den er universell, alle har samme rett til velferdsgodene, uavhengig av sosial status og økonomisk yteevne. For det andre skjer finansieringen gjennom offentlige budsjetter, og ikke gjennom individuelle helseforsikringer slik tilfellet er i mange andre land. For det tredje har offentlige instanser, det vil si stat og kommune, ansvaret for å organisere helse- og sosialtjenestene.¹²

Det tredje prinsippet fikk store konsekvenser for diakonale og andre frivillige organisasjoner. Mange oppfattet det slik at deres tid nå var ute, og at oppgavene de gjennom lang tid hadde tatt på seg, nå skulle overføres til det offentlige. Dels kunne dette gjelde institusjoner som for eksempel aldershjem, som det gjerne het den gangen, dels handlet det om virksomheter organisert i regi av lokale menigheter slik som for eksempel menighetspleien. Menighetssøsteren og klokkerdiakonen drev et helhetlig helsearbeid. I tillegg til hjemmesykepleie kunne det dreie seg om helsesøster- og husmorvikartjeneste, kontakt til et vidt forgrenet sosialt hjelpeapparat og viktige bidrag til almen folkehelse og hygiene. Da loven om

¹² Denne velferdsmodellen blir ofte framstilt som den nordiske. I andre europeiske land har kirkelige og ideelle tjenesteytere en sentral rolle, mens finansieringen skjer gjennom individuell helseforsikring (for eksempel Tyskland).

kommunehelsetjenesten kom i 1984, og kommunene begynte å organisere hjemmesykepleie og andre hjemmehjelpsordninger, ble helsearbeidet som menighetssøstre og diakoner hadde hatt ansvar for, oppfattet som overflødig og de fleste steder avvirket. Mens det i 1967 var registrert 262 menighetssøstre, var tallet 235 i 1975, og allerede i 1985 var det redusert til 90.

Innen kirken var det ulike oppfatninger om velferdsstaten.¹³ En av de skarpeste kritikerne var biskop Eivind Berggrav som fryktet at dette kunne gi staten nærmest totalitær makt over folks helse og velferd. Det ble også spurt om staten er i stand til å vise kjærlig omsorg for den som lider. Vil den for eksempel ha forståelse for menneskers åndelige nød?

Andre hilste velferdsstaten velkommen. Dette gjaldt særlig mennesker engasjert i diakonalt arbeid. De visste hvor viktig det var å sikre mennesker med sykdom og i utsatte livssituasjoner rettighetsbaserte ordninger, og at det var helt avgjørende at myndighetene tok et hovedansvar for å organisere helse- og sosialtjenesten. Men de mente at det også måtte være plass til diakonale aktører og da gjerne i samhandling med offentlige myndigheter.

Slik ble det. En rekke diakonale institusjoner fikk samarbeidsavtaler med stat og kommune og kunne fortsette virksomheten. Avtalene sikret tilgang til offentlig finansiering. En studie fra 1986 viser at 244 kristne eller kirkelige institusjoner var i drift, og at de til sammen utgjorde vel 10 % av det totale institusjonstilbudet i helse- og sosialsektoren, målt i tallet på klientplasser.¹⁴ Størst aktivitet var det innen eldreomsorgen, hele 45 % av de diakonale institusjonsplassene var på alders- og sykehjem, noe som svarte til 10 % av det totale tilbudet innen denne sektoren. En annen viktig sektor var rusomsorg. Her var hele 60 % av institusjonsplassene drevet i kirkelig regi. Et tredje viktig område var omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming som utgjorde 18 institusjoner og mer enn tusen klientplasser. På slutten av 1950-årene etablerte bispedømmeråd og menigheter kirkelige familievernkontor. Senere ble dette en lovpålagt tjeneste. I dag er om lag 30 % av familievernkontorene kirkelige.

Innføringen av den såkalte HVPU-reformen¹⁵ i 1991 gjorde at mange diakonale virksomheter ble lagt ned. Andre maktet ikke å holde tritt med utviklingen med nye krav fra myndighetene om moderne lokaliteter og profesjonell bemanning. En ny studie fra 1997 viste at tallet på diakonale institusjoner nå var gått ned fra 244 til 156 sammenlignet med 1984. Tallet på institusjonsplasser var redusert fra 9.900 til 5.634. Nedgangen var mest markant innen pleie og omsorg, fra 4.500 til 2.602 plasser.¹⁶

Storparten av disse institusjonene (114 i 1984 og 77 i 1997) var drevet av organisasjoner eller stiftelser innenfor Den norske kirke. Nedgangen var størst i antallet drevet av lokale menigheter (46 i 1984 og 22 i 1997). Også frikirkelige aktører, som for eksempel Frelsesarmeen og Evangeliesentrene, utgjorde en betydelig gruppe (59 i 1984 og 54 i 1997).

¹³ Aud V. Tønnessen (2000), «... et trygt og godt hjem for alle»? Kirkelederes kritikk av velferdsstaten etter 1945. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

¹⁴ Olav Helge Angell Nordeng (1987), *Institusjonsdiakoni i Noreg. Omfanget av kristne institusjonar i helse- og sosialsektoren*. Forskningsrapport 22, Oslo: Diakonhjemmets sosialhøgskole.

¹⁵ HVPU = Helsevernet for psykisk utviklingshemmede.

¹⁶ Olav Helge Angell (2000): *Kyrkjeleg forankra institusjonsverksemd i helse- og sosialsektoren. Institusjonsdiakoni i Noreg*. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsdelinga.

Disse tallene viser at det ikke har vært lett for diakonale institusjoner å overleve innenfor velferdsstatens rammer. Det har vært en utfordring å tilpasse seg myndighetenes krav om profesjonell praksis, særlig når dette ble tolket som et påbud om å tone ned den religiøse profilen. Etter hvert skapte dette en diskusjon om tilpasningen hadde gått for langt, og om de diakonale institusjonene var i ferd med å gi slipp på sin egenart. Var det lenger noen forskjell på et offentlig og et diakonalt sykehus, ble det spurt. Hvis ikke, hvorfor da fortsatte i egen regi med alle de krav og den risiko dette innebar?

Fra 1990-årene tok diskusjonen om diakonal egenart en ny og mer positiv vending. Også innenfor den offentlige helsetjenesten ble det nå fokusert på verdier. Fra 1996 var det etablert en dialog mellom Sosial- og helsedepartementet og KA, Kirkelig arbeidsgiver- og interesseorganisasjon og Kirkerådet om hvordan helsetjenesten og kirken sammen kan møte aktuelle helseutfordringer. Dette resulterte i en rapport som ble lagt fram for departementet i 1999. Her ble det vist til områder hvor samarbeid allerede var i gang, samtidig som det ble pekt på områder hvor samarbeidet kunne utvides. Stortingsmeldingen *Om verdier for den norske helsetenesta* som ble lagt fram i desember samme år, gav uttrykk for anerkjennelse av kirkens og diakoniens bidrag til utviklingen av helsetjenesten:

Frå gammalt av har kyrkja hatt ein sentral plass ved yting av hjelp ved sjukdom. Diakonale ordningar har gått føre utviklinga av eit reint helsetenestetilbod på mange område, både nasjonalt og internasjonalt. Både som utøvande tenester i form av førebygging, behandling og omsorgsarbeid og ikkje minst innanfor undervisning.¹⁷

I forlengelsen av dette utsagnet annonserte stortingsmeldingen at «Departementet tek sikte på å arbeide vidare for å finne fram til gode samarbeidsformer mellom diakonien og den offentlege helsetenesta».¹⁸

Denne positive tendensen på det ideologiske området ble imidlertid utjevnet av en tilsvarende negativ på det praktiske plan, og da særlig når det gjaldt driftsmessige betingelser. Nye metoder for å modernisere og effektivisere offentlige tjenester, inspirert av New Public Management, innebar nye krav til helsetjenesten. En del diakonale tjenesteytere ble satt på linje med private og kommersielle aktører som nå var kommet på banen, og da det ble innført konkurranseutsetting på pleie- og omsorgstjenester, hendte det flere ganger at det var disse som vant anbudsrundene. For de diakonale institusjonene kunne det nok noen ganger være en organisatorisk utfordring å effektivisere driften og skjære ned på kostnadene. Men det var også et etisk spørsmål om hvilke hensyn som skulle tas til kvalitet og trivsel, både for beboere og ansatte. Det ble stilt spørsmål om det er mulig å være en ideell aktør med ambisjon om å fremme helhetlig omsorg innenfor det regimet som offentlig forvaltning nå opererer innenfor.

Som vi har sett, den norske velferdsstaten satte kirkens helseoppdrag overfor store utfordringer. En betydelig del av institusjonsdiakonien evnet likevel å tilpasse seg de nye rammebetingelsene, og de spiller fortsatt en viktig rolle i helse- og sosialtjenesten, som regel i godt samarbeid med offentlige myndigheter. I denne rollen blir de ofte

¹⁷ Det kongelige sosial- og helsedepartement, St.meld. nr. 26 (1999-2000), *Om verdier for den norske helsetenesta*, s. 32.

¹⁸ Id., s. 33.

anerkjent for arbeidet de gjør, og kanskje særlig av mennesker som er brukere av disse tjenestene. Undersøkelser viser at omdømmet deres er godt, og at folk setter pris på den egenarten de representerer, uten at det alltid kan settes klare ord på. Det er noe som «sitter i veggene», blir det gjerne sagt, noe som kommer til uttrykk gjennom vennlighet og medmenneskelig omsorg.

For menighetene fikk introduksjonen av velferdsstaten større konsekvenser. Det lokale engasjementet for syke og fattige som gjennom århundrer hadde vært en selvsagt del av menighetens liv og struktur, kunne nå oppfattes som overflødig. Men kunne menighetene oppgi sitt diakonale kall og sin helsebringende tjeneste? I 1970-årene skjer det en bevegelse fra menighetspleie til diakoni i Den norske kirke, og med den også en diskusjon om hva som er diakoniens oppdrag i vår tid og i et samfunn med gode velferdsordninger. I 1985 kom *lov om diakontjeneste i Den norske kirke* med det formål «å fremme kirkens medmenneskelige omsorg og styrke arbeidet i menighetene med å forebygge og avhjelpe menneskelig nød». I årene som fulgte ble det utarbeidet planer for diakoni, både sentralt og lokalt i kirken. Det bidro til ny diakonal praksis og nye erfaringer som til sammen har lagt et nytt grunnlag for et styrket helsebringende engasjement for de utfordringene som dagens helse-Norge står overfor.

3.2 Helse- og omsorgstjenesten under press

Den offentlige helsetjenesten er blitt kraftig utbygget her i landet i løpet av de siste tiårene, og det er ingen tvil om at den er blant de beste i verden. I 2012 brukte Norge om lag 270 milliarder kroner på helse- og omsorgsformål, 85 % av beløpet ble dekket av det offentlige. Det svarer til i overkant av 54 000 kroner per innbygger, og det er mer enn i noe annet europeisk land. Dette krever store ressurser, både menneskelige og økonomiske. Mange er tvilende til at tilbudene i framtiden kan opprettholdes på nåværende nivå. Media bringer stadig reportasjer om svikt, om systemer som ikke fungerer og om mennesker som ikke får den behandlingen de har rett på. Hva skjer hvis jeg har en alvorlig diagnose og må vente i månedsvis på behandling? Særlig kreftpasienter synes at lang ventetid er belastende, både fysisk og psykisk.

Slik skapes det inntrykk av et helse-Norge i krise. Dette kan føre til at tilliten til den offentlige helsetjenesten kan svekkes i en grad som legger stort press på myndighetene for å sette i gang reformer.

Selv om dette bildet ofte dominerer den offentlige debatten, kan svært mange fortelle om positive erfaringer i møtet med helsetjenesten. De har fått god behandling, de er blitt friske eller har fått hjelp til å mestre sykdommen sin, de er vist omsorg og har opplevd å bli tatt på alvor som hele mennesker. Det er all grunn til å bekrefte og anerkjenne dette, ikke minst innsatsen til kyndige og dedikerte helsearbeidere. Et betydelig antall har utdannelse fra kristne utdanningsinstitusjoner, og mange av dem ser arbeidet sitt som et kall i lys av kristen tro og tjeneste. Gjennom sin yrkesutøvelse bidrar de til å virkeliggjøre kirkens helseoppdrag, også når de arbeider i den statlige eller kommunale helsetjenesten.

All den gode innsatsen til tross, det er bred enighet om at det trenges reformer i helsetjenesten. De tre grunnleggende prinsippene for vår velferdsmodell, som det er

vist til tidligere, synes alle å være under press og er derfor gjort til gjenstand for diskusjon.

Lik rett til helsetjenester

Det første prinsippet gjelder alle borgeres like rett til helsetjenester. Skal den gjelde uansett, eller bør noen pasientgrupper ha prioritet framfor andre? To regjeringsoppnevnte utvalg har arbeidet med spørsmål om prioritering i helsevesenet og gitt klare anbefalinger. Regjeringen har også oppnevnt *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten* med det formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Men det har vært vanskelig for politikerne å følge opp anbefalingene som er gitt, antagelig fordi det ikke er populært i klartekst å ta stilling til hvilke helsetjenester som skal ha liten prioritet. Ikke desto mindre kommer en prioritering til uttrykk gjennom fordelingen av begrensede økonomiske ressurser. En kan spørre om det er tilstrekkelig åpenhet om denne prioriteringen, og om den fullt ut er i samsvar med helsefaglige anbefalinger og politiske beslutninger.

Prinsippet om universell rett til helsetjenester reiser også spørsmålet om hvem som har rett til å avgjøre hva slags behandling som skal gis. Er det legen eller pasienten? Dagens pasient er ofte vel informert om behandlingsoalternativ og om tilgangen til nye medikamenter. Skal retten til behandling forstås som krav om behandling slik den enkelte ønsker det, og blir det de mest taleføre blant pasientene som får komme først til orde?

Finansiering over offentlige budsjetter

Det andre prinsippet går på finansieringen. Den skal skje gjennom offentlige budsjetter. Innføringen av egenandel brøt i noen grad med dette prinsippet, men fordi det ble satt et tak som gav frikort til dem som trenger helsetjenester mest, er dette blitt oppfattet som en rimelig ordning. Egenandel til tross, behovet for mer penger i helsevesenet er stadig økende. Det fører til at mennesker som har råd til det, kan kjøpe den helsehjelpen de trenger av private tilbydere, mens andre blir stående i helsekø.

Hvem skal tilby helsetjenester?

Det tredje prinsippet handler om hvem som skal tilby helsetjenester. Her har vi de siste tiårene sett en tydelig oppmykning av holdningen som preget den tidligere fasen av velferdsstaten, at det skulle være staten eller kommunen som hadde hånd om dette. En rekke kommersielle aktører er etablert på det som omtales som helsemarkedet, først og fremst ved å etablere private behandlingstilbud, men også ved å overta driften av pleie- og omsorgsinstitusjoner. Denne utviklingen har likevel ikke fått det omfanget som noen fryktet, nærværet deres er i stor grad begrenset til de store byene, og det kan diskuteres om de har bidratt til å endre eller svekke den offentlige helsetjenesten.

Som antydnet ovenfor, privatiseringen av helsetjenesten har hatt store følger for de ideelle og diakonale virksomhetene. I stor grad likestilles de med de kommersielle aktørene, noe som innebærer viktige endringer av vilkårene for å holde driften i gang. Mye er derfor satt inn på å få fram den diakonale egenarten og merverdien, ikke minst i kommunikasjonen med helsebyråkrater og politikere. Mange av de diakonale institusjonene har vært gjennom eller er i viktige verdiprosesser som også berører den grunnleggende diakonale forståelsen. For de diakonale institusjonene er det viktig at kirkens politiske organer bidrar inn i disse prosessene. Dette er et arbeid som bør

styrkes, og det er viktig at det skjer i god dialog med kirkelige instanser på en måte som bekrefter at arbeidet er rotfestet i kirkens helseoppdrag og derfor et uttrykk for kirkens kall til å fremme gode ordninger i samfunnet.

3.3 Helsepolitiske reformer

Utviklingen, som er beskrevet ovenfor, utgjør bakteppet for mange av de helsereformene som er blitt vedtatt i Stortinget de seneste årene. De helsepolitiske dokumentene som myndighetene har lagt fram i den anledning, har særlig pekt på to viktige strategier i innsatsen for å møte de nye utfordringene: På den ene siden handler dette om mer samarbeid, ikke bare mellom stat og kommune, men også med lokale og frivillige aktører som er engasjert i helserelevante tiltak. Målet blir ofte framstilt som en ”sømløs” helsetjeneste, med bedre kvalitet og helhetlige pasientforløp over institusjons- og sektorgrenser. På den andre siden er mer fokus satt på forebyggende helsearbeid, og på tiltak som gjør det mulig for folk til å ta større ansvar for egen helse.

Dette er hovedbudskapet i *Samhandlingsreformen* som kom i 2009 i form av en stortingsproposisjon med den ambisiøse undertittelen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid».¹⁹ Dokumentet definerer samhandling som «(...)helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»²⁰

Riktignok er det ingen direkte referanse til kirken, lokalmenigheten eller diakonale institusjoner i denne stortingsmeldingen. Det skjer indirekte ved at det vises til en tidligere stortingsmelding, *Frivillighet for alle*,²¹ som i positive ordelag beskriver kirkens og andre religiøse organisasjoners rolle når det gjelder å fremme frivillighet, og hvor det også henvises til diakonien som særlig handlingsområde.²² Det er derfor grunn til å tolke Samhandlingsreformen på denne bakgrunn når frivillige organisasjoner anerkjennes fordi de «(...)representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsnivå, også i forhold til samfunnsområder der det offentlige har påtatt seg ansvar og der ansvaret er reflektert gjennom tjenester som ytes til befolkningen.»²³

Samhandlingsreformen ble hilst velkommen fordi den gav nye muligheter for samarbeid mellom offentlige og frivillige aktører. I følge en rapport som ble lagt fram for Kirkerådet i 2010, ble reformen ansett for å være en viktig impuls for «å bevisstgjøre kirken på det samarbeidsansvaret som ligger i kirkens diakonale oppdrag», og som derfor anbefalte kirkelige og diakonale arbeidsgivere å styrke sine samarbeidsrelasjoner med kommunehelsetjenesten og å vektlegge den diakonale kompetansen. Dessuten anbefales kommunehelsetjenesten å satse på samarbeid med

¹⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

²⁰ Ibid, s. 13.

²¹ St.meld. nr. 39 (2007-2008), *Frivillighet for alle*. Her annonseres følgende målsetning: «Regjeringen ønsker å sikre utviklingen av et levende sivilsamfunn gjennom å utvikle et nært samspill med frivillige organisasjoner og ved å legge til rette for frivillig engasjement. Gjennom frivillig arbeid kan folk delta i meningsfylt og samfunnsnyttig virksomhet. Frivillige organisasjoner yter uvurderlige bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats. Verdien av denne innsatsen er enorm» (s. 11).

²² Ibid, s. 143-144.

²³ *Samhandlingsreformen*, s. 143

diakonale aktører, både forebyggende og akutt, til beste for pasienter i sårbare og utsatte livssituasjoner.²⁴

Intensjonene i Samhandlingsreformen er siden blitt fulgt opp i en rekke helsepolitiske dokumenter. I 2011 kom den offentlige utredningen *Innovasjon i omsorg*.²⁵ Beskrivelsen som her gis av utfordringene omsorgssektoren står overfor, kjennetegnes både av kreativitet og åpenhet for nye samhandlingsmodeller. Utvalget bak utredningen konkluderer med at disse utfordringene ikke kan overlates til helse- og sosialtjenesten alene: «De må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle nye former for engasjement og deltakelse fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter.»²⁶

Med dette som utgangspunkt annonserer utredningen «den andre samhandlingsreformen» som har som mål å mobilisere ressurser til samspill i lokalsamfunnet.²⁷ Et viktig stikkord her er «medborgerskap» som innebærer at folk tar medansvar for å bygge og forme fellesskapsløsninger, ikke minst som frivillige medarbeidere.²⁸ Et annet stikkord er «sivilsamfunnet», det nettverket av organisasjoner, institusjoner og tiltak som gir uttrykk for frivillig engasjement, og hvor også religiøse aktører, slik som lokalmenigheten, har en naturlig plass. Det må tenkes nytt om samspillet mellom de offentlige ordningene og det sivile samfunn, slår utredningen fast. De nye formene frivilligheten tar, må utforskes, og det må settes fokus på alternative arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer til medborgerskap.

Dette har fått utvalget bak utredningen til å sette som mål at 25 % av den samlede virksomhet i omsorgssektoren blir organisert og drevet som ideell virksomhet innen 2025.²⁹ Utvalget grunngir dette med at det har stor tillit til sivilsamfunnet og dets vilje til å ta på seg omsorgsoppgaver, og en tilsvarende forventning om at det offentlige apparatet er i stand til å omstille seg til nye former for samhandling. Det vil åpenbart være røster som hevder at dette neppe er realistisk. Det viste seg da også at stortingsmelding som fulgte opp NOU-utredningen, ikke fulgte opp denne målsettingen.³⁰ Ikke desto mindre utfordrer denne tankegangen kirken og særlig diakonien til å tenke nytt om sin rolle som samfunnsaktør.

Det er ikke bare i Norge kirken er utfordret til nytt og utvidet engasjement innenfor rammen av sivilsamfunnet. *Svenska kyrkan* har arbeidet med disse spørsmålene, særlig siden skillet med staten i år 2000. Kyrkostyrelsen vedtok i 2012 råd til menigheter som ønsker å opprette næringsvirksomhet og aksjeselskap. Videre vedtok de plattformen *Svenska kyrkans roll och uppgift i den svenska välfärden* i juni 2013. Her slås det fast at i tillegg til å være en påvirkningsaktør og samvirkepart i samfunnet, kan kirken også selv være utfører av velferdstjenester. I plattformen

²⁴ Kari Jordheim og Kari Karsrud Korslien, *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen*. Diakonhjemmet høgskole, rapport 2010/4, s. 5.

²⁵ NOU 2011:11, *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁶ *Ibid.*, s. 14.

²⁷ *Ibid.*, s. 17.

²⁸ *Ibid.*, s.54.

²⁹ *Ibid.*, s. 18.

³⁰ Meld. St. 29 (2012–2013): *Morgendagens omsorg*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 19. april 2013, godkjent i statsråd samme dag.

beskrives forutsetninger som må innfris dersom *Svenska kyrkan* skal være leverandør av velferdstjenester.³¹

I utredningen *Innovasjon i omsorg* tales det om «aktiv omsorg».³² Kultur, aktivitet og trivsel blir framhevet som helt sentrale og grunnleggende element i et helhetlig omsorgstilbud. Det vises til nye måter å tenke behandling på, som «hverdagshabilitering» og til erfaringene med prosjektet «Lengst mulig i eget liv» og til «Omsorg mellom generasjoner», med andre ord tiltak som krever fotfeste i lokale sosiale strukturer. Mye av dette ville lokale menigheter kunne la seg engasjere i.

Både loven om folkehelse³³ og loven om kommunale helse- og omsorgstjenester³⁴ som begge ble satt i kraft i 2012, bekrefter retningen som er satt. «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse», heter det i folkehelse_loven § 1, mens det i § 4 gjøres klart at «Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor».

Lovteksten viser at det har skjedd en dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv ut fra forståelsen av at helse ikke primært skapes i helsesektoren, men på en rekke arenaer og livsområder, som på ulike måter har betydning for folks helse. Det gir frivillige organisasjoner en viktig rolle. Det utgjør en egenverdi å være engasjert, i tillegg kommer tilbudene og tjenestene disse organisasjonene står for.

Åpenheten for mangfold og medvirkning i helsefremmende arbeid går parallelt med bekreftelsen av et helhetlig menneskesyn, og at det er i kraft av at menneskets behov for å utfolde seg fysisk, mentalt, sosialt og åndelig at det går inn i rollen som engasjert medborger, beredt til å gjøre en innsats for å fremme fellesskapets vel.

Dette helhetsperspektivet kommer også til uttrykk når mennesket ikke er aktivt på samme måte, men avhengig av andres omsorg. Retten til egen tros- og livssynsutøvelse er slått fast i et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2009. Her pålegges kommunene å sikre at de som er avhengige av praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også får ivaretatt sine muligheter til egen tros- og livssynsutøvelse i tråd med de grunnlovfestede bestemmelser om religionsfrihet og ytringsfrihet. Det vises til bestemmelsen i Sykehjemforskriften § 4-6 som sier at «beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn». Dette tolkes som en «plikt for helse- og omsorgstjenesten til å legge til rette for den enkeltes mulighet til fri tros- og livssynsutøvelse». Dette gjelder blant annet «adgang til samtaler om eksistensielle spørsmål». Samtidig innebærer det «et mer aktivt ansvar for å sette seg inn i livshistorien og legge til rette for den enkelte». Rundskrivet forutsetter at den kommunale helse- og omsorgstjenesten «inngår nødvendig samarbeid med aktuelle livssynsorganisasjoner i tillegg til den enkeltes sosiale nettverk, familie og lokalsamfunn, for å sikre at den enkelte brukers mulighet for tros- og livssynsutøvelse ivaretas».

³¹ Kyrkomötet KI 2013:1.

³² NOU 2011:11, *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, s. 63.

³³ *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelse_loven).

³⁴ *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).

Vi ser altså at helsereformene som er gjennomført de siste årene, i betydelig grad har åpnet for lokalmenighetene og for diakonale institusjoner til å innta en langt mer aktiv rolle som samfunnsaktør innenfor helse- og omsorgssektoren. Det kan se ut som at det offentlig forventer at kirken skal ha en slik rolle, og gjerne engasjere seg mer, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, men også med sikte på å utvikle tjenestetilbud av ulik art. I tillegg ser vi at også helse- og omsorgstjenesten tar inn over seg at vi ønsker å ha et livssynsåpent samfunn, og at menneskers åndelige ressurser og behov skal tas på alvor. Alt dette gir nye muligheter for kirkens helseoppdrag og utfordrer til nytenkning og fornyet engasjement.

3.4 Helsebegrepet til diskusjon

Som allerede nevnt, folks forventninger til helsevesenet stiger i raskere takt enn det de offentlige helsetjenestene er i stand til å ta hånd om. Dette har også å gjøre med det faktum at dagens pasienter er bedre informert enn tilfellet var for noen tiår siden. De surfer på internett og leser seg opp om sykdommen de mener å ha, på en måte som kan få fastlegen deres til å bli svar skyldig. Derfor kan det virke enda mer uforståelig dersom legen ikke umiddelbart foreskriver den behandlingen pasienten har lest seg til, og at både utredninger og tiltak tar mer tid enn det som synes å være en soleklar rett. Helse og medisin er populære tema i media. Fordi informasjonen noen ganger gis i en tabloid fasong, kan det gis inntrykk av at helse og behandling av sykdom er temaer det er enkelt å holde orden på. Tilbud fra kommersielle helseaktører kan styrke denne forståelsen. Det samme gjelder politiske utsagn om at pengene bør følge pasienten.

Kan vi stole på at pasienten vet best? Tiden er uansett forbi da leger i hvite frakker kunne opptre som absolutte autoriteter og ingen turte å stille spørsmål ved deres diagnoser og anvisninger. Målet må derfor være stor grad av samhandling som setter pasienten i fokus, både når det gjelder kommunikasjon og med sikte på å myndiggjøre pasienten til å ha et bevisst og aktivt forhold til egen helsesituasjon med en realistisk forståelse for mulighetene til behandling når sykdom rammer.

Uten tvil utgjør dette en enorm utfordring for den offentlige helsetjenesten. Det viser det politiske fokuset regjeringen, uavhengig av politisk farge, de siste årene har hatt på helsereformer. Men det er ikke lett å finne gode svar. Det handler både om struktur, kompetanse og økonomi. I tillegg handler det om våre forventninger og om vår grunnleggende forståelse av hva helse er, og om hvordan vi skal ta vare på den.

Vi har allerede vist til spenningen som kan oppstå mellom folks subjektive oppfatning av helse og legevitenenskapens forståelse basert på biomedisinsk normalitet. I spennet mellom disse to tilnærmingene finnes mange ulike definisjoner av helse, alt etter utgangspunkt og anliggende. Noen peker på betydningen av eget ansvar for å mestre sin livssituasjon og viktigheten av fysisk trening. En veltrimmet kropp i god form kan framstå som det sikreste bevis på god helse. Andre minner om visdommen i utsagnet om «en sunn sjel i en sunn kropp», og at mental trening og velvære også hører med. Alt dette lar oss se at helse ikke er noe absolutt, men måten de fleste av oss møter hverdagen på, eller som Peter F. Hjort uttrykker det: «Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav».³⁵ Spørsmålet om helse blir da et spørsmål om hvor vi henter dette

³⁵ Peter F. Hjort (1994): *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93*. Oslo: Folkehelse.

overskuddet fra, og hva vi gjør når vi merker at det er i ferd med å bygge seg opp et underskudd. Uten tvil gjenspeiler denne oppfatningen det som tidligere er framstilt som Bibelens forståelse av helse og helbredelse: å være hel og leve i fred med seg selv og sine omgivelser og, ikke minst, i relasjonen til Gud.

Det gir mange gevinster å ha ulike perspektiver på helse-begrepet. Det kan gi motvekt mot en én-dimensjonal helseforståelse, som for eksempel den som hevder all fokus skal rettes mot det biomedisinske og på diagnoser som er stilt. Kritiske røster hevder at dette har ført til en «medikalisering» av helsetjenesten,³⁶ med den følge at pasienten kan bli redusert til å være den sykdommen han eller hun bærer. «Medikaliseringen» gjenspeiler troen på framskritt, vitenskap og eksperter og på det medisinske rammeverkets evne til å si alt som kan sies, og i tillegg gjøre alt som skal gjøres, når noen blir syke. Legemiddelindustrien har bidratt til enorme framskritt i behandlingen av alvorlige sykdommer og dermed sørget for at mange pasienter har fått et bedre liv. På den andre siden kan dette føre til overforbruk av medisiner og en overdreven tillit til nye medikamenter som lover helbredelse og helse.

På samme måte er det grunn til kritikk dersom helsepersonell ikke ser mennesket bak diagnosen som er stilt. Lidelse handler om mer enn diagnose og helse mer enn fravær av en sykdom. Noen har møtt en lege som hevder at pasienten ikke feiler noen ting, fordi han ikke var i stand til å stille en diagnose. Det er ikke slik syke mennesker får hjelp.

Vi trenger altså å utvide helsebegrepet. Men det må ikke føre til at det offentlige gis ansvar for alt som har med helse å gjøre. Det oppstår et annet problem dersom det skapes en forventning om at helsetjenestene skal møte oss med behandlingstilbud hver gang livet går oss imot, eller få skylden dersom noen av oss erfarer at helsen til enhver tid ikke er helt på topp. Inge Lønning har minnet oss om at helse er et tilnærmet og ikke et absolutt gode, og at en av de viktigste funksjonene til en realistisk helsedefinisjon er «å motvirke det forventningspresset som er innebygget i det utopiske helsebegrepet».³⁷ Derfor er det uetisk å gi løfter som ikke lar seg innfri. Det må både politikere og helsearbeidere vokte seg for.

Mange av de helsebegrepene som finnes i dagens samfunn og kanskje særlig i medias framstilling av helsetema, vil fra et bibelsk perspektiv oppfattes som ensidige og for bestemt av utopiske eller funksjonalistiske definisjoner av helse. De kan gi inntrykk av at alle mennesker har rett til å forvente fullkommen helse, og i tillegg rett til umiddelbar medisinsk behandling når noe feiler. En slik forestilling glemmer at mennesket er skapt sårbart, og at vi alle må regne med å møte sykdom og smerte på veien gjennom livet. Døden er en del av livet, den følger oss som trussel og skygge fra vi blir født.

Helsetjenesten i vårt land er organisert slik at primærhelsetjenesten, der fastleger og kommunale ordninger har et spesielt ansvar, skal ha et blikk for helse i en videre forstand, også det som forebygger og det som kan skade folks helse. All forskning viser at det er sammenheng mellom forebygging og risiko for å bli syk. Det gjelder

³⁶ Olaus S. Lian (2012): Etter Gullalderen: Nye utfordringer for helsetjenesten. I: Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus (red.): *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 27-55.

³⁷ Inge Lønning (2012): Helse: Finnes det? Refleksjoner rundt helsepolitikkenes grunnlagsproblem. I: Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus (red.): *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 275.

ikke bare røyking og risikoen for å få lungekreft, men også på en rekke andre områder. Eldre som holder seg aktive, både fysisk, mentalt og sosialt, vil oftere oppleve å ha overskudd i møtet med aldringsprosessen og dermed være i stand til å ha en god alderdom.

Det er ikke alltid lett å få gehør for å øke innsatsen for å fremme folkehelsen. Særlig utfordrende er dette dersom det framstilles som at det skjer på bekostning av pasienter som trenger ressurskrevende behandling og dyre medisiner. Spørsmålet om prioritering i helsevesenet er ikke lett å håndtere når følelser settes i bevegelse av reportasjer i media om pasienter som ikke får den behandlingen de kunne ha fått. Samtidig vet vi at betydelige midler kunne vært innspart og brukt til slik behandling, dersom helsefremmende innsats hadde fått følger for matvaner og livsstil.

Mye har skjedd, for eksempel har endring av folks kosthold resultert i reduserte tilfeller av hjerte- og karsykdommer. Det gjøres også en viktig innsats for å redusere forbruket av salt og sukker, noe som vil ha følger for hyppigheten av andre sykdommer som diabetes og hjerte-karsykdommer. Folks drikkevaner, derimot, synes det å være vanskeligere å ta opp. Det bør mane til ettertanke at alkoholforbruket her i landet har økt med nesten 50 % de siste 20 årene. Men det er upopulært å ta opp dette problemet, kanskje fordi det oppfattes som gledesdrepende og moraliserende. Ikke desto mindre er alkoholmisbruk en hovedårsak til helseskader i Norge. Skadelig bruk av alkohol er, ifølge WHO, anslagsvis årsak til 3, 3 millioner dødsfall i året globalt, og det er en årsakssammenheng mellom alkohol og rundt 60 ulike sykdommer. I tillegg får skadelig bruk av alkohol store sosiale konsekvenser for uskyldige tredjeparter, ofte barn og kvinner, på grunn av vold, omsorgssvikt, skader og uheldig bruk husholdningens inntekt. I to av tre voldssaker som bringes til Legevakten, er alkohol med i bildet.

Levekår, sosiale omgivelser og helse hører sammen. De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste tretti årene. Slik sett har vår velferdspolitikkk virket etter hensikten. Men forbedringen har ikke været like stor i alle grupper. Siden 1970-årene har vi sett et fall i dødelighet og forlenget levealder for de med utdanning utover grunnskole og med inntekt over gjennomsnittet. Dødeligheten har, imidlertid, endret seg lite blant grupper med lav utdanning, lav inntekt og blant enslige. Dette har resultert i at de sosioøkonomiske helseforskjellene har blitt større fra 1970- til 1990-årene. Videre er det påvist betydelige sosioøkonomiske forskjeller i helseatferd. Det gjelder røyking, kosthold, fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet. Grupper med høy utdanning og inntekt kommer best ut, unntatt på ett punkt: alkoholforbruket er høyere i denne gruppen. Det er betydelige helseforskjeller i Norge, også i Oslo. Risikoen for blant annet dårlig mental helse, hjertesykdommer og kols er dokumentert å være større for folk som bor på østkanten enn på vestkanten. Den forventede levealderen for menn i forskjellige bydeler i Oslo varierte i 2004 mellom 68 og 80 år.³⁸ Samtidig er det slik at vi alle, uansett hvor vi bor, er utsatt for det Peter F. Hjort har kalt "samsykdommer" som en sammenfatning av sykdommer som har med samfunnet å gjøre. Dette er sykdommer som oppstår for eksempel som følge av samarbeidsproblemer på jobben eller samlivsproblemer hjemme. Forskning har synliggjort at 25-30 % blir sykemeldt ved samlivsbrudd, og hver tredje av disse blir langtidssykemeldt. Psykososiale problem slår ut i sykdommer av ulik art, gjerne

³⁸ Dokumentert i Fredrik Niclas Piro's doktoravhandling fra 2008: *The influence of the physical and the social environment on health: A population based multilevel study in Oslo, Norway.*

muskelsmerter og høyt blodtrykk. Ifølge Hjort gir dette en ond sirkel hvor de kroppslige symptomene forverrer de psykososiale problemene.

Det er også viktig å være oppmerksom på kjønnsdimensjonen ved helse og særlig betydningen av kvinnehelse. Kunnskap og praksis er ofte basert på en ubevisst mannlig norm. Norsk helsetjeneste fungerer best på enkle og akutte lidelser, og ikke like bra på sammensatte og kroniske lidelser, som en høyere andel av kvinnene sliter med. Kvinnehelse har ikke hatt særlig status blant leger eller blant forskere. Menns lidelser har tradisjonelt hatt langt høyere status. Forskning er derfor ofte basert på studier av menn. Likeverdige helsetjenester betyr at utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering tar hensyn til at mange sykdommer og plager gjør seg gjeldende og utvikler seg forskjellig hos kvinner og menn. Selv om det er gjort en del forskning på dette området, mangler helsevesenet fremdeles mye kunnskap. Mangel på likeverdig behandling slår uheldig ut for kvinner.

Barn er en sårbar gruppe i samfunnet. Barn er prisgitt sine omgivelser. Deres helse henger sammen med sosial ulikhet, slik den gjør også for voksne. Forhold som virker inn på barns helse er i denne forbindelse ernæring og livsstil, mobbing, oppvekst med foreldre med psykiske lidelser, rus, vold og overgrep. I tillegg til at noen barn har en vond og problematisk barndom, vil også disse oppvekstvilkårene kunne virke negativt inn på helsen i voksen alder. Dette er for eksempel vist for hjerte- og karsykdommer og psykiske lidelser, inkludert rusmisbruk.

Det foreligger lite kunnskap om sosiale forhold og helse i den samiske befolkningen. Dette er noe endret ved at Senter for samisk helseforskning er opprettet med bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseforskjellene er store mellom ulike innvandregrupper. Flyktninger har økt hyppighet av helseproblemer. Dette er særlig knyttet til posttraumatisk stress.

Folkehelse er derfor et viktig tema, men det er også et krevende prosjekt når det har som mål at enkeltpersoner og familier skal ta ansvar for en helsefremmende livsstil. Til det trengs gode nettverk, som stimulerer i riktig retning, og samvirke mellom offentlige instanser og frivillige organisasjoner. Her kan også kirken bidra, både som sosial aktør og som formidler av etisk bevissthet. Det er ikke alltid lett å fastholde balansen mellom forebyggende arbeid som oppfordrer folk til å ta ansvar for eget liv og egen helse, og omsorg når mennesker ikke lykkes i sine livsprosjekt, fordi de ikke får til å leve så sunt og fornuftig som de gjerne ville. I kirkens fellesskap må det være plass for alle, og særlig for dem som strever og har tungt å bære.

3.5 Alternativ behandling

Vi har sett at det er gode grunner for å sette vår oppfatning av helse og sykdom inn i en videre sammenheng enn den snevre som biomedisinen ofte opererer med. Sykdom og lidelse er en mangefasettert erfaring som også rommer eksistensielle spørsmål og derfor utfordrer livssyn og tro. Derfor må ikke den åndelige dimensjonen undervurderes. Når mennesker opplever at livet blir satt på prøve, noe som skjer når de rammes av en alvorlig sykdom, vil mange i sin streben etter å bli frisk igjen aktivere religiøs tro og spiritualitet. For kristne vil forbønn og sjelesorg være noen

aktuelle elementer i en slik strategi, og de vil sjelden se dette i motsetning til medisinsk behandling.

Leger og andre helsearbeidere ser imidlertid ikke alltid verdien av dette. De kan komme til å opptre på en måte som gir inntrykk av at den biomedisinske strategien er den eneste som gjelder. Slik bidrar de til å skape en motsetning mellom skolemedisin og det som kan framstilles som alternativ behandling, komplementær helsetjeneste eller forbønn for syke. Når det naturvitenskapelige fokuset blir for dominerende og syke mennesker reduseres til å være en diagnose, er det dårlig skolemedisin vi har med å gjøre. Ikke bare er den tuftet på en ensidig tro på biomedisinske prinsipper, i tillegg kan den bidra til å fremmedgjøre pasienten fra rollen som subjekt i eget liv. God skolemedisin må derfor ha som mål å bekrefte pasientens verdighet og å myndiggjøre til innsats for å vinne helsen tilbake.

Når alternativ behandling i den grad har fått folks oppmerksomhet i vår tid, kan dette være en reaksjon på en biomedisinsk orientert skolemedisin. Interessant nok prøver den alternative behandlingen noen ganger selv å gi skinn av å være naturvitenskapelig fundert ved å plassere seg innenfor «medikaliseringens» logiske ramme. De alternative behandlingstilbudene kan virke mer spekulative, men når pasienten opplever apparater og behandlere som ligner på det en kan møte på legekontoret, vil dette skape forventning om at det kan være til hjelp. Iallfall gir reklamematerialet beskjed om at mange andre er blitt hjulpet.

Det er viktig å fastslå at alternativ behandling omfatter mye forskjellig. Her finnes helsefaglig funderte behandlingstilbud, slik mange for eksempel oppfatter akupunktur. Men markedet er også overstrømmet av useriøse vidundermedisiner og tvilsom kommers. Det er derfor ikke bare urettferdig å skjære alle aktørene på dette «markedet» over en kam, en slik oppfatning er heller ikke til hjelp i samtalen med mennesker som søker alternativ helsehjelp.

Et avgjørende skille gjelder forholdet til skolemedisin som ut fra kristent ståsted, må oppfattes som Guds gode gave. Det er all grunn til å advare mot behandling som framstiller seg selv som alternativ til den ordinære helsetjenesten, med den følgen at pasienter slutter å gå til lege eller å bruke foreskrevet medisin. Derfor vil mange heller tale om komplementær behandling. I mange tilfeller kan den være til stor hjelp, ikke minst på det mentale og sosiale plan. Noen ganger skjer behandlingen i samråd med den ordinære helsetjenesten.

Et annet viktig spørsmål går på de økonomiske implikasjonene. Mange er rede til å betale store pengesummer for behandling som de forventer skal hjelpe dem. Det er en situasjon som noen fristes til å utnytte. Media avslører fra tid til annen at alternativ behandling i noen tilfeller ikke har noen som helst påviselig effekt. Derfor følger offentlige helsemyndigheter aktivt med, for eksempel i markedsføringen av helsekost. Men det hører også med til dette bildet, at noe av det som tilbys, har bakgrunn fra tradisjonell folkemedisin, som har fått ny oppmerksomhet mange steder i verden. For fattige mennesker kan naturmedisin, i form av urter og teer, være et alternativ til dyre preparater fra apoteket. Hos oss kan denne samme trenden slå ut som overforbruk av kostbar helsekost.

Det er også grunn til å ha et kritisk blikk på måten mennesket noen ganger beskrives i det alternative helsemiljøet. Det tales om magnetisme og energi, om aura og kosmiske krefter. Slike begrep kan oppfattes som spekulative, de har ofte bakgrunn i esoterisk

religiøsitet som ikke bare er fremmed for moderne vitenskap, men også for den kristne tankeverden.

Alle disse reservasjonene kan gjøre det vanskelig å få fram det verdifulle i det som kanskje best framstilles som komplementært helsearbeid. Det er viktig med rom hvor mennesker kan erfare at helheten i det de opplever som tungt å bære, blir møtt med forstandig omsorg. Det terapeutiske rom kan formes av mange ulike tradisjoner og av et mangfold av menneskelig kyndighet. God fotmassasje kan få varme i mer enn kalde tær. Meditasjon kan gi ro og lydhørhet til sanser som er blitt sløve. På ulik måte kan det bidra til at kropp og sinn får overskudd til å snu onde sirkler eller til å møte en krevende helseutfordring.

I fagmiljøene foregår det en spennende diskusjon om religiøs tro og åndelig omsorg har noen helseeffekt. I 2000 ble Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) opprettet som en del av det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Tromsø. Dette senteret har som oppgave å stimulere til, utføre og koordinere norsk forskning innen komplementær og alternativ behandling.

I vår kirke finnes det en eldgammel 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. Lesertradisjonen står særlig sterkt i læstadianske miljøer i samiske områder. For mange var dette den eneste muligheten til å få hjelp på steder hvor det var langt til lege og sykehus. Det går mange fortellinger om blod som ble stanset, om smerte som gav seg, om dødsangst som svant. Disse historiene har en sterkt religiøs bakgrunn, og samtidig har de et tydelig sosialt preg. Fordi myndighetene, både religiøse og politiske, har vært kritisk til denne praksisen, har den ofte vært forvaltet i det stille i de samiske, læstadianske miljøene. I vår tid aner vi en ny åpenhet for denne tradisjonen med anerkjennelse av den troen og omsorgen den representerer.

Forståelsen av komplementær helsebehandling kan gjenspeile et helhetlig menneskesyn, og at menneskets fysiske, mentale, sosiale og åndelige side henger sammen. Når én av disse dimensjonene, for eksempel den fysiske, rammes av sykdom, preger det også de andre. Men tilsvarende betyr dette at påvirkning og omsorg for det mentale, sosiale eller åndelige også kan ha god effekt på det fysiske.

Både åpenhet og kritisk sans trenges i møtet med det alternative helsemarkedet. På den ene siden representerer det engasjement, omsorg og gode folkelige tradisjoner. På den andre siden kan det framstå som spekulativt og kommersielt. I noen tilfeller har det en uomtvistelig helsefremmende effekt, i andre skaper det falske forventninger på en måte som hindrer mennesker fra å ta innover seg den situasjonen de er kommet i. Det er derfor et stort behov for veiledning og hjelp, og det er viktig at dette skjer på en måte som tar menneskers fortvilelse og tro på alvor.

3.6 Religiøs tro som helseressurs

Er det noen sammenheng mellom folks religiøse tro og deres helse? Undersøkelsen som Per Fugelli og Benedicte Ingstad publiserte i 2009, kan tyde på det.³⁹ Når helsen

³⁹ Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2009): *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 375-415.

svikter, finner mange styrke og mening i troens verden. De siste årene har stadig flere forskere, framfor alt i USA, tatt opp dette temaet og forsøkt å dokumentere vitenskapelig om tro og religiøs praksis har noen helseeffekt.⁴⁰ Men også her i landet er en rekke forskningsprosjekter i gang. De involverer både teologer, religionspsykologer og medisinere (se mer om dette under 3,4).⁴¹

Når forskere hevder at religiøs tro har en helsefremmende effekt, blir gjerne følgende poeng trukket fram:

- 1) Religiøse mennesker har ofte en sunnere livsstil, de har et lavere forbruk av tobakk og alkohol enn gjennomsnittsbefolkningen.⁴²
- 2) Undersøkelser har vist at bønn, meditasjon og religiøse ritualer har positiv og målbar effekt, blant annet ved at blodtrykket går ned og utskillelsen av stresshormoner reduseres.⁴³
- 3) Religiøs tro hjelper mennesker til å tolke og finne mening i krevende situasjoner. Det kan gi indre styrke og ro, og hjelpe mennesker til for eksempel å mestre alvorlige sykdommer.⁴⁴
- 4) Troende mennesker er gjerne omgitt av sosiale nettverk hvor det er vanlig å vise omsorg for hverandre. Det religiøse fellesskapet rommer mulighet for tilflukt, medvandring, omsorg og praktisk hjelp, forbønn og velsignelse.

Men det er også reist spørsmål om dette fullt ut lar seg dokumentere. Noen vil hevde at det handler om flere faktorer enn tro og helse, for eksempel også om kulturell kontekst. Det kan være en av grunnene til at forskningsresultatene virker å være langt mer positive i USA enn i Europa.

Det er også klart at religiøs tro kan ha en negativ effekt og for eksempel forsterke mentale lidelser. Dette gjelder særlig det som kan betegnes «rigid religiøsitet» og som knytter til forestillinger om en streng og straffende guddom og om ens egen urenhet og skyld.⁴⁵ Opplevelsen av gudsfravær og av ikke å få bønnesvar kan gjøre syke mennesker enda mer fortvilte. Trosfellesskap oppleves heller ikke alltid så inkluderende som en skulle ønske. Noen synes de møtes av likegyldighet og fordømmende holdninger, når de søker forståelse og omsorg. Spørsmålet om tro og helse er derfor ikke først og fremst akademisk, men handler om menneskers hverdag og hvordan de tolker helseutfordringer eksistensielt og trosmessig. Får de som strever

⁴⁰ En oversikt over slike studier finnes i Harold G. Koenig, Michael E. McCullough & David B. Larson (2012): *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.

⁴¹ En god oversikt over fagfeltet finnes i Lars Johan Danbolt, Leif Gunnar Engedal, Hans Stifoss-Hanssen, Knut Hestad og Lars Lier (2014): *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

⁴² Norske syvendedagsadventister har lavere risiko for å få hjerte- og karsykdommer, får sjeldnere diabetes og kreft, og de lever lenger enn andre. Vinjar Fønnebo (1992): Mortality in Norwegian Seventh-Day Adventist 1962-1986. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45 (2), s. 157-167.

⁴³ En undersøkelse fra Nord-Trøndelag har vist at jo mer folk gikk i kirken, jo lavere blodtrykk hadde de. Torgeir Sørensen, Lars J. Danbolt, Lars Lien, Harold G. Koenig & Jostein Holmen (2011): The Relationship between Religious Attendance and Blood Pressure. The Hunt Study, Norway. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 42 (1), s. 13-28.

⁴⁴ En studie av norske kreftpasienter bekrefter dette, de aller fleste sier at religionen har hjulpet dem til å mestre den nye situasjonen sykdommen satte dem i. Tor Torbjørnsen (2011), «Gud hjelpe meg!» *Religiøs mestring hos pasienter med Hodgkins sykdom. En empirisk, religionspsykologisk studie*. Oslo: Menighetsfakultet.

⁴⁵ Hans Stifoss-Hanssen (1996): *Seeking meaning or happiness? Studies of selected aspects of the relationship between religiosity and mental health*. Trondheim: Tapir.

med slike spørsmål hjelp innenfor sitt sosiale nettverk? Opplever de menigheten og fellesskapet der som en ressurs? Hvilke gudsbilder fremmes i forkynnelse og undervisning?

Et like viktig spørsmål er om dette er temaer som møter forståelse i kommunikasjonen med leger og annet helsepersonell. Mange helsearbeidere vil nødvendig gå inn i en samtale med en pasient om trosspørsmål, enten fordi de ikke oppfatter seg som kompetente på dette området, eller fordi de selv mener at religionen først og fremst har negativ helseeffekt. Det er derfor viktig å styrke kunnskapen på dette området, helst som en del av utdanningen. En anerkjennelse av den religiøse troens helsefremmende rolle må imidlertid ikke føre til at religionen instrumentaliseres, det vil si innordnes i en helseagenda. Tro og religiøs praksis er mer enn det som fremmer, eventuelt skader folks helse, og må respekteres som det.

Selv når det anerkjennes at religion og spiritualitet kan ha en helsefremmende effekt, vil mange være tilbakeholdne med å bruke ordet «helbredelse». Årsaken kan være at dette ordet oppfattes å være for ladet med religiøse forestillinger, eller at det gir assosiasjoner til «healere» som opptrer på den mer omstridte delen av det alternative helsemarkedet. Men helbredelse behøver ikke å oppfattes som en mirakuløs hendelse utenfor fornuftens rekkevidde. Ordet kan også forstås som en prosess og som innsats for å helbrede den som er blitt syk, slik dette skjer innenfor den ordinære helsetjenesten. I den prosessen kan ulike faktorer ha en rolle, og samspillet mellom dem vil kunne fremme helbredelsesprosessen. Noen ganger fører det til at pasienten blir frisk fra sykdommen, andre ganger lærer prosessen den syke å mestre sykdommen på en måte som gir overskudd i hverdagen, og noen ganger gir den styrke til å møte døden på en forsonet måte.

3.7 Åndelig omsorg

Åndelig omsorg skal ha en plass i alt helsearbeid. Med det menes en omsorg som gjelder alle pasienter, uansett livssyn eller helsetilstand. Som tidligere vist til, har helsemyndighetene bekreftet at beboere på helse- og omsorgsinstitusjoner har rett til utøvelse av egen tro, og at det er den aktuelle institusjonen som har ansvar for at det gis tilbud om dette.

Helt fra kirkens første tid har den hatt ordninger for å utøve åndelig omsorg for syke. Som vi har sett, omtaler Jakobs brev forbønn for og salving av syke, og lar oss forstå at det er lederne i menigheten som har ansvar for å legge til rette for denne tjenesten (Jak 5,14-16). I vår tid er salving igjen i bruk i mange menigheter. Det kan være en rite som gir gode rammer for fellesskap og forbønn, for den som er blitt syk.

Det er også lang tradisjon for å feire nattverd sammen med syke og døende. Sakramentet sier mer enn det som kan uttrykkes i ord. Det gir en opplevelse av tilhørighet og mening. Framfor alt kunngjør det Guds nådige nærvær som skaper tro, håp og kjærlighet. Derfor kan enhver nattverdsfeiring, også den som skjer i den ordinære høymessen, sees i et helsefremmende perspektiv. Sakramentet forkynner forlatelse av synder og frihet fra alt som tynger; brødet og vinen gir berøring med Jesu kropp og blod og samfunn med hans død og oppstandelse. I tillegg bekrefter feiringen av nattverden at vi tilhører et fellesskap som er kalt til gjensidig å bry seg om og vise omsorg for hverandre. Egne forbønns-gudstjenester kan gi gode rammer for slike

erfaringer. De gjør det også mulig å legge til rette for å tilby skriftemål til dem som ønsker det.

Åndelig omsorg er særlig viktig i krisesituasjoner. Når katastrofer og ulykker skjer, er det en bred forventning til kirken om å stille opp for dem som er rammet. Det samme skjedde etter terrorangrepet den 22. juli 2011. Mange opplever kirkens rom som særlig egnet for å uttrykke fortvilelse og sorg. Lystening er blitt et ritual som oppleves som meningsfullt, også for mennesker som ikke oppfatter seg som kirkeaktive. Ritualer og symbolske handlinger bidrar til å skape mening. De bekrefter tilhørighet og får livet til å henge sammen tross det vonde som har skjedd.⁴⁶

Kirkerommet gir også rammer for samtaler med prester og diakoner. Gjennom de siste årene er det bygget opp betydelig kompetanse og beredskap i kirken for å møte slike situasjoner. Beredskapsplaner er utviklet for alle ledd i Den norske kirke. For nordmenn i utlandet har Sjømannskirken etablert beredskapsteam som gjør at de raskt kan være til stede når mennesker rammes av ulykker eller lignende krisesituasjoner.

De fleste av oss slipper å oppleve slike dramatiske situasjoner på nært hold, men vi er alle berørt av livets sårbarhet, og av at sykdom og død hører med i våre livskår som mennesker. Derfor vil vi alle komme i situasjoner hvor vi trenger å bli vist omsorg, og kanskje særlig åndelig omsorg. Hospice-tradisjonen har solide røtter i kirken og uttrykker betydningen av å ledsage mennesker gjennom livets siste fase og, om mulig, hjelpe dem til å forsones seg med døden. Den aronittiske velsignelsen, Fadervår og kjente salmer vil ofte være en ressurs i slike sammenhenger, og kanskje særlig i situasjoner hvor den syke ikke lenger er i stand til å kommunisere på vanlig måte. Likevel skjer det at velsignelsens ord gjenkjennes, og de bærer i seg en egen kraft til å bringe fred og trøst, både til den syke og de pårørende som er til stede.

Alle disse ritualene gir anledning til samtale og sjelesorg. Samtidig er det klart at åndelig veiledning og sjelesorg ikke er avhengig av slike rammer. Sjelesorg har alltid vært en sentral oppgave i kirken og har, naturlig nok, blitt et viktig fag i utdanningen av prester og diakoner. En særlig fagressurs her i landet er *Institutt for Sjelesorg* på Modum Bad, som både tilbyr opphold for mennesker som søker hjelp, og holder kurs for fagpersoner på området.

3.8 Global helse

Det er ikke noe nytt at epidemier krysser grenser, men i vår globaliserte tidsalder truer dette med å ha et omfang som tidligere tiders pest ikke kan måle seg med.

Spanskesyken som herjet i store deler av verden i 1918-20, skal ha kostet 40 millioner menneskeliv. Bare i Norge tok Spanskesyken 15.000 menneskeliv. Livsmønstrene i vår globaliserte tidsalder gjør at den slags epidemier raskere enn før kan utvikle seg til å bli det som kalles en pandemi, det vil si med stort omfang og stor geografisk spredning. Eksempler er spredningen av HIV-viruset som siden det ble oppdaget tidlig i 1980-årene, har smittet 75 millioner mennesker med dødelig følge for 36 millioner av dem.

⁴⁶ Hans Stifoss-Hanssen og Lars Johan Danbolt (2014): Om å stå oppreist etter katastrofen – ritualer og resiliens etter 22. juli. I: *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. Nr. 1 – 2014, s.52-57.

Siden årtusenskiftet er flere pandemier blitt varslet. I 2002 brøt SARS-epidemien ut, tre år senere skapte fugleinfluensaen store overskrifter over hele verden, og i 2009 erklærte WHO at svineinfluensaen var blitt en pandemi. Over alt var helsemyndighetene i beredskap. Her i landet ble det gjennomført massevaksinasjoner. I virkeligheten tok ingen av disse epidemiene mange menneskeliv. I ettertid er det stilt spørsmål om reaksjonene var overdrevne, og om de var forårsaket av hysteri skapt av media eller av legemiddelindustrien, som så muligheten for stor fortjeneste når millioner skulle vaksineres.

Uansett hvordan reaksjonene skal bedømmes, det er ingen tvil om at disse pandemiene har avslørt hvor sårbare vi er for nye og ukjente sykdommer, og at det er viktig å ha et globalt perspektiv på helse. Det er ikke nok å ha fokus på den nasjonale helsetjenesten, både FN og andre internasjonale organer peker på globalt medansvar for folks helse, uansett bosted. En følge av dette er at helse er et sentralt tema i FNs millenniumsmål, noe som også har fått konsekvenser for norsk bistandspolitikk hvor helse er et prioritert tema.

Helse er også et viktig tema i arbeidet til Kirkens Nødhjelp og norske misjonsorganisasjoner og da nettopp som uttrykk for kirkens helseoppdrag. Mange steder bygget misjonærer sykehus og andre helsetilbud, ofte hadde de selv utdanning som leger og sykepleiere. I dag er denne virksomheten i regelen overtatt av nasjonale kirker; i noen land i Afrika er opp mot halvparten av helsetilbudene drevet av kirker og andre trosbaserte organisasjoner. Det gjøres en stor innsats for å bistå kirkene i dette arbeidet. Det er også etablert økumeniske nettverk som har som mål å styrke kirkenes helseoppdrag, særlig i fattige land.⁴⁷

Det er all grunn til å understreke at global innsats er påkrevd i en verden hvor forskjellene er enorme når det gjelder adgangen til helsetjenester, og hvor store befolkningsgrupper ikke kan regne med å bli behandlet av en lege eller få sykehusplass når de blir alvorlig syke. Retten til helse er bekreftet i flere internasjonale konvensjoner, helt siden FNs menneskerettighetserklæring fra 1948 fastholdt at:

Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestand, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over (§ 25,1).

For titalls millioner mennesker er dette ikke virkeligheten. Årsaken er ikke en manglende utvikling, at det tar lang tid å bygge ut helsetjenester i fattige land. I langt større grad skyldes det en feilslått utvikling. En viktig faktor er at de offentlige helsebudsjettene ikke strekker til for å betjene hele befolkningen, men i stedet er rettet inn mot dem som kan betale for seg. Allerede i 1978 fikk det WHO til sterkt å gå inn for primærhelsetjeneste (Primary Health Care) under mottoet «Helse for alle». Visjonen var blant annet å gi tradisjonelle «helbredere» muligheter til å utvikle medisinsk kunnskap i samarbeid med helsemyndighetene. Men de gode intensjonene

⁴⁷ Kirkens verdensråd hadde gjennom mange år en egen kommisjon, *Christian Medical Commission*, som arbeidet med helserelaterte spørsmål. DIFAEM (Deutsches Institut für Ärztliche Mission) i Tübingen har sammen med KV og LVF organisert viktige konferanser om kirkens globale helseoppdrag, senest i juni 2014. Christian Medical Mission, se <http://difaem.de/>

har hatt liten gjennomslagskraft. Kanskje skyldes det en grunnleggende motsetning mellom tradisjonell legekunst og moderne skolemedisin, og at legemiddelindustrien har sett seg bedre tjent med å fremme vestlige helsetjenester.

Dette er kommet klart til uttrykk i kampen om tilgang til medisiner, og i særlig grad da sør-afrikanske myndigheter ønsket å importere billige AIDS-medisiner til sine nær 5 millioner HIV- og AIDS-syke innbyggere. De fleste av disse hadde ikke råd til medisinerne som legemiddelselskapene, takket være sitt monopol, hadde plassert på markedet. Legemiddelindustrien gikk til sak mot myndighetene, men endte med å trekke saken da de så reaksjonen fra den internasjonale opinionen. På den måten fikk mange mennesker adgang til medisin som sikret dem et verdig liv.

I dag utgjør ikke smittsomme sykdommer mer enn 50 % av sykdomsbyrden i verden. Dette gjelder også i svært mange fattige land. Ikke-smittsomme sykdommer er i tillegg i sterk økning. For fattige land betyr det en dobbel sykdomsbyrde. Ikke-smittsomme sykdommer kommer på toppen av de smittsomme sykdommene som fortsatt ikke er bekjempet. De fire store risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer er alkohol, tobakk, sukker og usunt fett og inaktivitet. Å forebygge ikke-smittsomme sykdommer, skader og funksjonshemming vil i framtiden over hele verden være svært viktig for å redusere død, sykdom og redusert livskvalitet. I denne sammenhengen er det viktig å bidra til å få på plass lokal lovgivning og regulering som beskytter folkehelsen på en god måte, i tillegg til å bygge helsekapasitet som også kan behandle ikke-smittsomme sykdommer. Regulering av storindustri som tjener penger på å fremme og selge produkter som representerer de store risikofaktorene, er her en nøkkeloppgave.

Mental helse er et forsømt tema i internasjonalt helsearbeid. De som bor i fattige land, vil sjelden ha tilgang til adekvat helsetjeneste. Fattigdom er i seg selv en mental påkjenning. Mange steder påføres folk ytterligere stress på grunn av krig og sosial uro. WHO erkjenner at dette er en enorm helseutfordring, og at det er et gap mellom behov og behandlingstilbud.⁴⁸

Importen av helsepersonell til vår rike del av verden er et annet viktig tema. Særlig afrikanske land opplever at leger og sykepleiere som de har brukt knappe midler på å utdanne, velger å emigrere. WHO har pekt på det globale behovet for å utdanne helsearbeidere. I 2006 anslo de behovet til 4,25 millioner, og at Afrika hadde bruk for halvparten av disse. Samme år viste en undersøkelse fra Tanzania at landet, med en befolkning på 40 millioner, bare hadde 1.264 leger i arbeid, mens 1.356 tanzanianske leger arbeidet utenlands.⁴⁹ Det er derfor viktig å styrke lokal utdanning av helsepersonell på en måte som sikrer dem gode arbeidsbetingelser i hjemlandet. Siden 2005 har Kirkens Nødhjelp i samarbeid med utdanningsinstitusjoner i Norge, inklusive de diakonale høyskolene, hatt et prosjekt i Malawi for å styrke utdanningen av sykepleiere og jordmødre. Dette har skjedd i samarbeid med myndighetene i landet og med 13 nasjonale utdanningsinstitusjoner, mange av dem med kirkelig tilknytning.

Adgang til rent vann er helt grunnleggende for folks helse. I følge tall fra WHO lever over én milliard mennesker uten tilgang til rent vann. Dette fører til at det hvert år dør mer en 2,2 millioner mennesker på grunn av vannbårne sykdommer, som for

⁴⁸ WHO: Mental Health Atlas,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf?ua=1

⁴⁹ <http://cip.cornell.edu/DPubS?service=UI&version=1.0&verb=Display&handle=dns.gfs/1351876999>

eksempel kolera. Mange steder forverres situasjonen ved at vannverk privatiseres, eller at private selskaper skaffer seg eiendomsretten til vannkilder.

På det hjemlige plan er vi vant til å tenke at helse handler om rettigheter. Slik må det også være i global sammenheng, enten det gjelder retten til helsetjenester, helsepersonell, medisiner og, helt grunnleggende, rent vann. Kampen for global helse handler om mer enn velvillig bistand, men heller innsats for å endre økonomiske ordninger, politiske maktforhold og folks generelle levekår. Dette er en arena som utfordrer til solidarisk engasjement og innsats.

4. Kirkens helseoppdrag i vår tid

4.1 Kirkens helserelevante ressurser

I denne tredje bolken er temaet hvor og hvordan kirken kan utøve sitt helseoppdrag i vår tid. På den ene siden er denne framstillingen bestemt av analysen av velferdssamfunnet og helseutfordringene slik disse ble beskrevet i den foregående bolken. Det er i denne konteksten kirken er kalt til å tjene. På den andre siden er det som følger inspirert av den bibelske oppfatningen av helse og helbredelse gjengitt i den første bolken. Den er med å forme egenarten i kirkens helseoppdrag.

Det er naturlig å starte denne bolken med å bekrefte at denne tjenesten utgjør en rik arv og et vell av ressurser i kirken. Omsorg for syke og mennesker i sårbare livssituasjoner har alltid vært en del av kirkens oppdrag i verden, selv om denne tjenesten har tatt ulik form fra tid til tid. Spørsmålet er derfor ikke om kirken skal ha et engasjement på dette området, men hva den skal ha sin oppmerksomhet rettet mot og hvordan engasjementet skal ta skikkelse gjennom konkrete tiltak.

I faglitteraturen skrives det om trosbaserte virksomheter og de «religiøse helseressursene» de representerer.⁵⁰ Med ressurser forstås både det konkrete i form av institusjoner og tiltak, men også ressurser som ikke i samme grad er synlige. Når det gjelder den første typen, har vi tidligere vist til at vi har over 150 diakonale institusjoner her i landet. De utgjør en viktig ressurs for kirkens helserelevante tjeneste. Men det finnes langt flere for eksempel i form av organiserte tiltak i regi av lokale menigheter og virksomheter innrettet mot bestemte målgrupper. En enda viktigere ressurs er alle menneskene som ved hjelp av sin faglige kompetanse og sitt engasjement, sørger for at disse tjenestene drives vel. Mange av dem er frivillige, og hvert år mobiliserer menigheter og institusjoner titusenvise frivillige i helserelevante tiltak av ulik slag. Her har også diakontjenesten en viktig rolle. Det er tilsatt omtrent 350 diakoner og diakonarbeidere i norske menigheter. Til sammen utgjør frivillige og ansatte en kjemperessurs som det er viktig å forvalte vel.

⁵⁰ Kjell Nordstokke (2012): «Faith Based Organizations» - egenart og rolle. I: Einar Aadland (red.), *Ledelse i diakonale virksomheter*. Trondheim: Tapir, s. 93-108.

Sammen med disse finnes trosbaserte ressurser som ikke i samme grad er håndgripelige, men som likevel kan ha en helsefremmende rolle. Det gjelder for eksempel ritualer av ulik art. Mennesker som strever med sin helse, kan oppleve å bli styrket ved å delta i en forbønns-gudstjeneste eller ved å gå til nattverd. Bønn og meditasjon kan redusere stress og kan hjelpe noen på vei ut av en depresjon. I tillegg fremmer troen andre former for ressurser, for eksempel motiverer den mennesker til engasjement, den former empatiske holdninger i møtet med andre, den forplikter til moralske standarder og til innsats for det som er rett, sant og godt. Troen former vårt menneskesyn og vår tillit til at det har mening å bry seg om andre, og spesielt om mennesker i utsatte livssituasjoner. Det er en viktig oppgave å aktivere disse ressursene. Det skjer ikke av seg selv. Som Jesus taler om talenter som noen gjemmer i jorden (Matt 25,25), kan også menighetens ressurser ligge ubrukte. Kanskje skjer det fordi de som har fått dem, ikke har fått hjelp til å bruke dem i fellesskapets tjeneste. Å være betrodd slike ressurser skal på ingen måte gjøre kirken arrogant og skape tanker om at kristne er bedre og mer tjenesteberedt enn andre mennesker. Poenget er å se de mulighetene som foreligger og ta på seg oppgaver som det faktisk er mulig å ta ansvar for.

Kirkens helseressurser er mangfoldige, de er både relasjonelle, institusjonelle, intellektuelle og åndelige. Kirkens unike mulighet som helseaktør består i samvirket av disse ulike ressursene: av mangfoldet av konkret innsats gjennom århundrer og all kompetansen dette har gitt, og av alt engasjement som stadig vokser fram i fellesskapet av troende og som ruster mennesker til god gjerning. Fra midten av 1800-tallet er en rekke imponerende initiativ satt i gang som resultat av dette samvirket, ofte preget av en pionerånd som har satt spor i helsetjenesten og i samfunnet som helhet. Hver tid krever sin form. Utfordringen er å finne hvordan denne arven skal forvaltes i vår tid og vite hvilke handlingsarenaer som i dag best gir uttrykk for kirkens helseoppdrag.

4.2 Forkynnelse og undervisning

Kirkens helseoppdrag kommer til uttrykk i ord og handling, med andre ord både gjennom forkynnelse og undervisning, for eksempel i trosopplæring, og gjennom diakonal virksomhet.

Prester og andre forkynnere møter denne utfordringen når de skal preke over bibelske tekster som handler om helbredelse.⁵¹ Avstanden mellom antikkens og vår egen tids forståelseshorisont gjør at dette er fortellinger som er vanskelig å tolke. Det gir ikke mening å kreve at tilhørerne skal flytte tilbake til en forgangen tid for å skjønne hva som skjedde, ikke minst fordi vi ellers må finne uttrykk for troen i den tiden vi lever i. Forkynnerens oppgave er å gjøre evangeliet troverdig i vår tid og for dagens mennesker. Slik sett skal det være forkynnelse til livsmestring.

Men også de som levde på den tid da evangeliene ble skrevet, strevde med å tolke underfortellingene. Allerede Jesu disipler erfarte at de ikke hadde samme makt som Jesus til å drive ut onde ånder (Matt 17,19). Det nye testamente kommuniserer derfor at disiplene er kalt til å gjøre de gjerninger Jesus gjorde (Matt 10,7-8), men gjør det

⁵¹ Jf. drøftingen om fortellingenes gyldighet i vår tid s. 11-12.

samtidig klart at Jesu myndighet er unik. Bare han er Gud inkarnert midt i menneskers hverdag. Bare han bringer Guds myndige ord så direkte i kontakt med syke og utstøtte at det umiddelbart reiser dem opp til helse og nye relasjoner.

Selv om evangeliene og Apostlenes gjerninger forteller at Peter og andre gjorde under, understrekes det at dette skjedde i Jesu Kristi navn (Apg 3,6), som tegn på hans fortsatte nærvær og på kraften av hans seier over død og ondskap. Det varte ikke lenge før menighetene tolket dette som et kall til å vise omsorg slik Jesus hadde vist omsorg, til å trøste og vise barmhjertighet (Rom 12,7). Den diakonale praksisen som etter hvert vokste fram, er å forstå som konkret utfoldelse av dette oppdraget.

Det er derfor mulig å angi retning når vi skal tolke underfortellingene om hvordan Jesus helbreder, inn i vår tid. For det første kan de hjelpe oss til å se det enestående i Jesu gjerning, at han virkelig er Gud, og at han virkelig er mektig til å gjøre alt nytt. Over alt hvor sykdom, nød og urett truer mennesker med dom og død, bringer han liv. For det andre at hans omsorg gjelder hele mennesket, ikke bare sjelen, men også kroppen og de sosiale relasjonene det hører hjemme i. Jesus bryr seg om hele mennesket, og hans helbredelse bringer helhet.

Dette må være to grunnleggende perspektiver i vår tolkning av fortellingene om helbredelse. Fokus må være Jesus og måten han møtte hele mennesket på. Fokus blir derfor feil dersom det rettes mot det som vi kan oppfatte som mirakuløst og naturstridig. Vi ser at heller ikke evangelistene legger stor vekt på dette, for eksempel gis det ingen anvisning om hemmelige formel eller teknikker. Fokus er Jesus, derfor er det, som vi har sett, svært få fortellinger om helbredelse i Det nye testamentet og heller ikke så mange fra tiden etter hans jordeliv.

Fokus blir også feil dersom vi gjør dette til et spørsmål om tro, enten dette handler om å tro i samsvar med verdensbildet på Jesu tid, eller det framstilles som påbud om å tro sterkt nok. Det finnes formuleringer i Bibelen som kan forlede oss til å tenke slik, slik som Jesu utsagn om at tro kan «flytte fjell» (Matt 17,20). Men det blir feil dersom dette gjøres til en målestokk på den enkeltes tro, med den følge at den som ikke blir hørt i bønn om helbredelse, skal konkludere at det er manglende tro som er årsaken. Allerede hos Paulus finner vi utsagn som bekrefter dette. Han gjør det klart at kjærlighet teller mer enn en tro som flytter fjell (1 Kor 13,2), og at forholdet mellom styrke og svakhet ikke alltid er slik vi forledes til å tenke (2 Kor 12,7-10). Den troen Jesus taler om, er den som i tillit er rettet mot ham. Det er en tro som ikke gjør noen til skamme. Midt i en hverdag av skrøpelighet og svakhet kan den fremme håp og liv.

Fortellingene om helbredelse mister derfor noe av sin kraft dersom de formidles på en måte som begrenser budskapet til den åndelige eller sjelelige sfære. Jesus opptrer i menneskers hverdag, ikke minst på arenaer preget av livets skyggesider. Der viser han omsorg for hele mennesket i alle dets relasjoner. Der kaller han sine disipler til å følge seg. «Den som vil tjene meg, må følge meg, og der jeg er, skal også min tjener være» (Joh 12,26).

Dette er viktige tema i forkynnelse og undervisning, og i pakt med oppgaven som er særlig nevnt i *Plan for trosopplæring* om å bidra til kristen livstolkning og livsmestring.⁵² I forbindelse med livsmestring legges det opp til at barn og unge skal

⁵² «Kristen livstolkning innebærer å forstå seg selv og tilværelsen i lys av relasjonen til Gud, seg selv, andre mennesker og i forhold til resten av skaperverket. Dette kan gi utrustning til å leve livet i hverdag

arbeide med sentrale dimensjoner ved menneskelivet, blant annet tema som kropp, selvbilde, identitet, vennskap og relasjoner, fysisk og psykisk helse, sorg og tap og død og håp.

4.3 Helserelaterte tiltak i lokalmenigheten

Lokalmenigheten har som oppgave å vitne om evangeliet i ord og handling. Plan for diakoni har dette som utgangspunkt. Når det slås fast at diakoni er evangeliet i handling, er det for å gjøre klart at diakoni er en integrert del av det kirken er kalt til å være og til å gjøre. Omsorg for mennesker som lider, er derfor mer enn en mulig aktivitet på menighetens agenda. Det er et av kjennetegnene på å være Jesu Kristi kirke. Som det heter i Jakobs brev: «Dere må gjøre det Ordet sier, ikke bare høre det, ellers vil dere bedra dere selv» (1,22). Senere i dette brevet kan vi lese at menighetens eldste har som oppgave å ta seg av syke (5,14-15), med andre ord: Omsorg for syke har en selvfølgelig plass i menighetens liv, og dette er en oppgave som lederskapet har medansvar for å organisere. I vår situasjon vil en kunne si: Dette er en oppgave for menighetsrådet i samvirke med kirkens ansatte og med både prest og diakon som viktige aktører.

Slik fungerer det også i mange menigheter. Mye skjer i kraft av den folkekirkelige kontaktflaten hvor møteplasser skaper rom for omtanke og sjelesorg. Når enkeltpersoner eller lokalsamfunn opplever gjennomgripende livshendelser, ved gravferder og andre ritualer eller når noen ser til graven hvor en kjær er lagt, er terskelen lav for trøstende ord, både når det kommer fra prest, diakon, organist eller kirkegårdsarbeider. Det viser bredden i lokalmenighetens helsefremmende praksis og kontaktflaten mellom kirke og befolkning.

Samtidig handler dette om flere enn de kirkelig ansatte. Menigheten er i egentlig forstand et fellesskap hvor alle er kalt til å bry seg om den som har bruk for en neste. Fellesskap er i seg selv helsefremmende, og særlig når det virker inkluderende. Det er ikke slik at noen alltid er sterke og alltid skal ta seg av andre, «gode fellesskap gir alle mulighet til både å yte og å ta i mot. De har plass til mangfoldet og sørger for at ingen faller utenfor».⁵³

Mange viktige tiltak er i gang. Samhandlings- og omsorgsreformen har allerede stimulert mange menigheter til å gå inn i nye oppgaver. Slik opplever mange mennesker støtte og hjelp til å kunne mestre uhelse av ulik art. Det handler om sorggrupper hvor mennesker som har mistet en kjær, får hjelp til å mestre sorgen. I samtale med andre som har opplevd noe tilsvarende, åpnes nye perspektiver slik at det gis mot og kraft til å leve videre. Eller det kan være andre arenaer hvor mennesker som sliter og har tungt å bære, gis livshjelp. Det kan være kronisk syke, mennesker som plages av mye smerte, som sliter med selvbildet eller som er ensomme.

og høytid, i sorg og glede, i krise og oppbrudd, alene og i fellesskap. Livsmestring handler om kunne møte livet i gode og onde dager. Å ha tro på egne ressurser og håp for framtiden. Å være skapt og elsket av Gud gir grunnlag for et slikt håp». <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=68368>, s. 14.

⁵³ Plan for diakoni, s. 18.

Slike aktiviteter blir ikke alltid framstilt som helsefremmende, men det kan være grunner til i større grad å gjøre det. Det kan bidra til å tydeliggjøre forbindelsen til Bibelens framstilling av helse og helbredelse og til kontinuiteten i kallet til Jesu disipler om å vise omsorg for syke. Det kan også bidra til å markere inn i det offentlige rom at kirken også i vår tid vedkjenner seg et helseoppdrag og er villig til å tenke nytt om hvordan dette konkret kan komme til uttrykk. På den måten får en også imøtegått oppfatningen om at kirken ikke lenger har noe helseoppdrag i vår tid med en godt organisert offentlig helsetjeneste, og at menighetspleie i tradisjonell forstand hører fortiden til.

Derfor er det viktig at hver enkelt menighet danner seg et reelt bilde av de helserelaterte ressursene de har til rådighet. Som oftest vil det være langt mer enn det de fleste hadde forestilt seg, ikke minst gjelder dette de menneskelige, relasjonelle, etiske og åndelige ressursene. Å få disse ressursene kartlagt vil ofte skape en kraftfull impuls til å tenke nytt og se nye muligheter for handling.

Lokale menigheter vil oftest ikke være i stand til å etablere virksomheter som tilbyr profesjonell behandling av syke. Fokus vil heller være tiltak av helsefremmende art, eller slike som hjelper mennesker til å mestre sin helsesituasjon bedre. I et folkehelseperspektiv er det av uvurderlig betydning at aktører innenfor sivilsamfunnet tar på seg slike oppgaver, og, som vi har sett, den offentlige helsetjenesten er pålagt å legge til rette for større grad av samvirke på dette området, og særlig i tilbudet av omsorgstjenester. Sykehjemmene, også de kommunale, er mange steder en naturlig arena for slik samhandling.

Besøktjeneste og gjestfrihet utgjør to bærebjelker i diakonal praksis. De kan begge ha en viktig plass i menighetens helserelaterte virksomhet. Begge har som mål å skape møteplasser der den som trenger en neste, opplever å bli tatt på alvor. Slike møterom kan være sted for samtale og veiledning, men også for solidarisk medvandring. Noen trenger hjelp til å fremme sine rettigheter i møtet med offentlig forvaltning, andre er i en akutt kritisk situasjon og trenger hjelp til å områ seg. Ut fra en diakonal forståelse er dette møtesteder som bringe impulser til forvandling, forsoning og myndiggjøring. Noen ganger kan nettopp dette erfares som impulser til helbredelse: at prosesser settes i gang som gjør at mennesker tør ha nye perspektiver på livet sitt, og selv å innta hovedrollen i prosessen for å mestre det slik det er blitt.

Slike rom kan bli til spontant, men enda bedre er det om de skapes gjennom planmessig innsats. I mange menigheter vil diakonen ha et særlig ansvar for å organisere besøktjenesten og å legge til rette for gjestfrie møterom. Men samtidig er dette rom hvor frivillige kan ha en viktig rolle. Å ha oppgaver som frivillig er i seg selv helsefremmende, det skaper både glede og overskudd i hverdagen. Bruk av frivillige handler derfor om langt mer enn å spare penger, men om å mobilisere kompetente og engasjerte mennesker. Da er det avgjørende at arbeidet med å rekruttere og følge opp frivillige gis kontinuerlig oppmerksomhet. Igjen er dette et arbeidsområde hvor diakonene har særlig kompetanse. En undersøkelse har vist at de menighetene som har ansatt diakon, vil ha et større tilfang av motiverte frivillige og en mer planmessig bruk av ressursene de bringer med seg.⁵⁴

⁵⁴ Olav Helge Angell og Anne Schanke Kristoffersen (2005): *Helse og kirke. Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke*. Oslo: Diakonhjemmet høgskole.

Den samme undersøkelsen viser at diakonene også bidrar til større grad av samhandling med offentlige instanser, for eksempel den kommunale helsetjenesten. Det gjør at det helserelaterte arbeidet menigheten er engasjert i, kan ha betydning utenfor menighetens eget handlingsrom. Mange eksempler finnes på at det skjer: Noen menigheter på Vestlandet samarbeider med kommune og helseforetak om tiltak innenfor palliativ omsorg; en diakon i Telemark organiserer pilegrimsvandring i samarbeid med den lokale psykiatriske helsetjenesten for det som omtales som «slitne mennesker»; en annen diakon på et sted hvor det ikke er etablert tilbud om krisehjelp for kvinner som er utsatt for vold, har gjort avtale med noen private hjem om at en seng står oppredd om en akutt situasjon skulle oppstå.

Dette er eksempler som alle illustrerer menighetenes særlig helserelaterte ressurser, og som samtidig peker på den tilliten mange vil ha til diakonale tiltak innenfor dette området. I faglitteraturen beskrives diakonens arbeid noen ganger som en «go-between» virksomhet. Ikke alle menigheter har ansatt en diakon, men alle har et diakonalt mandat og er forpliktet til å utarbeide en plan for den diakonale innsatsen. Her må oppgaven å bygge relasjoner være noe som må kjenne den diakonale virksomheten. *Plan for diakoni* løfter fram inkluderende fellesskap som en prioritert handlingsarena. Det kan oppfattes som både å gjelde menighetsfellesskapet og det åpne sosiale fellesskapet vi alle er en del av. Oppgaven med «å gå imellom» kan tenkes i møte med mange utfordringer i vår tid, ikke minst når det gjelder unge som utsettes for mobbing og andre former for vold.

Men også i andre sammenhenger kan det være grunn til å gå i mellom, for eksempel når noen må imøtegå tabloidiserte oppfatninger av helse. Det hører med til kirkens helseoppdrag å tale om helse på en måte slik at både liv og død hører med. Også det skal kristne vitne om i ord og handling.

4.4 Diakonale institusjoner

Det er tidligere fortalt om hvordan diakonale institusjoner vokste fram, særlig fra midten av 1800-tallet, og om den rollen de hadde i utviklingen av norsk helsevesen.

Det har vært tradisjon i Den norske kirke å tale om «de fire store» diakoninstitusjonene: Diakonissehuset Lovisenberg, Diakonhjemmet, Diakonova (tidligere Menighetssøsterhjemmet) og Bergen Diakonissehjem (Haraldsplass). De driver sykehus og høgskoler med hovedvekt på utdanning i helse- og sosialfag og diakoni. Diakonissehuset Lovisenberg var en av de sentrale aktørene ved opprettelsen av Kirkelig Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep. Denne stiftelsen har stor betydning for kirkens arbeid på dette feltet og ivaretar et viktig helsearbeid både når det gjelder å forebygge og gi hjelp til personer som har blitt utsatt for overgrep.

Men det finnes mange flere diakonale institusjoner. I tillegg til «de fire store» deltar disse (per august 2014) i det fellesskapet som går under navnet Diakoniledermøtet: Blå Kors, Kirkens bymisjon, Kirkens Familievern, Kirkens Nødhjelp, Kirkens SOS, Kirkens Sosialtjeneste, Lukasstiftelsen, Modum Bad og Stiftelsen Signo. Relasjoner er, som det tidligere er pekt på, en viktig del i god helse. På den måten gjør for eksempel Kirkens familievern et viktig helsearbeid.

De fleste av disse institusjonene er organisert som stiftelser. En stiftelse er selveiende. Det kan derfor være krevende å fastholde at virksomheten er kirkelig fundert og et uttrykk for kirkens diakonale oppdrag. Andre har derfor valgt en annen organisasjonsform, som for eksempel Blå Kors, Kirkens SOS og Kirkens Nødhjelp. De har søkt å rotfeste virksomheten i en medlemsmasse eller direkte i kirkelige organer.

De diakonale sykehusene representerer den mest spesialiserte delen av institusjonsdiakonien. Tre av dem er lokale sykehus og fungerer som selvstendige helseforetak innenfor den offentlige helseplanen. Det vil si at de utfører oppgaver ut fra avtaler med helsemyndighetene, og de finansieres i stor grad på samme måte som de offentlige sykehusene. Dette gjelder Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i Oslo og Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Sammen med dem regnes gjerne også Modum bad i Vikersund og Borgestadklinikken i Skien, selv om dette er institusjoner som har spesialisert seg innenfor bestemte tjenestetilbud. Den første er spesialisert for psykisk helse, den andre for mennesker med rus- og avhengighetsrelaterte problemer.

Fordi disse institusjonene i stor grad er organisert i samhandling med offentlige myndigheter, oppfatter mange dem først og fremst som helseinstitusjoner, og bare i liten grad som uttrykk for kirkelig tjeneste. Denne oppfatningen vil i ulik grad også hefte ved de øvrige diakonale aktørene. Også de blir gjerne sett på som profesjonell virksomhet på linje med tjenester i offentlig regi. De siste tiårene har det derfor vært gjort mye for å tydeliggjøre de diakonale institusjonenes egenart og verdigrunnlag. I 1992 utarbeidet Diakoniledermøtet et strategidokument med tittelen *Oppbrudd og fornyelse*, og i 2001 ble heftet *Diakoni – et annerledes språk* publisert. Noen institusjoner, for eksempel Bergen Diakonissehjem, Diakonhjemmet, Kirkens Familievern og Stiftelsen Signo, har vedtektsfestet relasjonen til Den norske kirke. Andre institusjoner har som ledd i revisjon av sine vedtekter, valgt å endre og omformulere direkte henvisninger til Den norske kirke.

De diakonale institusjonene driver en betydelig utdanningsvirksomhet. De forvalter betydelig faglig kompetanse, også internasjonalt, innenfor sine fagområder. Det er viktig å holde fast at kunnskapsutvikling og forskning er en helt nødvendig del av kirkens arbeid med helsespørsmålene. På dette området har det skjedd en sterk utvikling de siste 25 årene i form av aktivt samarbeid på tvers av fagmiljøer. Utviklingen har stort sett funnet sted på området religionspsykologi. Dette forskningsmiljøet omfatter omlag 20 personer med pågående og fullførte doktorgradsprosjekter, det arrangerer årlig en stor faglig konferanse og deltar i det internasjonale nettverket på området. Forskerne i denne gruppen kommer fra Menighetsfakultetet, Diakonhjemmets høgskole, Teologisk fakultet og Forskningsinstituttet – Modum Bad, men også fra andre institusjoner i Oslo og resten av landet.⁵⁵ Andre viktige utviklingsarbeider, som har skjedd i samme tidsrom, er VITA-behandlingen ved Modum Bad, oppbyggingen av Viken Senter for psykiatri og sjelesorg og oppstarten av Religionspsykologisk senter ved Sykehuset innlandet. Utgivelsen av *Tidsskrift for Sjelesorg* og driften av Pastoral-klinisk utdanning, som begge i den senere tid er innpasset i den meritterende akademiske strukturen, kan også

⁵⁵ Gruppen står bak utgivelsen av læreboken "Religionspsykologi", som kom i 2014 på Gyldendal Akademisk.

forstås som del av denne faglige utviklingen, og som sentrale bidrag til kirkens arbeid med helseproblematikken.

I en tid da diakonalt arbeid i noen grad erfarer motgang og tilbakegang, er det vesentlig å løfte fram og anerkjenne denne utviklingen, og se det potensialet dette fagmiljøet har for at kirken skal kunne være offensiv og konstruktiv på helsefeltet. Forskningen i dette miljøet handler om tro som helseressurs, om åndelig omsorg og om en videre helseforståelse. Dermed går den rett inn i samtalen om diakonal egenart og kirkens særegne bidrag. Med den betydningen som helsespørsmålene har i samfunnet vårt, er det viktig at aktiviteten på dette området videreføres og utvikles, slik at kirken kan ha en kvalifisert og informert stemme i samtalen om helse.

Institusjonsdiakonien blir ikke alltid regnet med i framstillinger av det kirken er og gjør. Kanskje er årsaken at kirkebildet fortsatt er formet av statskirkens og embetsstrukturens tegnemønster. Det kan ha gitt en sentralistisk kirkeforståelse med kirkebygg og stab som bestemmende orienteringspunkter. Når Den norske kirke nå er blitt en fri folkekirke, kan det være til hjelp å finne flere referansepunkter, som for eksempel de diakonale institusjonene. Det ville gi et flerdimensjonalt bilde av kirken med rom for flere aktører og prosesser som på ulike måter bidrar til kirkelig nærvær og tjeneste.

Det er derfor mange grunner til at kirken, både lokalt og gjennom sentralkirkelige organer, bekrefter de diakonale institusjonene som viktige uttrykk for sitt helseoppdrag.

En slik bekreftelse vil være til hjelp for de diakonale institusjonene. Mange steder arbeides det aktivt med spørsmålet om hvordan den diakonale egenarten skal komme til uttrykk. Overfor politikere og helsebyråkrater er det viktig å få fram at egenarten skiller diakonale institusjoner fra kommersielle aktører på helsemarkedet. Dette framstilles noen ganger som at virksomheten skjer på ideelt grunnlag, uten at det alltid gjøres klart hva det innebærer i den daglige driften. Å bruke diakoni-begrepet kan derfor gi større tydelighet til forståelsen av egenarten, for eksempel ved å vise til det kristne menneskesynet og til andre grunnleggende verdier som likeverd, barmhjertighet og rettferdighet. Egenarten skal først og fremst vises i hverdagens praksis, for eksempel ved at hele mennesket ivaretas når syke får behandling, ved at beboere skal gis tilbud om åndelig omsorg, men også ved at ansatte ivaretas som verdifulle medarbeidere.

Mange diakonale institusjoner har lagt til rette for samarbeid med frivillige. Ofte vil frivillige kunne bidra med tid til samtale og omsorg, kvaliteter som kan forsømmes i en travel hverdag. Dette er en arena hvor det er mulig å legge til rette for større samhandling mellom institusjon og lokalmenighet, og dermed å bekrefte gjensidige roller innenfor kirkens helseoppdrag. Mange menigheter organiserer allerede besøkstjeneste ved diakonale institusjoner. Men det er også mulig å tenke seg dette samarbeidet utvidet. Erfaringer fra USA viser at samarbeid mellom sykehus og lokale menigheter som tilbyr oppfølging av pasienter som er kommet hjem etter en alvorlig operasjon, har en betydelig helseeffekt.

Samhandling på det lokale plan er en viktig oppgave og den kan bekreftes på mange måter, for eksempel i utformingen av menighetens planer og aktiviteter. Det kan informeres jevnlig om virksomheten i menighetsblad og på oppslagstavler, og den kan tas med i menighetens forbønn. Det kan også inviteres til gjensidige bli-kjent-

arrangement. Bispevisitas er en særlig anledning til å få fram sammenhengen mellom menighetsdiakoni og institusjonsdiakoni. For noen diakonale institusjoner vil spørsmålet om samhandling være mest aktuelt på prosti- eller på bispedømmeplan.

Det styrker ledere av diakonale institusjoner å vite at kirken stiller seg bak og bekrefter arbeidet som gjøres. Hverdagen deres preges av krevende utfordringer. Den spesialiserte helsetjenesten blir stadig mer kostnadskrevende og forutsetter faglig toppkompetanse. Institusjonenes omdømme som vennlige og brukerorienterte kan fort svekkes, dersom det skapes en oppfatning om at den medisinske behandlingen ikke holder det nivå som forventes. Vi finner tilsvarende tendenser innenfor eldreomsorgen og andre arenaer hvor institusjonsdiakonien er aktiv: økte krav til effektiv og profesjonell drift og usikkerhet om virksomheten er liv laga innenfor de rammene som offentlige myndigheter setter.

Det er derfor ingen tvil om at institusjonsdiakonien står overfor store utfordringer i tiden som kommer, enten dette gjelder sykehusdrift, eldreomsorg eller andre innsatsområder. Det kan derfor være en oppgave for kirken å bekrefte de diakonale institusjonene i det offentlige rom, som deltaker i den offentlige samtalen om hvordan vi ønsker at helsetjenestene skal se ut i landet vårt, hvilke politiske og økonomiske vilkår de skal ha, og hvilke kvaliteter og verdier de skal fremme. Da menighetspleien ble avviklet for 40 år siden, var det få reaksjoner å spore fra kirkeledere. I noen grad var dette tilfellet også da HVPU-reformen ble gjennomført noen år senere. Disse reformene var både riktige og nødvendige, men kunne kirken ha fremmet sitt helseoppdrag og diakonale anliggende tydeligere ved anledninger som disse? Dersom vi nå ser en utvikling i retning av færre diakonale institusjoner, eller at kvaliteten i tjenesten de yter gir inntrykk av å svekkes, er det grunn for kirken gjennom sine ansvarlige organer til å ytre seg og ta et medansvar? Det er verdt å tenke gjennom hvilken «kapital» de diakonale institusjonene representerer for Den norske kirke. Dette handler om en kapital som er flerdimensjonal. Den kan beskrives som faglig, sosial, symbolsk og religiøs og ved at den har sin styrke i samspillet mellom de ulike dimensjonene.

Representanter for de diakonale institusjonene har fra tid til annen uttalt ønske om at det kirkelige lederskapet tydeligere kunne bekrefte den rollen de utøver som kirkelige aktører. Deres primære misjon er å fremme et godt samfunn med gode tilbud for syke og hjelpetrevende, motivert av visjonen om at Gud vil det beste for alle som er skapt i Guds bilde. I den forstand sørger de for at kirken er aktivt til stede på samfunnsarenaer hvor mennesker erfarer livet på det mest sårbare. Her bidrar de til at det etableres troverdige møteplasser mellom kirke og folk. Kan det forventes at kirken ikke bare anerkjenner institusjonsdiakonien som del av kirkens helseoppdrag, men i større grad kan inkludere dem i planer og strategier, med den følge at det også kan fremmes målsettinger som kirken vil institusjonene skal bidra til å virkeliggjøre?

4.5 Prester og diakoner i offentlige helseinstitusjoner

De diakonale institusjonene har vanligvis knyttet til seg prester og diakoner, de fleste for å utøve den kirkelige tjenesten de er vigslet til. Tidligere var det tradisjon for å rekruttere personer med teologisk og diakonifaglig kompetanse til lederstillinger.

Prester ble valgt som forstandere både for å markere institusjonens kirkelige tilhørighet, og for at ledergjerningen hadde en åndelig dimensjon.

Men også innenfor den offentlige helse- og sosialtjenesten er det ansatt prester og diakoner. Det mest vanlige er at de tilsettes for å utøve sine yrker, slik tilfellet er for sykehus- og fengselsprestene. Noen steder er det i tillegg til prester også tilsatt en sykehusdiakon, for eksempel på St. Olavs Hospital i Trondheim.

Disse tjenestene innebærer å stå i flere relasjoner. På den ene siden er personer vigslat til kirkelig tjeneste og derfor under biskopens tilsyn. På den andre siden er de ansatt på en helseinstitusjon, på samme vilkår som andre faggrupper med rapporteringsansvar for institusjonens ledelse. Begge relasjonene gir tjenesten dens egenart. Den første knytter til kirkens tro og praksis slik det kommer til uttrykk gjennom forkynnelse, sjelesorg og sakramentsforvaltning. Dette er kirkelige tjenester som mister sin egenart dersom de helt innordnes i sykehusets profesjonelle praksis. Den andre fastholder betydningen av å være innforstått med institusjonens faglige og organisatoriske rammer, i erkjennelse av at handlingsmulighetene ville bli begrenset dersom presten eller diakonen skulle komme utenfra, som kirkens forlengede arm inn i et fagmiljø med strenge profesjonskrav.

I det siste er dette blitt knyttet til diskusjonen om det livssyns åpne samfunn, med den påstand at ethvert tros- eller livssynssamfunn må kunne være representert i den rollen sykehusprestene har. Et slikt standpunkt står i fare for å underkjenne den faglige kompetanse som er bygget opp gjennom mange tiår av prester og diakoner, og som blant annet har tre grunnleggende komponenter: For det første deres faglige innsikt som brukes i samhandling med andre faggrupper. For det andre det helhetlige fokuset som de ofte vil ha et særlig ansvar for å framholde, og som tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av hva som skjer med henne eller ham. For det tredje gjelder dette en skolert sjelesørgerkompetanse. En vilkårlig representant fra et tros- eller livssynssamfunn vil neppe kunne ha den samme rollen, jevnfør Høringsuttalelse fra Kirkerådet til *NOU 2013:1 Det livssyns åpne samfunn* (KR 39/13).

Men det vil også være situasjoner da en pasient ønsker å møte en representant fra sin menighet, og det må selvsagt ivaretas. Ved Oslo Universitetssykehus er det gjort viktige erfaringer på dette området. Sykehuset tilbyr samtalepartnere fra ulike tros- og livssynstradisjoner, i tillegg til sykehusprestene. Dette er personer som har hatt tilbud om et videreutdanningskurs og har praktisk samtaletrening med mennesker i en kritisk situasjon. I arbeidet for sikre helhetlig behandling og omsorg ved sykehus, eller sykehjem for den saks skyld, er det viktig å sikre den faglige kompetansen prester og diakoner representerer. Ressursteam bør derfor komme i tillegg og ikke som erstatning for den kirkelige tjenesten.

Sykehusprestenes kompetanse anvendes ikke bare i møtet med den enkelte pasient, men også på en rekke andre arenaer, som for eksempel i kliniske etikk-komiteer, etiske refleksjonsgrupper og lignede faglige utviklingsprosjekter. I en tid med økende mangfold når det gjelder pasientenes etniske, kulturelle og religiøse bakgrunn, er det viktig at det i fagteamene er noen som har god forståelse for hva dette krever. Her handler det både om faglige antenner som fanger opp de ressursene som pasientens tro og spiritualitet kan frigjøre, men også risikoen for å legge byrde til byrde fordi pasienter føler seg krenket uten at noen skjønner hva som skjedde.

Det er ingen tvil om at prester og diakoner som har sitt virke i offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner bidrar til å virkeliggjøre kirkens helseoppdrag. Den offentlige status som Den norske kirke fortsatt har gjennom Grunnloven og kirkeloven, grunngir en kirkelig betjening i offentlige institusjoner, for eksempel i sykehus. Tjenesten må utformes i åpenhet for livssynsåpne samfunn og i rammen av den særlige rollen som Den norske kirke har som tradisjonsbærer i folket vårt. Det innebærer at argumentasjonen ikke har sitt avgjørende utgangspunkt i kirkens behov, men i det offentliges og, enda viktigere, i pasientens behov.

På den andre siden er dette behov som kaller kirken til tjeneste, ikke på en hegemonisk måte for å kreve rom for kirkelige agendaer, men tjeneste i form av bevisst og kompetent nærvær. Faktisk er dette arenaer hvor både helseinstitusjoner, pasienter og pårørende ønsker slikt nærvær, og nettopp i kombinasjonen fag-tro. Vigslingen til kirkelig tjeneste og ordinasjonsløftet gjelder også i denne konteksten. Den myndiggjør til tjenestens egenart og grunngir den faglige kompetansen presten og diakonen forventes å utøve.

4.6 Fokusområder for kirkens helseoppdrag

Så langt har saksframstillingen dokumentert bredden i kirkens innsats på helseområdet. Den kommer til uttrykk på ulike nivå, fra forebyggende tiltak i lokalsamfunnet til spesialisert behandling på høyt faglig nivå. Den mobiliserer frivillige og eksperter, den tar skikkelse som mobile aktiviteter og tunge institusjoner.

Helheten og mangfoldet er i seg selv en ressurs, men det kan også bli et problem dersom ressursene blir for spredte og, kanskje enda viktigere, at de opererer hver for seg, uten å hente styrke fra hverandre. Nettverksbygging og samhandling er derfor en viktig utfordring innad i kirken og diakonien, og ikke bare når det gjelder offentlige instanser og andre aktører innenfor sivilsamfunnet.

Samtidig er det grunn til å spørre om kirken skal ha særlig fokus på noen handlingsområder, både på bakgrunn av den egenarten og de verdiene som ligger til grunn for engasjementet, og ut fra analysen av tilstanden i helse-Norge. Diakonien har gjerne hatt som mål å gjøre noe for de vanskeligst stilte. Det kjennetegner fortsatt den diakonale virksomheten her i landet at tiltakene ofte er rettet mot kronisk syke, rusmisbrukere og eldreomsorgen, områder som gjerne oppfattes som nedprioriterte i dagens helse- og sosialtjeneste. Skal dette fortsatt være fokusområder, eller er det andre oppgaver som melder seg? Og hvordan er betingelsene for kirkelig og diakonal innsats på disse områdene?

Eldreomsorg har vært et prioritert handlingsområde, både for menighets- og institusjonsdiakonien. Mye tyder på at slik vil det være også i framtiden. Å bidra til at mennesker kan møte livets siste fase med verdighet og omgitt av omsorg er helt klart en kirkelig oppgave. En viktig del av denne er å gi mennesker hjelp til å mestre både liv og død og å bekrefte deres verdighet. Tjenestetilbud innenfor dette området vil på en særlig måte kunne komme til gode for mennesker som kan oppleve seg som svake og hjelpeløse. Samtidig er dette arenaer hvor det er mulig å fremme grunnleggende verdier og det kristne menneskesynet, som hevder at hvert menneske er unikt og verdifullt, gjennom alle livets faser og uavhengig av helsetilstand. I tillegg merker vi

oss den klare oppfordringen fra politiske myndigheter til samhandling om omsorgsoppgavene. Den nåværende omsorgsmodellen er ikke bærekraftig når vi vet hvordan tallet på eldre pleietrengende vil øke de neste tiårene. Ifølge beregninger fra Statistisk Sentralbyrå vil bemanningsbehovet passere 4,4 ganger dagens nivå i 2060. I så fall vil 38 % av den samlede arbeidsstyrken her i landet være sysselsatt innenfor helse- og omsorgssektoren. Verken økonomisk eller personellmessig er det mulig. Derfor må det formes nye modeller som legger til rette for større grad av samvirke, også i den forstand at de eldre gis muligheter til å klare seg selv lengst mulig. Både som lokalmenighet og i kraft av diakonale institusjoner kan kirken være en medspiller i utviklingen av slike nye kreative modeller. Aktiv aldring er et aktuelt tema i denne sammenhengen.

Et annet område hvor kirken tradisjonelt har hatt et sterkt diakonalt engasjement, er innenfor rusomsorgen. En av årsakene er at svært mange på nært hold har sett skadevirkningene av rusmisbruk. Det handler ikke bare om rusmisbrukeren selv, men også om familiemedlemmer og andre pårørende. Særlig tragisk er det når rusmisbruket går ut over barn, og når vold er med i bildet.

På den ene siden har kirkens innsats på dette området vært rettet mot behandling av misbrukere ved å tilby dem plass på institusjoner. Det er en tjeneste som det også vil være bruk for i framtiden. Men innsatsen har også vært fokusert på forebyggende arbeid, og særlig i regi av lokalmenigheten. Her har ungdomsdiakonien en særlig viktig rolle, for eksempel gjennom tilbud om alkoholrestriktive soner. Like nødvendig er tiltak for de indirekte ofrene for rusmisbruk. Mange lever med skam og forstillelse, med sår på sjel og kropp som ingen vet om, og med angst for hva som vil skje neste gang rusmisbrukeren kommer innom. Visjonen må være å tilby gjestfrie rom og bygge relasjoner som helbreder og fremmer helse.

Det kan altså være at kirken i framtiden i større grad skal fokusere på helsefremmende arbeid og på tiltak som hjelper mennesker til å mestre hverdagen sin. Dette gjelder særlig kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne. Her finnes mange ulike kategorier funksjonshemninger. Kirken har en lang tradisjon for innsats på dette området, særlig for dem som har flere funksjonshemninger, både fysiske og psykiske. På dette området har diakonale institusjoner som Signo gjort en banebrytende innsats.

De fleste mennesker med nedsatt funksjonsevne lever et godt liv, i egen bolig og i gode sosiale nettverk. De kjenner seg friske og velfungerende, og de skal anerkjennes som det de er. Tidvis kan de oppleve at sykdommer ikke blir tatt alvorlig, fordi det bare er funksjonsnedsettelsen som får fokus. Erfaringene deres når det gjelder å mestre helsemessige utfordringer er en særlig viktig ressurs, både i samfunn og kirke. Derfor er det til skade for alle når de noen ganger blir holdt utenfor fellesskapet gjennom fysiske eller sosiale hindringer. Å sørge for at personer med nedsatt funksjonsevne opplever tilgjengelighet i kirkelige rom og ved kirkelige arrangement er derfor en viktig diakonal oppgave.

Dessverre har ikke alle mennesker med nedsatt funksjonsevne som ønsker det, fast arbeid å gå til. Diakoniplanens betoning av kamp for rettferdighet er viktig å understreke her, samt at Kirkemøtet har vedtatt en oppfordring til kirkelige arbeidsgivere om å vurdere å strekke seg lenger enn målsettingen i Statens personalhåndbok når det gjelder tilsetting av personer med nedsatt funksjonsevne (KM 13/06). Mangel på arbeid kan være en av flere faktorer som gjør at noen

oppfatter seg som ensomme, og at det ikke er bruk for dem. Inkluderende fellesskap har aktualitet her. Poenget er både å handle slik at de som har falt utenfor, gis plass i fellesskapet, og, like viktig, å la fellesskapet få blomstre gjennom rikdommen det gir å være inkluderende.

Mange opplever ensomhet i vår tid, ofte skjer dette innenfor en ond sirkel hvor sviktende helse får folk til å miste motet, noe som kan gi nye helseplager. Mestring og nettverksbygging er derfor sentrale stikkord i kirkens helsearbeid. I utviklingen av framtidens helse- og sosialomsorg er det viktig å se videre enn til de profesjonelle helsearbeiderne og bekrefte betydningen av «de naturlige hjelperne» og den rollen de kan ha.⁵⁶ Familie, pårørende, venner og naboer kan utgjøre den store forskjellen for en som strever med å komme til rette med livet sitt, enten det handler om fysiske eller psykiske plager. Men ikke alle har et slikt naturlig nettverk rundt seg. Da er det mulig å bygge nettverk, grov- eller finmasket alt etter hva situasjonen krever og hvilke ressurser som er til disposisjon. Sikkert er det at hvor menigheter får syn for å la dette være en viktig diakonal oppgave, og hvor det er en diakon til disposisjon for å rekruttere, motivere og orientere frivillige medarbeidere, kan gode nettverk styrkes og bygges.

Psykisk helsevern representerer særlige utfordringer også i et folkehelseperspektiv. Det er all grunn til å glede seg over at dette er blitt et politisk satsningsområde. Om lag halvparten av oss får en psykisk lidelse eller plage i løpet av livet. Vanligst er angst og depresjon. Diakonale institusjoner er sterkt inne i psykisk helsevern, på faglig høyt nivå, men det er en oppgave som kan få enda større fokus. Kirken, og særlig lokalmenigheten, kan bidra til større åpenhet om mentale helse, for dette er et område som fortsatt forties eller gjemmes bort. Blant barn og unge er dette det viktigste helseproblemet, 7 – 8 % (omkring 70.000) mellom 3 og 18 år har en psykisk lidelse som bør behandles.⁵⁷ Det er et problemområde som er tatt opp på Ungdommens Kirkemøte (UKM 07/11) med en klar utfordring til kirken om å fokusere på ungdom og helse:

Unge møter ei rekkje krav, både frå seg sjølve og andre. Krav om å vere perfekt, frisk, vellykka, kome seg opp og fram i verda. (...) Dette kan stå i skarp kontrast til ein røyndom som seier at det er vanleg at unge menneske har symptom på angst, depresjon, eteforstyrningar eller utagerande åtferd i tidsavgrensa periodar. (...)Kyrkja må vere ein stad der vi kan vere oss sjølve og snakke om livet slik det eigentleg er. Det er ei oppgåve for kyrkja å fremje menneskeverd. Alle som kjem til kyrkja må blir møtt med respekt.⁵⁸

Som tidligere slått fast, utfører mange av de diakonale aktørene tjenester på vegne av det offentlige. Dette fritar ikke de diakonale aktørene fra å ha et spesielt fokus på mennesker som er i særlig sårbare situasjoner i samfunnet vårt. Målet må være å gjøre situasjonen deres mindre sårbare, og sikre at de får tilgang på offentlige helsetjenester på lik linje med alle andre.

Et spesielt trekk ved dagens samfunn er utviklingen fra et monokulturelt til et flerkulturelt samfunn. Mange innvandrere vil være blant de mest sårbare i vårt land i

⁵⁶ Live Fyrand (red.) (1993): *Perspektiver på sosialt nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

⁵⁷ <http://www.psykol.no/Foreningen/For-pressen/Fakta-om-psykisk-helse>.

⁵⁸ <http://www.kirken.no/?event=showNews&FamID=215858>.

dag. I helsemessig forstand skaper denne utviklingen utfordringer på minst to områder, det kliniske og det kommunikative.

På det kliniske området har det flerkulturelle samfunnet ført til et mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde og til en delvis oppblomstring av sykdommer vi anså for å være utryddet, eksempelvis tuberkulose. Erkjennelsen av dette har ført til at migrasjonshelse nå er en egen fagdisiplin ved flere av våre sykepleiehøyskoler. Kunnskap og utdanning i tropemedisin oppleves av samme grunn som stadig mer relevant for helseinstitusjonene.

Den kommunikasjonsmessige utfordringen går på å få våre nye medborgere i tale, sørge for at de kommer i kontakt med helsevesenet på et tidlig nok tidspunkt også med tanke på å forebygge fysiske så vel som psykiske lidelser. Undersøkelser viser blant annet at innvandrerbarn har 3-4 ganger så mange hull i tennene som etnisk norske barn. Dette forteller med all mulig tydelighet at tannhygiene er underkommunisert.

Mange innvandrere kommer fra land herjet av krig og konflikt. For å forebygge og behandle traumer kreves det omfattende kultur- og språkkunnskaper innenfor alle berørte instanser og ikke minst empati i møte med det enkelte menneske. Det er av stor betydning at den enkelte føler seg sett og verdsatt. Når det gjelder det siste har de diakonale helseaktørene et spesielt ansvar.

Åndelig omsorg er en substansiell del av alle de innsatsområdene som er nevnt her. Det omfatter en grunnleggende beredskap til å møte mennesker på deres egne premisser i refleksjon om eksistensielle, åndelige og religiøse spørsmål. Det innebærer respekt for den andres tanke- og følelsesverden. Det krever evne til å lytte og tålmodighet i ønsket om å bringe fram det en selv har på hjertet. En slik omsorg utøves hvor det er tid, tillit og tro i medvandringen med den andre.

Noen ganger medvirker den åndelige omsorgen til at det skapes rom for sjelesorg, veiledning og forbønn. I et kristent perspektiv er det handlinger som har særlige løfter knyttet til seg, om forsoning, forvandling og velsignelse. Det er derfor grunn til takk og glede når Gud lar slike rom bli åpnet. Likevel må ikke dette gjøres til en skjult agenda når åndelig omsorg tilbys, eller skape en oppfatning om at den åndelige omsorgen var mislykket dersom den ikke åpnet for mer spesifikke kristne handlinger.

Å vise omsorg for andre er det samme som å bry seg om mennesker som er i en vanskelig fase av livet. Vi vil alle før eller senere møte motgang i livet, og vi kan alle komme til å erfare at livet lar seg lettere mestre fordi noen bryr seg og viser omsorg. Derfor er det å vise omsorg noe grunnleggende menneskelig. I troens perspektiv er dette noe Gud kaller oss til, slik Gud selv viser omsorg for alt og alle. Samtidig er omsorg tvetydig som menneskelig handling, nettopp fordi den utøves i rom hvor handlingsmønstrene krever varhet for det sårbare og intime, og alltid står i fare for å tippe over og bli oppfattet som stakkarsliggjøring og endog overgrep. I særlig grad gjelder dette åndelig omsorg. Derfor er det viktig å styrke innsikten og kompetansen til dem som arbeider med dette.

Bak alt dette ligger en grunnleggende overbevisning om at kirkens helseoppdrag har betydning og kan utgjøre en forskjell i menneskers liv. Det skjer når noen opplever seg sett, ivaretatt og hjulpet. Det finnes ikke bare faktorer som forårsaker sykdom og

død, men også årsaker til helse, trivsel og livsmestring, både i mennesket selv og det som omgir det. Disse kreftene vil kirken gjerne være med på å fremme.

4.7 Kirken i den offentlige debatt om helse

I kirkens helseoppdrag spiller både menneskesynet og samfunnssynet en viktig rolle. Begge er formet av bibelske forestillinger og bidrar til å fastholde grunnleggende verdier som menneskeverd og rettferdighet. Menneskesynet er tuftet på fortellingen om at mennesket er skapt i Guds bilde, og oppfatningen om at vi alle av Skaperen er tiltenkt et godt og meningsfullt liv. Det forplikter til engasjement for et helhetlig menneskesyn og retten å være subjekt i eget liv, også når helsa svikter. På tilsvarende måte knytter samfunnssynet til bibelske forestillinger om det gode fellesskapet hvor rett og rettferdighet rå, hvor det er plass for fremmede og fattige, og hvor «enker og farløse» ikke er overlatt til seg selv.

I kirkens konkrete tiltak innenfor helse- og omsorgstjenesten er dette motiver som må prege virksomheten. Men det er også viktig at de kommer til uttrykk i det offentlige rom, i samtalen om hva god helse består i og, ikke minst, hvordan samfunnets helse- og omsorgstjenester skal formes. Det kan være at kirkens røst for ofte er fraværende i disse sammenhengene, eller at det er for tilfeldig når den lar seg høre. Kanskje skyldes det en usikkerhet om hvem som kan tale på kirkens vegne, og uklare strategier for å få fram kirkelige anliggender. Det betyr ikke at kirken er taus, for eksempel gis viktige innspill i form av høringsuttaler når aktuelle saker fremmes av offentlige myndigheter. Det er viktig at denne innsatsen styrkes blant annet ved å samordne kompetanser av ulik art. Ved de diakonale og teologiske utdanningsinstitusjonene finnes omfattende forskningsbasert fagkunnskap som ikke alltid formidles på en god nok måte til dem som har lederansvar i kirken. Det kan også være behov for å utvikle strategier på ulike nivåer i kirken for å innta en tydeligere rolle i offentligheten for eksempel gjennom et mer offensivt engasjement i media.

Det er samtidig viktig å observere at den akademiske virksomheten innen kirkehelsefeltet, som ble omtalt ovenfor (4.4), omfatter en bred deltakelse i den offentlige debatten om helse. Dette gjelder offentlige disputaser i forbindelse med doktoravhandlinger, men i tillegg handler det om vitenskapelige og populære bøker og artikler om de aktuelle emnene, vitenskapelige og populære presentasjoner, deltakelse i generell offentlig debatt om tro og helse osv. Alt dette presenteres inn i den allmenne akademiske og generelle samtalen om helse i samfunnet. Også for den offentlige debattens del er det viktig at det er god kommunikasjon mellom den kirkelige organisasjonen og forskningsmiljøet, slik at disse bidragene av alle parter kan bli oppfattet som bidrag til den offentlige samtalen om kirke og helse.

For de diakonale aktørene kan dette være en komplisert oppgave. De utfører tjenester på vegne av det offentlige, og de vil i det lengste unngå å komme i situasjoner hvor de oppfattes som kritikere av dem de samarbeider med. Men skal det føre til at de alltid skal søke å holde seg inne med myndighetene? Det er også mulig å tenke seg former for arbeidsdeling på dette området, for eksempel at sentralkirkelige organer får som særlig ansvar å ha et våkent blikk på det som skjer på det helse- og sosialpolitiske området. Dette forutsetter, imidlertid, samhandling innad i kirken.

Også her er det aktuelt å identifisere fokusområder. Et slikt kan være å bidra til at det tales sant om livet og om døden i det offentlige rom. Det trengs et kritisk blikk på de ulike formene for reduksjonisme som noen ganger kommer til uttrykk og som kan innsnevre forståelsen av helse til fysisk "fitness" eller fravær av diagnoser. Det er viktig å få fram at «helse er mer enn helse», slik det tydelig kommer fram i boken *Helse på norsk*.⁵⁹ Forfatterne viser at folk som ble intervjuet, knyttet helse til trivsel, til gode relasjoner som bidrar til å gi livet mening og til helhet og livsmestring. Alt dette talte med, men uten at det ble framstilt som et absolutt ideal. Tvert imot gav de fleste uttrykk for en pragmatisk tilnærming til livet slik det faktisk var for den enkelte, uten at det måtte gjelde for alle andre. Helsen bor i et godt nok liv, hevdet de, ikke i den perfekte kroppen eller sjelen.

Slike holdninger bør kirken bekrefte og bidra til å fremme både gjennom forkynnelse og andre innspill i det offentlige rom. Det vil virke som motvekt til tendensen til å framstille helse som absolutt lykke, og til å gradere meningen med livet ut fra en skala som viser hvor frisk du er. Helse er ikke noe vi kan sette på enkle formler, slik det noen ganger framstilles i tabloide media. Det må tas til motmæle mot oppfatninger som gjør sykdom og andre plager til noe unormalt. Stereotype forestillinger av perfekt helse kan føre til en nedtoning av menneskeverdet til den som ikke svarer til dette idealet. I verste fall skaper dette oppfatninger av at noen former for menneskeliv ikke er verdt å leve, for eksempel livsskjebner preget av krevende funksjonshemming eller alderdommens skrøpeligheit. I verste fall kan det grunnleggende praksiser som i realiteten innebærer en bevegelse i retning av sorteringssamfunnets menneskesyn.

De aller fleste av oss vil gjerne klare seg selv, men det må ikke forlede oss til feil slutninger om å være avhengig av andres hjelp og omsorg. Derfor må det sies tydelig at det fra naturens side er normalt å trenge omsorg og hjelp. For de fleste tar livet en slik retning av og til, og særlig når vi nærmer oss døden. Bibelen sier at vi er «støv» når vår sårbarhet skal illustreres, men den minner oss også om at Gud «vet hvordan vi er skapt, han husker at vi er støv» (Sal 103,14). Kirken må bidra til at det tas til motmæle når noen av de svakeste i samfunnet ensidig presenteres som utgifter på helse- og sosialbudsjettene, som om de utelukkende var til belastning. Skal det her snakkes om belastning, må det være den som påføres dem og deres pårørende når slik omtale rammer.

Et inkluderende samfunn må vise respekt for og sikre gode kår for alle sine borgere. Det er i pakt med Bibelens samfunnssyn, og det styrker oppfatningen om at rettferdighet er en viktig verdi i helse- og omsorgstjenesten. På dette området må det legges til rette for at de siste får være de første. Kirken og andre samfunnsaktører må derfor kritisk følge med i utviklingen av helse- og sosialpolitikken og spørre hvilke føringer som legges til grunn. Dersom vi får en utvikling i retning av et mer kommersielt helsemarked, må vi spørre om hvilke verdimeslige endringer vil det innebære. Vil det gi enklere tilgang til tjenester for ressurssterke mennesker, slike som innimellom blir syke, og vanskeligere for dem som er i andre enden av denne skalaen, både ressursmessig og helsemessig?

På noen områder er det særlig viktig at kirken bruker sin stemme i det offentlige rom. Det gjelder særlig i den ruspolitiske debatten. Et økende alkoholkonsum i befolkningen rammer alle, men kunnskapen om at barn og unge betaler den største

⁵⁹ Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2009): *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.

regningen for voksnes uheldige alkoholvaner, krever engasjement fra kirken. Kirkens omsorg for de mer enn 90 000 barna som får sin barndom preget av at minst en av foreldrene misbruker alkohol, må få et sterkere uttrykk, også i form av forslag om endringer på det politiske plan. Norges solidariske ruspolitikk er satt under politisk press. Det er et stort behov for kirkens aktive støtte til en solidarisk ruspolitikk og til tiltak for økt ansvarlighet knyttet til alkoholbruk blant voksne.

En annen utfordring i vår globaliserte tidsalder er at folk fritt krysser landegrenser. Det har mange sider, blant annet at mange er kommet til vårt land for å søke en bedre framtid, mange på flukt fra krig og fattigdom. Av dem som søker asyl, opplever mange å få avslag. Likevel velger de å bli værende. Juridisk sett har ikke de lov å oppholde seg i landet, og de har ingen adgang til helsetjenester. Antallet «papirløse» innvandrere i Norge er usikkert, det antas å være et sted mellom 10.000 og 30.000. Mange av dem sliter med helseproblemer av ulik art, ikke minst på det mentale plan. Noen diakonale institusjoner har etablert tilbud om helsehjelp for denne gruppen, av uvurderlig betydning for dem det gjelder. Engasjerte helsearbeidere stiller opp og bruker fritiden sin for å holde dette tilbudet. Myndighetene har svart med å beskrive dette som ulovlig. I noen tilfeller er det truet med økonomiske sanksjoner mot organisasjonene som driver denne tjenesten.

Det er uverdigg at en så stor gruppe mennesker systematisk stenges ute fra helse- og omsorgstjenestene. Mange av dem er barn, mange har bodd her i landet i årevis. Selv når den juridiske side ved en sak er fastslått, forblir den dette gjelder et levende menneske som fortjener human behandling.

På mange plan illustrerer dette den urettferdige fordelingen av goder i verden. Fra et kirkelig ståsted er dette en uholdbar situasjon. Den krever at krefter settes inn for å styrke helsetilbudene særlig i de fattige delene av verden. FNs tusenårsmål har tatt opp viktige helseutfordringer i vår tid. Betydelige framskritt er gjort på noen områder, men mye gjenstår å gripe virkelig fatt i. Det er nå en økende erkjennelse av at ansvaret for å fremme helse er en oppgave hele verdenssamfunnet må ta medansvar for. I mange land er det urimelig å forvente at nasjonale helsemyndigheter skal makte dette. Innsatsen for tusenårsmålene vil evalueres i 2015. Det er forventet at nye mål blir satt. Den verdensvide kirke er engasjert i prosessen som pådriver for at innsatsen skal økes og komme dem til gode som trenger det mest. Også hos oss må dette engasjementet holdes høyt. Vår privilegerte situasjon, som et av verdens rikeste land, forplikter oss til det.

Økonomiske/administrative konsekvenser

Denne saken vil gi konsekvenser i form av merarbeid i Kirkerådets sekretariat med å gjøre saksframstillingen tilgjengelig, med å legge til rette arenaer for samhandling og med å utvikle materiell, særlig til bruk i menighetene.

Økonomisk vil det følge utgifter til tilrettelegging, layout og trykking av heftet og av annet materiell som blir utviklet. Pris vil variere ut fra valg av profil og antall eksemplarer. For heftet vil det kunne beløpe seg til ca. 70.000 for 150 eksemplarer. Annet materiell vil kunne lages i enklere form. Det er åpenhet for eventuelt samarbeid om dette med de diakonale institusjonene og andre aktuelle instanser.

Både de personellmessige og de økonomiske behovene vil kunne løses innenfor ordinære budsjetttrammer.