



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Dato: 11.11.2011

Vår ref: 11/831-2 GKH

Deres ref:

## Høring - NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Kirkerådet takker for tilsendt rapport, NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og for invitasjonen til å komme med høringsuttalelse. Vi ønsker å avgi følgende uttalelse:

***«- en virksomhet som er verdibasert langt utover det som framkommer i regnskapets bunnlinje»*** (fra utredningen s 57)

### Innledning

Det er grunn til å uttrykke tilfredshet med utredningens overordnede innretning og vektlegginger, slik det blant annet framkommer i sitatet ovenfor. Vi oppfatter at utredningen inneholder støtte til verdier som er viktige for kirken og de diakonale virksomhetene, slik som økt selvbestemmelse, bedre samspill med familie, nettverk og lokalsamfunn, og styrking og videreføring av omsorgen i velferdssamfunnet. Det er positivt at det beskrevne samspillet om å utøve omsorg synes å være fokusert på aktører forankret i det sivile samfunn, til forskjell fra aktører som produserer omsorg som del av næringsvirksomhet. Utvikling av omsorgens rammevilkår i en retning som vektlegger lokal og sosial tilhørighet, og et meningsfullt liv for flest mulig, er i tråd med de prioriteringene Den norske kirke uttrykker i sin «Plan for diakoni i Den norske kirke» (2008).

Utgangspunktet for vår lesning av NOU 2011:11 er Den norske kirkes (Dnk) verdibaserte forståelse av samfunnsforhold og relasjoner mellom mennesker, slik dette ikke minst kommer til uttrykk i kirkens grunnleggende engasjement i omsorg. Dette omtales i kirkelig sammenheng som en diakonal dimensjon ved kirken, og dette aspektet ved Dnks identitet deles også av landets øvrige kirker og trossamfunn. Som vi vil komme tilbake til, kommer dette til uttrykk både gjennom egne aktiviteter og tiltak, bruk av lønnet arbeidskraft, stort engasjement av frivillige, tilrettelegging av virksomhetens profil, og i overordnede målsettinger. Det understrekes at diakonien har en ikke-instrumentell karakter, noe som betyr at den ikke har andre formål enn å yte omsorg til medmennesker.

Utredningen kan beskrives som et velskrevet og inspirerende helsepolitisk dokument, med mange gode og nyttige analyser, og svært viktig kombinasjon av perspektiver. Den kan oppfattes som en nødvendig og nyttig oppfølger av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, og den tilhørende lovgivningen. Vi vil i hovedsak kommentere kapittel 5 om «Den andre samhandlingsreformen» fordi vi oppfatter at dette tydeligst berører Dnks anliggender og engasjement i omsorg. Det må allikevel understrekes at de øvrige kapitlene har viktig innhold og berører viktige etiske dimensjoner. Dette vil bli berørt i slutten av vår uttalelse.

## **Kapittel 5**

Vi støtter den positive omtale av og inkludering av frivillighet og sivilsamfunn, og den moralske og samfunnsmessige begrunnelse som gis for dette. Vi noterer at begrepet sivilsamfunn i kap 5 ser ut til å bli brukt på samme måte som tredjesektor, der sivilsektor er borgernes aktivitet utenfor det offentlige og markedet. Her er det vesentlig at utredningen fastholder et kommunalt og offentlig ansvar for omsorg, og mener at omsorgsoppgavene skal løses gjennom fellesskapsløsninger. Utredningen synes i dette kapitlet ikke å bevege seg ideologisk mot mellom- og sydeuropeiske velferdsløsninger inspirert av det såkalte subsidiaritetsprinsippet, der det offentlige trer tilbake til fordel for uformelle systemer, ideelle organisasjoner og private næringsinteresser i omsorgsutøvelse. Vi leser utredningens modeller i kap 5 slik at de aktørene som beskrives i tillegg til det offentlige, er aktører med et samfunnsmessig formål, forankret i sivilsamfunnet (s 55), og altså ikke aktører hvis hovedinteresse er næringsdrift. Når utredningen allikevel framstår som noe tvetydig i forhold til denne dimensjonen, har det sammenheng med måten næringsdrift i omsorgssektoren omtales på i kap 9. Dette kapitlet dreier seg mest om markedet for teknologi og fysiske rammer, men det er ikke avgrenset og drøftet opp mot skapingen av selve omsorgen og omsorgstjenestene.

Fra et kirkelig synspunkt verdsettes det at modellene peker i retning av en mobilisering av de verdiene som ligger i mellommenneskelige relasjoner, slik som familie, nettverk og lokalsamfunn, og ivaretagelsen av sårbare medmennesker. Det finner særlig gjenklang i de diakonale verdiene som inneholder styrking og frigjøring av utsatte medmennesker, slik dette bl.a. er utformet i teorien om «empowerment».

I denne sammenhengen framstår det som uheldig å utforme omsorg som kommersielle tjenester som etablerer et leverandør-kundeforhold mellom brukere og omsorgsgivere. Vi noterer oss at utredningen også uttaler seg tydelig om dette. Det hevdes at befolkningen i stor grad har beveget seg mot en forbruker- eller konsumentadferd overfor omsorgstjenester, rett nok uten å vise til forskningsmessig dekning for påstanden. Det er et viktig perspektiv, og utredningen uttrykker et tydelig mål om å endre denne holdningen i retning av medansvar, engasjement og fellesskapsløsninger. Dette er et anliggende vi deler. I utredningen er det knyttet til begrepet om medborgerskap og er et viktig aspekt ved et levende demokrati.

Vi vil samtidig peke på at en slik konsumentinnstilling kan være skapt eller fremmet av planlagte utviklingstrekk i helse og omsorg nasjonalt, nærmere bestemt den markedgjøringen av helse- og omsorgssektoren som ofte går under betegnelsen New Public Management, og som ikke minst er sterk i utformingen av helseforetakene. Vi kan i utredningen slik se en indirekte kritisk holdning til deler av norsk politikk på helse- og omsorgsområdet de siste årene.

Nyere forskning har indikert at det er motstand blant profesjonelle mot å slippe til aktører utenfor eller i randsonen av profesjonene i omsorgsarbeidet. Dette ser ut til å gjelde i praksis, selv om ledere i teorien uttrykker velvilje. Det kan peke i retning av at målene i utredningen kan være vanskelige å nå og vil møte ulike former for motstand. I videreføringen av innovasjonsprosessen kan det dermed være viktig å ha verktøy, metoder og innfallsvinkler som sannsynliggjør at innovasjonen ikke forblir på idestadiet, men kan settes ut i livet.

Utredningen ønsker å styrke betydningen av ideell virksomhet i omsorgssektoren og formulerer et mål om at ideell virksomhet øker sin andel av den samlede omsorgssektoren fra 5 % i dag til 25 % i 2020. Ønsket blir begrunnet både ut fra et ønske om å styrke demokratiet og å styrke innovasjonsevnen i sektoren. I praksis vil det måtte innebære en svært kraftig økning av den ideelle omsorgsvirksomheten på kommunalt nivå i løpet av en periode på 8-9 år, noe som virker nokså urealistisk. For kirken vil vi peke på hva forskning viser om betydningen for det menighetsbaserte, organiserte omsorgsarbeidet av å ha diakon i en menighet. Dette har blitt undersøkt bl.a. ved den kartleggingen av lokalt diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke som Kirkerådet og Helsedirektoratet stod bak i 2005. Sett fra Den norske kirkes synsvinkel vil det å tilsette diakon i større del av menighetene kunne bidra til den ønskede utviklingen, ikke minst gjennom å engasjere frivillige, men også ved at det kan bidra til å styrke samarbeidet mellom menighetene og den kommunale sektoren på omsorgsfeltet.

### **Om Dnk, kirker og trossamfunn i omsorg og frivillighet**

Det kan være nyttig for den videre utviklingen av omsorgsinnovasjonen å løfte fram noen trekk ved Dnk som organisasjon og trossamfunn, og ved kirker og trossamfunn generelt. Dnk er med sine 1280 lokale menigheter til stede med tjenester, aktiviteter og frivillig virksomhet over alt i landet, og utgjør sammen med kristne organisasjoner, de andre kirkene og trossamfunnene trolig det største segmentet i frivilligheten. Disse driver også mange institusjoner i omsorgssektoren. Ifølge «Tilstandsrapport for Dnk» de siste to årene, har nærmere 1000 menigheter spesifikke diakonale tilbud (omsorgstilbud), det er engasjert 120 000 frivillige hvorav 18 000 i omsorgstiltak (diakoni), og det er 250 årsverk i diakoni, hovedsaklig diakoner. Som i andre sammenhenger er ansatte fagpersoner sentrale for å utløse og lede frivillighet. I tillegg til den direkte omsorgsrettede virksomheten, har store deler av kirkens aktivitet et preg av tilrettelegging for omsorg i vid betydning, som sosial støtte, inkludering og tilhørighet. Det samme gjelder for kristne organisasjoner, og andre kirker og trossamfunn, men for disse er tallmateriale i mindre grad tilgjengelig. I tillegg driver menigheter og kristne organisasjoner et stort antall omsorgsinstitusjoner.

Vi trekker fram dette fordi det ser ut til at hele denne dimensjonen ved frivillighet og omsorg ikke er omtalt i utredningen. Selv om utredningen ikke har til oppgave å kartlegge frivillighet og omsorg, virker dette overraskende, ikke minst i en sammenheng der det er avgjørende å mobilisere til innsats på et område der det er svært store og økende behov. Det er mulig å beskrive utredningens perspektiv i dette henseende som sekularistisk, noe som neppe kan være hensiktsmessig eller sakssvarende.

I tråd med denne observasjonen er det også at utredningen ikke observerer viktigheten av eksistensiell problematikk for de aktuelle mottakerne av omsorg, eventuelt også livssynsbaserte strategier, og den store utbredelsen av religiøsitet, religiøs aktivitet og religiøs tilknytning i denne gruppen. Dette er forhold som er godt kjent og dokumentert.

Denne dimensjonen er blant annet omtalt i rundskriv (1-6/2009) fra Helse- og omsorgsdepartementet, om «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse»; det er behandlet i St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, og drøftes i «Kontaktforum for kirke/diakoni og helse». Det er også av interesse å notere tilstedeværelsen av kirker og trossamfunn i den svenske «Överenskommelse mellan regeringen, idéburna organisationer och Sveriges Kommuner och Landsting» (jfr utredningen s 52). Vi vil hevde at innovasjonsprosessen vil styrkes ved å ta dette med i betraktningen i det videre arbeidet.

Fraværet av kirker og trossamfunn i utredningen kan i noen grad forstås på bakgrunn av en viss ambivalens i tolkningen av kirken som institusjons- eller organisasjonstype. Det forekommer ikke sjelden at kirken faller utenfor analyser og studier av sivilsamfunnet eller tredjesektor i samfunnet. Det er rimelig å tenke at dette skyldes Dnks formelle stilling som langt på vei integrert i statlige og kommunale strukturer. Men samtidig er den virksomheten Dnk driver i stor grad frivillig og helt parallell med det andre organisasjoner utfører. Andre kirker og trossamfunn er helt klart på sivilsamfunn-siden av strukturen, det samme gjelder organisert religiøs aktivitet slik den framstår i internasjonal forskning. De kommende endringene i kirkeordningen gjør kirkens rolle i framtiden mer tydelig som trossamfunn og del av sivilsamfunnet, slik man kan si om den parallelle utviklingen i Sverige.

Uansett er det mest sakssvarende å se på bidragene til omsorg fra kirker og trossamfunn, inkludert Dnk, som «forankret i det sivile samfunn» som utredningen vektlegger. Selv om Dnk i noen grad stadig hører hjemme på begge sider av skillet mellom stat og sivilsamfunn, er det all grunn til å ha denne kirkens, de kristne organisasjonenes og de andre trossamfunnenes bidrag med i synsfeltet når innovasjonene i omsorgen utvikles. Disse representerer en meget stor ressurs, kompetanse og et potensiale for mobilisering av lokal frivillig innsats, ikke minst i tråd med den fokuseringen disse delene av samfunnet står for når det gjelder uegennyttig innsats for medmennesker. I forlengelsen av dette er det også ønskelig at det utvikles et blikk for brukernes eksistensielle behov og de ulike strategiene av livssynsmessig og annen karakter som er nyttige og aktuelle for å møte disse behovene.

## **Utredningens øvrige kapitler**

Vi verdsetter at utredningen i stor grad avspeiler at det området som berøres, må utvikles på grunnlag av verdier - det gjelder ikke minst mellommenneskelige relasjoner - medansvar, fellesskapsløsninger og ambisjonen om å opprettholde god omsorg for alle etter behov. Samtidig er det positivt at utviklingen av teknologi, boliger og fysiske rammer tillegges så stor vekt. Dette har viktige etiske sider, ikke minst når det gjelder styrking av uavhengighet, selvbestemmelse og muligheten til å ha et meningsfylt liv, preget av deltakelse. Universell utforming av boligløsninger og andre inkluderende tiltak har også verdifulle sider ut over den økte tilgjengeligheten, idet skiller mellom mennesker og utestenging generelt reduseres og likeverdighet finner tydeligere uttrykk.

Det er også grunn til å støtte utredningens forslag om å styrke forskning og kunnskapsutvikling på det kommunale omsorgsfeltet. Her viser vi til det vi har pekt på ovenfor til kap 5, og oppfordrer til ikke å benytte forskningsmidler til bare å utvikle ny teknologi og nye fysiske rammer, men ikke minst til å undersøke feltet og samspillet mellom brukere, de nære pårørende, lokalsamfunnet og den lokale frivilligsektoren. Dette vil være helt grunnleggende for å kunne avdekke hva som faktisk gjøres, hvilke belastninger ulike aktører utsettes for, og hvilket potensiale som finnes, men ikke minst for å beholde kontakten med de preferansene brukerne har og gir uttrykk for.

Utredningen handler om innovasjon i omsorg. Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) har en beskrivelse av omsorg som også denne utredningen siterer på s 39:

Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Kirkerådet sier seg glad for at denne utredningen holder fast ved dette idealet.

Med vennlig hilsen

Paul Erik Wirgenes e.f.  
avdelingsdirektør

Synnøve Hinnaland Stendal  
seksjonssjef