

Masteroppgave i diakoni
Diakonhjemmets Høgskoleavdeling for diakoni, familieterapi,
helse og ledelse

*Utfordringer for menighetsdiakonien
i forhold til
fremtidige eldres behov for
helse- og omsorgstjenester*



Mai 2009

Student Bjørn Helge Knaben • Veileder Olav Fanuelsen

Forord

Jeg jobber med eldre til daglig og er interessert i hvordan utviklingen skal gå i forhold til den fremtidige eldrebølgens helse- og omsorgsbehov. Jeg har bakgrunn som sykepleier og diakon, og etter å ha arbeidet syv år som menighetsdiakon arbeider jeg i dag som styrer ved et seniorsenter.

I denne oppgaven ønsket jeg å se på nettopp menighetsdiakonien sine møter med fremtidige eldres omsorgsbehov. Disse vil ifølge prognosene bli store, og ifølge Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) vil det være behov for frivillige initiativ i tillegg til det som kan ytes fra det offentlige.

Jeg ønsker da å diskutere noen av de utfordringer menighetsdiakoni kan møte som bidragsyter i den fremtidige eldreomsorgen i Norge.

Jeg valgte tittelen ”Utfordringer for menighetsdiakonien i forhold til fremtidige eldres behov for helse- og omsorgstjenester”. I arbeidet bruker jeg prognoser om eldres helse og omsorgsbehov i Norge. Videre ser jeg på diakoni- og eldreomsorgsforskning. Jeg trekker også inn et historisk perspektiv. En gang var menighetspleien en viktig aktør i eldreomsorgen. Hva kan vi lære oss av historien?

Jeg har spisset oppgaven til drøfting av noen utfordringer som menighetsdiakonien kan møte som bidragsyter og samarbeidspartner i fremtidens eldreomsorg. Flere er nok aktuelle for dette er et komplekst tema. Jeg håper at flere synes temaet er interessant og kan arbeide videre med dette.

Jeg vil få takke Olav Fanuelsen for tålmodighet og uvurderlig hjelp gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Innhold

FORORD	3
1. INNLEDNING.....	5
OPPGAVENS OPPBYGGING OG METODISK GREP.....	6
2. ELDRESITUASJONEN I DAG OG I FREMTIDEN.....	10
FREMTIDIGE HELSE- OG OMSORGSBEHOV OG KOMMUNAL OMSORGSKAPASITET	10
<i>Utviklingen av eldresituasjonen</i>	10
Aldrende befolkning	10
Forholdstall mellom yrkesaktive og pensjonister.....	10
Utviklingen av antall aleneboende eldre	11
<i>Fremtidige pleie- og omsorgsbehov</i>	11
Utvikling i behov for årsverk i perioden 2000-2050	11
Omsorgsarbeideres observasjoner og arbeidssituasjon.....	13
Fremtidige utgifter til pleie og omsorg	13
<i>Oppsummering</i>	14
3. SCENARIEMODELLER FOR FREMTIDENS ELDREOMSORG	16
Geriatrihospitalet.....	16
Seniorkolonien	17
Omsorgsfellesskapet	17
4. HISTORISK DIAKONAL ELDREOMSORG.....	19
DIAKONALT TILBAKEBLIKK PÅ ELDREOMSORG I OSLOS MENIGHETER	19
Utvikling av menighetspleie.....	19
Sammenfatning av diakonihistorien om menighetspleien	22
5. FREMTIDIGE UTFORDRINGER.....	24
Innledning.....	24
Samarbeid og roller.....	27
Rollen som pådriver.....	29
Eldres egne ønsker for omsorg	30
Diakonalt omsorgsarbeid. Frivillige eller profesjonelle?.....	32
Diakonale utfordringer ved polarisering i forhold til sosioøkonomisk status og helse hos fremtidens eldre.....	34
Kan vi lære av historien?.....	40
Utfordringer ved livssynsforankret og ideologisk omsorg.....	42
6. KONKLUSJONER OG AVSLUTNING.....	50
7. LITTERATURLISTE.....	54

1. Innledning

Et viktig utgangspunkt for dette arbeidet er Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”. I innledningen etterlyser stortingsmeldingen ulike frivillige lag, organisasjoner og virksomheter som må komme på banen i fremtidig eldreomsorg fordi det offentlige omsorgsapparatet ikke kan mestre de økende eldreomsorgsbehovene alene (Stort.meld 25:10-11). En av de instansene det kan være tale om her må jo være kirkens diakoni. For å bidra til at menighetsdiakonien forbereder seg på en slik oppgave vil jeg i denne oppgaven drøfte noen av de utfordringene diakonien kan møte i forhold til arbeid med fremtidige Eldres helse- og omsorgsbehov.

For å spisse problemstillingen for oppgaven har jeg valgt å fokusere på diakoniens forhold til velferdstjenester, det vil si selve samarbeidet om dette. Dette fokuset har jeg valgt fordi det ser ut som om ulike former for samarbeid mellom offentlig omsorgsapparat, frivillige organisasjoner, kirke, familie m.m. ifølge Stort.meld 25:10-11 er karakteristisk ved fremtidens eldreomsorg. Fremtidsdiakonien vil lykkes bedre i arbeidet når den har forberedt seg på noen av utfordringene.

Oppgaven er en kritisk analyse av utfordringer menighetsdiakonien kan møte i forhold til fremtidens helse- og omsorgsbehov hos det økende antallet eldre i Norge. Oppgaven peker også på utfordringer ved at diakonien representerer en livssynsbasert omsorg og hva det vil bety når tilbudet skal gis mer generelt.

Med eldre mener jeg i denne sammenheng personer over 80 år.

Prognosene for fremtidens helse- og omsorgsbehov antyder at behovene blant eldre i Norge kan bli en av fremtidens store samfunnsutfordringer og dilemmaer. Aldring i demografien øker helse- og omsorgsbehovene kraftig og Stortingsmelding 25 sier at disse behovene vil bli såpass store at det vil være vanskelig å rekruttere nok helsepersonell til å ta seg av dette. Stortingsmeldingen forteller at det vil bli større omsorgsansvar på de Eldres familie, på nærmiljøet og på frivillige organisasjoner (Stort.meld 25.10-11). Det ser ut som om samfunnet, og diakonien, står overfor en monumental utfordring i hvordan disse omsorgsbehovene hos eldre skal dekkes. Dette må kirkens diakoni sentralt og lokalt analysere og ta stilling til.

Oppgavens oppbygging og metodisk grep

Det er flere som har berørt temaene om utfordringene ved fremtidens eldreomsorg, men så vidt jeg kan se er ikke dette vinklet eksakt på menighetsdiakoni på den måten jeg har valgt å gjøre det.

I arbeidet med denne problemstillingen har jeg valgt å bruke tre fremtidsscenarioer for fremtidens eldreomsorg og latt disse situasjonene i 2030 i stor grad være utgangspunkt for drøftingene. Hvis eldreomsorgssituasjonen blir som i disse scenarioene, hva slags diakonale utfordringer kan menighetsdiakonien da møte?

I drøftingen om diakonale fremtidsutfordringer har jeg valgt en diskursiv metode der jeg diskuterer diakonale utfordringer i møte med eldrebølgens behov, først på basis av de historiske diakonierfaringer der store omsorgsbehov i samfunnet førte til at menighetsdiakoni ble en viktig samspiller med det offentlige. Har kirken og samfunnet vært ute i liknende situasjon tidligere med en sterk økning av helse og omsorgsbehov? Hvordan reagerte menighetsdiakonien den gangen, og hvilke erfaringer gjorde de seg? Jeg har valgt å bruke historisk materiale fra Oslo på 1870-tallet og noen tiår fremover. Velferdssituasjonen på den tiden har likhetstrekk med fremtidssituasjonen i Norge. En sammenlikning mellom Oslos helse og sosialbehov på 1870-tallet, og fremtidens økning i helse og omsorgsbehov hos eldre kan muligens virke noe søkt. Men jeg ser på dette som to parallelle situasjoner der det var behov for supplerende helse- og sosialhjelp i tillegg til det offentliges bidrag. Som allerede nevnt har Stortinget varslet at det offentlige helse- og omsorgsapparatet ikke kan følge opp de økende behovene alene (Stort.meld 25.10-11). Dette blant annet på grunn av sterk nedgang i antall personer i arbeid per pensjonist. (St.meld. nr 25:49)(Finn Melbø, direktør Statens pensjonskasse). Min oppfatning av en parallellitet støttes av historieforsker Knut Aukrust som sier at det ikke er noen overdrivelse å hevde at menighetenes helse- og sosialytelser i 1913 var nødvendig om ikke det offentlige omsorgsapparatet skulle bryte sammen. Videre sa han i 1983 at dette er et problem som i våre dager har fått fornyet aktualitet (Aukrust 1983:151). Jeg løfter derfor frem diakonihistorien for å se om oslomenighetene gjorde seg erfaringer og møtte utfordringer på den tiden som kan være viktige for fremtidsdiakonien.

Videre diskuterer jeg utfordringer ved å bruke dagsaktuell forskning om eldreomsorg og diakoni, og grunnleggende bygger jeg på prognoser og utredninger for behov og ressurser innen fremtidens eldreomsorg i analysen.

Det er Barstads tre scenarier for ca 2030 som hele tiden er utgangspunktet (Barstad 2006:95-131). Vi vet ikke hvordan situasjonen er i 2030. Derfor må jeg ta utgangspunkt i noe, og velger disse tre scenariene som Barstad har laget på bakgrunn av historiske utviklingstrekk, de demografiske utfordringene knyttet til et aldrende samfunn og kjennetegn ved morgendagens eldre generasjoner.

Sentrale fagprofiler som har forsket på eldreomsorgen i Norge er blant andre Liv Wergeland Sørbye og Stein Husebø. Sørbye har blant annet forsket på kommunale helse- og omsorgstjenester og geriatri. Husebø er til daglig overlege ved Bergen Røde Kors sykehjem. Han har i likhet med Sørbye forsket på eldre og eldreomsorg. I tillegg er han også aktiv i dagens offentlige debatt om eldres fremtidige behov og tilbud til eldre.

Av andre aktuelle fagpersoner om eldreomsorg jeg har brukt kan jeg nevne Kari Helset, Steinar Barstad, og Helse- og omsorgsdepartementet. Steinar Barstad har bidratt med blant annet de tre scenariomodellene for eldreomsorg, og disse er hentet fra hovedoppgaven hans i samfunnsplanlegging fra 2006.

Bidragstyttere innen eldreomsorg med menighetsdiakonal vinkling er Ingrid Wyller, Åse Snøtun og Anne Birgitta Yeung. Bidragstyttere på diakonalt helsesamarbeid er Erik Blennberger og Gert Nilsson. Innen livssynsbasert omsorg finnes det forskning blant annet ved Anne Birgitta Yeung, Olav Helge Angell, Anne S. Kristoffersen, Knut Aukrust, Nils Tore Andersen, Trygve Wyller, Oddbjørn Leirvik, Gunner Heiene, Svein Olaf Thorbjørnsen og Helge Kjær Nielsen.

Alle disse forskere og deres bidrag vil jeg trekke inn i diskusjonen.

Oppgavens forløp

Presentasjon av eldresituasjonen i dag og i fremtiden

Innledningsvis vil jeg redegjøre for fremtidige helse- og omsorgsbehov i Norge. I denne utgreiingen har jeg støttet meg til Stortingsmelding nr 25 (2005-2006), rapporter fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og fra Statens helsetilsyn. Videre har jeg støttet meg til to spørreundersø-

kelser som forteller om hjemmetjenestepersonale sine observasjoner om udekkede behov de ser hos eldre (Næss/Helset 1996 og Helset 1998). Denne første delen om prognoser for fremtidens behov innen helse og omsorg for eldre har som funksjon å gi oss et bilde av fremtidens økte behov på grunn av økningen i antall eldre.

Presentasjon av fremtidsscenarioer

Deretter presenterer jeg tre scenariomodeller for fremtidens eldreomsorg som er laget av Steinar Barstad i hovedoppgaven hans "Seniorland" (Barstad 2006). Disse er laget på bakgrunn av historiske utviklingstrekk, utfordringer, og nye trender. Scenariene står hver for seg som utfordrere til dagens kommunale eldreomsorg og er plassert i tiden frem mot 2030. Disse har som funksjon at vi skal se for oss tre alternative måter som samfunnet kommer til å møte fremtidens situasjon på. Fremtidsutfordringene vil bli drøftet ut fra disse tre scenarioene.

Presentasjon av diakonihistorie om Oslo-menigheters oppstart av menighetspleien

Deretter kommer en kort historisk fremstilling av oslomenighetenes initiativ i møte med samfunnets økte helse- og sosialbehov på 1870-tallet som gikk ut på å starte Menighetspleie. Her har jeg støttet meg til Knut Aukrust (1983) sin artikkel i Norsk Teologisk Tidsskrift utgitt i 1983. Dessuten har jeg støttet meg til litteratur fra Ingrid Wyller (1990) og Åse Snøtun (2007) om menighetspleien og overgangen til offentlig hjemmesykepleie. Denne historiske delen har den funksjonen at vi kan bruke den som et speil for å se om oslomenighetene gjorde seg noen erfaringer i den tiden da det var en liknende situasjon som i dag med økende helse- og omsorgsbehov i Norge.

I drøftingen prøver jeg å se utfordringer både i lys av diakonihistorie, forskning og prognoser.

Drøftingen

Den diakonihistoriske drøftingen tar utgangspunkt i et dokument av Knut Aukrust (1983)¹ der han samler informasjon om diakonale tiltak i Oslo-menighetene fra 1870 til 1913. Kan den fortelle oss noe om noen utfordringer fra eldreomsorg og sosialomsorg rundt år 1900 som også kan være aktuelle i fremtiden? Jeg har også støttet meg til Ingrid Wyller (1990)² som er

¹ "Kirkelig sosialt arbeid i Kristianias menigheter i 1913" Artikkel i Norsk teologisk tidsskrift

² "Sykepleiens historie i Norge".

en sentral sykepleiehistoriker. Videre har jeg støttet meg til Åse Snøtun (2007)³ og Trygve Wyller (1999)⁴ i den historiske fremstillingen av sykepleien og menighetsdiakonien

For å belyse utfordringer sett fra et helsefaglig ståsted har jeg blant annet støttet meg til Marit Solheim (1996) og Nordhus, Isaksen og Wærness (1986)⁵. Videre har jeg brukt Blennberger & Nilsson (1998)⁶, Schørring & Bak (2005)⁷ og NOU 1998.18 i drøfting av kirkens rolle velferdsstaten og folkehelsearbeidet. Videre har jeg brukt Vestrheim, Hauge (1988)⁸, Yeung (2008)⁹ Videre har jeg støttet meg til Ulstein (1989)¹⁰, Nielsen (1994)¹¹, Leirvik (1996)¹², Heiene (1994)¹³, (Aadland 1994)¹⁴

³ "Det var menighetssøstre dei var!" Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni, UIO 2007

⁴ "Stat og omsorg – autensitet og kall. Noen momenter til en kritisk belysning i det moderne samfunnet"

⁵ "De fleste gamle er kvinner"

⁶ "Diakonins identitet" Bl.a om diakoniens ulike roller.

⁷ "Velferdsstat og kirke" Om kirkens forhold til staten. Skrevet etter initiativ fra Forum for Europæisk kirkekundskap

⁸ "Når det offentlige ikke gjer jobben aleine" NIBR-rapport 1988:7, Norsk institutt for by og regionforskning

⁹ "Servant of solidarity, Institution of authenticity. The dilemma of welfare in the Church of Finland". Norsk tidsskrift for kirke, religion og samfunn (Nordic Journal of Religion and Society) (2008), 21 (1):1-19

¹⁰ "Utfordringar for lokalkyrkjelyden"

¹¹ "Han elskede oss først. Om den bibelske begrunnelse for diakoni"

¹² "Religionsdialog på norsk"

¹³ "Felleskap og ansvar. Innføring i kristen etikk"

¹⁴ "Etikk for helse og sosialarbeidarar"

2. Eldresituasjonen i dag og i fremtiden

Fremtidige helse- og omsorgsbehov og kommunal omsorgskapasitet

Før man i det hele tatt kan begi seg ut på en diskusjon om hva som skal gjøres med tanke på fremtidens eldreomsorg så må man ha et bilde av hva prognosene sier; hva dette dreier seg om.

I dette kapittelet vil jeg derfor kort presentere noen tall om utviklingen av eldresituasjonen i Norge, og deretter presentere prognoser om de fremtidige pleie- og omsorgsbehovene som følger denne aldringen i befolkningen. Jeg har hentet prognosene fra Storingsmelding nr 25 (2005-2006), Statens pensjonskasse, SSB Økonomiske analyser 4/2006, Statens helsetilsyn rapport 6-99 og SSB Rapport 21/2006. Videre har jeg brukt helseforskning fra Næss & Wærness (1996) og Helset (1998) som sier noe om hvilke udekkede behov hos eldre som helsepersonale i hjemmeomsorg trekker frem. I tillegg forteller disse to undersøkelsene hvordan personale opplever arbeidssituasjonen deres. Jeg tatt med dette siste for å illustrere hva omsorgsprognosene hos eldre betyr i praksis.

Utviklingen av eldresituasjonen

Aldrende befolkning

Antall personer på 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000, til nesten 320 000 i 2030, og videre til over 500 000 i 2050. Antall personer over 67 år vil mer enn doble seg fra 2000 til 2050, fra 600.000 til 1,2 millioner mennesker. Når det gjelder omsorgsbehov vil disse bli størst for gruppen over 80 år. Veksten i antall eldre i gruppen 80-89 år til særlig skje fra rundt 2020, og mellom år 2020 og år 2035 vil det være opptil så mye som 6 prosent vekst fra et år til et annet. Den totale folketallutviklingen i denne perioden er estimert til å utvikle seg til 5,4 millioner i 2030, og 5,8 millioner i 2050. (St.meld. nr 25:49)

Forholdstall mellom yrkesaktive og pensjonister

Hvis vi ser på forholdet mellom personer i yrkesaktiv alder, og personer over 67 år, kommer vi frem til det som kalles aldersbæreevne-koeffisienten. Dette er forholdstallet mellom den yrkesaktive delen og den ikke-yrkesaktive (67+) delen av befolkningen. I år 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per pensjonist. Koeffisienten for aldersbæreevnen i fremtiden vil

reduseres til 3,5 i 2030, og i 2050 vil dette forholdstallet være 2,9 (St.meld. nr 25:49). Statens Pensjonskasse estimerer på sin side at i 2050 vil det kun være 1,7 personer i arbeid per trygdet/pensjonist (Finn Melbø, direktør Statens pensjonskasse)¹⁵.

Utviklingen av antall aleneboende eldre

Det har vært en prosentvis økning av aleneboende fra 80 år og oppover. I 1990 var andelen 55 %, og i 2001 var den økt til 61 % (Ulstein:1989:88).

Fremtidige pleie- og omsorgsbehov

Stortingsmelding nr 25 sier følgende om utfordringene ved fremtidige økende helse- og omsorgsbehov:

”Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samskapssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter.” (St.meld 25:10-11).

Dette forteller oss at det kommer til å bli en sterk økning i helse og omsorgsbehov.

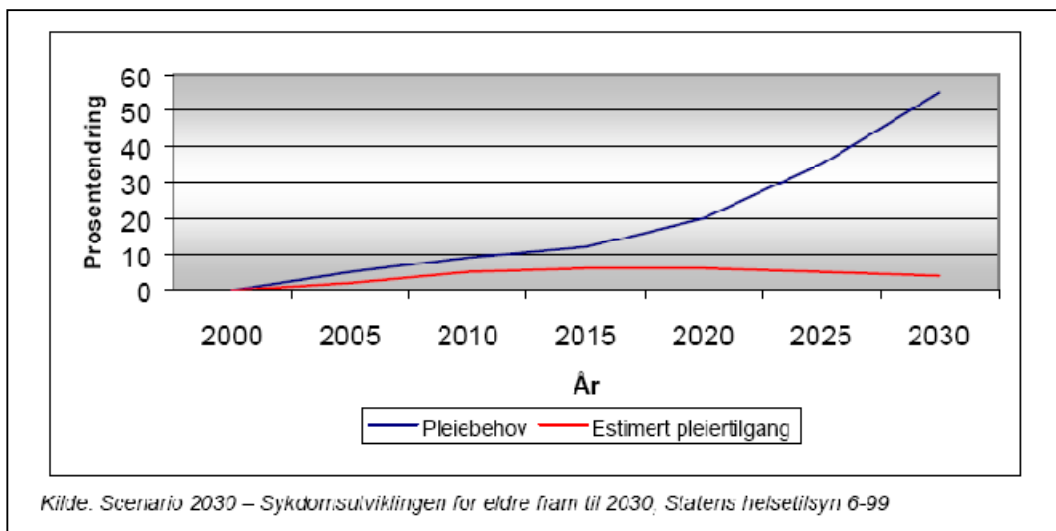
Utvikling i behov for årsverk i perioden 2000-2050

Prognoser om fremtidens behov varierer avhengig av flere variabler. Det avhenger blant annet av hvilke premisser om kvalitet som legges inn i beregningene. En fremskriving viser at det er forventninger om økt standard som vil slå ut mest. Hvis man legger til 1 prosent økning i standard per år for alle som får helsehjelp, vil dette føre til en økning i ressursbehovet til nesten 420 000 årsverk i 2050. Dette vil i så fall være en økning i årsverk på over 283 prosent i forhold til 2003 (SSB, Økonomiske Analyser 4/2006:61, tabell øverst).

Store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40-60 % frem til 2030. Pleiebehovet vil øke med minst 60 % frem til 2030. Dekning av pleiebehovet blir et problem fordi de pleieproduserende aldersgrupper ikke vil øke frem til 2030. Utviklingen i pleier og omsorgsproblemet vil bli enda mer dramatisk fra 2030 til 2050 fordi de eldres gjennomsnittsalder vil øke betydelig i denne perioden. Frem til 2010 er problemøkningen relativt beskjeden sammenliknet med utviklingen fra 2010 til 2030, og enda mer fram til 2050. (Statens helsetilsyn rapport 6-99:32)

¹⁵ Artikkel Aftenposten 24.02.09: *Tenk pensjon nå* Av Finn Melbø administrerende direktør i Statens pensjonskasse. <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2944235.ece> (Pr 15.05.09)

Figuren nedenfor fra Statens helsetilsyn (1999) illustrerer den estimerte avstanden mellom økt pleiebehov og pleiertilgang.



(Statens helsetilsyn rapport 6-99: Scenario 2030)

I fremtiden ser ut til å være mest økning i personellbehov innen hjemmetjenester. I prosentvis fordeling av årsverk mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester har hjemmetjenester nå gått forbi; fra henholdsvis 57/43 i 1995 til 48/52 i 2005.

Tabell 2.1: Nøkkeltall for utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten 1965-2005

	1966	1980	1995	2005
Personellårsverk i pleie- og omsorg	10 700	39 500	69 800	110 000*
Personell fordelt på institusjon/ hjemmetjenester	87/13	72/28	57/43	48/52
Sykehjemsplasser	8 360	26 709	32 715	38 500
Aldershjemsplasser	16 830	14 042	9 785	2 500
Eneromsdekning			81	95
Omsorgsboliger og trygdeboliger	6 864	20 418	32 106	48 600

* Årsverkstallene har brudd i tidsserien, og tallene for 2005 inkluderer fravær og vikarer, noe som tilsvarer om lag 15 000 ekstra årsverk.

Kilde: St meld nr 31 (2001-2002); St prp nr 1 (2003-2004); Daatland et al 1997; Thoresen 2003; NOU 1992:1; SSBs pleie- og omsorgsstatistikk.

(Barstad 2006:28)

Omsorgsarbeideres observasjoner og arbeidssituasjon

Eldreomsorgsforskning viser til udekte behov som personalet i hjemmetjenesten ser hos pasientene, men som de i dag ikke kan bruke tid på. Dette materialet forteller oss også om belastninger helsepersonellet utsettes for i det daglige arbeidet. Begge disse to tingene er interessant hvis man for eksempel tenker seg at frivillige, blant annet i menighetsdiakoni, skal overta hjemmesykepleie- og hjemmehjelpsarbeid for eldre i fremtiden.

Rapporten ”Bedre omsorg?” er en beskrivelse av den norske kommunale eldreomsorgens utvikling i perioden 1980-1995. (Næss, Wærness 1996). Den bygger på et spørreskjema til ansatte i eldreomsorgen i femten kommuner, og intervjuer med ansatte i tre kommuner. Yrkesgruppene som ble undersøkt var hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere. Rapporten forteller om arbeidssituasjonen, og belastningene i arbeidet deres. Undersøkelsen sier at to av tre ansatte opplever det fysiske arbeidet slitsomt, og like mange plages av smerter i ryggen. I hjemmehjelpen er den fysiske belastningen noe større enn i hjemmesykepleien. De som arbeider i hjemmesykepleien rapporterer oftere psykiske belastninger og problemer i relasjon til pasientene og pårørende, og de blir oftere utsatt for utskjelling og fysisk aggresjon. Det som ble trukket frem som mest negativt i arbeidet var at det var for liten tid til hver pasient, og at pasientens sosiale behov ble satt til side (Næss; Wærness 1996:35-37). Anne Helset (1998) sin rapport bygger på en spørreskjemaundersøkelse om det fysiske, psykiske og organisatoriske arbeidsmiljøet blant hjemmehjelpere i seks kommuner i Norge. Undersøkelsen forteller om hardt fysisk arbeid som ofte utføres under tidspress. Halvparten av hjemmehjelperne hadde pådratt seg større eller mindre arbeidsskader og noen kjente seg utbrente. Det var særlig når de så at pasientene ikke fikk nok hjelp at de kjente seg utilstrekkelige i arbeidet. (Helset 1998:95-108)

Framtidige utgifter til pleie og omsorg

I løpet av tiden fra 1980 til 1999 ble Norges bruttonasjonalprodukt i kroner nesten firedoblet. De totale utgiftene til helse, omsorg, trygd og sosiale ytelser ble samtidig femdoblet i den samme perioden. Av disse var det utgiftene til pleie og omsorg som økte mest – utgiftene blir mer enn 12-doblet i den perioden. En modell laget av SSB skisserer tre ulike alternativer for folks helsetilstand med de konsekvensene av lønnskostnadene i pleie og omsorgssektoren dette vil føre til (SSB rapport 21/2006)(Stort.meld 25: 56). I alle disse tre beregningene holdes familieomsorgen og annen frivillig omsorg seg konstant på 2002-nivå. For det dyreste alternativet med ”utvidet sykelighet”, vil utgiftene øke fra de 3,4 % på 2005-nivå opp til 10,5 % av

BNP i 2050. (St.meld. nr 25:56) Betegnelsen utvidet sykkelighet betyr i denne sammenheng at helsebehovene starter på samme tid som i dag, men at omsorgsbehovene øker i takt med antatt høyere levealder. Et annet mulig forløp er at eldres sykdom og funksjonstap holdes på 2002-nivå. Eldres individuelle behov øker ikke i denne modellen. I denne prognosen antas at eldre vil leve lengre, men disse er til sammen syke like lenge som på 2002-nivå fordi sykdommene starter senere i livet. For dette alternativet vil omsorgsutgiftene øke 6,4 prosent av BNP i 2050.

Oppsummering

Oppsummeringsvis kan man da si at når det gjelder fremtiden vil behovene se slik ut: Antall pensjonister vil øke kraftig i fremtiden. Antall personer på 80 år og mer kan ifølge prognosene øke fra 190 000 i 2000 til over 500 000 i 2050. Antall personer over 67 år vil mer enn doble seg fra 2000 til 2050, fra 600.000 til 1,2 millioner. Det største omsorgsbehovet finnes for gruppen over 80 år (Stort.meld 25:49). For den samme perioden sier det mest "pessimistiske" anslaget at fra 2000 til 2050 vil forhåndstallet mellom personer i arbeid og dem som har alderspensjon/trygd gå ned til 1,7 (Finn Melbø, direktør Statens pensjonskasse). Det er en prosentvis økning av antall personer over 80 år som bor også alene, og dermed ikke har et naturlig kontinuerlig sosialt samvær og tilsyn i sitt hjem.

På samme tid som alderskoeffisienten antas å gå kraftig ned øker altså helse og omsorgsbehovene. Ved 1 prosent økning i standard per år for alle som får helsehjelp, vil dette føre til en økning i ressursbehovet til nesten 420 000 årsverk i 2050. Dette vil være en økning i årsverk på over 283 prosent i forhold til 2003 (SSB, Økonomiske Analyser 4/2006:61, tabell øverst). En økning i offentlig helse- og omsorgstilbud kan altså se ut som å være et urealistisk alternativ fram til 2050. En sterk reduksjon av offentlige tjenester og sterkere satsning på familie og nettverk kan se ut til å bli den eneste løsningen. Gruppen på 67-80 antas ikke å ha like store omsorgsbehov for som eldre over 80 år. Dette kan se ut til å være ressursgruppen innen helse og omsorg som fellesskapet må ha forhåpninger til. Forskning på personale som arbeider med eldreomsorg i hjemmet forteller at dette er et krevende arbeid fysisk arbeid, og at to av tre plages med smerter i ryggen. Hjemmesykepleierne rapporterer at de ofte blir utsatt for utskjelling og fysisk aggresjon (Næss; Wærness 1996:35-37). Halvparten av hjemmehjelperne hadde pådratt seg større eller mindre arbeidsskader (Helset 1998:95-108). Dette er altså arbeidsforholdene som 67-80-åringene skal gå inn i som frivillige i menighetsdiakonien hvis de i frem-

tiden skal erstatte hjemmetjenester som det offentlige i dag organiserer og tilbyr med delfinansiering fra det offentlige.

Utgiftene for de fremtidige helse- og omsorgsbehovene øker sterkt. Men ifølge prognosene ser det samtidig ut til at det vil være svært begrenset med helsepersonale å bruke disse pengene på uansett, og det offentlige må prioritere hardt på de oppgavene helsepersonalet skal utføre.

3. Scenariemodeller for fremtidens eldreomsorg

Steinar Barstad har i hovedfagsoppgaven sin, "Seniorland-omsorgsscenarioer for de nye gamle" laget forslag til tre ulike fremtidsscenarioer for eldre (Barstad 2006). Barstad har arbeidet i den kommunale helse- og sosialtjenesten i tjue år, blant annet med plan og -utviklingsarbeid innenfor norsk eldreomsorg. Hovedtema for hovedfagsoppgaven hans var hvordan framtidens omsorgsutfordringer kan møtes slik at en voksende seniorbefolkning kan få dekket sitt omsorgsbehov (Barstad 2006:9). Historiske utviklingstrekk, utfordringer og nye trender er utgangspunkt for omsorgsscenarioene for fremtidens seniorer. Han kaller disse scenarioene for henholdsvis "Geriatr ihospitalet", "Seniorkolonien", og "Omsorgsfellesskapet" (Barstad 2006:9). De er altså en slags sammenfatning han har gjort av eldreomsorgsforskning og fremtidsprognoser, og scenarioene henger derfor sammen med forrige kapittel om eldresituasjonen i dag og i fremtiden.

Denne form for scenarietenkning er etter min mening fruktbar med tanke på å diskutere fremtiden.

De tre scenarioene blir stående som tenkte tilfeller, og drøftingen videre kommer til å bli i lys av disse tre. Hvis situasjonen blir som i disse eldreomsorgsscenarioene, blir spørsmålet: Hva slags diakonale utfordringer kan kirken møte i forhold til helsesamarbeid og livssynsbasert omsorg?

Geriatr ihospitalet

Dette scenarioet er først og fremst pasientenes og profesjonenes scenario der helsevesenet overtar ansvaret for eldreomsorgen, og geriatrien blir en medisinsk spesialitet. Helse, rehabilitering og medisinsk behandling står i fokus, og det blir satset på helseforskning, kompetanseoppbygging og medisinsk teknologi. Stikkord for dette er profesjonalisering, institusjonalisering og spesialisering. (Barstad 2006: 95). I fremtiden vil få land i Europa ha effektive demokratiske styrte lokale forvaltningssystemer som kan påta seg så omfattende oppgaver som eldreomsorgen krever. Resultatet kan derfor tenkes å bli at ansvaret for omsorgstjenestene blir knyttet sammen med sykehus og helsevesenet i det enkelte land og tar form etter dette. Utbyggingen kan tenkes å skje i form av store og effektive institusjoner for langtidsomsorg, gjerne i nærheten av mer spesialiserte sykehus. Den lokale helsetjenesten med lege- og sykepleietjeneste bistår så langt de kan med medisinsk oppfølging og behandling til innleggelse finner sted. Men hjemmehjelp, prak-

tisk bistand i dagliglivet, aktivitetstilbud og sosiale spørsmål vil ikke bli ansett for å være en offentlig primæroppgave, og forutsettes løst av den enkelte ved direkte kjøp av helsetjenester, eller gjennom familie og lokalsamfunn. (Barstad 2006:95-107)

Seniorkolonien

Dette scenarioet er ”konsumentenes og entreprenørenes scenario”.(Barstad 2006:108). Her møtes seniorer med etterspørselskraft og de som kan tilby en moderne seniortilværelse med personlig design helt fram til livets slutt. Den eldre vil kunne trekke seg tilbake i trygge og behagelige omgivelser, nyte pensjonistlivet og være sikret god omsorg etter å ha gjort sin innsats for familie og samfunn. Det handler altså om marked, fysisk tilrettelegging, trygghet, omsorgstilbud preget av individuell tilpasning, fritt valg av helsetjenestetilbydere og modulbaserte løsninger tilpasset den enkelte seniors valg.

Det innføres en stønadsordning med ulike tilskuddsatser, basert på den enkeltes diagnose og funksjonsevne, der pengene følger brukeren. Grunnstønaden kan bygges på ytterligere for egen regning, med utstyr for personlig overvåking, utvidet legehjelp, utvidet sykepleie, fysioterapi, personlig trener, familieterapi, psykologsamtaler osv. Det vil ellers også være mulig å kjøpe tjenester som bl.a. vakt hold, trygghetspakke med kommunikasjonsutstyr, hente- og bringetjeneste, musikk- og kulturopplevelser, dagaktivitetstilbud og liknende. Selve boligen med disse tjenestene kan kjøpes under ett. Botilbudene har ulik størrelse og standard etter som man ønsker. Finansieringen skjer ved bruk av egen boligkapital eller oppsparte midler. De som står uten slik kapital og har for lave pensjonsinntekter til å betale forholdsvis høye husleier, må ty til andre private eller offentlige botilbud med enklere standard. Han tenker seg at seniorene setter sammen den tjenestepakken de ønsker i kombinasjon med hjelp fra egen familie og resterende egenomsorgskapasitet (Barstad 206:113-115).

Omsorgsfellesskapet

Dette er brukernes scenario. Her har seniorene sine egne organisasjoner og representanter som de selv har oppnevnt til å ivareta interessene sine når de får behov for omsorg og pleie. Brukerinteressene er på denne måten direkte involvert både gjennom eierskap og i driften av virksomheten. Scenarioet bygger på prinsippene om aktiv aldring, der deltakelse, fellesskap og nettverksbygging på tvers av generasjonene står i fokus. Seniorene ønsker å ta del i samfunns- liv og kulturliv, og mange også ønsker å fortsette i arbeidslivet.

Pensjonistorganisasjoner og seniorbevegelser vil se seg lei på krisebeskrivelsen rundt det som ble kalt "eldrebølgen". De vil mene samfunnet bør være glad for at folk lever stadig lengre, og at mange gamle er et resultat av at vi har lyktes med å skape bedre levekår og sosiale forhold. De eldre ikke vil like å bli betraktet som en forsørgerbyrde for samfunnet, men ønsker å forsørge seg selv fordi de har betalt inn til folketrygden i mange år, nedbetalt boligene sine og vil være bedre situert enn de aller fleste. De vil ikke bare ha god økonomi, men også god utdanning og er helsemessig kapable hvis samfunnet vil ta dem i bruk.

De eldres tillit vil bli sterkt svekket til at det kommunale omsorgsapparatet vil kunne møte eldreomsorgens utfordringer. De eldre vil tvile på mulighetene til å rekruttere og ansette omsorgsarbeidere. Kommunene på sin side vil se vanskeligheter med å finansiere et stadig mer kostnadskrevenne tjenestetilbud, og mange forhold vil bidra til at det blir nødvendig å finne alternative løsninger. Generelt sviktende tillit til velferdsstatens ordninger og kommunenes tjenestetilbud, og mindre oppslutning om kommunene som arena for lokaldemokrati, vil ifølge Barstads scenario avløses av sterke brukerorganisasjoner og ønske om mer direkte demokrati. Eldreomsorgen etter hvert vil vokse ut av det kommunale fellesskapets oppgaveportefølje. Det som hadde startet med deltidsansatte hjemmehjelpere, en husmorvikar og noen få aldershjems plasser 50-60 år tidligere, kan vokse til å bli kommunenes uten sammenligning mest dominerende oppgave. Dette vil etter hvert og vil etter hvert ta over halvparten av kommunenes økonomiske og personellmessige ressurser. Slik vil eldreomsorgen kunne overskygge den øvrige kommunale virksomheten og true med å kvele kommunenes utviklingsoppgaver innenfor næringsliv, kultur og utdanning. Da vil det være to muligheter videre; enten å forsøke å involvere familie og sivilsamfunn i større grad, eller å få oppgavene utført av privatpraktiserende service- og helsepersonell uten kommunal tilskudd-ordning.

Frivillige organisasjoner vil knyttes tett opp til den ubetalte omsorgen utført av familie og venner, som fortsatt utfører en nesten like stor andel av omsorgsoppgavene som det offentlig finansierte tjenestetilbudet. Familie og frivillige blir involvert på en annen måte enn tidligere og arbeidsdelingen forhandles fram og blir satt i system, ofte med felles turnus og avtaler. Slik vil frivilliges innsats bli synliggjort og verdsatt, og familien bli trukket inn på en forpliktende måte. De får samtidig større spillerom, og oppgavene blir definert og avgrenset med rett til opplæring og avlastning. På denne måten møtes den formelle og mer uformelle delen av sivilsamfunnet i felles innsats på velferdsområdet i et tett samspill med familie og husholdninger.

(Barstad 2006:126-131).

4. Historisk diakonal eldreomsorg

Diakonalt tilbakeblikk på eldreomsorg i Oslos menigheter

Hvis situasjonen blir som i de tre nevnte eldreomsorgsscenariene, hva skal slags diakonale utfordringer kan da kirken møte? Som nevnt i innledningen vil det ikke være unaturlig at kirken ser på sin historie for å finne ut noe om dette. Oslo-menigheter bidro med helse- og omsorgsarbeid ved Menighetspleien på 1870-tallet. Dette menighetsbidraget var nødvendig om ikke det offentlige apparatet skulle bryte sammen på den tiden. Dette er et problem som i våre dager har fått ny aktualitet. (Aukrust 1983:151). Kan kirken lære noe av sin historie?

Poenget med å presentere diakonihistorie om nybrottsarbeid innen menigheters helse- og omsorgsarbeid i Oslo på 1870-tallet, er å forsøke å være forutseende på bakgrunn av historien om utfordringer menighetsdiakonien kan møte hvis den skal være bidragsyter innen eldreomsorg.

Utvikling av menighetspleie

Menighetspleie, som i starten fikk navnet, den frivillige fattigpleie, var det eldste planmessige sosiale tiltak i lokalmenighetene av Den Norske Kirkes. Gamle Aker og Trefoldighet startet dette i henholdsvis 1873 og 1874, og flere kom til etter hvert. Kirken kalte altså hjelpetiltaket sitt i starten for *frivillig* fattigpleie. I dette lå det en kritikk av det kommunale omsorgsapparatet. Kirken ønsket seg et fattigvesen preget av kristen nestekjærlighet, istedenfor det den kalte for "den kalde harde offentlighet". (Aukrust 1983:136). Senere ble betegnelsen byttet ut med "Menighetspleie". Ordbruken endret ikke på innholdet, det var fortsatt fattige og syke som var pleiens objekt. (Aukrust 1983:137).

Fremveksten av det kirkelig-sosiale arbeidet i Oslo-menighetene med både fattigpleie, arbeidshjem m.m. skjedde i en periode med begynnende industrialisering og fremvekst av en tallrik arbeiderklasse. Man kan se på tiltakene i den tiden som en akkomodasjonsprosess. Akkomodasjon går ut på å endre egne strukturer som et resultat av møte med ny kunnskap. Oppblomstringen av det kirkelig-sosiale arbeidet i Oslo-menighetene skjedde i en periode med store sosiale endringer. De nye tidene og nye problemene krevde nye arbeidsformer fra kirken side (Aukrust 1983:152). Oppstart av menighetsorganisert pleie og omsorg i folks hjem var et av de nye tiltakene de valgte å sette i gang.

Denne diakonale entreprenørvirksomheten også hadde også preg av å være et kirkelig misjonsoppdrag (Wyller 1999:10). Man ønsket å vinne innpass og tillit i arbeiderklassen. Kirken klarte dette til en viss grad gjennom fattigpleiens arbeid. Dette var en bevisst strategi fra kirken. Sommeren 1913 gikk det en artikkelserie i bladet "Menighetsblad for Kristiania" om "Kirkens Diakoni og Klassekampen". Der ble diakonissenes innsats blant arbeiderklassen fremhevet i dette perspektivet. (Aukrust 1983:152). Men det var motstand fra arbeiderklassen mot denne type omsorg. De mente at giveren av hjelpen ikke skulle forvente takknemlighet, og klienten skulle ikke bli påvirket livssynsmessig. Arbeiderbevegelsen fremstilte det på sin side slik at det var den *kirkelige* omsorgen som nedverdiggende å ta imot (Wyller 1999:18).

I starten var Menighetspleien et konkurrerende og alternativt tiltak til offentlig omsorg. Men etter hvert fant Menighetspleien sin rolle som et viktig og nødvendig supplement til det offentlige hjelpeapparat.

Fra 1913 hadde kirken ingen illusjoner om at fattigvesenet kunne drives kun på frivillig basis (Aukrust 1983:142) og menighetene gikk etter hvert i bresjen for en profesjonalisering og faglig forbedring av menighetspleiearbeidet. Det offentlige systemet og de kirkelige hjelpetiltakene fikk etter hvert faste former med avtaler som fordelte oppgaver (Aukrust 1983:142). Menighetene begynte etter hvert å ansette diakonisser på heltid, og disse ble sentrale i det daglige omsorgsarbeidet. I 1913 var det i alt blitt 26 menighetsdiakonisser som arbeidet i menighetssosialt arbeid i Oslo. Denne modellen med profesjonell menighetspleie i sykes hjem ble mange tiår senere grunnlaget for den offentlige hjemmesykepleie i Norge. (Fullstendig innført i alle landets kommuner i 1982 (Snøtun 2007:52-59).)

I diakonale kretser hadde man sett behovet for å forbedre utdanningen av sykepleiere i Norge. Rikke Nilsen (1834-1892) og Cathinka Guldborg 1840-1919 reiste fra Norge til diakonisseanstalten i Kaiserwerth i Tyskland for å utdanne seg i sykepleie. Denne utdanningsanstalten hadde eksistert siden 1836. Diakonissene derfra hadde blitt spredt utover sykehusene og hevet den faglige standarden i både Sverige og Danmark. Men her i Norge var det få som kjente eller forstod diakonissesaken. Det var en forening her til lands som i mange år tid hadde jobbet med planer om å gjenopplive oldtidens diakoni. Den het Foreningen for indre Mission i Christiania. Etter å ha gjort seg kjent med utdanningen i Kaiserwerth valgte foreningen å lage tilsvarende utdanning i Norge og "Diakonisseanstalten for utdannelse av kristelige sykepleiere" ble så startet i 1868 (Wyller 1990:94-98). Rikke Nilsen og Cathinka Guldborg ble sentrale

i oppbyggingen av denne utdanningsinstitusjonen, som antakelig var den første som tilbud sykepleieutdanning i Norge. Røde Kors ble også stiftet tre år før, men på deres program stod ikke utdanning av pleiepersonale (Wyller 1990:110). Norske Kvinners Sanitetsforening startet sin pleieutdanning først i 1898 (Wyller 1990:116). Sannsynligvis var det altså Diakonisseanstalten som var først ute med faglært sykepleie her i Norge.

De første diakonissene var primært utdannet til å arbeide i hjemmet, enten som sykepleier i menighetspleie, eller i privatpleie hos velstående personer. På den tiden ble de syke som hadde råd til det, behandlet og pleiet hjemme. De offentlige sykehusene, hvor de smittsomme sykdommene lett spredde seg, var stort sett et sted for de fattige (Snøtun 2007:19). Diakonissene drev et omfattende arbeid med både sykebesøk, husbesøk og ærender. (Aukrust 1983:138-139). De var nærmest en blanding av sykepleier og helsesøster, men måtte også ta del i alt forefallende arbeid (Wyller 1990:263). Menighetssøsteren hadde ikke bare ansvar for den syke, men også for gamle og ensomme. Og de brukte også tid på både mat og kaffe, prat, bibellesning, sang og bønn hvis hjemmet ønsket dette. (Snøtun 2007:27-30).

Denne modellen med hjemmesykepleie som var startet av Oslo-menigheter slo godt an. I de to første tiårene på 1900-tallet var det en oppblomstring av nettopp slik privatpleie i hjemmene. Byråer for formidling av sykepleietjenester i hjemmene ble en stor og viktig gjeskjeft. Høy kvalitet blant personalet i privatsykepleie var den første kampsaken for Norsk Sykepleierforbund etter at det ble opprettet i 1912. NSF sitt syn var at det nødvendig at de som tok på seg disse oppdragene hadde utdanning til det. Formidlingsbyrået til NSF hadde i begynnelsen av 1920-årene hele 140 sykepleiere i arbeid. Etter hvert som det ble en viss økning i det offentlige helsevesenet og trangere tider for folk flest, ble etterspørselen etter sykepleiere som arbeidet i privatpleie kraftig redusert. NSF sitt engasjement for privatsykepleien ble også gradvis mindre til fordel for sykehuspleien, og sykepleiere og leger forsvant inn i sykehusene. Etter hvert ble det også slutt på praksis i privatsykepleie i sykepleieutdanningen i Norge. Oppfatningen var at det var lite relevant å lære for elevene i privatpleie-feltet (Solheim 1996:29-30).

I menighetene var det tøffe arbeidsforhold. Lønnsforholdene som menighetsansatt pleier var ustabile. Tungt arbeid, dårlig lønn og lange arbeidsdager gjorde at tjenesteperiodene i menighetssøsterstilling ble kortere og kortere. Det var derfor helt nødvendig at det offentlige kom inn og overtok ansvaret (Snøtun 2007:63-64).

Sammenfatning av diakonihistorien om menighetspleien

Sammenfatningsvis kan vi dermed si:

Menighetene definerte seg selv i en helt ny rolle for den tiden. De ønsket å gå inn og vise et kollektivt ansvar og initiativ i møte med en av samfunnsutfordringene. De så på seg selv som en del av samfunnet og ønsket å vise samfunnsansvar. De tok et oppgjør med kirkens postreformatiske kirkeideer om at omsorg for fattige og syke var en sekulær aktivitet der kirken ikke hadde ansvar. (Aukrust 1984:133).

På den tiden var kirken ideologisk kritiske til det offentlige som en struktur som skulle institusjonalisere helse- og omsorgstjenestene. Kirken hevdet at staten tilbød de trengende kun en ”kald” omsorg, og at staten uverdiggjorde mottakerne. Kirken mente at en offentlig institusjonalisering av omsorgen for fattige og hjelpeløse svekket den kristne barmhjertighetstanken. En slik velferdsstat-modell fritok mennesker å være nestekjærlige ved at Guds bud ble overtatt av kommunen. I tillegg var det en forestilling om at når staten overtok hele ansvaret for helse, kulturtilbud m.m. behøvde ikke utøverne av statens tilbud være like opptatt av kvalitet eller kunder (Schørring, Bak 2005:202).

Ved opprettelse av fattigpleien/menighetspleien ønsket kirken å vinne innpass og tillit i arbeiderklassen for å drive misjonerende virksomhet. Men dette skapte konflikter i forhold til arbeiderklassens ledere.

Kirkens diakoni var opptatt av utvikling og fornyelse av helsetjenestene. Legene var generelt misfornøyde med standarden på dem som stelte de syke på sykehusene. Mange av pleierne var egentlig kun vaskepersonale ved sykehuset, og uten erfaring fra helsestell. Men fordi det trengtes noen til å hjelpe pasientene ble ufaglært vaskepersonale satt til å stelle de syke også (Wyller 1990:57). Dette behovet så Rikke Nilsen og Cathinka Guldborg. Derfor reiste de til Tyskland for å lære sykepleie slik at de kunne starte sykepleieutdanning her i Norge. Slik svarte de på behov. Det var altså initiativrike gründere i sin tid som analyserte situasjonen, tok til seg kunnskap fra Tyskland, brukte kunnskapen sin, og var veivisere.

Hvordan er dette å forstå i vår tid? Det er ikke et konkurrerende forhold mellom kirke og stat i dag; forholdet har endret karakter. I fra kirkens side er det i dag aksept for at det er viktig med et godt utviklet velferdssamfunn. Og fra statens side er det i dag også en endret holdning:

I Stortingsmelding nr 25 etterlyses kirkens engasjement som en del av det sivile samfunn med tanke på å bidra til å dekke fremtidige eldres helse og omsorgsbehov. I vår tid kommer staten til kirken med en åpen invitasjon til samarbeid (Stort.meld nr 25:10-1 (2005-2006) *Omsorgsmeldingen*), og staten viser en åpen holdning til kirkens omsorgsverdier (Stort.meld 26 (1999-2000) *Om verdier i den norske helsetjenesten*).

Kirken og det offentlige har i dag altså et annet forhold til hverandre. Men diakonihistorie om menighetspleie, samarbeid og utvikling av sykepleien er likevel viktig for oss i dag. Den kan lære oss noe om betydningen av gode relasjoner. Videre kan historien fortelle også om andre erfaringer og utfordringer fra den tiden da menighetenes innsats var et nødvendig supplement i helsetilbudet, slik som den kan se ut til å bli i fremtiden også.

5. Fremtidige utfordringer

Innledning

Dette kapitlet handler om utfordringer menighetsdiakonien kan møte i et omsorgssamarbeid med den offentlige sektor. Jeg vil drøfte dette fordi Stortingsmelding nr 25 sier at fremtidens eldreomsorg blir mer preget av samarbeid mellom familie, nærmiljø, frivillige og offentlige tilbud (Stort. meld 25:10-11).

I drøftingen av dette tar vi utgangspunkt i de tre eldreomsorgscenariene. Disse tre situasjonene er forslag til hvordan situasjonen kan se ut i 2030 her i Norge, og det er disse litt ulike scenariene vi forholder oss til når vi leter etter utfordringer for diakonien.

Jeg følger metoden jeg gjorde rede for i metodekapitlet, og starter derfor drøftingen ved å trekke inn historiske diakonierfaringer for å se hva kirken gjorde og erfarte ved oppstart og utvikling av menighetspleie. Kanskje kan noe av dette være en god ballast for morgendagens diakoni når vi forbereder oss på hva som kan være vanskelig i et framtidig menighetsdiakonalt helsesamarbeid med offentlige tilbud.

Videre vil jeg belyse samarbeidsutfordringene med aktuell diakoni- og eldreomsorgsforskning og sosialpolitikk. I drøftingen bruker jeg de presenterte fremtidsprognosene for eldreomsorgen for å finne hva som kan være utfordrende for diakonalt samarbeid.

Diskusjonen blir en tolkning av utfordringer for framtidig menighetsdiakoni i lys av de ulike scenariene, i lys av diakonihistorie, i lys av forskning og sosialpolitikk, og i lys av prognosene.

Det overordnede fokus er hele tiden utfordringer i et framtidig diakonalt samarbeidsprosjekt om eldreomsorg, herunder også rolleutfordringer i samarbeid med det offentlige. Først tar jeg opp utfordringer rundt valg av roller og profil for diakonien i et samarbeid mellom en kirke og en velferdsstat. Hvis det forventes fra staten at menigheter skal bygge opp tiltak som kan avlaste et offentlig omsorgssystem, er det naturlig å diskutere både ideologiske og praktiske utfordringer ved et menighetsorganisert omsorgstilbud som skal være avlastende for et redusert velferdssystem.

Deretter diskuterer jeg de eldres egne ønsker om rollefordeling i en hjelperelasjon, og hva dette betyr for diakonien. Herunder drøfter jeg diakonale utfordringer i forhold til frivillighet eller profesjonalitet i diakonalt arbeid. Deretter drøfter jeg rolleutfordringer i forhold til Stortingsmeldingen som ser en fremtidig økende polarisering i eldres helsetilbud på bakgrunn av sosioøkonomisk status. Så vil jeg diskutere diakonien i forhold til privatisering av omsorgstjenester for eldre. Skal fremtidig diakoni bygge videre på diakonihistorien om at diakonisser tilbød privatpleie for velstående, eller skal diakonien bryte med denne tradisjonen?

Til sist vil jeg diskutere utfordringer ved å tilby livssynsforankret omsorg i et velferdssamarbeid.

Det er Blennberger & Nilsson sine teorier som ligger bak rollekategoriseringene jeg har gjort underveis, og som er brukt i drøftingen (Blennberger, Nilsson 1998). Før jeg går videre gir jeg nå først en kort oppsummering av disse rollene:

Diakonien kan ha en *indirekte* rolle ved å påvirke og å være kritiker. Kirken gjør da oppmerksom på grupper eller livssituasjoner som det offentlige ikke hjelper tilfredsstillende. Denne rollen handler om å være en stemme for andre. Diakonien kan gjøre en *direkte* innsats ved å velge roller som går ut på å være pådriver, avantgarde, komplement, alternativ og erstatter. Tabellen under viser disse skjematisk. En direkte innsats kan gjøres ved blant å velge blant annet følgende fire roller; *avantgarde, komplement, alternativ og erstatning*.

Pådriver	Avantgarde	Komplement	Alternativ	Erstatter/overtaker
	Forbilde	Supplement		Garantist
	Videreformidler	Parallellressurs		Utfører
	Monopol	Samarbeidspartner		
		Samfunnsmoralsk normgiver		

(Blennberger, Nilsson 1998:27)

Avantgarderolle

Menighetsdiakoni tar rollen som eldreomsorgens avantgarde hvis den velger å jobbe mot å ta seg av glemte grupper, eller å utvikle arbeidsmetoder som utgjør en nyhet. Det handler altså om pionérinnsats som per definisjoner skal være kortvarige. Når tiltaket har blitt en etablert virksomhet er pionertiden over. Denne rollen kan også ha en forbilledlig side ved at man øns-

ker at andre virksomheter, spesielt innen den offentlige sektoren, skal se og lære av den typen arbeide som den frivillige organisasjonen har startet.

Komplementrolle

En annen rollekategori for diakonale institusjoner og andre sosiale frivillighetsorganisasjoner kan betegnes som *komplement*. Diakonien kan ha en komplementrolle på fire måter: Diakonien kan være et *supplement*. Arbeidet utgjør da et tillegg til de offentlige velferdsinnsatsene. Disse er typer innsats som man av prinsipielle eller ressursmessige årsaker ikke kan kreve av den offentlige sektoren. Vi kan beskrive dette som ekstra velferdsforsterkning, uttrykt for eksempel som at ”Vi starter der andre slutter”. Dette er en vanlig innstilling generelt innenfor frivillige organisasjoner (Blennberger, Nilsson 1998:25). En frivillig organisasjon kan også være komplement til den offentlige sektoren ved å være en *parallelle ressurs*. Det betyr at man driver virksomheter innenfor det samme området og av samme type som det offentlige. Den komplementære rollen kan også ha en mer generell betydning ved at diakoniinstitusjoner kan være viktige *samfunns moralske normgivere* gjennom sin innflytelse på velferdspolitikken utforming. (Blennberger, Nilsson 1998: 26).

Alternativrolle

Virksomheter som driver innen samme område som det offentlige, men har en karakter som avviker fra den offentlige sektoren, utgjør et alternativ. De har et særpreg som er tydelig for den som tar imot tilbudet og rollen er derfor et alternativ til andre omsorgstjenester. Særlig innenfor rusomsorg og dens ulike omsorgsideologier er denne alternative rollen brukt. Men ideologiske ulikheter og konkurranseforhold mellom en institusjon som drives av en frivillig organisasjon, og en offentlig institusjon, kan skape problemer. (Blennberger, Nilsson 1998: 26).

Erstatterrolle

Sosiale frivillighetsorganisasjoner kan velge å motsette seg å erstatte den offentlige sektoren. Men samtidig er det ikke uvanlig at slike organisasjoner under visse vilkår overtar offentlig drevne virksomheter. For å forstå dette bør man skille mellom rollen som erstatter i betydningen garantist og utfører. Som utfører ønsker ikke diakonien å erstatte den offentlige sektors innsats i betydningen å være garantist for at virksomheten kommer i stand. Diakonien institusjoner verken vil eller kan være garantist for en generell velferd (Blennberger, Nilsson 1998: 26).

Samarbeid og roller

Aldring, familiens ønske om omsorgsavlastning, Eldres forventninger til det offentlige om å stille opp med stadig flere helse- og omsorgstilbud setter den offentlige sektor under press (Bak, Schørring 2005:13). Finansiering og tilgang på arbeidskraft innen helsesektoren er ikke holdbar på lengre sikt (Statens helsetilsyn rapport 6-99:32). En økning i helsetilbud på kun 1 prosent per år vil bety at behovet for helsearbeidere vil bli 420 000 årsverk i 2050, og dette vil være en økning i årsverk på over 283 prosent i forhold til 2003 (SSB, Økonomiske Analyser 4/2006:61, tabell øverst). Samtidig går forholdet mellom personer og pensjonister/trygdede dramatisk ned (St.meld. nr 25:49)(Finn Melbø, direktør Statens pensjonskasse¹⁶)

I Geriatrihospitalet har staten allerede endret politikken slik at helsetjenestene er mer spesialiserte. Det offentlige har kuttet bort hjemmesykepleie, tilbud om organiserte og gratis aktiviteter for eldre m.m (Barstad 2006:95-107). Dette vil være en stor endring fra i dag, og det vil bli udekte behov. I Omsorgsfellesskapet har de innsett og forberedt seg på at velferdsstaten må redusere velferdstilbudene til de eldre. Derfor har de eldre organisert seg selv og har laget alternative organisasjoner selv til å gi omsorg og pleie. De eldre er selv aktive i denne organisasjonen og hjelper hverandre. De har lagt til rette med seniorlivings og kollektive ordninger¹⁷. Dette styrer de eldre direkte selv, og ikke gjennom politikere fordi de har manglende tillit til at det kommunale apparatet kan møte utfordringene deres. De hjelper hverandre derfor så langt de kan, og bruker privatpleie for å utføre det de ikke klarer selv. Seniorkolonien er på sin side et individualisert Eldresamfunn der hver eldre i stor grad har ansvar for å forberede sin alderdom. Hvis ikke familien kan hjelpe, må tjenestene kjøpes av privatpleie. Dette scenariet er altså mindre gruppefokuset slik at hver enkelt eldre må planlegge alderdommen og kjøp av tjenester selv.

I omsorgsfellesskapet vil det være eldre som taler deres sak som gruppe. Men i de to andre scenarioene ser det ut til at de eldre mer individuelt må jobbe med å skaffe seg ekstrahjelp.

I alle disse scenariene ser utfordringen ut til at det bli ”hull” som skal fylles. Spørsmålet blir da – hvem skal gjøre hva i et samarbeid mellom både frivillige, familie, nærmiljø?

¹⁶ Artikkel Aftenposten 24.02.09: *Tenk pensjon nå* Av Finn Melbø administrerende direktør i Statens pensjonskasse. <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2944235.ece> (Pr 15.05.09)

¹⁷ Et eksempel på seniorkollektiv i Sverige: <http://www.svph.se/> (Pr 15.05.09)

Rollen som utfyller

Blant diakonidefinisjoner er det allment kjent at noen definerer diakoni som ”å gjøre de tjenester ingen andre gjør”. Vi ser at i alle scenarioene vil det bli mindre kommunale tilbud enn dagens eldre har. Men hvis velferdsstaten er på retur – vil det si at den leverer tilbake omsorgsoppgaver til kirken som kirken opprinnelig startet? Diakonihistorien forteller om at ulike omsorgsinstitusjoner, blant annet menighetspleien ble overtatt og videreutviklet av staten i etterkrigstiden. Et av argumentene var at tilbudet skulle være livssynsøytralt. Et annet argument var også at tilbudet skulle være likt for alle. Arbeiderbevegelsens mot menighetspleie er et eksempel på dette. Da oslomenighetene startet opp menighetspleien sa arbeiderbevegelsen at det ikke var en kirkelig omsorg de ønsket seg (Wyller 1999:18). Hvordan skal et fremtidig omsorgssamarbeid i menighetsregi fungere hvis diakonihistorien sier at det var nettopp menighetsinnsats mange ikke ønsket? Prognosene forteller at det vil bli betydelig økende behov på grunn av økningen av antall eldre. Stortinget oppfordrer til frivillig innsats fra ulike hold (Stort.meld 25:10-11). Men det står også at staten skal stå som ansvarlig. Hvordan skal diakonien tenke om å bidra i et samarbeid, men samtidig som de i et slikt samarbeid å bistå på statens premisser? Og som allerede problematisert – vil menighetsomsorg være ønsket blant befolkningen som en del av velferdsstatens tilbud? Dette kan se ut til å være en av utfordringene ved et samarbeid sett i et makroperspektiv.

I starten på menighetspleien gikk menighetene ut med at dette tilbudet var en klar kritikk av velferdsstaten, og at menighetenes tilbud hadde en alternativrolle. Menighetspleien (MP) var annerledes enn den offentlige omsorgen. Den inkluderte forkynnelse. I starten samarbeidet ikke MP med det offentlige apparatet, og det var ingen samordning eller fordeling av tjenestene. Folk som allerede hadde fått hjelp fra det offentlige kunne også få hjelp fra menighetspleien, og motsatt. Men slike ideologiske ulikheter og konkurranseforhold mellom en frivillig organisasjon og en offentlig organisasjon kan skape problemer (Blennberger, Nilsson 1998:26). Det gjorde det da også. Arbeiderklassen og fattige som mottok hjelpen satte seg på bakbeina og ønsket ikke en slik tilfeldig omsorg. De ønsket ikke en modell der mottakeren skulle behøve å vise takknemlighet eller vise ydmykhet (Wyller 1999:18). Historiefremstillingen viser at det både var et element av motstand mot kristen påvirkning, og men også motstand mot at barmhjertighet skulle være drivkraft for omsorg. Etter hvert endret menighetene da også sine ambisjoner om å fremstå som et konkurrerende, kritiserende og alternativt tiltak til den offentlige pleie. Den fant i stedet sin rolle som et viktig og nødvendig supplement til det offentlige hjelpeapparat (Aukrust 1983:142). Det ble etter hvert gjort avtaler mellom pri-

vatkirkelig tilbud og offentlig hjelp og dette samarbeidet fikk i mange menigheter relativt faste former (Aukrust 1983:142). Slik klargjorde de kommunale tiltakene og menighetsdiakonien rollene seg imellom, og fikk til et samarbeid på denne måten. Menighetsdiakonien ble på denne måten både et supplement med egen profil, men også en samarbeidspartner. Dette taler for at avtaler er viktig i et diakonalt helsesamarbeid. Historien taler også for at i et fremtidig samarbeid mellom menighetsdiakoni og de offentlige tilbud, bør diakonien velge en avklart rolle både i forhold staten og andre organisasjoner. Menighetspleien gikk altså fra å ha en alternativ rolle i starten til å bli et komplement. Den komplementære rollen medførte at diakonien ble en samarbeidspartner. Tilbudet var riktignok litt annerledes enn det offentlige tilbudet på grunn av den kristne ideologien for arbeidet som lå i bunn. Et slikt samarbeid med politisk legitimitet er nødvendig for å lykkes med diakonalt arbeid (NIBR-rapport 1988:7-11)¹⁸

Etter hvert viste seg vanskelig å drive menighetsbasert hjemmesykepleie fra kollekt i en menighet (Snøtun 2007:64). Da ser menighetspleie ut til å ha endret sin rolle. Den gikk over til en avantgarderolle for å arbeide for at den offentlige omsorgen skulle innlemme en modell med hjemmesykepleie i Trygdekassen. De diakonale bevegelser hadde vært forbilder, både gjennom utdanning av sykepleiere og utvikling av en allsidig hjemmesykepleiemodell. Til slutt var altså menighetspleien også videreformidler av en grein innenfor sykepleie som de hadde utviklet og vist betydningen av. Flere av menighetspleierne ble ansatt som ledere av den kommunale hjemmesykepleie, og brukte dermed av sin erfaring i oppbyggingen av denne (Snøtun 2007:61-63). Vi ser i dag at offentlig hjemmesykepleie viste seg å bli en viktig omsorgstjeneste: I 2005 var hele 52 % av de totale antall årsverk innen hjemmetjenesten (Barstad 2006:28).

Både entreprenør-rollen og den videreformidlende rollen ble viktig for menighetspleien. Det ser ut til at det var fruktbart å gå bort fra en konkurrerende rolle. Isteden valgte diakonien å fungere som utfyller og pådriver i et samarbeid med kommunene.

Rollen som pådriver

Istedenfor å lage hjelpetiltak selv, kan diakonien kan også velge å innta indirekte roller og opptre som pådriver, opinionspåvirker og kritiker. I indirekte roller gjør diakonien oppmerksom på grupper eller livssituasjoner der den offentlige sektoren er utilstrekkelig eller har

¹⁸ Norsk Institutt for By- og Regionsforskning (1988): *Når det offentlige ikke gjer jobben aleine*

mangler. Denne rollen handler om å være en stemme for andre (Blennerger, Nilsson 1998:23-24).

Hva med å innta denne rollen i møte med fremtidsprognosene for eldres behov? Erfaringer fra Sverige er at diakonien måtte endre sin rolle på grunn av et økende sprik mellom offentlige ressurser og omsorgsbehovene. På 1990-tallet oppstod det en velferdskrise. Ut fra dette måtte diakonien gjøre en ideologisk nyorientering. Nedgangstidene utgjorde ny situasjon som kompliserte de frivillige organisasjonenes identitet og strategi mot offentlig sektor. En rolle som forsvarer av rettigheter, og som moralsk kritiker og pådriver ble mer komplisert i den nye økonomiske situasjonen med en kløft mellom behov og ressurser. Blennerger og Nilsson sier at det finnes en risiko for at menigheter havner i en situasjon med ”velferdsnostalgisk ønsketenkning” og ”tankeløs moraliserende retorikk” som ikke er forankret i en innsiktsfull og saklig samfunnsvurdering (Blennerger, Nilsson 1998: 28-29).

Slik Stortingsmelding nr 25 presenterer fremtiden vil det nettopp bli et sprik mellom hva det offentlige velferdsapparatet kan tilby og de eldres behov (Stort.meld 25:10-11). Diakonien i Norge ser også ut til å måtte oppleve dette hvis prognosene slår til. Prognosene om fremtidens helse- og omsorgsbehov og sammenliknet med bemanningskapasitet i Norge peker på at tilsvarende situasjon i Norge ikke er usannsynlig. Regjeringen har allerede forberedt oss gjennom å fortelle at frivillige organisasjoner og eldres egen familie vil få større ansvar enn i dag. Offentlig organisert omsorg vil kunne få kapasitetsproblemer på grunn av aldringen i demografien. I dag vet vi ikke nøyaktig hva dette vil innebære. Men vi vet at den kommunale eldreomsorgen har en kort historie i Norge, kun ca 40 år. Det har vært i stor utvikling på denne tiden. Vi vet ikke om det blir like store forandringer de neste førti årene. Men det ser ut til å være urealistisk en ønsketenkning å tro at utfordringene kan løses politisk ved en eventuell situasjon der det er avstand mellom behov og offentlig omsorgskapasitet (Blennerger, Nilsson 1998: 28-29). Derfor må fremtidens menighetsdiakoni være realistiske og se begrensningene ved å innta en slik pådriverrolle overfor det offentlige.

Eldres egne ønsker for omsorg

Diakonihistorien forteller at det var motstand fra arbeidsbevegelsen mot at syke og fattige skulle få hjelp fra kristne frivillige. Denne hjelpen ble gitt som barmhjertighetsgaver fra kirken, men fra sosialistisk side ville man ha seg frabedt slik hjelp der mottakeren kom i taknemlighetsgjeld til hjelperen. I tillegg ønsket de ikke at folk skulle bli påvirket til kristen tro

(Wyller 1999:18). På den andre side hevdet menighetsdiakonien at den offentlige omsorgen var kald og hard fordi den satte et skille mellom dem som mottok støtte og ikke. En som mottok offentlig sosialstøtte mistet for eksempel stemmeretten i Norge på den tiden. Og en slik praksis gjorde at de fattige mistet selvrespekten, hevdet kirken (Aukrust 1983:137).

Det ser altså ut til å ha vært sterke ideologiske spenninger og mange ”talsmenn” for de syke og fattige. Jeg har ikke funnet undersøkelser på hvordan enkeltpersoner ønsket seg hjelpen rundt 1870. Men det ser ut til at både fra kirkens og arbeiderbevegelsens side stod mottakerens selvrespekt i fokus for hvordan hjelpen skulle organiseres.

Hva kan nyere forskning fortelle oss om hvordan det oppleves å ta imot hjelp og hvordan eldre ønsker hjelpen?

I vår tid er samfunnet bygd opp på idealet om å være selvstendig. Det å være avhengig av andre er derfor negativt. En rekke studier viser at mange eldre i tillegg ønsker å bo i egen bolig så lenge som mulig fordi opplevelsen av å være fullverdig medlem av samfunnet ofte er knyttet til å bo i egen bolig. Ved flytting til institusjon eller inn i bolig til nære pårørende blir en avhengighet og uselvstendighet synlig. Studier om Eldres helsesituasjon viser at mange ganger er det ikke den eldre funksjonstap som er grunnen til offentlig støtte, men det er den eldre bolig som gjør dette nødvendig. For at den eldre skal bevare uavhengigheten på lengre sikt er løsningen derfor at eldre sikrer seg mindre og mer rasjonelle boliger (NOU 1984:10, vedl 3, Lars Nygård). Dette ser vi i scenarioet omsorgsfellesskapet der eldre på egenhånd har flyttet sammen i bofellesskap. Riktig bolig kan altså utsette en opplevelse av uselvstendighet. Dette kan kanskje gi fremtidsdiakonien tanker om tiltak som kan møte fremtidige eldre utfordringer på en konkret måte. Et menighetsdiakonalt tiltak vil ifølge dette være å leie ut slike tilrettelagte seniorlivings til redusert pris for dem som ikke ellers ville hatt råd til dette. Dette vil være et konkret tiltak fra menighetsdiakonien i en samarbeidsrelasjon rundt de eldre.

De fleste eldre aksepterer kortvarig avhengighet ved sykdom eller annet. Men den mer permanente avhengigheten skaper vansker i forhold til idealet om å være selvstendig. Uføre og eldre kvinner ønsker seg offentlig hjelp i hjemmet, og ikke hjelp fra familie eller venner når de har vanskelig med å klare seg selv. Når de har behov for repeterende hjelp ønsker de å bli hjulpet av en person som har profesjonell distanse til mottakeren. En forklaring på dette er at de fleste menneskelige relasjoner i vårt samfunn bygger på en salgs gjensidighet. For å få en

god relasjon må man basere forholdet på et forhold med likeverdig bytte. Når eldre foretrekker offentlig hjelp kan det ha sammenheng med at muligheten til å gi tilbake omsorg/tjenester til sine barn oppleves som borte. Den hjelpetrequende står bare igjen med mottakerrollen, og da er det lettere å forholde seg til den mer upersonlige offentlige tjenesten (Nordhus m.fl.1986:34-54).

Et annet tiltak er å bistå eldre i sine eksisterende boliger ved at lokalmenigheter bygger opp en alternativ hjemmesykepleie. Men diakonihistorien fortalte at ordningen med menighetspleie ikke lot seg videreføre lenger enn til ca 1970. Dette var både på grunn av økonomiske problemer, og på grunn av at sykepleiere heller foretrakk annet arbeid.

Diakonalt omsorgsarbeid. Frivillige eller profesjonelle?

Hvis diakonien skal samarbeide med det offentlige hjelpeapparatet, må den ha noen som kan arbeide på vegne av menighetene. Nå drøftes derfor utfordringen om hvem menighetsdiakonien kan rekruttere til å utøve tjenester. Som en del av denne drøftingen tar jeg også opp spørsmålet om frivillighet eller profesjonalitet i menighetsdiakoni.

La oss kort først gå til diakonihistorien. De aller fleste av de frivillige i Oslo-menighetenes menighetspleie var kvinner (Aukrust 1983:136). På den tiden var det ikke vanlig at kvinner var i inntektsgivende arbeid. I dag vet vi at situasjonen annerledes.

Demografiforskningen sier dessuten at det blir en sterk nedgang i antall i yrkesaktiv alder per eldre. Dette betyr at det blir færre under 67 år som kan rekrutteres. Samtidig forteller prognosene at antall personer mellom 67 og 80 år vil stige fra 190 000 i 2000 til over 500 000 i 2050, det vil si 310 000 personer. Prognosene sier at på samme tid til antall personer mellom 67-80 år til stige fra 600 000 til 1,2 millioner fra 2000 til 2050 (Stort.meld 25:49). 67-80 gruppen og 80+ - gruppen vil altså være 2 til 1 i antall. Dette betyr altså at det er nettopp 67-80 gruppen som kan se ut til å være fremtidens ressurs innen helseomsorg. Dette ser derfor ut til å være den største ressursgruppen menighetsdiakonien kan rekruttere fra. Pensjonistene markerer seg allerede i dag med en sterk innsats i frivillig arbeid gjennom ulike verv og oppgaver, blant annet i kommunale frivillighetssentraler og seniorsentre (Ulstein 1989:102)¹⁹.

¹⁹ Artikkel Aftenposten 3.12.07. Om nypensjonister som omsorgsarbeidere i nærmiljøet <http://www.aftenposten.no/forbruker/article2132221.ece> (Pr 15.05.09)

Men på den annen side er det flere ting som taler imot at denne gruppen blir en så stor ressurs som tallene antyder. Forskning forteller at menighetene ser det som en stor utfordring å rekruttere frivillige, og at antall frivillige i menighetene i dag er på retur (Angell, Kristoffersen 2004:76). Menighetenes mulighet for å være en realistisk aktør i velferdssamfunnet hviler på at det er frivillige medarbeidere som kan bidra. Men rekruttering ser ut til å bli en utfordring. Noen menigheter uttrykker en bekymring for statens fremtidige forventninger om at menighetenes frivillige diakoniarbeid i fremtiden må bidra enda mer i velferdsstaten. I en undersøkelse fra menighetsdiakonien i Tunsberg bispedømme sier noen menigheter at ”Staten krever stadig større grad av frivillighet uten at vi makter å gi det” (Angell, Kristoffersen 2004:76).

Forskningen om helsearbeideres hverdag taler også imot de på 67-80 år av rent fysiske årsaker vil bli en viktig ressurs i eldreomsorgen og bidra med hjemmehjelp og hjemmesykepleie, for eksempel. Dagens ansatte i offentlige hjemmetjenester sliter allerede med jobbelaterte ryggplager og opplever arbeidet tungt (Næss, Wærness 1996:35-37)(Helset 1998:95-108).

Dette betyr at det kan bli vanskelig å rekruttere og tilby pensjonister til hjelp hos syke hjemmeboende eldre.

La oss videre drøfte profesjonell menighetspleien i forhold til tjenester utført av frivillige. Vi ser at frivilliges tilbud i liten grad vil møte frivilliges ønsker (Nordhus m.fl.1986:34-54). Men prognosene viser at det ikke blir mer helsepersonell å rekruttere i fremtiden til tross for økningene i behovene. Staten forteller at de offentlige tjenestene vil bli annerledes og at de eldre eller andre i større grad må ta av deres helse- og omsorgsbehov. Hvordan kan man tenke seg at fremtidens menighetsdiakoni kan bidra da i dette dilemmaet mellom eldres ønsker om profesjonalitet, og en menighetsdiakoni som drives av frivillige? Hva skal fremtidsdiakonien gjøre? Rikke Nilsen og Cathinka Guldberg så til Tyskland for å lære om sykepleie. Tyskland var på denne tiden kommet var kommet lenger i Norge innen sykepleieutdanning. Hvis vi ser til Tyskland i dag ser vi at der tilbyr profesjonelle diakonale institusjoner hjemmesykepleie servicetjenester m.m for eldre. Disse kan benyttes både via full egenfinansiering, eller en kombinasjon av forsikringer, sykekasse, sosialstøtte og egenfinansiering. De som har problemer med å betale får hjelp av sosialhjelpen og kan dermed også kan bruke tilbudene^{20 21}. Eld-

²⁰ Om finansiering av den diakonale hjemmesykepleien i Wurttemberg:

re kan velge mellom flere nivåer av service og pleie i eldreboliger. Dette likner på vårt scenario Seniorkolonien. Fordelen med et slikt tilbud er at det synes å møte de eldre som ønsker seg profesjonell omsorg. Slik privatpleie er ikke nytt sett fra diakoniens side her i Norge heller, selv om det skulle være mindre kjent i dag. Diakonihistorien forteller at dette var vanlig særlig mellom 1900 og 1920. Privatpleie var også en del av sykepleieutdannelsen en periode. (Solheim 1996:29-30).

Profesjonell menighetspleie kan dermed være riktig for å møte de eldres behov. Det er et tiltak som er bygget på historien. Utfordringen vil likevel se ut til å være hvordan man i fremtiden skal finansiere profesjonell menighetspleie, og gjøre det til en ettertraktet arbeidsplass. Historien forteller at menighetsdiakonien frem mot 1970 slet med disse to tingene (Snøtun 2007:63-64). I dagens Oslo-menigheter prøver Røa menighet å starte menighetsbasert hjemmesykepleiekontor. Sykepleiere har fått tilbud fra medlem i Røa menighetsråd om å bygge opp en privatpleietjeneste på vegne av menigheten. Kommunale, valgfrie hjemmehjelpstjenester, uten tildelingsvedtak, ved ufaglærte hjemmehjelpere som bidrar med sølvpuss, vask, ærender m.m. koster i dag kr 300,- timen i bydel St. Hanshaugen i Oslo²². Da kan det være et argument at eldre likegodt kan kjøpe en utdannet sykepleier fra menigheten når en ufaglært fra kommunen likevel koster allerede koster kr 300,-. Men er dette en riktig måte å drive diakoni på? Mer om dette i neste kapittel.

Diakonale utfordringer ved polarisering i forhold til sosioøkonomisk status og helse hos fremtidens eldre

En privatpleie med trening, samtale, matlaging, samtale, avlastning for familien ved spesielle behov m.m. som eldre må betale selv vil ikke være tilgjengelig for alle hvis det i fremtiden blir et "konsumentenes og entreprenørenes scenario" slik Seniorkolonien beskrives (Barstad

<http://ilias-elk-wue.de/drupal6/sites/default/files/DiakonieinWuerttembergheute-Daten-Zahlen-Fakten.pdf> (pr 05.05.09)

²¹ Mer informasjon om diakonitilbudene i Wurtemberg:

<http://www.diakonie-wuerttemberg.de/> (Pr 15.05.09)

Eksempel på diakonalt helhetlig eldretilbud i Tyskland:

<http://www.bergische-diakonie.de/html/bereiche/altenhilfe-verbund/diakonie-zentrum-monheim/diakonie-zentrum-monheim-pflege-und-betreuung.html>

Mer om denne organisasjonen:

<http://www.bergische-diakonie.de/> (Pr 15.05.09)

²² Annonse på bydelssiden i "Lokalavisen St.Hanshaugen" torsdag 21.08.08 s.11: "Tilleggstjenester fra hjemmehjelpstjenesten"

2006:108). Da kommer vi inn på et sentralt diakonalt tema: Hvem er diakonien for? Kirkens diakoni defineres i Diakoniplanen 1997 som ”Kirkens medmenneskelig omsorg, fellesskapsbyggende arbeid, og arbeid spesielt rettet mot *mennesker i nød*.”

En eventuell fremtidig situasjon med eldre som kommer i nød på grunn av et redusert offentlig omsorgsapparat, lite nettverk og svak økonomi, er ifølge diakonidefinisjonen et aktuelt arbeidsfelt for menighetsdiakonien.

Stortingsmeldingen sier at fremtidens eldre vil være vant til, og forventer å kunne bestemme over egen tilværelse (St. meld nr. 25:57). Dette støttes også av Ulstein (1989:95). Mange av de fremtidige eldre vil være preget av velstandsøkning, de vil ha god utdanning, være vant til å stille større krav, og ha en bedre økonomi og kanskje andre behov enn dagens eldre (St. meld nr. 25:57). Derfor er det ikke urimelig at fremtidens eldre ikke vil akseptere ordningene dagens eldre har, og de finner heller individuelle løsninger (Ulstein 1995).

Men Stortingsmelding 25 viser også til at det samtidig vil kunne bli en økt polarisering blant eldre i forhold til sosioøkonomisk status. En mindre gruppe eldre vil enten helsemessig, sosialt, økonomisk eller teknologisk bli hengende etter majoriteten. I denne gruppen er det mest kvinner og enslige, folk med dårlig helse, lav inntekt og kort skolegang (Stort.meld 25:42). Større forskjell mellom Eldres muligheter til å få hjelp er en utfordring som diakonien ikke må glemme. En svak sosioøkonomisk bakgrunn slår ulikt ut i de tre scenariene, og vi vil drøfte utfordringen i lys av disse.

Seniorkolonien

I *Seniorkolonien*, som beskrives som et kjøp og salg- scenario, kan det særlig se ut til å medføre klasseforskjeller blant hjelpetrengende. Kjøpekraft og egen evne til å finne løsninger hos den eldre avgjør hvor mye tjenester vedkommende får (Barstad 2006:108). Den eldre kan bestemme selv, men han må også betale alt selv, ikke bare en egenandel. Det vil i prinsippet ikke være grenser for helsetjenester, trygghetstjenester, praktiske tjenester og luksustjenester rike eldre kan kjøpe fra helseentreprenører. Her kan det bli store forskjeller på Eldres muligheter. En del eldre vil kun ha råd til lite volum, eller de må i så fall godta å ha lavere krav til kompetanse. Det kan også tenkes at de som er mest bemidlet kjøper opp relativt mange tjenester, og at det derfor ikke vil bli likt tilbud til alle. Man kan se for seg at i Seniorkolonien faller eldre uten materielle verdier igjennom, hvis ikke det kommunale hjelpeapparatet i så fall bi-

drar med kontantstøtteordning for å erstatte et eventuelt vikende offentlig organisert omsorgsapparat. Dette kan bety større forskjeller mellom sosiale lag, slik som på slutten av 1800-tallet da de velstående i Norge på egenhånd engasjerte egne sykepleiere som arbeidet hos dem i privatpleie (Snøtun: 2007:19).

Geriatrihospitalet

I scenarioet *Geriatrihospitalet* kan det tenkes at eldre blir tatt godt vare på når de har kommet i institusjoner for ulike grader av langtidsomsorg, for eksempel i kommunale *seniorlivings*²³. Forutsett at eldre betaler etter evne som i dag, vil de eldres privatøkonomi ikke bli avgjørende. Men hvis det ikke er individuell prissetting, vil det bli forskjeller for eldres muligheter. På den andre side kan man tenke seg at hjemmetilværelsen *før* den eldre flytter til en type geriatriehospital kan bli mer kostbar enn i dag. Barstad sier nemlig om dette scenarioet at hjemmehjelpstjenester, praktisk bistand i dagliglivet, aktivitetstilbud og sosiale spørsmål ikke vil bli ansett for å være en offentlig primærøppgave. Disse forutsettes løst av den enkelte ved kjøp av tjenester eller gjennom familie og lokalsamfunn. Inntil den eldre får plass på en offentlig institusjon vil man derfor kunne tenke seg at fattige ikke har råd til tjenester hvis de må betale fullpris på helserelatert hjelp.

Omsorgsfellesskapet

I det siste av de tre scenarioene; *omsorgsfellesskapet*, har de eldre selv tenkt ut nye modeller for hva de ønsker, og det vil bli løsninger som inkluderer *frivillige* og *familie* i stor grad. Omsorgsfellesskapet regner de *eldre selv* som en ressurs både til å hjelpe seg selv og andre eldre som har behov. De har altså et fellesskap av gjensidig omsorg, slik navnet på scenarioet sier.

Men en slik fellesskapsløsning kan på den andre siden møte problemer på den måten at eldre med svak sosiokulturell bakgrunn; de som har atferdsvik, er lite omgjengelige m.m, sannsynligvis ikke vil få like mye hjelp som andre eldre. Dette fordi det er krevende å bistå dem, og fordi de bidrar lite til omsorgsfellesskapet. Det kan tenkes å bli et ulikt bytte her. Man kan tenke seg at det er en viss sannsynlighet for at "avvikerne" som egentlig trenger hjelp fra helsetilbud, vil falle utenfor hvis omsorgen baseres på fellesskapets gjenytelser til hverandre.

²³ Et eksempel på seniorkollektiv i Sverige: <http://www.svph.se/> (Pr 15.05.09)

Svak sosioøkonomisk bakgrunn

Sannsynligvis er det altså fare for at det blir eldre som ikke har råd til å betale for ulike helse- og omsorgstjenester selv uansett utdannelse, helse og fremtidsscenario. Disse vil være avhengige av pensjonsordninger og sosialbistand for slike formål. Det er et sosialpolitisk spørsmål om staten skal måtte organisere helsetilbudene selv, eller skal samarbeide med andre organisasjoner. Den samarbeidspremissen som gjelder i dag er i noen grad prinsippet om anbud. Dette kan svekke kvaliteten fordi kommersielle omsorgsforetak legger inn lavere tilbud til kommunen. Blant andre Kirkens Bymisjon har måtte avslutte et sykehjemstilbud fordi de følte at de ikke kunne gå lenger ned i pris hvis de skulle tilby kommunen et forsvarlig tilbud for de eldre²⁴.

Dette med anbudsomsorg synes å være et betent og vanskelig tema sosialpolitisk i dag, og dette må diakonien ta et standpunkt til. Men diakonien må også være bygget på realisme i forhold til de økende eldreomsorgsbehovene kombinert med mindre tilgang på arbeidskraft og økninger i helseutgifter. utfordringen for diakonien kan i denne situasjonen synes å være å ikke innta en rolle som velferdsnostalgisk ønsketenker og moraliserende retoriker som ikke er forankret i realitetene ved utfordringene og dilemmaene rundt aldringen i befolkningen (Blennberger, Nilsson 1998: 28-29). Det ser ikke ut til å være noen enkle løsninger. En samarbeidsmodell med flere typer bidrag, slik Stortingsmeldingen ønsker, ser ut til å kunne være en vei å gå. Da vil diakoniens rolle måtte bli å være en medspiller. Men den må ha sin integritet og kvalitet som kjerneverdier. Det vil medføre at den ikke kan godta anbudsprinsippet uten videre.

Alternativt vil diakonien måtte bidra til at anbudsrunder blir akseptert, der man senker prisene ved lavere krav til antall personale og deres fagbakgrunn. Men på bakgrunn av diakonihistorie om at kristne sykepleiere nettopp *økte* kvaliteten på pleien, ville det å nøre opp under et anbudssamarbeid med det offentlige være et brudd med en rolle som forkjemper for nestekjærlig og sykepleie på faglig høyt nivå.

Finansieringen av helsetjenester er et dilemma. Vi ser i dag en økende grad av privatpleie der kundene kan gå direkte til privatsykehuset m.m. og få god og rask omsorg. Det er allment

²⁴ Artikkel på Kirkens Bymisjons hjemmeside: *Kvalitet koster* Av generalsekretær Helen Bjørnøy 9.2.2003 (http://www.bymisjon.no/templates/Page_21542.aspx) (Pr 15.05.09)

kjent fra avisene at en tidligere helseminister brukte Volvat privatsykehus mens hun var helseminister fordi det var kortere ventetid der²⁵. Dette illustrerer et dilemma i dagens samfunn om at vi har en ideologi om hvordan velferdsapparatet for eldre bør være. Men når det kommer til stykket vil vi i praksis gjerne gjøre unntak for vår egen del.

Hvis vi velger å lære av historien, kan diakonien også i dag se til Tyskland, slik Rikke Nilssen og Kathinka Guldborg gjorde. Den tyske modellen (nevnt tidligere) ser ut til å være en mellomting mellom norsk velferdsmodell og amerikansk modell. I Tyskland betales helsetjenestene delvis fra egne helseforsikringer, fra arbeidsgiver, fra sykekasse, og fra egenbetaling. Der dette ikke strekker til, bidrar den offentlige sosialhjelpen²⁶.

Hvis diakonien i fremtidens igjen velger å innta en rolle som pådriver innen omsorg for syke og eldre, vil en pådriverrolle i dag i så fall gå ut på å være pådrivere for systemendring i Norge mot tysk omsorgsmodell der velferdstjenestene er tuftet på mange og fleksible faktorer. Også i Tyskland bidrar sosialhjelpen der dette behøves. Den tyske modellen har flere bidragsyttere, og eldre med ulik sosioøkonomisk bakgrunn ser ut til å ha mulighet for bruke gode diakonale tilbud²⁷.

Ut fra diakonihistorie ser det ut som om diakonien har tenkt nytt i møte med nye samfunnsutfordringer. Prognoser viser til at det er nødvendig å forberede oss på fremtiden. Kanskje innebærer dette å tenke nytt, og se på alternative løsninger i møte med omsorgsutfordringene. Men modeller for velferdssamarbeid er et betent dagsaktuelt tema, der for eksempel det offentlige helsevesenet og det private helsevesenet blir fremstilt som motpoler i politiske debatter. Det finnes ikke enkle svar. Men diakonihistorien viser at kirkens diakoni historisk sett har vært nysgjerrig og konsekvensanalytisk. I sin tid så de behovene som kom, og de hentet kunnskap om sykepleie fra Tyskland som lå foran Norge på dette feltet. Diakonien førte ved dette

²⁵ Artikkel Dagbladet 22.5.2008: *Brustad går på Volvat. Helseministeren bruker privat legevakt*
<http://www.dagbladet.no/nyheter/2008/05/22/535929.html> (Pr 15.05.09)

²⁶ Se artikkel om finansiering av diakonal sykepleie i Württemberg i Tyskland: *Die Diakonie in Württemberg heute. Daten – Zahlen – Fakten* s. 7-8 <http://ilias-elk-wue.de/drupal6/sites/default/files/DiakonieinWuerttembergheute-Daten-Zahlen-Fakten.pdf> (bis 12.05.09)

²⁷ Eksempel på diakonalt eldretilbud i Tyskland:
<http://www.bergische-diakonie.de/html/bereiche/altenhilfe-verbund/diakonie-zentrum-monheim/diakonie-zentrum-monheim-pflege-und-betreuung.html> (Pr 15.05.09)
Mer om tilbudene i organisasjonen:
<http://www.bergische-diakonie.de/> (Pr 15.05.09)

til heving av kvaliteten på sykepleien i Norge. Andre frivillige organisasjoner kom etter og tilbød sykepleieutdanning de også. Men Indremisjonens utdanning for sykepleiere var den første i sin tid²⁸. De lå langt fremme og var veivisere for andre. I tillegg til å heve standarden på sykepleien i sykehusene, gikk de også i bresjen for en profesjonell sykepleie i folks hjem. Denne modellen ble etter hvert integrert i velferdsstatens tilbud. Dette var blant annet på bakgrunn av menighetsdiakonien forarbeid.

De dramatiske fremtidsprognosene for eldreomsorgsbehovene og den offentlige kapasiteten er et argument for at diakonien ikke kan sitte rolig og la være å bidra som et forbilde og nytenker. Vi kjenner prognosene om fremtidens økende behov. Problemet i Stortingsmelding nr 25, og for diakonien, ser ut til å være det dilemmaet at vi ikke vet om dette vil fungere. Meldingen sier at familie, frivillige organisasjoner m.m må strekke seg mer enn i dag. Men allerede i dag er det stor aktivitet i de frivillige organisasjonene, og vi vet ikke sikkert nøyaktig hvor mye disse ressursene kan økes. Fafo-forsker Heidi Gautun hevder i Dagsavisen 19.02.08 at vi i fremtiden vil få en reduksjon av antallet potensielle familieomsorgsgivere. Dette er jo i sterk konflikt med Stortingsmeldingens beskjed om at det er omsorgspersoner i familien som skal overta mer ansvar. Prognosene om sterk reduksjon av aldersbæreevnen forteller oss jo direkte at en økt satsning på frivillighet blant dem under 67 år er urealistisk. Gruppen på 67-80 år øker riktignok med hele 600 000 frem til 2050, mens de over 80 øker med 320 000 (St.meld. nr 25:49). Men det innlysende at det er denne gruppen på 67-80 av fysiske grunner ikke kan overta hjemmesykepleie og andre tjenester for de sosioøkonomisk svake eldre. Forskning om omsorgspersonalets hverdag viser at allerede lenge før personalet var i pensjonsalder slet de med at arbeidet var for tungt (Helset 1998:95-108).

Konsekvensene av disse tingene synes å være dramatiske. På den ene siden kan man si at samfunnet ikke har utarbeidet alternative modeller for hvordan behovene skal møtes.

På den andre side kan også Stortingsmelding nr 25 tolkes slik at det nettopp vil bli større åpenhet og fleksibilitet på grunn av mer samarbeid mellom ikke bare frivillige organisasjoner, men også virksomheter. Hvis dette betyr et utvidet samarbeid mellom private diakonale virksomheter/stiftelser og offentlige tilbud, med fleksible betalingsløsninger som i Tyskland, kan dette i så fall muligens føre til at diakonien ikke blir avhengig av anbudsordninger. Dermed kan det tilbys flere typer omsorg med høy kvalitet på diakoniens egne premisser. Både eldre

²⁸ "Diakonisseanstalten for utdanning av kristelige sykepleiere" ble startet av Oslo Indremisjonsforening i 1868 (Wyller 1990:94-98).

med sterkt og svak sosioøkonomisk bakgrunn vil dermed kunne benytte tilbud som ellers ville ha vært forbeholdt de mest velstående.

Vi vet at en diakonal pådriverrolle som var bygget på samfunnsinnsikt og refleksjon fikk stor betydning for utvikling av det norske helsetilbudet for syke og eldre på 1860-tallet og fremover. Diakonissene arbeidet blant annet for dem svak sosioøkonomisk bakgrunn. Det kan synes vanskelig å vite om diakonien i fremtiden arbeider best for de svake ved å arbeide politisk, ved for eksempel ved å bidra til en omsorgsmodell lik den i Tyskland. Men historien sier oss i alle fall at diakonien ser ut til å ha vært forutseende, initiativrik og nysgjerrig. Kanskje kan denne identiteten være viktig i dagens valg om fremtidens diakoni.

Kan vi lære av historien?

Hvis vi tenker oss at en omsorgsdugnad i samfunnet blir den rådende modellen, der kommunene kombinerer egne tjenester med å gjøre anbudsavtaler med det kommersielle firmaet som gir lavest pris til kommunen. Da oppstår et dilemma.

Dilemmaet blir at noen private ikke ønsker seg dette tilbudet, men ett av høyere kvalitet, selv om dette er dyrere. Dette er på linje med det Kirkens Bymisjon sier når de hevder at det er uheldig at kvaliteten henger sammen med pengepungen til den eldre; at de som har råd til det kan kjøpe tilleggstjenester²⁹. Men dette er en argumentasjon som er vanskelig å forstå hvis man tar av ideologiske briller og ser i samfunnet der både legetjenester, fysioterapi, tannlege, trening, plastikkirurgi og en rekke helse relaterte tjenester utfyller de lovpålagte offentlige tjenestene. Helen Bjørnøys argumentasjon kan i så fall lett bli et eksempel en slik ideologisk ønsketenkning, som Blennberger & Nilsson advarer mot, fordi det ikke har sin rot i virkelighetens samfunnsordning eller i behovene (Blennberger, Nilsson 1998:26-27). Men det antyder like fullt dilemmaet om kirken og andre religiøse organisasjoner skal overta rollen med å levere helse- og omsorgstjenester til velstående eldre i Norge. Det er det sentrale her.

Ut fra historien om diakonissenes privatpleie for velstående vil det være riktig å tilby dette til dem som kan betale for det selv. Slik kan diakonal pleie av privatpleiemodell avlaste og være et alternativ til et offentlig apparat, som ønsker avlastning fra samarbeidspartnere.

²⁹Kirkens Bymisjons hjemmeside 9.2.2003: *Kvalitet koster* Av generalsekretær Helen Bjørnøy www.bymisjon.no/templates/Page_21542.aspx. (Pr 15.05.09)

Men likevel – skal ikke diakonien ha et fokus på de svake? Vil det hjelpe de sosioøkonomisk svake hvis menighetsdiakonien velger å opprette eksklusive privatpleieordninger, seniorlivings m.m. for noen privilegerte eldre? Vil historien være riktig å gjenta i 2030?

På bakgrunn av at Storingsmelding 25 spår en sannsynlig polarisering innen helseforhold- og tjenester for eldre i fremtiden, mener jeg at i et diakonalt samarbeid med det offentlige og andre skal menighetsdiakonien tale de svakestes sak. Det ser ut til å bli et stort marked for helserelaterte tjenester og privatpleie. De som har god råd og har planlagt alderdommen sin vil mest sannsynlig få tak i tjenester selv. Blir omsorgskolonien den rådende modellen for eldreomsorg vil eldre hjelpe hverandre, men også her vil ”outsiderne” falle gjennom. I seniorkolonien og geriatrihospitalet vil eldre, deres familie eller nettverk kunne kjøpe tjenester og sy sammen et godt og planlagt hjelpeapparat individuelt.

Men de eldre som er i gruppen med svak sosioøkonomisk bakgrunn vil ikke klare seg like godt. Hvis diakonien tar utgangspunkt i diakonidefinisjonen fra 1997, om å hjelpe mennesker i nød, betyr det at diakonien i 2030 skal konsentrere seg om *disse* i samarbeidet mellom ulike organisasjoner. Det behøver ikke være selvsagt at diakonien skal gjenta lineært alle deler av diakonihistorien og gjenta diakonissenes tilbud om privatpleie for velstående (Snøtun 2007:19). Ved en fremtidig mangel på helsearbeidere vil det være mange som kan betale for helsetjenester. På bakgrunn av diakonidefinisjonen, bør diakonien derimot fokusere arbeidet mot den gruppen eldre som har svak sosioøkonomisk bakgrunn.

Konsekvensen av et fokus på de svake vil bety at menighetsdiakonien skal gå mot strømmen og ha fokus på dem som blir liggende igjen og ikke har initiativ, nettverk eller økonomi til å få hjelp.

Et dilemma for fremtidens diakoni vil være om den tilbyr slik profesjonell privatpleie til velstående, men hjelp fra frivillig til de som ikke kan betale. Et valg i møte med dette dilemmaet kan være å heller starte privatpleie for den sosioøkonomisk svake gruppen eldre. Kanskje med fleksibel finansiering liknende den nevnte tyske modellen. Dette vil være et brudd mot tradisjonen å tilby privattjenester i regi av menigheten slik som var vanlig blant diakonissene særlig på 1900-tallet. Men et argument er at ved et slikt valg viser menighetsdiakonien en bevissthet på hvem kirkens diakoni skal hjelpe.

I innledningen av dette kapittelet ble det nevnt den uoffisielle, men mye brukte definisjonen av diakoni: ”det som ingen andre gjør”. På bakgrunn av denne, og på bakgrunn av prognosene

som forteller om nedgang i organiserte tilbud for eldre på grunn av kapasitetsmangel, ser det ut som at det i fremtiden vil være riktig å drive diakoni ved å ”gjøre det ingen andre gjør” for eldre som trenger helsetjenester. Det vil antakelig bli mulig å få privatpleie på samme måte som dette historisk var tilgjengelig og vanlig for eldre med god økonomi. Men diakonien kan velge å vende blikket mot dem *ikke* har mulighet for å bruke dette. Og i så fall vil en diakoni som tenker bevisst, og har målrettet fokus på denne gruppen, bli en diakoni om fyller en viktig rolle i fremtidens eldreomsorg.

En slik diakoni vil ha både en avantgarderolle og en komplementrolle i forhold til offentlig omsorg (Brennberger & Nilsson 1998:26-27). Det å være en samfunnsmoralsk normgiver ved å fremheve omsorg for sin neste har historisk sett vært en viktig komponent i diakonien. Ved å gjøre ”det som ingen andre gjør” vil diakonien ved valg av en slik rolle kunne fortsette å være normgiver og vise nestekjærlighet.

Utfordringer ved livssynsforankret og ideologisk omsorg

En personlig religiøs tro og religiøst motiv hos en deltaker i menighetsdiakoni kan være et spenningsområde for diakonal eldreomsorg. Dette er en viktig problemstilling hvis mange eldre i fremtiden blir mottakere av kirkens trosbaserte diakoni i et diakonalt helsesamarbeid. På den ene side er kirkens hovedvirksomhet å spre kunnskapen om Jesu ord og arbeide for at den kristne tro går frem. På den andre siden tilbyr også kirken forskjellig slag helsearbeid. Kan det oppstå utfordringer når det skal balanseres mellom hensynet til spredning av evangeliet og det enkelte menneskets integritet?

Også i denne drøftingen er de tre fremtidsscenarioene for eldreomsorgen utgangspunkt. Jeg bruker den samme malen som i forrige kapittel og går først til diakonihistorien for å se etter erfaringer menighetene gjorde seg den gangen. Var det utfordringer i arbeidet deres fordi de tilbød en livssynsbasert omsorg?

På slutten av 1800-tallet vokste sosialt orienterte vekkelsesbevegelser frem. Den offentlige omsorg var under sterk kritikk i samfunnet. Staten arbeidet hardt for å dekke de økende helse- og sosialbehovene i Oslo rundt 1870. Men det var fortsatt store udekkede behov, særlig blant den voksende arbeiderklassen. Det offentlige klarte ikke å hjelpe alle lenger. Presten og forskeren, Eilert Sundts studier viste nedslående tall (Wyller 1999:10). Den gamle organiseringen av offentlig omsorg begynte å komme under sterk kritikk (Wyller 1999:10).

På denne samme tiden var det en kristen vekkelser i Norge (Wyller 1990:95), og med den kom en diakoni med en mer misjonerende karakter (Wyller 1990:94). Denne kombinerte helsetjenester og forkynnelse overfor de hjelpetrengende (Wyller 1990:94)(Aukrust 1983:133-151). Dette var problematisk for sosialistene som stod i spissen for arbeiderbevegelsen. Arbeiderbefolkningen var i stor grad målet for menighetspleiens hjelp. Det var mange syke og eldre som levde under vanskelige kår. Men arbeiderbevegelsen ville ha seg frabedt å stå med lua i hånda eller å måtte omvende seg for å få kristelig sosialhjelp av menighetspleien i Oslo. Det ser ut som om at forkynnelse av en annen ideologi/livsanskuelse skapte fronter mellom kirken og en gruppe med annet ideologisk og trosmessig ståsted.

På den ene siden kan man hevde at talsmenn for arbeiderklassen motarbeidet hjelpen som ble tilbudt dem fordi de ikke ønsket at arbeiderne skulle bli påvirket. Dette kan i vår tid høres ut som et overgrep mot en svak gruppe. Man kan også argumentere med at motstanderne mot kristen forkynnelse også hadde sin egen ideologi, som de også prøvde å påvirke arbeiderklassen med. Slik sett hadde begge gruppene en forkynnelse, både sosialistene og menighetspleien.

Det kan dermed se ut som om de ulike livssynsforankringene skapte hindringer for hjelpetjenestene som ble tilbydd mellom disse to gruppene. Motstanderne argumenterte med at menighetspleien, samt flere diakonale tiltak var opprettet fordi de kristne frivillige organisasjonene ville oppnå noe. De ville oppnå at folk gikk over til deres ideologi, og at de kristne ønsket samfunnskontroll gjennom de diakonale tiltakene (Wyller 1999:18-19). Det bør også nevnes at kritikere også medgir at aspektet med samfunnskontroll- og påvirkning ved ulike hjelpetiltak også ble videreført av det offentlige da for eksempel barnevern ble overtatt av det offentlige i etterkrigstiden (Wyller 1999:21).

Hva betyr dette for fremtidens diakoni? Ut fra denne diakonihistorien ser det ut til at livssynsbasert omsorg står i fare for å bli kritisert på grunn av den ideologiske avstanden mellom kritikerne og den diakonale organisasjonen. Det kan se ut å være en mulig belastning for diakonale tilbud hvis det er slik at livssynsbaserte tiltak er mer utsatt for motstand enn et offentlig organisert tilbud. Det kan dannes grupper som går i forsvar. Motstandere kan for eksempel hevde at det ikke er andres beste som er målet for diakonale tiltak (Wyller 1999:21-22). Slike argumenter om demoraliserende og nedverdiggende offentlig omsorg (Aukrust 1983:137) og skambelagt kristelig sosialhjelp (Wyller 1999:18) hørtes også på 1870-tallet da menighets-

pleien startet (Aukrust 1983:137). Det kan de se ut som om det har vært en nedvurdering av den ”andre gruppens” omsorg. Sett fra sosialistenes ståsted på 1870 tallet er dette forståelig, gitt at deres egentlige motstand i stor grad var imot kristen forkynnelse. Og det var helt riktig en enighet i kirken om at en viktig motivasjon for å drive menighetspleie var nettopp utbredelse av Evangeliet (Aukrust 1983:152). Sommeren 1913 gikk det en artikkelserie i bladet ”Menighetsblad for Kristiania” om ”Kirkens Diakoni og Klassekampen” og der ble diakonisenes innsats blant arbeiderklassen fremhevet i dette perspektivet (Aukrust 1983:152). Så det kan derfor ikke være tvil om at evangelisering var blitt en viktig del av menighetspleien. Menighetspleiens arbeid var blitt et verktøy i menighetenes spredning av Evangeliet. For å vinne innpass og få tillit, og for å komme i den posisjon at de kunne forkynne var det gunstig å drive menighetsorganisert pleie for arbeiderklassen (Aukrust:152)(Wyller 1999:19).

En sentralt og relevant spørsmål for fremtidsdiakonien, med bakgrunn i historien, vil derfor være: Hvorfor utfører kirken diakoni i fremtiden? Er det som et verktøy i misjon? Leder av kirkerådet, Nils Tore Andersen, hevder at diakoni i fremtiden vil er den beste måten å drive misjon på. Han sier at diakoni kanskje er veien kirken må begynne å gå for å forkynne også her i Norge (Andersen 2007:1-5). Andre sier at diakoni er kirkens ”kroppsspråk”, som er nødvendig for at kirken skal ha troverdighet i befolkningen (Angell, Kristoffersen 2004:13-14). En slik strategi ved å tilby diakoni for å oppnå påvirkning troverdighet for sin organisasjon er et etisk dilemma som kan utfordre fremtidsdiakonien. Kanskje bør kirken likegodt gjøre en avklaring på om diakoni er *kirkebyggende arbeid*, eller om det er en *velferdsdugnad*. Med utgangspunkt i historien kan det se ut til at et velferdssamarbeid vil være vanskelig hvis diakonien plasseres i en gråson mellom menighetsbygging og samfunnsengasjement. Diakoni som en måte å misjonere og skape tillit på har sterke røtter både i historien. Dessuten er denne form for diakoni også vel ansett i kirken i dag også (Angell, Kristoffersen 2004:13-14)(Andersen 2007:1-5). Ut fra dette kan det se ut til at det vil være vanskelig å velge å hevde at menighetsdiakoni ikke har utviklet seg til misjon. Historiske erfaringer peker på utfordringen om at menighetsdiakoni er for ideologisk ladet til å skulle opptre som ”kun” hjelpearbeid i et helsesamarbeid i samfunnet.

Man kan også velge et annet standpunkt, og argumentere med at diakoniens opprinnelse ikke var forkynnende. Man kan hevde at diakoni og forkynnelse opprinnelig hadde to forskjellige funksjoner, og at det derfor også bør være slik i fremtidens diakoni. Ut fra 1.Pet. 4.10-11 kan man trekke den slutning at forkynnelse skal utføres av noen andre enn de som tjener (utfører

diakoni). I en slik kontekst kan man hevde at diakoni ser ut til å være kun handling. Også i Rom 12.7 og Ap.gj. 6.1-2 omtales diakoni som en praktisk tjeneste. Ofte handlet det om å dele ut mat til de som trengte det. Utrykket diakoni ble også brukt i Matt 25.44, og også der handler det om å dele ut mat, drikke, ta seg av fremmede, hjelpe syke, fattige og dem i fengsel. Selve utvelgelsen av de første diakonene kan også brukes som argument mot at forkynnelse og diakoni er ensbetydende (Acta 6.1-7). Mens apostlene evangeliserte oppdaget de at folk også hadde materielle behov. Det var behov for mat blant de fattige. Apostlene ønsket at de sultnes behov også skulle dekkes, men ønsket ikke å avslutte forkynnelsen for kun å organisere slik hjelp. Derfor valgte de ut syv andre menn som skulle ta seg av denne praktiske oppgaven. Stefanus var en av disse første syv diakonene. På den annen side kan man også komme med motargumenter mot dette. Man kan for eksempel hevde at det var nettopp utdelingen av mat som trakk folk til forkynnelsen, at diakonien ble gjort med en hensikt, eller en baktanke. På samme måte er noen former for misjon i Afrika blitt kritisert og kritikere hevder at de som blir lagt til menigheten har fått ulike former for materielle motytelser.

Dermed ser det ut som om det er denne tosidigheten, denne uavklarheten som vil være en betydelig utfordring for kirken i fremtiden. En slik kirkelig gråsoner vil ifølge historien være svært vanskelig å forholde seg til for samarbeidspartnere. Kirken kan se ut til å måtte ta stilling til dette spørsmålet hvis den skal være en samarbeidspartner på statens premisser. Samtidig kan man da hevde at kirken er en statskirke og har et mandat til å forkynne i samfunnet. Hvorfor skal man da som kirke ikke kunne forkynne i en omsorgsrolle? Et forhold som det er viktig å ta betraktning mot forkynnelse vil være menneskers sårbarhet ved sykdom. I en situasjon der eldre trenger hjelp, ønsker de seg en profesjonell avstand (Nordhus m.fl. 1986:34-54). De ønsker seg over tid ikke en situasjon der hjelpen gis av barmhjertighet (Nordhus m.fl.1986:34-54). En slik type gratis hjelp kan ha en annen agenda, og hjelperen kan kamufflere dette og eventuelt utnytte situasjonen.

Integritet og ærlighet kan synes viktig i et helsesamarbeid. Kanskje skal kirken være forsiktig med å gå inn i et samarbeid med en diakoni som ikke er åpen med sine hensikter. I forkant av et eventuelt samarbeid vil menighetsdiakonien måtte gjøre et valg. Den kan velge å definere diakonien som et rent praktisk helsearbeid i samfunnet, slik som jeg har lagt frem noen argumenter for allerede. Men på bakgrunn av diakonihistorie, dagsaktuelle uttalelser og forskning (Angell, Kristoffersen 2004:13-14)(Andersen 2007:1-5)(Yeung 2008:11), kan det virke urealistisk å skulle få troverdighet rundt et slikt standpunkt. Samtidig ville diakonien derved skape strenge og unødvendige grenser for sitt arbeid.

Kirken har også en mulighet til rett og slett å definere at diakoni gjort med en lokalmenighet som oppdragsgiver er utført som en del av deres forkynnelse. Vi vet for eksempel at Evangeliesenterets arbeid og Frelsesarmeen åpent presenterer forkynnelse av deres verdier og tro som en del av sitt arbeid^{30 31}. Det fortelles åpent om eksempler fra ES sitt evangeliserende arbeid³² på organisasjonens hjemmeside³³. Disse diakonale organisasjonene viser på denne måten tydelig sammenhengen mellom deres forkynnelse og omsorgsarbeid.

Dette vil sannsynligvis være lettere å forholde seg til for samarbeidspartnere enn en menighetsdiakoni som eventuelt ikke har reflektert nøye og har klare svar utad om hvordan diakonien og forkynnelsen henger sammen.

Det kan se ut som om det ikke behøver å være vanskelig å definere diakonien der den historisk har hørt hjemme, nemlig som en hjelp i forkynnelse. En tydelighet og ærlighet på disse tingene kan være avgjørende for diakoniens fremtid ved eventuelt samarbeid med offentlig sektor. Frelsesarmeen ser ikke ut til å kompromisse eller tone ned forkynnelsen i sin kommunikasjon. På hjemmesiden sin har de en egen avdeling for pressen, med presentasjon av organisasjonen.

Der står det blant annet at ”Frelsesarmeen er et mangfoldig og særpreget kirkesamfunn som viser omsorg for hele mennesket ved å tilby suppe, såpe og frelse.”³⁴

En slik presentasjon kan sies å være kort og presis. Til tross for at Frelsesarmeen er tydelige på diakonien deres er forkynnende, er det allment kjent at Frelsesarmeen er en vel ansett diakonal organisasjon som har tilhengere i mange lag av samfunnet. De får inn betydelige gaver fra forretningsfolk, og gjennom jevnlig nasjonale innsamlinger med frelsesarmeens julegry-

³⁰ Artikkel på ES sin hjemmeside. Oversikt over ES tilbud ved de ulike sentrene. Blant annet bibelskole.
http://www.evangeliesenteret.no/om_oss.html (pr 13.05.09)

³¹ Tekst i logo på Frelsesarmeens hjemmeside: ”Suppe, såpe og frelse siden 1865”

³² Artikkel på Evangeliesenterets hjemmeside: *Ni innsatte søkte frelse da ES kom innom*
http://www.evangeliesenteret.no/es_nytt.html (pr 13.05.09)

³³ <http://www.evangeliesenteret.no/> (Pr.15.05.90)

³⁴ Presserom på Frelsesarmeens hjemmeside, undergruppe nøkkelfakta:
<http://frelsesarmeen.no/pages/side.aspx?nr=2218> (pr. 13.05.09)

te³⁵ hver jul. Kanskje er deres tydelighet og integritet årsaken til det som ser ut til å være et vellykket forhold og samarbeid mellom dem og velferdsstaten.

Det er altså argumenter både for og imot at menighetsomsorg og forkynnelse kan gå hånd i hånd i 2030.

Stortingsmelding nr 25 sier at det offentlige apparat skal stå som ansvarlig i samarbeidet om fremtidens eldreomsorg. Dette samarbeidet skal være mellom de fleste samfunnssektorer m.m (Stort.meld nr 25:10). Det kan argumenteres for at et offentlig organ ikke kan kreve å lede noe eller stå ansvarlig for noe det selv ikke har. Det kan oppleves som frekt at staten skal overta styringen på frivillige organisasjoner og menighetsråd hvis det offentlige i fremtiden ikke har nok personale til å fylle Eldres omsorgsbehov. Det er gjort forskning på hvordan et slikt helsesamarbeid mellom etablerte organisasjoner kan lykkes³⁶. Politisk legitimitet er viktig der frivillige organisasjoner tar initiativ til nye prosjekter. Derfor kan på den annen side et visst offentlig ansvar føre til at diakonien lykkes i et helsesamarbeid.

Når kommunen på sin side skal velge samarbeidspartnere er det viktig for denne å vite hvordan organisasjonen skal oppfylle sine forpliktelser (NIBR-rapport 1988:7). Men det er naturlig å tenke seg at det stilles krav fra alle parter. Det kan argumenteres for at også menighetsdiakonien kan stille krav overfor det offentlige. Vi har tidligere vært inne på spørsmål rundt anbudsprinsippet. Og hva om det stilles krav om livssynsnøytralitet?

Hvis for eksempel Frelsesarmeen, menighetsdiakonien med flere vil måtte tone ned sin forkynnelse i et samarbeid med staten som oppdragsgiver, vil dette synes å være en lite aktuell ordning for organisasjonene.

Livssynsforankringen og forkynnelse synes derfor å være et aktuelt spørsmål å samtale med offentlige myndigheter om når menighetsdiakonien skal vurdere situasjonen videre. En tydelighet og ærlighet på integritet i starten på en slik prosess vil sannsynligvis være viktig. Forberedelsen av fremtidsdiakonien vil nemlig være en periode der diakonien har frihet til å definere seg selv. Deretter må diakonien holde seg til det den har gått ut med. En slik definering kan

³⁵ Informasjon om Frelsesarmeens pengeinnsamling til trengende hver jul, kalt "Julegryta" http://frelsesarmeen.no/pages/enhet_forside_topplash.aspx?nr=11964 (Pr.15.05.09)

³⁶ F eks. Norsk Institutt for by- og regionsforskning (1988): *Når det offentlige ikkje gjer jobben aleine*

være sunt både innad og utad fordi det skaper klarhet om hva som tilbys i diakoni (Yeung 2008:13). Diakonien må avklare dette spørsmålet i forkant. Slik kan offentlige eller andre organisasjoner forholde seg til dette og vurdere om de vil samarbeide med menighetsdiakonien.

Et argument mot problematisering av forkynnende omsorg med ulike livssynsbakgrunner, er at i scenariene vil de eldre ha stor selvbestemmelsesrett og innflytelse på hvilke omsorgstilbydere de skal velge. Tilhører den eldre en bestemt religion, kan vedkommende nettopp ønske seg omsorgsarbeidere som representerer denne religionen. I disse scenariene overlates det til de eldre selv og deres nærmiljø å finne løsninger for omsorgen i hjemmet. Men dette gjelder altså med visse forbehold. Vi har allerede drøftet at den sosioøkonomiske underklassen ikke har de samme reelle valgene til å velge andre alternativer hvis et kirkelig tilbud er det eneste tilbudet de har råd til. Denne gruppen kan i mindre grad velge sin omsorg. Et resultat av dette vil i så fall være at samfunnet havner i den samme situasjonen som på 1870 da vekkesbølgen kjente et ansvar for at alle skulle få høre Evangeliet. Det kan hevdes at de den gangen tenkte strategisk, og at tankene falt umiddelbart på en svak gruppe, nemlig de syke (Wyller 1990:94). Hvis vi skal videreføre dette til år 2030, vil en slik strategitenkning i ytterste konsekvens resultere i at mange religionssamfunn vil prøve å få innpass hos syke i den sosiokulturelle underklassen med omsorgstjenester for å påvirke dem ideologisk eller religiøst. Med dagens utvikling, hvor stadig flere slutter å jobbe tidlig, vil situasjonen i løpet av tre tiår være at hver tredje arbeidstager må jobbe i helsesektoren for å fylle behovene³⁷. Dette kan se ut til å være urealistisk. Derfor ser samfunnet i større grad ut til å ha bruk for blant annet religiøse og ideologiske organisasjoners medarbeidere for fylle udekte eldreomsorgsbehov i samfunnet. Men det er problematisk hvis disse frivillige bruker sine hjelpetjenester fordi de ønsker å skape goodwill for sitt syn, eller sin religiøse organisasjon. I så fall bør det i minst mulig grad legges til rette for at det utvikles maktforhold mellom den som gir hjelp, og den som får hjelp. Arbeiderklassens kritikk mot menighetspleien var begrunnet i dette (Aukrust 1983:18). Et kristent argument mot å bruke hjelpeforholdet til å skape et slikt maktforhold, er at Biblens forståelse av å formidle hjelp er å tjene. Å tjene er et bevisst korrektiv til å herske (Nielsen 1994:196). Maktforhold, ideologisk og religiøs påvirkning i en hjelperelasjon ser altså ut til å ha være et dilemma for den historiske diakonien. Oslo-menighetene argumenterte på

³⁷ Aftenposten 4.5.09. *Kutt tidlig pensjon* Av helsedirektør Bjørn Inge Larsen <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3057374.ece> (Pr 13.05.09)

1870-tallet med at den offentlige omsorgen var nedverdiggende, og at dette var grunnen til at kirken arbeidet bevisst inn mot arbeiderbevegelsen. En annen vei å gå er å tilby den tjenesten man har uten å kritisere ideologiske ”konkurrenter”.

Historien om menighetspleiens misjonerende diakoni antyder at det er lett å bruke hjelperollen til å påvirke den man hjelper. En slutning fra dette vil kunne være at fremtidens eldrediakoni må legge vekt på at hjelpen er en gave, og ikke kreve noe tilbake. Det ser ut til å ha vært en utfordring og et dilemma for diakonien å la hjelpetjenestene være en uegennyttig gave.

I fremtiden vil Norge mest sannsynlig bli et enda mer internasjonalt og multikulturelt samfunn. Kanskje kan dette argumentere for at religiøse organisasjoner bør få større spillerom og mulighet til å tilby eldreomsorg til sine medlemmer. Et anslag brukt i media er at i dag har 18 % av barna i Norge innvandrerbakgrunn. Dette taler for at diakonien nettopp må forberede seg på et flerkulturelt samfunn der kirkens diakoni følgelig ikke har den samme oppslutning hvis mange av innvandrerne er muslimer, buddhister m.m. Diakonien vil i så fall bli en av flere tilbydere innen livssynsomsorg for eldre. Dette vil bety at omsorgsbildet blir mer sammensatt, og diakonal omsorg i større grad vil handle om samarbeid med andre religioner og kulturer.

For å forebygge konflikter lik arbeiderklassen og oslomenighetene hadde, er det nødvendig å hele tiden holde en dialog gående på tvers av kulturelle og religiøse skillelinjer i et helsesamarbeid (Heiene 1994:199). I et slikt samspill er det sentralt at de ulike religionene ikke kritiserer og baktaler hverandre (Leirvik, 1996:58). Da menighetspleien startet opp i 1870 var det i grove trekk Oslo-menighetene på den ene siden, og en sosialistisk arbeiderklasse på den andre siden. Som nevnt flere ganger er et kritisk synspunkt at kirken brukte diakonien som en inngangsport for å forkynne Evangeliet og politisk ideologi for arbeiderklassen (Wyller 1999:18). Det kan hevdes at det var sterke spenninger og nedlatende holdninger på begge sider om den ”andre part”(Aukrust 1983:135,144). Det betyr at hvis det i fremtiden blir enda flere ideologier og religioner innen eldreomsorg, er det derfor naturlig å tenke at ryddighet og respekt overfor ulike organisasjon vil bli desto viktigere.

6. Konklusjoner og avslutning

Denne oppgaven har handlet om menighetsdiakoni i et fremtidig perspektiv. Jeg har drøftet noen utfordringer for menighetsdiakonien i forhold til fremtidige eldres behov for helse og omsorgstjenester. Fokuset lå på momenter som kunne være utfordrende for menighetsdiakonien i et eventuelt samarbeid med velferdsstaten om fremtidig eldreomsorg. Dette er et kompleks tema og flere utfordringer enn de drøftede er nok aktuelle.

Prognosene forteller om en sterk økning i antall eldre i Norge, kombinert med nedgang i yrkesaktive. Det vil bli sterk økning i behov for eldreomsorg. Stortingsmelding 25 forteller at det offentlige ikke klarer å øke sin kapasitet slik at velferdsstaten kan opprettholde dagens omsorgsnivå til eldre. Stortingsmeldingen legger derfor mer ansvar på nærmiljø, familie og frivillige organisasjoner for å fylle behovene.

Menighetsdiakonien kan være en av disse instansene som inviteres til å bidra i fremtidens eldreomsorg. Menighetsdiakonien har tidligere spilt en aktiv rolle i utvikling av sykepleie og omsorg for syke og gamle. Historien forteller oss om erfaringer med dette som kan gi oss noen antydninger om utfordringer menighetsdiakonien må arbeide med hvis den i fremtiden igjen skal bidra i et omsorgssamarbeid.

Ulike utfordringer og konflikter i forhold til diakonalt og offentlig samarbeid om eldreomsorg er blitt belyst ut fra diakonihistorien, dagsaktuell diakoniforskning og prognoser om behov for eldreomsorg. Dette har ledet frem til noen konklusjoner:

Utfordrende valg av diakonale roller i møte med fremtidens utfordringer

I møte med nye utfordringer har diakonien gjennom historien valgt å bruke ulike roller i utøvelsen av diakoni. Diakonien har stått for en utvikling innen helsetilbud i Norge. Den har vært utvikler av sykepleiefaget og hevet sykepleiestandarden i Norge på slutten av 1860-tallet. Deretter tok Oslo-menighetene initiativ og lagde til en alternativ omsorg for å bistå i de økende helse- og sosialbehovene som oppstod på 1870-tallet. De valgte først rollen som entreprenører. Etter hvert endret menighetsdiakonien profil til samarbeidspartner. De samarbeidet og gjorde avtaler med det offentlige. Men etter hvert ble det for trang økonomi for menighetsdiakonien. I tillegg gjorde også rekrutteringsproblemer at menighetspleien hovedsaklig gikk mot avslutning rundt 1970. I møte med denne utfordringen valgte blant annet menighetsdiakonien å arbeide for en statlig overtakelse av deres hjemmesykepleiemodell. Etter hvert ble da også hjemmesykepleie innlemmet i offentlig omsorg overtatt av det offentlige velferdssystem i en tid med et økende offentlig velferdsapparat i Norge.

Fremtiden vår ser annerledes ut. Det vil sannsynligvis bli en reduksjon av de offentlige velferdstjenestene. Utfordringen er derfor hvilken rolle diakonien skal spille i møte med dette. I fremtiden ser det ikke realistisk ut å velge en pådriverrolle for at det offentlige skal overta mer ansvar. Diakonien valgte dette ved overgangen fra menighetspleie til kommunal hjemmesy-

kepleie. Men Stortingsmelding 25 og prognoser forteller at dette vil være en urealistisk vei å gå i fremtiden.

Menighetsdiakonien må derfor vurdere om den skal organisere noe selv. På grunn av reduksjonen i aldersbæreevnen vil diakonien mest sannsynlig måtte rekruttere personer mellom 67 og 80 år til å erstatte offentlig pleie. Men pleiearbeid kan synes å være for fysisk krevende for dem. Et scenarie for eldreomsorgen beskriver at denne gruppen uansett har laget ordninger slik at de hjelper hverandre direkte. Dermed er det kanskje ikke relevant å tilby sin hjelp via en menighet. Utfordringen for menighetsdiakonien ser ut til å være spørsmålet om det egentlig har så mye å tilby i et omsorgssamarbeid.

Økonomiske utfordringer

Hvis menighetsdiakonale organisasjoner (sykehjem m.m) skal være en samarbeidspartner for det offentlige, vil det være problematisk hvis det offentlige bruker anbudsprinsippet. Anbud oppleves vanskelig for diakonale helsetjenester hvis diakonien skal ha et ideal om høy kvalitet. Dette er en utfordring i dag, og et anbudssamarbeid kan være vanskelig også i fremtidig samarbeid.

Diakonien må velge hvem den skal hjelpe

I fremtiden kan det ifølge Stortingsmelding 25 bli en økende polarisering mellom eldre. En gruppe med svak sosioøkonomisk bakgrunn vil stille svakere hvis det blir færre offentlige omsorgstilbud. Velstående eldre vil derimot ha mulighet til å kjøpe hjelp direkte fra privatpraktiserende helsepersonell. Diakonidefinisjonen fra 1997 avlutter med at kirkens diakoni spesielt er omsorg ”for mennesker i nød”. Hvis menighetene velger å starte profesjonell helseomsorg, vil eldre med svak sosioøkonomisk bakgrunn følgelig være den riktige gruppen å bruke ressursene på.

Menighetsdiakonien må avklare forholdet mellom forkynnelse og diakoni

Historisk har diakonien vært brukt som en inngangsport for forkynnelse. Blant andre Evangeliesenteret og Frelsesarmeen er diakonale organisasjoner som i dag inkluderer forkynnelse når de presenterer deres arbeid. Kirkens diakonidefinisjon fra 1997 lød at ”Diakoni er medmenneskelig omsorg, fellesskapsbyggende arbeid, og arbeid spesielt rettet mot mennesker i nød”. Her står det ikke noe om forkynnelse. I et helsesamarbeid med det offentlige må det avklares fra kirkens side om den inkluderer forkynnelse i sitt omsorgstilbud eller ikke. Historien fortel-

ler om en sosialistisk klasse rundt 1900 som var imot at kirken også forkynte for de syke da de tilgav dem sykepleie og økonomisk støtte.

Norge vil bli mer internasjonalt i fremtiden med flere ideologiske grupper. Den historiske erfaringen viser at det er utfordrende og problematisk å tilby helsehjelp med den hensikt at man vil forkynne. Frelsesarmeens arbeid for svake er anerkjent i mange samfunnslag. Kanskje er dette fordi de har definert åpent at hos dem er ikke forkynnelse og diakoni adskilt. Ut fra diakonitradisjonen, og dagsaktuelle meninger om at diakoni har vært og skal være, et verktøy i forkynnelsen, vil det være vanskelig å skille diakonien helt fra forkynnelsen ved inngåelse av samarbeidsavtaler med velferdsstaten. Særlig for mottakeren av menighetsdiakoni bør kirken definere forkynnelsens rolle tydelig.

Avslutning

En svakhet i denne oppgaven er at jeg innledet med å si ta jeg skulle bruke sosialpolitikk i drøftingen av fremtidsutfordringer for menighetsdiakonien. Dette har derimot fått lite plass i oppgaven. Det har kun blitt korte og enkeltstående eksempler fra en helse og sosialpolitiker, samt en uttalelse om Oslo kommunes sosialpolitikk. Oppgavens tittel handler jo til dels også om sosialpolitiske veivalg videre.

Oppgaven utdyper også i liten grad sosialøkonomiske aspekter ved problemstilling. Hvis en sosialøkonom arbeider videre med dette temaet vil nok det kunne bidra med en større dybde i forhold til den makøkonomiske perspektivet.

Det ser ut til å bli en del utfordringer for fremtidsdiakonien i forhold til fremtidige eldres helse- og omsorgsbehov. Avslutningsvis vil man kunne si at religiøst motivert nestekjærighet har vært en ressurs i eldreomsorgen. Men det kan se ut at kirkens diakoni kan bli stilt overfor noen utfordringer i fremtidens helsesamarbeid. De to viktigste utfordringene kan se ut til å være valg av forkynnelsens plass i diakonien, samt å fokusere på hvem menighetsdiakonien egentlig skal hjelpe.

7. Litteraturliste

1. Aadland, Einar (1994) *Etikk for helse og sosialarbeidarar* Det norske samlaget
2. Andersen, Nils Tore (2007) *Diakoni og misjon – to sider av samme sak?* Foredrag ved Diakonforbundets seniortreff på Diakonhjemmet høgskolesenter 25. September 2007. Andersen er nåværende leder av Kirkerådet og tidligere generalsekretær i Den Norsk Misjonsalliansen
http://www.diakonforbundet.no/open_document.jsp?id=4439 (Pr 15.05.09)
3. Angell, Olav Helge, Anne Schanche Kristoffersen (2004). *Diakoni og*

frivillig engasjement i menighetene. Menighetsdiakonien i Tunsberg bispedømme. Rapport. Diakonhjemmet Høgskole Avdeling for forskning og utvikling

4. Angell, Olav Helge, Selbekk Anne Schanche (2005) *KIRKE OG HELSE Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke* Rapport Diakonhjemmet høgskole
5. Aukrust, Knut (1984): *Kirkelig-sosialt arbeid i Kristianias menigheter i 1913* NTT (1983:133-156)
6. Allardt, Erik (1975) *Att Ha Att Älska Att Vara* Lund
7. Barstad, Anders (2008) *Changing welfare, living conditions and social integration* Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.
Resymé publisert 19.01.09 på SSB:
<http://www.ssb.no/forskning/artikler/2009/1/1232291251.51> (Pr 15.05.09)
Hele doktorgradsundersøkelsen:
http://www.duo.uio.no/publ/iss/2008/88652/avhandling_barstad.pdf (Pr 15.05.09)
8. Barstad, Steinar (2006) *Seniorland*. Hovedfagsoppgave. Hovedfag i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer/Universitetet i Tromsø
9. Brevik, I (1995) *Flere gamle og aleneboende eldre krever øket innsats i eldreomsorgen* ” Bladet Sosiologi i dag, 1995, 3-4, 49-70
10. Blennberger, Erik, Nilsson Gert *Diakonins identitet* Stiftelsen Stora Sköndal, Stockholm 1998
11. Christie, Nils (1987) *Ungdommen og elendigheten*. Ola Stafseng og Ivar Frønes (red): *Ungdom mot år 2000* Oslo
12. Darbo, Elin (2000) *Det gir meg noe. En studie av hva som kjennetegner det frivillige arbeidet i lokalmenigheten* Hovedoppgave i kristendomskunnskap ved Det Teologiske Menighetsfakultet. Oslo
13. Dahlberg, Lena (2007) *Offentlig kontra frivillig verksamhet: Välfärdspluralism, substitusjon eller komplementaritet? Om samspillet mellom kommunalt og frivillig virksomhet*. Lena Dahlberg er Fil Dr. i statsvetenskap og biträdande sjef for Centre og Research and Evaluation ved Sheffield Hallam University, England.
Aldring og Livsløp 2007:34-29
http://www.reassess.no/asset/2629/1/2629_1.pdf (Pr 15.05.09)
14. Dalheim, Elisabeth (2001): *Eldre, alene og bedre plass*.
<http://www.ssb.no/ssp/utg/200203/03/> (Pr 15.05.09)
15. Diakonhjemmet.no (2008) *Senter for helsetjenester til eldre*”. Nyheter for febr 08.

- <http://www.diakonhjemmet.no/nyheter/februar2008/nyhet.html> (pr. 20.11.08)
16. Diakonhjemmet (2008) *Strategiplan for Diakonhjemmet sykehus* Oslo
http://www.diakonhjemmet.no/stream_file.asp?iEntityId=294 (pr. 20.11.08)
 17. Diakoniråd for den Norske kirke (1978) *Menighetspleien – et arbeidsredskap i kirkens diakoni*. Oslo
 18. Eika, Kari H, Lurås Hilde (2005) *Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre* HERO 2005 Helseøkonomisk forskningsprogram. Universitetet i Oslo
 19. Fanuelsen, Olav (2001) *Kirkelederes kritikk av velferdsstaten etter 1945* Diakonos årgang 74 nr 9 Oktober 2001
 20. Gautun, Heidi (2008) *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma* Fafo-rapport 2008:40. November 2008. Oslo
<http://www.fafo.no/pub/rapp/20082/20082.pdf> (pr.12.12.08)
 21. Guldvik, Ingrid (2004) *Personlige assistenter – det nye omsorgsproletariatet?* Paper presentert på 1. nasjonale konferanse for forskning om funksjonshemmede, Lillehammer 20. – 21. september 2004
[http://209.85.129.132/search?q=cache:QA7KYWiv2MgJ:sell.hil.no/konferanser/funksjonshem04/papers/2b-guld-vik.doc+Sturle+N%C3%A6ss+Kari+W%C3%A6rness+\(1996\)+Bedre+omsorg%3F&cd=4&hl=no&ct=clnk&gl=no](http://209.85.129.132/search?q=cache:QA7KYWiv2MgJ:sell.hil.no/konferanser/funksjonshem04/papers/2b-guld-vik.doc+Sturle+N%C3%A6ss+Kari+W%C3%A6rness+(1996)+Bedre+omsorg%3F&cd=4&hl=no&ct=clnk&gl=no) (Pr 15.05.09)
 22. Haraldsø, Brynjar (1997) *Kirke og misjon gjennom 2000 år* Lunde forlag Oslo
 23. Harris, Margaret (1995) *The Organization of Religious Congregations: Tackling the Issues. I: Nonprofit Management and Leadership* bd. 5(3) (s 261-274)
 24. Hasselgård, Gunnar (1974) *Barmhjertighet – rettferdighet?* Diakoniråd for den Norske kirke og institutt for kristen oppseding
 25. Heiene, Gunnar, Svein Olaf Thorbjørnsen (1994) *Fellesskap og ansvar* Universitetsforlaget Oslo
 26. Helse og omsorgsdepartementet NOU (1998): *Kirkens rolle i folkehelsearbeidet*
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1998/NOU-199818/6/4/7.html?id=350098> (Pr 15.05.09)
 27. Helset, Anne (1997) *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjelpernes syn på kvalitet*. Oslo: NOVA, Rapport 19/98
 28. Husebø, Stein (1998) *Palliativ omsorg ved livets slutt* Bergen: Eide

29. Husebø, Stein (2005) *En verdig alderdom. Omsorg og behandling av de svakeste gamle*. Bergen: Fagbokforlaget
30. Kirkerådet (1984) *De eldre i kirken - en ressurs*. Innstilling fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Kirkerådet. Hamar
31. Knutsen, Fredrik (1976) *Tro-virksom i tjeneste*. Luther Forlag, Oslo
32. Leenderts, Torborg Aalen (1997) *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlige omsorg* Oslo: Universitetsforlaget
33. Leirvik, Oddbjørn (1996) *Religionsdialog på norsk* Pax forlag
34. Lorentzen, Håkon (1994) *Frivillighetens integrasjon. Staten og de frivillige velferdsproducentene*. Universitetsforlaget Oslo
35. Lorentzen, Håkon (2004) *Fellesskapets fundament. Sivilsamfunnet og individualismen*. Pax Forlag
36. Lorentzen; Håkon (2004) *Fellesskapets fundament. Sivilsamfunnet og individualismen* Pax Forlag AS. Oslo
37. Lorentzen, Håkon (1994) *Frivillighetens integrasjon - Staten og de frivillige velferdsproducentene* Universitetsforlaget AS
38. Melby, Kari (1990) *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. J.W. Cappelens forlag, Oslo
39. Nielsen, Helge Kjær (1999) *Han elskede oss først. Om den bibelske begrunnelse for diakoni* Aarhus Universitetsforlag
40. Nordbotn, Lars Eirik (2005) *Den frivillige funksjon – en studie av frivillige og gjester i Vår Frue Kirke i Trondheim*. Masteroppgave i profesjonsetikk, Det Teologiske fakultet, Universitetet i Oslo
41. Nordhus, Inger Hilde, Lise Widding Isaksen, Kari Wærness (1986) *De fleste gamle er kvinner* Universitetsforlaget AS
42. Norsk Institutt for by- og regionsforskning (1988) *Når det offentlige ikke gjer jobben aleine* NIBR-rapport 1988:7. Oslo
43. Norges forskningsråd (2003) *Handlingsplan for eldreomsorgen* Norsk institutt for by- og regionsforskning Oslo
44. NOU 1984:10 vedl 3 *Behov for offentlige tjenester holdt saman med behovet for kontantytningar* Lars Nygård
45. NOU 1988:17 *Frivillige organisasjoner*
46. NOU 1992:1; *Trygghet - verdighet – omsorg*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2/4/4.html?id=350996> (Pr 15.05.09)

47. Næss, Sturle og Wærness, Kari (1996) *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*. Bergen: SEFOS
48. Panagiotaki, Else (2009) *Adjø Felicia. Hjemmesykepleier i det rike Norge* Spartakus
49. Raustøl, Tellef (2005) *Felles rom mellom bydel og kirke ”- til beste for menneskene i Oslo sentrum”* Rapport Tellef Raustøl Rådgivning
50. Repstad, Pål (1998) *Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide* Universitetsforlaget Oslo
51. Romøren, Tor Inge (2007) ”*Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til yngreomsorg?*” Om økning i forbruk av hjemmetjenester blant personer under 67 år. Personer under 67 år legger for tiden beslag på dobbelt så mye ressurser i hjemmetjenesten som eldre. Romøren er sosiolog og lege, dr.philos, forsker ved Nova og professor ved Høyskolen i Gjøvik. Aldrin og Livsløp (1/2007:2-11)
http://www.reassess.no/asset/2629/1/2629_1.pdf (Pr 15.05.09)
52. Schørring, Jens Holger, Bak Jens Torkild (2005) *Velferdsstat og kirke* Anis. Danmark
53. Skandia København (2008) *Corporate volunteering – en drejebok om frivillig arbeid i arbeidstiden*. Danmark
http://ideer-for-livet.dk/files/ifl/drejebog/200774_Drejebog_hjemmesideversion.pdf (Pr 15.05.09)
54. Snøtun, Åse (2007) *Det var menighetssøstre dei var!* Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Teologisk Fakultet i Oslo.
55. Solheim(1996) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*, Universitetsforlaget, Oslo
56. SSB (2001): *Privathusholdninger og personer i privathusholdninger, etter husholdningsstørrelse. 3. november 2001. Absolutte tall og prosent*
<http://www.ssb.no/ssp/utg/200203/03/tab-2002-06-18-01.html> (Pr 15.05.09)
57. Statens Helsetilsyn rapport 6-99 *Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030*. Helsetilsynet.no
58. Stortingsmelding nr 25.(2005-2006) *Framtidas omsorgsutfordringer*
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> (pr 21.11.08)
59. Stortingsmelding nr 31 (2002-2002) *Storbymeldingen. Om utvikling av storbypolitikk*
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/031/PDFS/STM200220030031000DDD/PDFS.pdf> (Pr 15.05.09)
60. Stortingsprp. nr 1 (2003-2004) *Statsbudsjettet medregnet folketrygden*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stprp/20032004/Stprp-nr-1-2003-2004-4.html?id=451648> (Pr 15.05.09)

61. Szebehely, Marta (2005) *Eldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsoversikt*. Tema-Nord 2005:508. En systematisk oversikt over nordisk eldreomsorgsforskning. På oppdrag av Nordiska ministerrådets välfärdsforskningsprogram
62. Sørbye, Liv (2009) *Frail homebound elderly; basic nursing challenges of home care: A comparative study across 11 sites in Norway* Universitetet i Tromsø
63. Sørbye, Liv (2003) *Sorg i eldre år – det er så mye å miste*. s 150-168 i boken *Sorg* av Bugge, Eriksen og Sandvik (2003)
64. Sørbye, Liv (1992) *Omsorg og pleie ved livets slutt i sykehjem, sykehus og hjemme. Faglige og etiske utfordringer i en storbysektor*. Rapport Diakonhjemmets høgskole, forskningsavdelingen. Bind 9/1992
65. Teknologirådet (2000) *Teknologirådets scenarieverksted om eldre og omsorgsteknologi*. Nedre Eiker 29.-30. mai 2000
66. Thorsen, Kirsten, Skre Arnhild (1985) *Eldre-omsorg og nærmiljø*
67. Tidsskrift for legeforeningen 2005; 125:1528-30 *Geriatrici på Italiensk*
http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1202047 (Pr 15.05.09)
68. Tveit, Bodil, Havnes Jarle: *Elitestudenter i diakonal utdanning? En sammenlikning av studenters bakgrunn og motivasjon i to ulike sykepleier utdanninger* www.hio.no/content/download/86627/687805/ (Pr 15.05.09)
69. Tønnessen, Aud V (2000) *Et trygt og godt hjem for alle? Kirkelederes kritikk av velferdsstaten etter 1945* Tapir Akademisk Forlag. Trondheim
70. Ulstein, Jan Ove (1989) *Utfordringer til lokalkyrkjelyden* Det Norske Samlaget. Oslo
71. Vestrheim, Dag, Hauge Jarleiv (1988) *Når det offentlige ikke gjer jobben aleine. Organisering og leiing av lokal problemløysing* Norsk institutt for by og regionforskning. Oslo. NIBR-rapport 1988:7
72. Wollebæk, Dag, Selle Per (2002) *Det nye organisasjonssamfunnet. Demokrati i omforming*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
73. Wyller, Ingrid (1990) *Sykepleiens historie i Norge*. Gyldendal
74. Trygve Wyller (1999) *Stat og omsorg - autentisitet og kall. Noen momenter til en kritisk belysning av diakoni i det moderne samfunnet* Christoffersen, S.A. (ed.): *Moralsk og moderne? Trekk av den kristne moraltradisjon i Norge fra 1814 til i dag* Oslo. S.170-209.
<http://folk.uio.no/twyller/ressurser/stat-og-omsorg.pdf> (pr. 27.11.08)

75. Yeung, Anne Birgitta (2008) *Servant of solidarity, Institution of authenticity. The dilemma of welfare in the Church of Finland*. Norsk tidsskrift for kirke, religion og samfunn (Nordic Journal of Religion and Society) (2008), 21 (1):1-19

Artikler fra internett:

"Om å bruke anbud til å rive i stykker"

Av Torstein Dahle 20.01.09 på partiet Rødt sin hjemmeside. Om Kirkens bymisjon som måtte legge ned sitt arbeid på grunn av offentlig anbud der Attendo ble valgt på grunn av lavere pris.

<http://roedt.no/bergen/nyheter/2009/01/om-%C3%A5-bruke-anbud-til-%C3%A5-rive-i-stykker/> (Pr 15.05.09)

"Kvalitet koster"

Av Helen Bjørnøy, generalsekretær i kirkens bymisjon. På Kirkens bydels hjemmeside Skrevet 9.2.2003. Om konkurranseutsetting og å miste driftsavtale av Paulus Sykehjem

http://www.bymisjon.no/templates/Page_21542.aspx (Pr 15.05.09)

Referanse om finansiering av den diakonale hjemmesykepleien i Wurttemberg:

<http://ilias-elk-wue.de/drupal6/sites/default/files/DiakonieinWuerttembergheute-Daten-Zahlen-Fakten.pdf> (pr 05.05.09)

Wie finanziert sich die Diakonie?

Die Diakonie in Württemberg besteht aus einer Vielzahl sozialer Dienstleistungsunternehmen mit einem vielfältigen Angebot. Vielfältig sind auch die Finanzquellen der Diakonie.

Ein Beispiel: Bei Heilungsverfahren in Krankenhäusern, Kurkliniken und Altenheimen spielen die Krankenkassen eine wichtige Rolle. Auch die häusliche Krankenpflege wird zu einem großen Teil über die Krankenkassen finanziert. Die Pflegeversicherung beteiligt sich – je nach Pflegestufe – an den Kosten der Pflege zu Hause oder im Heim. Ansonsten müssen die Betroffenen für die Kosten selber aufkommen. Falls die Rente, sonstige Einkünfte oder das Vermögen jedoch nicht dafür ausreichen, kommt die Sozialhilfe der Städte und Landkreise dafür auf.

Insgesamt gilt: Die Diakonie erbringt viele Leistungen, die von den Betroffenen selbst bezahlt werden. Versicherungen übernehmen einen Teil dieser Kosten und entlasten die Hilfebedürftigen, etwa bei der Pflege im Heim oder zu Hause. Die Rentenversicherungsträger finanzieren Kurbegleitung und Kureinrichtungen der Diakonie mit. Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung Hilfen für Arbeitslose.

Eine weitere Einnahmequelle der Diakonie ist die Kirchensteuer. Damit wird ein Großteil der Beratung der Diakonischen Bezirksstellen finanziert. Kindertagesstätten bekommen einen Zuschuss. Außerdem werden Hilfen für Aussiedler, Ausländer und Flüchtlinge finanziert. Auch die Arbeit der Landesgeschäftsstelle der Diakonie wird mit Kirchensteuern unterstützt.

Weitere Einnahmen sind Mittel der öffentlichen Hand - von Bund, Land und den Kommunen. So übernimmt das Land einen Teil der Kosten zum Beispiel bei Dienstleistungen für Suchtkranke oder für Frauen in Schwangerschaftskonflikten. Die Kommunen bezahlen die Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen und geben zusätzlich Mittel für psychisch Kranke und für Überschuldete.

Immer wichtiger werden die Spenden. Mit ihnen kann die Diakonie denen helfen, die keinen Anspruch auf Hilfe haben und für die sich keiner zuständig fühlt. So bekommen arme Menschen in den Vesperkirchen kostenlos Essen und medizinische Versorgung. Familien mit behinderten Angehörigen werden durch die Offenen Hilfen entlastet und auch die Hilfe bei Katastrophen im In- und Ausland sind ohne Spenden nicht denkbar.
