

Olav Helge Angell



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE | RAPPORT 2011/1

# Kyrkja som velferdsaktør

Religiøst forankra institusjonsverksemd i helse-  
og sosialsektoren: Institusjonsdiakonien i  
Noreg



**Olav Helge Angell**

## **Kyrkja som velferdsaktør**

**Religiøst forankra institusjonsverksemd i helse- og sosialsektoren:  
Institusjonsdiakonien i Noreg**

**Diakonhjemmet høgskole**

**Oslo 2011**



**Denne rapporten er utgitt av**

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diaconhjemmet.no>

Rapport: 2011/1

ISBN: 978-82-8048-096-5

ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

**Omslag**

Aud Gloppen, Blæst Design

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

## Innholdsliste

Føreord.....	1
Innleiing.....	3
Perspektivet i rapporten .....	3
Kyrkjeleg forankra institusjonar .....	5
Metode og materiale .....	5
<i>Pleie- og omsorgssektoren</i> .....	6
<i>Spesialisthelsetenesta</i> .....	6
<i>Rusmiddelomsorga</i> .....	6
<i>Barnevernet</i> .....	7
<i>Andre omsorgsinstitusjonar</i> .....	7
<i>Jamføringar mellom 1984, 1997 og 2008 - datakvalitet</i> .....	7
Kyrkjeleg forankra, institusjonsbasert teneste i helse- og sosialsektoren .....	9
Dei kyrkjeleg forankra institusjonane i helse- og sosialsektoren.....	9
<i>Kollektive aktørar utanfor Den norske kyrkja</i> .....	12
Pleie- og omsorgssektoren.....	13
Spesialisthelsetenesta.....	14
Rusmiddelsektoren .....	16
Barnevernet .....	17
Dei kyrkjeleg forankra, institusjonsbaserte tenestene i velferdsstaten.....	19
Samanfatting.....	20
Referansar .....	22



## Føreord

I 1987 laga eg ei framstilling med oversyn over diakonale institusjonar i helse- og sosialsektoren i Noreg i fyrste halvdel av 1980-åra. Det innebar eit relativt omfattande kartleggingsarbeid. Det fanst ikkje sentralt tilgjengeleg statistisk materiale som kunne brukast som grunnlag for oversynet og det var såleis nødvendig å hente inn informasjon frå det ansvarlege forvaltningsnivået, dvs stat, fylkeskommune og kommune, og ha det som utgangspunkt. I år 2000 fann leiarane av dei store diakoniinstitusjonane at det kunne vera på tide å gjenta undersøkinga for å skaffe seg eit oversyn over den aktuelle stoda. Det var tross alt 15 år sidan den førre kartlegginga fann stad. I den mellomliggjande perioden hadde både sosialpolitiske endringar og andre tilhøve påverka institusjonsdelen av helse- og sosialsektoren på ein slik måte at oversynet over dei diakonale institusjonane i rapporten frå 1987 ikkje lenger gav eit godt bilete av situasjonen.

Ti år seinare er det grunn til å sjå på stoda på ny. Arbeidet er utført ved Diakonhjemmet Høgskole og har vore finansiert av Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon. I hovudsak er data henta frå Statistisk sentralbyrå sine register. Ein takk går til Andreas Hedum for god hjelp. Rapporten handlar om religiøst organisert eller forankra, institusjonsbasert velferdsarbeid i helse- og sosialsektoren. Stort sett gjeld det kristent forankra verksemd, men ikkje utelukkande. Også jødisk forankra institusjonsverksemd er tatt med.

I ein kyrkjeleg samanheng vert denne verksemda gjerne kalla institusjonsdiakoni og med referanse til einskildtiltak, diakonale institusjonar. I rapporten kjem eg til å bruke desse og andre liknande termar om ein annan, sjølv om ikkje all verksemda som rapporten omfattar er forankra i den kristne religionen. I rapporten er dei altså synonyme.

Diakonhjemmet 28. desember 2010

Olav Helge Angell





## Innleiing

I denne rapporten vil vi freiste å gi eit samanfattande oversyn over dei kyrkjeleg forankra, institusjonsbaserte tenestene i helse- og sosialsektoren i Noreg. Målet er å finna uttrykk for kva den kyrkjeleg forankra verksemda kvantitativt sett tyder som ei form for friviljug verksemd i det norske velferdssamfunnet på slutten av det fyrste tiåret i det 21. hundreåret.

I boka "Frivillig organisering i Norden" (Klausen og Selle 1995) har Håkon Lorentzen skrivt ein artikkel om friviljug innsats i den norske velferdsstaten. I presentasjonen er kyrkjeleg forankra verksemd i nokre tilfelle konkretisert, i andre tilfelle ikkje. Lorentzen sitt fokus er fyrst og fremst den friviljuge innsatsen totalt sett i velferdsstaten, og ikkje ei meir spesifisert fordeling av denne innsatsen på ulike typar av aktørar. Hovudepoenget i denne samanhengen er at kyrkjeleg forankra institusjonsverksemd i helse- og sosialsektoren vert rekna som del av frivillig sektor i norsk velferdsforskning.

Informasjon om institusjonsbaserte tenester i helse- og sosialsektoren vert samla i Statistisk sentralbyrå. Men dei aktørkategoriane som vert brukte av byrået, er ikkje av ein slik art at dei utan vidare kan brukast til å skilje den kyrkjeleg forankra verksemda frå andre typar av ikkje-offentlege, dvs. private, aktørar. Difor har det vore nødvendig å gjennomføre ein spesialstudie av materialet som Statistisk sentralbyrå har.

Kyrkja sitt velferdsarbeid vert av kyrkja sjølv omtalt som diakoni. Diakoni har i kyrkjelege plandokument vore definert som "det medmenneskelege omsorgs- og fellesskapsbyggjande arbeidet til kyrkjelyden, og den tenesta som i særleg grad er retta mot menneske i naud" (Kyrkjerådet 1997). I dei seinaste åra er definisjonen utvida (Kyrkjerådet 2008), men for føremålet til denne rapporten kan vi ta den tidlegare definisjonen som utgangspunkt.

Tema for rapporten er den institusjonsbaserte diakonien i helse- og sosialsektoren. Korleis denne vert avgrensa, er det gjort greie for i neste avsnittet. Lat det her vera sagt at rapporten ikkje avgrensar seg til velferdstenester organisert innan ramma av Den norske kyrkja. Også dei institusjonsbaserte velferdstenestene som vert organisert innan ramma av andre religiøse organisasjonar og samfunn er tatt med i oversynet.

Rapporten har eit komparativt sikte. Dei oversyna over institusjonsdiakonien som vart utarbeidde i 1987 og 2000 (Angell Nordeng 1987; Angell 2000) vil verta brukte i rapporten som utgangspunkt for å drøfte endringar i institusjonsbiletet i løpet av den 25-årsperioden som har gått sidan materialet til den fyrste rapporten vart samla inn.

## Perspektivet i rapporten

Følgjande spørsmål har styrt datainnsamlinga og organiseringa av rapporten:

1. Tyder diakonal innsats meir/uendra/mindre i det totale institusjonsbiletet no enn for 25 år sidan?

2. Har institusjonsdiakonien endra profil sidan byrjinga på 1980-talet? Profil kan vi konkretisere i fleire retningar, mellom anna målgrupperprofil (normalbefolkninga eller lågstatusgrupper: psykiatri, rus, barn, eldre); tenesteprofil (til dømes behandling eller omsorg); konfesjonell profil (fordeling mellom kyrkjesamfunna).

## Kyrkjeleg forankra institusjonar

Ramma for studien er institusjonsbaserte tenester i helse- og sosialsektoren. Meir presist er utgangspunktet varige hjelpetiltak organiserte innan fysisk gitt rammer (“anstaltar”), tiltak som inneber tenesteyting på døgnbasis og knytt til helseproblem eller sosiale problem. Med denne presiseringa omfattar undersøkinga ikkje tiltak i form av ulike typar av oppsøkjande verksemd, poliklinisk verksemd eller til dømes familieverntiltak à la Kirkens familierådgivning. Heller ikkje skolar eller barnehagar er tatt med. Dei vert rekna som pedagogiske tiltak og er elles stort sett ikkje døgnbaserte.

Når det gjeld å avgrense kyrkjeleg forankra tiltak, har vi i hovudsak tatt utgangspunkt i eigartilhøve, men lagt vekt på driftsansvar. Diakonale institusjonar eller kyrkjeleg forankra, institusjonsbaserte tenester er då i utgangspunktet å forstå som *tiltak eigde av kyrkjesamfunn, kyrkjelydar, kristne organisasjonar, private stiftelsar og liknande med eit kristent, religiøst grunnlag, eller av personar som sjølve karakteriserer institusjonane som kristne*, men berre i den grad dei også driv institusjonane. For dei aller fleste institusjonane er dette tilfellet. Men om eit tiltak ut frå eigarsituasjonen er å klassifisere som diakonal institusjon, mens driftsansvaret ikkje tilseier det, vert tiltaket ikkje klassifisert som eit diakonalt tiltak. Som tidlegare nemnt omfattar kartlegginga også tiltak organisert av andre enn kristent forankra aktørar, nemleg tiltak forankra i Det mosaiske trussamfunnet. Slike tiltak fell strengt tatt utanfor den ramma definisjonen av diakonale institusjonar avgrensar, men dei er inkludert i talmaterialet på alle tre tidspunkta for kartlegginga. Det handlar om svært få tiltak på alle tidspunkta og med utgangspunkt i ein religiøs tradisjon som på mange måtar ligg nær den kristne tradisjonen.

## Metode og materiale

Hovudkjelda for dei data som er brukt i rapporten, er databasane i Statistisk sentralbyrå (SSB). I byrået finst data om institusjonane i helse- og sosialsektoren i fleire statistikkrutinar og innanfor desse rutinane er opplysningane spreidde på fleire datasett. Det var difor nødvendig å kople fleire datasett for å få fram informasjon om kvar einskild institusjon. SSB skaffa til veges opplysningar om kvar av dei privat eigde institusjonane innan pleie- og omsorgssektoren, barnevernsområdet og spesialisthelsetenestene, i fyrste omgongen namn, adresse og talet på tilsette. Ut frå dette oversynet måtte vi klassifisere tiltaka som diakonale eller ikkje. I svært mange tilfelle let eigaren seg klassifisere ut frå namnet. I andre tilfelle måtte vi ta kontakt med kvar institusjon for å få opplysningar direkte frå eigaren. I neste omgongen vart denne klassifiseringa utgangspunkt for at SSB kunne leggja til opplysningar om årsverk i institusjonane og talet på institusjonsplassar. Opplysningane vart deretter anonymiserte før dei vart sende tilbake til oss. Av anonymitetsgrunnar kunne ikkje byrået sende over informasjon som inneheldt namn og adresse (identifiserande informasjon), talet på plassar og årsverk i ei sending. Ved at desse datakjeldene er brukte, og avhengig av byrået sine klassifiseringar og handtering – i tillegg til eiga klassifisering – vil kvaliteten av materialet i rapporten avhenge av datakvaliteten til SSB sitt materiale og av kvaliteten av eige klassifiseringsarbeid.

I det følgjande er materialet som er brukt for dei ulike delsektorane, presentert litt nærmare og delvis kommentert.

### *Pleie- og omsorgssektoren*

Denne sektoren omfattar "institusjonsopphold kombinert med sykepleie, tilsyn eller annen form for pleie alt etter hva som kreves av beboerne. Fasilitetene utgjør en vesentlig del av tjenestetilbudet og pleien er en blanding av helse- og sosialtjenester hvor helsetjenestene i utstrakt grad består av sykepleie" (Halle 2010). I hovudsak omfattar delsektoren institusjonar og buformer med heildøgns omsorg for eldre og funksjonshemma. Dei nyaste tala som vert presenterte i rapporten, er baserte på oppgåver over pleie- og omsorgstenesta som den einskilde kommunen og institusjonen kvart år leverer til SSB. I tillegg er ein del av statistikken henta frå SSB sitt institusjonsregister over institusjonar for eldre og funksjonshemma. Registeret vert brukt som grunnlag for utsending av spørreskjema til institusjonane og inneheld opplysningar om dei varige sidene ved institusjonane som eigartilhøve, type institusjon, talet på plassar og rom. Sektoren omfattar institusjonar som Jødisk bo- og seniorsenter, Ensjøtunet (Frelsesarmeens eldreomsorg), Bakklandet menighets omsorgssenter og Domkirkens sykehjem (Stavanger).

### *Spesialisthelsetenesta*

I næringsstatistikken omfattar institusjonsdelen av spesialisthelsetenesta sjukehus og institusjonar innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. Tenestene er heimla i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999. Spesialisthelsetenesta kan vi altså grovt sett dele inn i tre tenesteområde: Det somatiske området omfattar dei fleste sjukehusa, opptreningsinstitusjonar, sjuke- og fødestuer. Psykisk helsevern omfattar behandlingstilbod i distriktpspsykiatriske senter og i sjukehusavdelingar. Vi kan dele inn psykisk helsevern i to underområde, psykisk helsevern for vaksne (over 18 år) og psykisk helsevern for barn og unge (under 18 år). Tenestene er heimla i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999 og i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 1999.

Det tredje området er behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar. I denne rapporten er dette området slått saman med den delen av den institusjonsbaserte omsorga for rusmiddelmissbrukarar som ikkje er ein del av spesialisthelsetenesta. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetenesta frå fylkeskommunane i 2002, og den er i all hovudsak offentleg finansiert (Halle 2010). I vår samanheng er denne delen av spesialisthelsetenesta ein del av det som er kategorisert som rusmiddelomsorga (sjå nedanfor).

Statistisk sentralbyrå utarbeider kvart år statistikk over plassar og personale osv. ved somatiske sjukehus, somatiske spesialsjukeheimar og psykiatriske institusjonar. Somatiske sjukehus omfattar alle somatiske sjukehus pluss den somatiske delen ved sjukehus som både har somatiske og psykiatriske avdelingar (jf. Halle 2010). I denne rapporten omfattar spesialisthelsetenesta m.a. Lovisenberg diakonale sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus, Røysumtunet habiliteringssenter, Conrad Svendsen senter, Skjelfoss psykiatriske senter, Betanien Hospital og Stiftelsen Signo.

### *Rusmiddelomsorga*

Som nemnt ovanfor omfattar spesialisthelsetenesta i næringsstatistikken tverrfagleg spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukarar. I denne rapporten omfattar rusmiddelomsorga for det eine denne delen av spesialisthelsetenesta, dvs. institusjonar som gir avgifting, avrusing og

abstinensbehandling, korttids døgnbehandling (inntil 6 månader) og langtids døgnbehandling av rusmiddelmissbrukarar. For det andre omfattar delsektoren andre institusjonar som gir behandling til personar med alkoholisme og stoffmisbruk. I SSB si næringsklassifisering fell desse institusjonane inn under kategorien "Institusjonar og bofellesskap innan omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg" (Halle 2010), også kalla "øvrige omsorgsinstitusjonar". Data frå SSB i 2010 manglar opplysningar om institusjonsplassar for 2008. I rapporten har vi i staden brukt tal for plassar for 2007. Delsektoren omfattar m.a. følgjande institusjonar: Håpets dør (Frelsesarmeens rusomsorg), Fjordtun Evangeliesenter, Origosenteret (Kirkens Bymisjon Oslo), Riisby behandlingssenter (Det Hvite Bånd) og Borgestadklinikken (Blå Kors).

### *Barnevernet*

Statistisk sentralbyrå ajourfører kvart år registeret over barnevernsinstitusjonar i samarbeid med fylkeskommunane. Plasseringar i fosterheim etter lov om barnevernstjenester § 4-24 og § 4-26 inngår ikkje i statistikken. Privateigde institusjonar med offentleg driftstilskott vert rekna som private. Delsektoren omfattar m.a. Frelsesarmeen sine barneheimar, Bokn bufellesskap, Solstrand barnevernsenter, Aglo familiesenter og Dreieskjevå (Kirkens Bymisjon i Rogaland).

### *Andre omsorgsinstitusjonar*

I SSB sin nye standard for næringsgruppering er dette ein institusjonskategori som omfattar institusjonsopphald og personleg pleie for personar (unntatt eldre og utviklingshemma) som ikkje fullt ut klarer å ta vare på seg sjølve eller ikkje ynskjer å bu aleine. Den omfattar heildøgnsaktivitet for å yte sosial bistand til barn og spesielle kategoriar av personar som har avgrensa evne til å klare seg sjølve, slik den er definert av SSB (Halle 2010). Døme er m.a. institusjonar i barne- og ungdomsvernet, barneheimar, ungdomsheimar, mødreheimar og liknande. Dette er institusjonar som i denne rapporten er definert som eigen kategori, barnevern (sjå ovanfor). I tillegg omfattar kategorien visse typar omsorgsinstitusjonar for rusmiddelmissbrukarar, institusjonar som for 1984 og 1997 vart klassifiserte som rusmiddelinstitusjonar, heimar for mellombels heimause og andre. Kategorien omfattar såleis delvis institusjonar som i tidlegare statistikk vart klassifisert under andre overskrifter. I denne rapporten er kategorien er berre nytta for 2008. Den omfattar institusjonar som Skien diakonale senter, Lundevann krise- og omsorgssenter, einskilde tiltak i regi av Frelsesarmeen (t.d. Gatehospitalet) og Kirkens Bymisjon i Oslo (t.d. Natthjemmet og Nadheim)

### *Jamføringar mellom 1984, 1997 og 2008 - datakvalitet*

Noko av hovudmålet med rapporten er å jamføre institusjonsdiakonien i 2008 med 1997 og 1984. Det føreset av den statistiske informasjonen på dei tre tidspunkta er av same typen og same kvaliteten. Det gjeld ikkje fullt ut og det er knytt ei viss uviss til i kor stor grad den er det. For det eine fanst det ikkje eit sentralt oversyn over institusjonar i helse- og sosialsektoren i 1984. Difor var datatilfanget basert på opplysningar henta frå kommunane, fylkeskommunane og staten. Det var også slik at kommunane til dømes ikkje hadde fullt oversyn over dei institusjonane som fanst innan deira grenser av di dei ikkje hadde eit lovpålagt ansvar for tilsyn, slik dei er etter lov om sosiale tenester. Det gjaldt mellom anna innan rusmiddelomsorga. Det kan ha ført til at oversynet over diakonale institusjonar i 1984 ikkje var så godt som det kunne ha vore.

Ei anna sak er at det sidan 1984 er kome til nye typar av institusjonar. Det gjeld mellom anna "bustader med heildøgns tenester definert som institusjon" innan pleie- og omsorgssektoren. Denne typen institusjonar svarer til tenester både for eldre og funksjonshemma, til dømes barne- og

avlastingsbustader. Truleg omfattar denne sektoren i 1997 og 2008 tiltak som låg utanfor det som vart klassifisert som pleie- og omsorgsinstitusjonar i 1984. I 1997 var delar av denne typen av "andre omsorgsinstitusjonar" ein del av pleie- og omsorgsinstitusjonane, ein annan del høyrde inn under barnevernet. I statistikken for 2008 er "andre omsorgsinstitusjonar" skilt ut som eigen delsektor. Det gjer at statistikken for 2008 og tidlegare år for einskilte delsektorar ikkje direkte kan jamførast sjølv om det i nokon grad er gjort i resten av rapporten. Samanlikningane må difor lesast med visse atterhald.

For det tredje synest ikkje som om oversynet over private institusjonar i helse- og sosialsektoren som vi har mottatt frå SSB, heile vegen har vore fullstendig. Ein av dei institusjonstypene som det var mangelfullt oversyn over hos offentlege styresmakter i 1984, var det som den aktuelle statistikken vert kalla "somatiske opptreningsinstitusjonar" eller "(re)habiliterings- og opptreningsinstitusjonar", dvs. (re)habiliteringssenter, rekonvalesentheimar, badekurstader og andre opptreningsinstitusjonar. Det same synest å vera tilfelle for 1997. Frå andre kjelder vart det skaffa opplysningar om andre private, og diakonale, institusjonar av denne typen enn dei som var nemnde i oversynet frå SSB. Seinare er denne typen institusjonar inkluderte i SSB sitt materiale og er med i oversynet for 2008.

I statistikken som vert presentert i rapporten, er det berre tatt med døgnbasert verksemd. I fleire delsektorar finst det institusjonar som har både døgnbaserte og polikliniske tilbod. Dei polikliniske tilboda er ikkje rekna med her. I slike tilfelle der ulike typar av tilbod er kombinerte, og der det polikliniske tilbodet har eit visst omfang, vil det kunne vera vanskeleg å skilje mellom personalbruken i dei ulike funksjonane. Der det er forskjellig personale tilordna desse funksjonane, vil det kunne late seg gjera å skilje ut personalbruken i den eller dei døgnbaserte funksjonane frå resten. I mange tilfelle vil det ikkje vera tilfelle. Statistikken kan også vera slik laga at det ikkje vert skilt mellom innsats i ulike funksjonar innan ein type institusjon. Til dømes er personalbruken innan pleie- og omsorgstenestene i kommunane ikkje fordelt mellom institusjon og annan omsorg sidan desse funksjonane er tenkt integrerte. Tendensen i norsk sosialpolitikk dei siste tiåra i retning av "avinstitusjonalisering" av helse- og sosialomsorga gjer at det har vorte alt vanskelegare å bruke personalårsverk for institusjonane som mål for omfanget av arbeid i den døgnbaserte verksemda der det både er slik verksemd, dagbaserte og heimebaserte tilbod og poliklinisk verksemd. Det gjer at vi ikkje har tatt med personalårsverk i undersøkinga som gjeld 2008 og heller ikkje i dei tabellane som gjeld samanlikningar med tidlegare år.

## Kyrkjeleg forankra, institusjonsbasert teneste i helse- og sosialsektoren

Kyrkja har ei lang historie når det gjeld å engasjere seg i slik institusjonsdrift. Alt frå siste halvdel av 300-talet høyrer vi om det vi kunne kalle omsorgslandsbyar i området ved den austlege enden av Middelhavet. I Konstantinopel (det noverande Istanbul) vart det bygt institusjonar for ulike grupper av naudstilte menneske og det same gjaldt i Roma. I Mellomalderen var det kyrkja som i praksis organiserte det som fanst av institusjonsbaserte velferdstenester. I Noreg kjenner vi til at kloster (med tilhøyrande fattighospital?) og herberge vart oppretta i byrjinga av 1100-talet og "spitalen i Nidaros" vart oppretta i 1277. Dette endra seg med den lutherske reformasjonen som gjorde staten ansvarleg og som førte til at tidlegare kyrkjeleg institusjonsvelferd enten vart nedlagt eller overført til det offentlege. Frå siste halvdel av 1800-talet får vi ein ny vekst i det institusjonsbaserte kyrkjelege velferdsarbeidet. I den tida vart mykje av grunnen lagt for arbeid som framleis er i drift.

I dette avsnittet skal vi gi eit oversyn over den kyrkjelege eller diakonale institusjonsverksemda innan helse- og sosialsektoren i Noreg over ein periode på 25 år, frå 1984 til 2008. Fyrst vert den samla verksemda presentert. Deretter skal vi gå litt grundigare inn på den diakonale innsatsen i dei einskilde delsektorane.

### Dei kyrkjeleg forankra institusjonane i helse- og sosialsektoren

Institusjonar i helse- og sosialsektoren omfattar pleie- og omsorgsinstitusjonar, den institusjonsbaserte spesialisthelsetenesta, dvs. somatiske og psykiatriske helseinstitusjonar, barnevernsinstitusjonar, institusjonar for rusmiddelmissbrukarar og andre omsorgsinstitusjonar.

**Tabell 1. Diakonal institusjonsverksemd fordelt etter sektor 1984, 1997 og 2008.**

Diakonale institusjonar	1984		1997		2008	
	Institu- sjonar	Plassar	Institu- sjonar	Plassar	Institu- sjonar	Plassar
Somatisk helsevern 1)	24	1.796	13	1.182	14	1.163
Psykisk helsevern	16	558	13	407	13	414
HVPU	18	1.066	-	-	-	-
Rusmiddelomsorg	57	1.703	63	1.338	53	1.440
Barnevern	29	291	19	189	23	182
Pleie og omsorg 2)	99	4.500	56	2.880	40	2.200
Anna omsorg	1	25	0	0	3	44
<b>Totalt 3)</b>	<b>244</b>	<b>9.900</b>	<b>162</b>	<b>5.996</b>	<b>146</b>	<b>5.440</b>

1) Talet på plassar er stipulert for 2008. Opplysningar mangla frå to institusjonar.

2) Talet på plassar for 1984 og 2008 er stipulerte; det manglar tal for einskilde institusjonar. Talet på institusjonar og plassar i 2008 omfattar både pleie- og omsorgsinstitusjonar og andre omsorgsinstitusjonar.

3) Totaltala når det gjeld plassar i diakonale institusjonar 1984, er avrunda. Talet på institusjonar i 1997 er mindre enn summen av einingar i radene for delsektorar. Det kjem av at to institusjonar har både somatisk og psykiatrisk avdeling.

Den religiøst forankra institusjonsverksemda i helse- og sosialsektoren, institusjonsdiakonien, har utvikle seg på ein måte som vist i Tabell 1. Tabellen viser at viser at pleie- og omsorgssektoren var den største innan institusjonsdiakonien målt med alle to måla for verksemd.

I Tabell 2 har vi vist fordelinga av plassar mellom dei ulike delsektorane for den diakonale verksemda. Her er helsevernet for psykisk utviklingshemma, HVPU, halde utanfor utrekningane for 1984 for samanlikninga skuld. Vi ser at pleie- og omsorgssektoren som den største, hadde litt over halvparten av plassane i institusjonsdiakonien i 1984, litt under halvparten i 1997 og vel 40 % i 2008. Den nest største sektoren var rusmiddelomsorga med rundt rekna mellom ein femtedel og ein fjerdedel av plassane i den perioden tala omfattar. På tilsvarande måte som pleie- og omsorgssektoren har fått mindre tyding reint kvantitativt, har rusmiddelomsorga auka sin del av institusjonsdiakonien.

**Tabell 2. Institusjonsplassar i diakonale institusjonar fordelt etter sektor 1984, 1997 og 2008.**

Diakonale institusjonar	1984		1997		2008	
	Plassar	Prosent	Plassar	Prosent	Plassar	Prosent
Somatisk helsevern	1.796	20	1.182	20	1.163	21
Psykiatri	558	6	407	7	414	8
HVPU			-	-	-	-
Rusmiddelomsorg	1.703	19	1.338	22	1.440	26
Barnevern	291	3	189	3	182	3
Pleie og omsorg 1)	4.500	52	2.880	48	2.200	41
Anna omsorg	25	0	-	-	44	1
Totalt 2)	8.750	100	5.996	100	5.440	100

1) Talet på plassar 1984 og 2008 er stipulerte; det manglar tal frå einskilde institusjonar.

3) Totaltala for plassar i diakonale institusjonar i 1984 er avrunda.

Jamfører vi fordelingane for dei tre åra, ser vi at den samla verksemda i institusjonsdiakonien vart kraftig redusert i tida mellom 1984 og 2008. I absolutte tal gjeld det særleg pleie- og omsorgssektoren. Der er talet på institusjonar gått ned til noko mindre enn det halve, det same gjeld talet på institusjonsplassar. Også innan somatisk helsevern og barnevernet har talet på institusjonar og plassar gått monaleg ned, relativt sett. Nedgangen i totaltala er også ein konsekvens av at HVPU vart nedlagt på 1990-talet. Det innebar at dei store, såkalla sentralinstitusjonane, ein del av dei drivne i diakonal regi, vart nedlagde. Vi kjem tilbake til ei nærmare drøfting av desse endringane i eit seinare avsnitt der vi ser endringane innan den kyrkjeleg forankra sektoren i samanheng med heile institusjonssektoren i helse- og sosialomsorga og den offentlege velferdspolitikken på 1980- og 1990-talet. Endringane var mindre i perioden 1997 – 2008.

Kven var aktørane på det kyrkjeleg forankra feltet? Tabell 3 viser innsatsen til ulike typar av kyrkjelege aktørar på dei tre tidspunkta. *Kollektive aktørar utanfor Dnk* (Den norske kyrkja) er kva namnet seier. Kategorien omfattar kyrkjelydar, kyrkjesamfunn, organisasjonar og stiftelsar og liknande som er eller høyrer inn under andre kyrkjesamfunn enn Dnk. I denne kategorien er mellom anna Frelsesarmeen sine institusjonar tatt med, sjølv om Frelsesarmeen formelt sett ikkje er eige trussamfunn. *Kyrkjelydar i Dnk* er også det namnet tilseier. Her er det også tatt med stiftelsar og liknande organisasjonsformer når dei har ein eller fleire kyrkjelydar som sitt utgangspunkt. I 1984 gjaldt det til dømes Oslo Menighetspleiers Fellesutvalg (OMF) som dreiv mange pleie- og



**Tabell 3. Diakonal institusjonsverksemd fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtype	1984		1997		2008	
	Institu- sjonar	Plassar	Institu- sjonar	Plassar	Institu- sjonar	Plassar
Kollektive aktørar utanfor Dnk	59	1.700	56	1.357	51	1.431
Kyrkjelydar i Dnk	46	2.600	27	1.558	18	1.131
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	114	4.900	77	2.973	61	2.373
Tverrkyrkjelege stiftingar og liknande 1)	-	-	-	-	16	509
Privatpersonar og andre	25	688	3	108	0	0
Totalt 2)	244	9.900	162	5.996	146	5.440

1) Kategorien er berre innført for 2008. Etter 1997 har det vorte langt fleire institusjonar med slikt eigarskap. For 1984 og 1997 vart t.d. Blå Kors-institusjonar plasserte innan kategorien ovanfor. Det gjer at fordelinga av institusjonar mellom desse to kategoriane eigarar før 2008 og 2008 ikkje utan vidare kan samanliknast.

2) Totaltala når det gjeld plassar i 1984, er avrunda.

omsorgsinstitusjonar. I 2008 fanst det ikkje tilsvarende samanslutningar. *Organisasjonar og stiftelsar innan Dnk* omfattar organisasjonar i ulike former. Det kan t.d. vera medlemsorganisasjonar, sjølv eigande stiftelsar og aksjelselskap. Arendal Indremisjon, Blå Kors i Noreg og Det norske Diakonhjem kan tene som døme. Blå Kors er plassert i denne kategorien i 1984 og 1997 sjølv om organisasjonen er tverrkyrkjeleg. For 2008 er det innført ein ny aktørtype, tverrkyrkjelege stiftingar og liknande. Det kjem av at i 2008 er det fleire slike diakonale aktørar enn det var tidlegare, noko som gjorde det vanskelegare enn før å tilordne slike aktørar dei andre hovudtypene. Det inneber at i tala for 2008 er Frelsesarmeen sine institusjonar klassifiserte i den nye kategorien aktørar. Eit anna døme på ein slik aktør er Skien diakonale senter, også ein aktør innan rusmiddelomsorga.

*Privatpersonar* som eigarar omfattar personar både i og utanfor Den norske kyrkja. *Andre eigarformer* kan vise til situasjonar der det offentlege eller humanitære organisasjonar som er eigar av institusjonar, dvs bygningane, mens kyrkjelege aktørar har driftsansvaret. Denne eigarforma var aktuell i 1984, men vart ikkje registrert i 1997 og 2008.

Den største aktørtypen innan institusjonsdiakonien var organisasjonar og stiftelsar i Den norske kyrkja. Den omfattar mellom anna dei fleste av organisasjonane som har finansiert denne rapporten, Bergen Diakonissehjem, Det norske Diakonhjem, Diakonissehuset Lovisenberg, Kirkens Bymisjon i Oslo, Kirkens Sosialtjeneste, Menighetssøsterhjemmet og Modum Bads Nervesanatorium. Som nemnt ovanfor omfatta kategorien også Blå Kors i 1984 og 1997.

Jamfører vi tala for 1997 med tilsvarende for 1984 med utgangspunkt i Tabell 3, ser vi at nedgangen i omfanget av institusjonsverksemd for alle typene aktørar ikkje svarer til endringane etter 1997. At det har vore ein relativ stabilitet i omfanget av verksemd fordelt på aktørtype, inneber ikkje nødvendigvis at det er dei same einskildaktørane som er verksame i 2008 som i 1997. Det ser vi av den nye typen aktørar som er introdusert i 2008. Rett nok er nokre av aktørane overførte frå andre typar frå 1997 til 2008, men hovudtendensen i denne perioden er at det har vokse fram ein ny, tverrkyrkjeleg type aktørar som ikkje fanst på tilsvarende måte i 1997.

Ein del av reduksjonen av institusjonsdiakonien i perioden 1984 til 1997 hadde si årsak i at HVPU vart borte i denne perioden. Tek vi omsyn til det og ser bort frå aktiviteten i denne delsektoren i 1984, vert samanlikningsgrunnlaget enklare. Tek vi utgangspunkt i tala på døgnplassar i institusjonane, kan vi sjå at aktørar utanfor Dnk har auka sin del av den samla institusjonsinnsatsen frå kyrkjeleg side gjennom heile perioden. Denne auken speglar den relative auken som fann stad på rusfeltet og i somatisk helsevern. På rusfeltet auka aktørtypen sin del av den samla diakonale verksemda frå 14% til heile 46% frå 1984 til 2008. Konkret heng dette saman med at til dømes Blå Kors, som er ein stor aktør og som tidlegare var klassifisert som del av Dnk, i 2008 er plassert i den nye, tverrkyrkjelege

**Tabell 4. Diakonal institusjonsverksemd fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtypar:	1984		1997		2008	
	Plassar	Prosent	Plassar	Prosent	Plassar	Prosent
Kollektive aktørar utanfor Dnk	1.660	19	1.357	22	1.431	26
Kyrkjelydar i Dnk	2.600	30	1.558	26	1.131	21
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	3.880	44	2.973	50	2.373	44
Tverrkyrkjelege stiftingar og liknande 1)	-	-	-	-	509	9
Privatpersonar og andre	25	688	3	108	0	0
Totalt 1)	8.750	100	5.996	100	5.440	100

1) Totaltala når det gjeld plassar i diakonale institusjonar 1984, er avrunda.

2) Plassar innan HVPU er trekte ut av tala for 1984.

kategori. Det gjer det noko vanskeleg å bruke Tabell 4 for samanlikningsføremål. Men vi ser at kyrkjelydar i Dnk reduserte aktiviteten sin med heile 57%. For kyrkjelydane sitt vedkomande heng nedgangen særleg saman med at dei har redusert mykje engasjementet sitt på pleie- og omsorgssektoren der dei var den desidert største diakonale aktørtypen i 1984.

#### *Kollektive aktørar utanfor Den norske kyrkja*

Det var altså kollektive aktørar utanfor Den norske kyrkja som heldt best stand i perioden frå 1984 til 1997, relativt sett, og også i perioden etter 1997. Korleis såg satsingsprofilen til denne kategorien ut, og endra den seg frå 1984 til 2008? Svar på spørsmåla finn vi i Tabell 5 om vi bruker talet på institusjonsplassar som mål. Tabellen viser at også for denne aktørgruppa var eldreomsorga den største delsektoren i 1984. Det var ikkje tilfelle i 1997 og i 2008. På dei to seinaste tidspunkta var rusmiddelomsorga det største satsingsområdet og det området som tyder mest som del av den samla institusjonsdiakonien. Det er særleg påfallande i 2008. I heile perioden var det ein kraftig vekst på området, meir enn ei dobling frå 1984 til 1997 og dessutan vekst frå 1997 til 2008. I dei andre sektorane var det nedgang, størst på pleie- og omsorgsområdet. Ser vi denne aktørtypen si verksemd i samanheng med institusjonsdiakonien som heile, ser vi for det eine at dei kollektive aktørane utanfor Dnk reduserte si verksemd, mens m.a. Pinsevennenes Evangeliesenter, som er ein kollektiv aktør utanfor Dnk, auka sin aktivitet monaleg, og andre, nye aktørar er komne til. Det er også verdt å merke seg at den delen dei kollektive aktørane utanfor Dnk utgjer av institusjonsdiakonien i barnevernet, systematisk har gått ned frå den i 1984 utgjorde over halvparten.

**Tabell 5. Døgnplassar i institusjonsverksemd hos aktørar utanfor Den norsk kyrkja og den delen denne verksemda utgjer av den samla kyrkjelege forankra institusjonstenesta, etter delsektor 1984, 1997 og 2008.**

Delsektor:	1984		1997		2008	
	Plassar	Prosent av diakonale	Plassar	Prosent av diakonale	Plassar	Prosent av diakonale
Somatisk helsevern	451	25	433	37	265	23
Psykiatri	45	8	0	0	23	6
Rusmiddelomsorg	240	14	581	43	663	46
Barnevern	162	56	69	37	52	29
Eldreomsorg 1)	800	18	369	14	428	19
Anna omsorg	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>1.700</b>	<b>19</b>	<b>1.452</b>	<b>24</b>	<b>1.431</b>	<b>26</b>

1) Talet på plassar i diakonale institusjonar 1984 er stipulerte.

I ein sum ser vi at aktivitetsprofilen til dei kollektive aktørane utanfor Dnk vart endra frå 1984 til 2008. Frå at pleie- og omsorgssektoren hadde ein klar dominans i 1984, er det seinare rusmiddel-sektoren som har vorte den største.

Etter dette skal vi gå nærmare inn på dei einskilde delane av helse- og sosialsektoren.

### Pleie- og omsorgssektoren

Med institusjonar meiner vi butilbod der de vert tilbode heildøgns pleie og omsorg, og der bebuarane betaler vederlag for opphaldet. Dette omfattar somatiske sjukeheimar og sjukeheimsavdelingar, kombinerte alders- og sjukeheimar, aldersheimar og andre buformer med heildøgns pleie og omsorg, til dømes barne- og avlastningsbustader.

Endringa av status frå aldersheimar og kombinerte alders- og sjukeheimar til somatiske sjukeheimar har vore eit markert trekk ved utviklinga innan institusjonssektoren dei siste åra. Dessutan har det vorte færre institusjonsplassar totalt sett. I 1988 var det om lag 50.000 plassar i pleie- og omsorgssektoren. Sidan har det gått nedover år for år. I 1997 var talet på plassar kome ned i vel 43.000, dvs ein netto nedgang på i alt 7.000 plassar. I 2008 var talet på institusjonsplassar vel 41.000. Denne nedgangen kan henge saman med at det har vorte færre institusjonar og at mange dobbeltrom er gjort om til einerom. Sjølv om det har vorte fleire eldre over 80 år i perioden, har behovet for institusjonsplassar kunne vekse mindre på grunn av sosialpolitiske endringar. Det har i perioden til dømes vorte lagt større vekt på at dei gamle og hjelpetrengande skal kunne bu heime så lenge det er mogleg og det har funne stad ei utbygging av heimetenestene for å gjera dette mogleg. I perioden har det såleis vore ein stor auke i talet på årsverk innan pleie- og omsorgstenestene. Dessutan er det bygt mange servicebustader (bustader med heildøgns tenester) for eldre som har kome i staden for aldersheimsplassar.

**Tabell 6. Diakonal institusjonsverksemd i pleie- og omsorgssektoren fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtypar:	1984		1997		2008	
	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar
Kollektive aktørar utanfor Dnk	22	800	11	369	11	428
Kyrkjelydar i Dnk	43	2700	26	1.543	17	1.119
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	26	803	18	955	12	654
Tverrkyrkjelege stiftingar og liknande	-	-	-	-	-	-
Privatpersonar og andre	8	148	1	13		
Totalt 1)	99	4.500	56	2.880	40	2200

1) Totaltala når det gjeld plassar i diakonale institusjonar 1984 og 2008, er avrunda.

Over tid har det vore ein drastisk nedgang i omfanget av pleie- og omsorgsinstitusjonar med kyrkjelydar i Dnk som aktør. Når det gjeld institusjonsplassar, gikk talet ned frå om lag 2.700 i 1984 til om lag 1.550 i 1997 og vel 1.100 i 2008. Korleis kan vi forklare denne endringa? Vi har ikkje gjort freistnader på å analysere fenomenet systematisk, såleis vert dei vidare kommentarane korte og inntrykksbaserte.

Truleg er det mest vanleg som har funne stad, at driftsansvar for institusjonar har vorte overført til kommunane. Ei slik overføring kan ha kome i stand etter ønskje – eller eventuelt press – frå kommunen eller etter ønskje frå eigaren. Til dømes kan vi tenkje oss at eigaren har synest det vart for komplisert å sitja med ansvaret for drifta. Det kan elles ha vore slik at eigaren kan ha erkjent at institusjonen ikkje skil seg på vesentlege punkt frå andre, offentlege institusjonar og såleis ikkje sett det som si oppgåve å halde fram med drifta, eller ikkje hatt idear om å utvikle institusjonen på ein måte som rettferdiggjorde privat drift. Institusjonar kan også rett og slett ha vorte nedlagde på grunn av bygningsmessige tilhøve som det ville koste for mykje å betre. Det kan altså tenkjast minst både økonomiske, ideologiske, meir pragmatiske grunnar og ytre press som moglege forklaringsfaktorar. Tilsvarande årsaker kan òg liggja bak den endringa som kom til uttrykk i

Tabell 4 (s. 12). Vi så der at innan den institusjonsbaserte verksemda totalt sett hadde organisasjonar og stiftelsar innan Dnk fått styrkt sin posisjon vis à vis kyrkjelydane. Vi kan tenkje oss at den fyrste kategorien aktørar er meir profesjonelle og har betre både økonomiske og organisatoriske ressursar enn kyrkjelydar som eigarar.

## Spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta omfattar somatiske og psykiatriske helseinstitusjonar. Mange institusjonar i spesialisthelsetenesta omfattar både somatiske og psykiatriske undereiningar, dvs avdelingar. I ein del tabelloppstillingar er det skilt mellom somatikk og psykiatri for å bruke meir av informasjonen som vart samla inn for dei tre åra. I dei tilfella skiljet er brukt, vil talet på institusjonar innan spesialisthelsetenesta i 1984 og 1997 ikkje svare til summen av einingar innan somatisk helsevern og psykisk helsevern, men vera noko mindre. I dei framstillingane der spesialisthelsetenesta er omtalt under eitt, vil institusjonstalet såleis vera mindre enn det talet vi ville ha fått om vi summerte talet på

somatiske institusjonar og psykiatriske institusjonar. Dette gjeld i mindre grad i 2008. Då var det slik at dei psykiatriske og somatiske einingane er rekna separat, slik at summen av psykiatriske og somatiske institusjonar er lik talet på institusjonar innan spesialistomsorga totalt. Delvis heng dette saman med ei omstrukturering av sektoren dei seinare åra. Som døme kan vi nemne at Det norske Diakonhjem etter 1997 overtok Vindern psykiatriske sjukehus, som tidlegare var ein offentleg institusjon. Diakonhjemmet omfattar også m.a. eit somatisk sjukehus. I oversynstabellen vert desse verksemdene under Det norske Diakonhjem rekna som separate einingar.

**Tabell 7. Diakonal institusjonsverksemd i spesialisthelsetenesta fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtypar:	1984		1997		2008	
	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar
<i>Somatisk helseteneste:</i>						
Kollektive aktørar utanfor Dnk	7	451	6	433	4	265
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	9	963	7	749	10	898
Privatpersonar og andre	8	382	-	-	-	-
Sum	24	1.796	13	1.182	14	1.163
<i>Psykisk helseteneste:</i>						
Kollektive aktørar utanfor Dnk	1	45			1	23
Kyrkjelydar i Dnk	1	30				
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	10	403	13	407	12	391
Privatpersonar og andre	4	80				
Sum	16	558	13	407	13	414
Totalt 1)	40	2.354	24	1.589	27	1.577

1) Det samla talet på institusjonar i 1997 er i nokre tilfelle mindre enn kolonnesummane av di to institusjonar har både somatisk og psykiatrisk avdeling.

Ser vi på utviklinga av institusjonsplassar i somatiske og i psykiatriske helseinstitusjonar over tid, finn vi at talet på plassar vart monaleg redusert i perioden sidan 1980. Tal som er gitt ut av SSB, viser at mens talet på senger i somatiske sjukehus i 1980 var 21.000, var det i 1997 redusert til vel 14.000. I 2008 var talet om lag det same. For psykiatrien gikk talet på heildøgns plassar i same tidsrommet ned frå vel 12.000 til vel 6.000, altså ei halvering. For psykiatrien sitt vedkomande heng dette saman med styresmaktene si klare målsetjing om "avinstitusjonalisere" eller i alle høve å byggja ned denne helsetenesta ved å setja poliklinisk og anna dagverksemd i staden for tradisjonelle døgntilbod. Nedbygginga av plassar ved psykiatriske institusjonar har skjedd samstundes med at vi har fått vesentleg kortare gjennomsnittleg liggjetid for pasientane. Også for det somatiske helsevernet har det vore eit mål å redusere behovet for dyre institusjonsplassar ved å leggje større vekt både på førebyggjande helsearbeid, på å styrke primærhelsetenesta og å redusere liggjetida i institusjon. Ein måte dette har gitt seg politisk uttrykk dei seinare åra, er i den såkalla "samordningsreforma" (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I kortversjon handlar den for det eine om å omfordele pengar frå sjukehusa til kommunane for å gje kommunane eit insitament til å styrkje kommunehelsetenesta slik at det vert færre sjukehusinnleggingar. For det andre handlar den om å styrkje førebyggingsinnsatsen og tidleg behandling, også dette med føremålet å redusere bruken av sjukehuskapasitet. Innan

psykiatrien er det vel særleg talet på heildøgns plassar ved dei vaksenpsykiatriske institusjonane utanom sjukehus og klinikkar som er redusert.

Omfanget av kyrkjelege, institusjonsbaserte tenester i spesialisthelsetenesta på dei tre tidspunkta er vist i Tabell 7. Andre kyrkjelege aktørar enn kollektive aktørar utanfor Dnk og organisasjonar og stiftelsar innan Dnk er ikkje representerte dei siste 15 åra. Institusjonar drivne av kollektive aktørar utanfor Dnk utgjorde mindre enn ein femtedel av alle diakonalt forankra plassane i denne sektoren i 2008.

## Rusmiddelsektoren

Rusmiddelsektoren omfattar tiltak for personar med ulike typar av rusproblem, om rusmiddelet er alkohol, narkotika, piller, kombinasjonar av desse kjemiske rusmidla eller andre rusmiddel eventuelt i kombinasjon med dei førnemnde. I mange samanhengar er det vanleg å rekne også tobakk til rusmidla, men rusmiddelsektoren har ikkje opplegg for personar som har tilhøvet til bruk av tobakk som sitt problem.

Rusmiddelsektoren omfattar ulike typar av institusjonsbaserte tenester i form av behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak. Døme på slike tiltak er klinikkar, bu- og arbeidskollektiv, avrusingsstasjonar og halvvegshus. *Klinikkar* er helseinstitusjonar med kortvarig medisinsk og miljøterapeutisk behandlingstilbod. *Bu- og arbeidskollektiv* gir meir langvarig institusjonsopphald med medisinsk, miljøterapeutisk og/eller anna behandlingstilbod. *Avrusingsstasjon* gir akuttbehandling til rusa personar. *Hospits* vert også inkludert som ei form for institusjonstiltak i rusmiddelomsorga. I tillegg omfattar sektoren ulike andre former for omsorg. I offentleg statistikk har ikkje næringsklassifiseringa av den aktuelle typen omsorgsinstitusjonar vore konsekvent, og Statistisk sentralbyrå arbeider med saka.

Tabell 8 viser fordelinga av plassar i denne delsektoren på ulike kyrkjelege aktørar. Av tabellen ser vi at aktørar innanfor og utanfor Den norske kyrkja hadde like stort omfang av aktivitet målt ved talet på institusjonar i 1997. Det var ein heilt annan situasjon enn i 1984 då 45 av 57 institusjonar vart drivne av aktørar klassifiserte innanfor Dnk. Det omfatta som tidlegare nemnt også Blå Kors, sjølv om denne organisasjonen er tverrkyrkjeleg. Ei viktig endring sidan 1984 er veksten i arbeidet som Pinsevennenes Evangeliesenter gjer på feltet. I 2008 var situasjonen sterkt endra frå 1997 med dei

**Tabell 8. Diakonal institusjonsverksemd i rusmiddelsektoren fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtypar:	1984		1997		2008	
	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar
Kollektive aktørar utanfor Dnk	8	240	32	581	27	663
Kyrkjelydar i Dnk	1	5				
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	44	1.449	31	757	10	268
Tverrkyrkjelege stiftingar og liknande	-	-	-	-	16	509
Privatpersonar og andre	1	9				
<b>Totalt</b>	<b>54</b>	<b>1.703</b>	<b>63</b>	<b>1.338</b>	<b>53</b>	<b>1.440</b>

aktørkategoriane som då vart brukte. Ei forklaring på den sterke nedgangen i talet på institusjonar og institusjonsplassar mellom organisasjonar og stiftingar innan Dnk er at Blå Kors i 2008 er klassifisert som tverrkyrkjeleg aktør. Nye aktørar er også komne til på feltet. Vi ser at kollektive aktørar utanfor Dnk, der m.a. Pinsevennenes Evangeliesenter er med, har auka omfanget av verksemda noko det siste tiåret. Andre aktørgrupper har redusert omfanget av verksemda si. Som tidlegare nemnt, er det færre Blå Kors-institusjonar operative i 2008 enn i 1997 og Pinsevennenes Evangeliesenter har også redusert verksemda si. Samstundes er det kome til andre, nye aktørar. Som det går fram av tabellen, var det flest institusjonar registrert i 1997 mens det største talet på plassar vart registrert i 1984. I perioden frå 1997 til 2008 er talet på institusjonar redusert mens talet på plassar er auka. Det inneber at kvar institusjon i gjennomsnitt har større sengekapasitet i 2008 enn i 1997. Det er rimeleg å sjå endringa som uttrykk for ei rasjonalisering av drifta i sektoren.

Det er elles verdt å merke seg at rusmiddelomsorga er den einaste delsektoren i helse- og sosialomsorga der det var fleire diakonale institusjonar i 1997 enn det var i 1984 sjølv om talet seinare er redusert til under det det var i 1984. Ei forklaring på den samla nedgangen er at den er ein følge av eit meir generelt politisk siktemål om å “avinstitusjonalisere” omsorga, dvs. å redusere bruken av institusjonsopphald i behandling, for i staden å styrke det polikliniske tilbodet. Denne avinstitusjonaliseringa har skjedd både ved at institusjonar har vore lagde ned, ved at institusjonar har fått redusert sin sengekapasitet og ved at det har vore ein funksjonsforskyving i institusjonar som har både innleggings- og poliklinisk funksjon, i retning av å styrke den sistnemnde funksjonen på kostnad av den fyrste.

## Barnevernet

Det var i 1997 registrert i alt 170 barnevernsinstitusjonar med til saman 1.481 plasser. I 2008 var det i alt 1.850 plassar i barnevernsinstitusjonane. Vel seks av ti barnevernsinstitusjonar, 62 prosent, var i 1997 eigd og drivne av det offentlege. Det gjaldt berre 44 % i 2008.

I 2008 var det i alt 23 diakonale barnevernsinstitusjonar. I 1997 var talet 19 og i 1984 29. Det vil seia at det var ein monaleg – men noko ujamn – nedgang i talet på slike institusjonar i perioden frå 1984 til 2008. Det kan henge saman med den offentlege politikken på feltet. Det har vore ein ønskje å redusere talet på institusjonar, ikkje minst barne- og ungdomsheimar, til fordel for ikkje-institusjonelle tiltak, til dømes ved meir å bruke fosterfamiliar og liknande tiltak. Ein annan type tiltak

**Tabell 9. Diakonal institusjonsverksemd i barne- og ungdomsvern fordelt etter aktørtype 1984, 1997 og 2008.**

Aktørtypar:	1984		1997		2008	
	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar	Instit.	Plassar
Kollektive aktørar utanfor Dnk	17	162	9	69	8	52
Kyrkjelydar i Dnk	2	14	1	15	1	12
Organisasjonar, stiftingar og liknande innan Dnk	10	115	9	105	14	118
Tverrkyrkjelege stiftingar og liknande	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>29</b>	<b>291</b>	<b>19</b>	<b>189</b>	<b>23</b>	<b>182</b>

vil vera av førebyggjande art, til dømes gjennom aktivt og planmessig å tilføre ressursar og støtte til familiane før det vert nødvendig å omplassere barna.

Av Tabell 9 går det fram at aktørar innanfor og utanfor Den norske kyrkja eigde og hadde driftsansvar for omlag like mange institusjonar i 1997. Den situasjonen var svært endra i 2008 då 15 av i alt 23 diakonale barnevernsinstitusjonar var drivne av aktørar innan Dnk. Kollektive aktørar utanfor Den norske kyrkja tydde også mindre i 1997 enn i 1984. Denne gruppa av aktørar hadde driftsansvar for 56% av institusjonsplassane i 1984, det tilsvarte 162 av i alt 291 plassar. I 1997 var prosenten gått ned til 37 og i 2008 til 29. Som vi då skjønner, skriv mest heile nedgangen i talet på institusjonsplassar i sektoren i perioden seg frå den reduserte aktiviteten til aktørar utanfor Dnk. Vi har inga god forklaring på nedgangen i denne aktørgruppa si verksemd i barnevernet.



## Dei kyrkjeleg forankra, institusjonsbaserte tenestene i velferdsstaten

Kor stor del av institusjonsaktiviteten i helse- og sosialsektoren utgjorde den kyrkjelege, institusjonsbaserte verksemda? Korleis har diakonien si rolle, forstått på denne måten, endra seg over tid? Dette er spørsmål som vi skal prøve å svare på i dette avsnittet. For å kunne gjera det, treng vi oversyn over den samla institusjonsverksemda på alle delane av helse- og sosialsektoren. Eit slikt oversyn er gitt i Tabell 10.

Som venteleg er, var pleie- og omsorgssektoren den største både i 1984, i 1997 og i 2008, med somatisk og psykisk helsevern på dei neste plassane. Denne rekkefølga var den same ved alle tre tidspunkta. Men vi ser at talet på institusjonsplassar innan spesialisthelsetenesta vart kraftig redusert i perioden 1984 til 1997, noko som gjeld både somatikken og psykiatrien. Derimot var det relativt små endringar i perioden 1997 til 2008. I tillegg til at HVPU-institusjonane har vorte nedlagde, og at det har vore ein liten nedgang i pleie- og omsorgssektoren og rusmiddelomsorga, var det mest 50% fleire institusjonsplassar i barnevernet i 1997 enn det var i 1984 og auken har halde fram også etter 1997. Ein grunn til at talet på institusjonsplassar har auka dei seinare åra, er veksten i den statlege

**Tabell 10. Institusjonsbaserte tenester i helse- og sosialsektoren, døgnbaserte plassar 1984 og 1997.**

Plassar i institusjonar etter delsektor:	1984	1997	2008
	Total	Total	Total
Somatisk helsevern	22.500	14.992	15.425
Psykiatri	11.200	6.368	4.880
HVPU	6.300	-	-
Rusmiddelomsorg	3.000	2.670	2.673
Barnevern	1.000	1.481	1.850
Pleie og omsorg 1)	44.000	43.377	41.334
<b>Totalt</b>	<b>88.000</b>	<b>68.888</b>	<b>66.162</b>

1) Institusjonar for eldre omfatta i 1997 og 2008 bustader med heildøgnservice. Denne typen institusjonar fanst ikkje i 1984.

delen av tiltak for einslege, mindreårige asylsøkjjarar (SSB 2010). Alt i alt var det ein klar nedgang i talet på institusjonsplassar i helse- og sosialomsorga frå 1984 til 2008.

Om vi held dette mønsteret saman med det vi har presentert om utviklinga innan institusjonsdiakonien, kan vi litt enkelt framstille resultatet slik det er gjort i Tabell 11. Ser vi fyrst på den høgre delen av tabellen, ser vi at målt ved talet på institusjonsplassar representerte diakonien 8% av det samla institusjonstilbodet i 2008. Samstundes ser vi at det kyrkjeleg forankra institusjonstilbodet kvantitativt tydde svært forskjellig i dei ymse delsektorane. Minst tydde diakonien i den største av delomsorgene, nemleg pleie- og omsorgssektoren. Det at denne sektoren har så stor del av den samla diakonale institusjonsverksemda, gjer at diakonien samla sett ikkje utgjer meir enn 8% av institusjons-Noreg. Mest tydde diakonien i rusmiddelomsorga, der den framleis hadde meir enn 50% av heile det døgnbaserte institusjonstilbodet.

**Tabell 11. Kyrkjeleg forankra institusjonstenester som del av det samla institusjonstilbodet etter delsektor, døgnbaserte plassar 1984, 1997 og 2008.**

Delsektor	1984			1997			2008 1)		
	Diakoni	Total	%	Diakoni	Total	%	Diakoni	Total	%
Somatisk helsevern	1.796	22.500	8	1.182	14.991	8	1.163	15.425	8
Psykatri	558	11.200	5	407	6.368	6	414	4.880	8
HVPU	1.066	6.300	17	-	-	-	-	-	-
Rusmiddelomsorg	1.703	3.000	56	1.338	2.670	50	1.440	2.673	54
Barnevern	291	1.000	28	189	1.481	13	182	1.850	10
Pleie og omsorg 2)	4.500	44.000	10	2.880	43.377	7	2.200	41.334	5
Anna omsorg	-	-	-	-	-	-	44	?	
Totalt 3)	9.900	88.000	11	5.996	68.887	9	5.440	66.162	8

1) Talet på plassar i rusmiddelomsorga gjeld 2007.

2) Talet på plassar i diakonale institusjonar 1984 og 2008 er stipulerte.

3) Prosenttalet for 2008 er rekna ut utan å ta med "Anna omsorg".

Samanliknar vi dette med tilsvarande fordelingar i 1984, som finst i den venstre delen av Tabell 11, ser vi at både totalt sett og for dei fleste delsektorane tyder den diakonale institusjonsverksemda mindre i 2008 enn den gjorde i 1984. Relativt sett størst nedgang har det vore i barnevernet, men det har til gjengjeld vore ein liten sektor. I spesialisthelsetenesta har diakonien halde skansen og vel så det. Eit element til å forklare at institusjonsdiakonien har halde oppe si kvantitative tyding i denne sektoren, er at endringa i eigartilhøva i sjukehussektoren sidan 2002 m.a. har ført til at tidlegare offentlege verksemder har vorte overførte til ikkje-offentleg eigarar. Til dømes gjeld det den tidlegare Vindern psykiatriske klinikk som etter 2002 er overført til Det norske diakonhjem. Innan rusmiddelsektoren har diakonien hatt stor kvantitativ tyding i heile perioden frå 1984 til 2008. Som tidlegare peika på, var det i 1997 færre plassar i diakonale institusjonar i alle delsektorane. Diakonien si prosentvise tyding også har vorte redusert, har altså kapasiteten ved dei diakonale institusjonane går meir ned enn sektoren totalt sett.

## Samanfatting

Kva tyder institusjonsdiakonien i det totale institusjonsbiletet i helse- og sosialsektoren i dag jamført med midt på 1980-talet? Kvantitativt tyder diakonal innsats i institusjonsbasert verksemd i helse- og sosialsektoren litt mindre enn den gjorde 25 år tidlegare. Dei relative endringane er ikkje store når vi ser dei under eitt. Allment er det slik at talet på institusjonar og institusjonsplassar i helse- og sosialsektoren har vorte redusert. Det gjeld både totalt sett, når det gjeld den diakonale verksemda som heile og i dei fleste delsektorane. I 1984 utgjorde dei diakonale institusjonane 11% av det samla institusjonstilbodet i helse- og sosialsektoren, i 1997 var prosenten sokke til 9 og i 2008 var den 8. Likevel ser vi at biletet er meir nyansert enn som så. Kor mykje dei diakonale institusjonane tyder kvantitativt, varierer frå delsektor til delsektor. Mest tyder diakonien i rusmiddelomsorga med 49% av institusjonsplassane. For 25 år sidan hadde dei diakonale institusjonane driftsansvar for 56% av alle plassane i denne delsektoren. Minst tyder diakonien i somatikken, psykiatrien og i pleie- og omsorgssektoren der den har 5-8% av plassane. For spesialisthelsetenesta har det vore berre små

endringar i biletet over 25-årsperioden. For pleie- og omsorgssektoren er nedgangen relativt stor frå 1984 då institusjonsdiakonien utgjorde 10 % av det samla institusjonstilbodet i delsektoren, mens den i dag berre utgjer halvdelen.

I løpet av 25-årsperioden har både talet på plassar i diakonale institusjonar og samla sett gått ned når vi ser på helse- og sosialsektoren under eitt, men stort sett har institusjonsdiakonien vorte meir redusert enn sektoren som heilskap. I tillegg til at HVPU vart nedlagt, har dei diakonale aktørane trekt seg ein del tilbake på alle områda, mest innan somatisk helsevern, barnevern og pleie- og omsorgssektoren. På desse områda er talet på institusjonsplassar i diakonale verksemder redusert med meir enn ein tredjedel i perioden frå 1984 til 1997. Innan somatisk helsevern gjeld noko tilsvarande også totalt sett for delsektoren, men ikkje for barnevern og pleie- og omsorgssektoren. Der var nedgangen i diakonalt organisert aktivitet langt større enn endringane totalt sett i delsektoren. Innan barnevern har talet på institusjonsplassar til og med auka i perioden frå 1984 til 2008.

Det andre spørsmålet vi starta ut med var om den kyrkjeleg forankra, institusjonsbaserte verksemda har endra profil sidan tidleg på 1980-talet. Ei viktig endring fann stad då HVPU-institusjonane vart lagde ned. Det endra i seg sjølv profilen på det kyrkjeleg forankra institusjonstilbodet. Sjølv om vi ser bort frå denne politisk avgjorte endringa, er profilen, om vi tenkjer på fordelinga av innsats på ulike delsektorar, noko endra i løpet av 25-årsperioden. Pleie og omsorg, somatisk helsevern og rusmiddelomsorg var og er dei tre største innsatsområda. Det som kan vera verdt å nemne, er at det har skjedd ei vektforskyving frå pleie og omsorg over til rusmiddelomsorg. To faktorar har påverka denne endringa, at kyrkjelydane i Den norske kyrkja (og aktørar som ikkje tilhøyrer Den norske kyrkja) i ikkje liten grad har trekt seg tilbake frå pleie- og omsorgsinstitusjonsdrift, og at Pinsevennes Evangeliesenter har ekspandert kraftig på rusmiddelsektoren. At kyrkjelydane i Den norske kyrkja har trekt seg såpass mykje tilbake i pleie- og omsorgssektoren kan nok ha samanheng med fleire tilhøve. Det kan til dømes ha vorte meir krevjande å drive slike verksemder, og mange aktørar kan ha funne ut at deira verksemd ikkje skil seg på nokon interessant og relevant måte frå andre aktørar sine verksemder, at det ikkje lenger er kyrkjelyden si oppgåve å drive slike institusjonar, eller at ressursane betre kan verte brukte på andre måtar.

Profilen har også vorte endra gjennom at aktørar frå andre kyrkjesamfunn enn Den norske kyrkja har styrka sin posisjon innan institusjonsdiakonien. Innanfor somatisk helsevern, men ikkje minst i rusmiddelomsorga har den fyrste gruppa auka sin del av den diakonale institusjonsverksemda, samstundes som den er redusert når det gjeld dei andre delsektorane. I rusmiddelomsorga auka gruppa sin del av den diakonale verksemda på feltet frå 14% til 46% i 25-årsperioden. I absolutte tal er aktivitetsprofilen endra frå at pleie- og omsorgssektoren hadde ein svært klar dominans i 1984 til at rusmiddelsektoren er den klart største i 2008.

Alt i alt gir den kyrkjeleg forankra verksemda framleis eit kvantitativt viktig bidrag til den institusjonsbaserte tenesteytinga i helse- og sosialsektoren. Bidraget har vore minkande dei siste tiåra, men det kan hende at framtida for diakonien om den skal vera ein viktig bidragsytar til å skape og oppretthalde velferd i samfunnet vårt, like gjerne kunne satse meir av sine ressursar med andre organisasjonsformer enn anstaltane.

## Referansar

- Angell Nordeng, O. H. (1987). *Institusjonsdiakoni i Noreg: ei kartlegging av omfanget av kristne institusjonar i helse- og sosialektoren*. Oslo: Diakonhjemmets sosialhøgskole.
- Angell, O. H. (2000). *Kyrkjeleg forankra institusjonsverksemd i helse- og sosialektoren: institusjonsdiakoni i Noreg*. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskingsavdelinga.
- Halle, B. T. (2010). *Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2009*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kyrkjerådet. (1997). *Plan for diakoni i Den norske kyrkja* (2. utg.). Oslo: Kyrkjerådet, Den norske kyrkja.
- Kyrkjerådet. (2008). *Plan for diakoni i Den norske kyrkja*. Oslo: Kyrkjerådet, Den norske kyrkja.
- SSB (2010). *Økt aktivitet i barnevernsinstitusjonene*. Henta 22. november 2010 frå <http://www.ssb.no/emner/03/03/barneverni/>.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.





Rapporten gir eit oversyn over diakonale institusjonar i helse- og sosialsektoren i Noreg og korleis omfanget og typen av verksemd har endra seg frå fyrste halvdel av 1980-åra til siste halvdel av 2000-åra. Rapporten baserer seg på tre kartleggingar utførte for åra 1984, 1997 og 2008.

Diakonale institusjonar er i rapporten i utgangspunktet avgrensa til å gjelde kyrkjeleg forankra, institusjons-baserte tenester, men omfattar også institusjonsbaserte tenester med jødisk forankring. Dei to viktigaste måla som er brukte i kartleggingane, er talet på institusjonar og institusjonsplassar i døgnbaserte tiltak.

Olav Helge Angell er dr.polit i sosiologi og professor i diakoni og profesjonell praksis ved Diakonhjemmet høgskole.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og 160 ansatte, fordelt på studiestedene Oslo og Rogaland.

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.