

Høringsuttalelse til NOU 2011:11 INNOVASJON I OMSORG

Fra Diakonhjemmet Høgskole

Denne høringsuttalelsen kommer i tre deler. Første del er utarbeidet i samarbeid med Kirkerådet, og er identisk med den høringsuttalelsen som sendes fra Kirkerådets sekretariat. Denne delen kommenterer i hovedsak kapittel 5 i utredningen /NOU2011:11 om "Den andre samhandlingsreformen", fordi dette tydeligst berører det kirkelige anliggende og engasjement i omsorg. Dette arbeidet ble satt i gang før Diakonhjemmet Høgskole visste at også private høgskoler var å anse som høringsinstanser.

Andre del kommenterer primært temaet omsorgs- og velferdsteknologi, eller "teleomsorg" (som som term bedre framhever det faktum at det handler om en helt ny omsorgsform), men i et verdiperspektiv og med vekt på koblingen til brukerinnflytelse på både defineringen av behov og løsninger. I tillegg diskuteres behovet for forskning på området.

Tredje del tar for seg temaet universell utforming, arktitektur og boformer, samt forskningsbehov.

Del 1

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

Innledning

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

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

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

Kapitel 5

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

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

I denne sammenhengen framstår det som uheldig å utforme omsorg som kommersielle tjenester som etablerer et leverandør-kundeforhold mellom brukere og omsorgsgivere. Vi noterer oss at utredningen også uttaler seg tydelig om dette. Det hevdes at befolkningen i stor grad har beveget seg mot en forbruker- eller konsumentadferd

overfor omsorgstjenester, rett nok uten å vise til forskningsmessig dekning for påstanden. Det er et viktig perspektiv, og utredningen uttrykker et tydelig mål om å endre denne holdningen i retning av medansvar, engasjement og fellesskapsløsninger. Dette er et anliggende vi deler. I utredningen er det knyttet til begrepet om medborgerskap og er et viktig aspekt ved et levende demokrati.

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

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

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

Om DNK, kirker og trossamfunn i omsorg og frivillighet

Det kan være nyttig for den videre utviklingen av omsorgsinnovasjonen å løfte fram noen trekk ved DNK som organisasjon og trossamfunn, og ved kirker og trossamfunn generelt. DNK er med sine 1340 lokale menigheter til stede med tjenester, aktiviteter og frivillig virksomhet over alt i landet, og utgjør sammen med kristne organisasjoner, de andre kirkene og trossamfunnene trolig det største segmentet i frivilligheten. Disse driver også mange institusjoner i omsorgssektoren. Ifølge «Tilstandsrapport for DNK» de siste to årene, har nærmere 1000 menigheter spesifikke diakonale tilbud (omsorgstilbud), det er engasjert 120 000 frivillige hvorav 18 000 i omsorgstiltak (diakoni), og det er 250 årsverk i diakoni, hovedsakelig diakoner. Som i andre sammenhenger er ansatte fagpersoner sentrale for å utløse og lede frivillighet. I tillegg til den direkte omsorgsrettede virksomheten, har store deler av kirkens aktivitet et preg av tilrettelegging for omsorg i vid betydning, som sosial støtte, inkludering og

tilhørighet. Det samme gjelder for kristne organisasjoner, og andre kirker og trossamfunn, men for disse er tallmateriale i mindre grad tilgjengelig. I tillegg driver menigheter og kristne organisasjoner et stort antall omsorgsinstitusjoner.

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

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

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

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

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

Utredningens øvrige kapitler

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

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

Del 2

teknologier aldri bare nøytralt støtter eller medierer omsorg, men endrer og former selve objektet eller fenomenet, dets aktører, ansvarsforhold, innhold og verdier.

Teknologi i helse og omsorg

I utredningen foreslår utvalget en 3-trinnsplan for utbredelse og praktisk bruk av velferdsteknologi som teknologistøtte til omsorgsfeltet. I trinn 1 videreutvikles trygghetsalarmen til en trygghetspakke og smarthusløsninger. Trinn 2 tar i bruk kommunikasjonsteknologi og sosiale medier for å opprettholde sosial kontakt og deltakelse, og trinn 3 tar i bruk teknologi som stimulerer, underholder, aktiviserer og strukturerer hverdagen.

I utredningen foreslås det videre at Husbankens investeringsordning for omsorgsboliger og sykehjem stiller som krav at de skal være tilrettelagt for tilkopling av alarmer, sensorer og smarthusteknologi, samt at bruken av sporings- og varslingshjelpemidler (f eks med GPS) reguleres mer direkte i helse- og sosiallovgivningen.

En videreutvikling av trygghetsalarmen synes hensiktsmessig. I dag er denne type løsninger implementert i stor skala i England med varierende resultater. Det muliggjør bruk av allerede eksisterende teknologiplattform som mange eldre kjenner til, og kan implementeres i eksisterende boligmasse. I Norge arbeider enkelte firmaer med denne type løsninger. En slik løsning er laget av Abelia, og skal prøves ut i et prosjekt i samarbeid med blant annet SINTEF helse og Bærum kommune.

Det som er viktig i utvikling av denne type løsninger, er at det er basert på en 'åpen' plattform. På den måten unngår en at det blir mange ulike og lite kompatible løsninger.

En vellykket gjennomføring av 3-trinnsplanen avhenger av et sterkt fokus på kompetanseheving, opplæring og involvering av både helsepersonell (faglærte samt ufaglærte), pårørende og brukere. Dette er en stor utfordring i en sektor preget av høy turnover, høyt sykefravær og – for mange – skepsis og manglende interesse for teknologi. I dag er det stor mangel på denne type kompetanse, både på kommunalt nivå og høyere opp i omsorgskjeden. Dette fører til at mange løsninger ikke blir tatt i bruk. Det er ingen vits i å satse store beløp på utvikling og implementering av denne type løsninger hvis den ikke blir tatt i bruk. Det er imidlertid i høy grad situasjonen i dag etter at (et estimat på) 30-40 kommuner har installert smarthusløsninger i omsorgsboliger og sykehjem siden midten av 1990-tallet.

Når det gjelder design og utvikling av denne type løsninger som skal inngå i en trygghetspakke må helsefagarbeidere, pårørende og brukere på banen, og ikke kun i form av brukerorganisasjon representasjon i referansegrupper. Mye av den teknologien/løsningene som eksisterer på dette feltet i dag er lite brukervennlig. Dette har stor innvirkning på motivasjonen til å bruke teknologien.

Også estetikken er viktig når det gjelder utvikling av nye produkter og løsninger som skal implementeres i folks hjem. Dette bør ha høy prioritet i arbeidet med utvikling og design av nye produkter. Dette gjelder på alle de tre innsatsområdene som er skissert.

De konkrete forslagene:

Krav til tilrettelegging av sykehjem og omsorgsboliger for tilkobling av alarmer, sensorer og smarthusteknologi vil bare delvis være hensiktsmessig. Det vi ser i dag er at i de sykehjemmene og omsorgsboligene der denne type infrastruktur er på plass, så brukes de ulike løsningene i *svært* liten grad (Thygesen, 2009). Så lenge disse løsningene oppfattes som lite brukervennlige, og knyttet til et komplisert regelverk med fokus på overvåking og tvang, vil denne type krav ha liten effekt. Derfor blir det nødvendig å gjøre ulike andre tiltak samtidig, som kompetanseheving og opplæring. I tillegg vil det være hensiktsmessig å finne nye måter å samarbeide på mellom teknologer, helsefagarbeidere og brukere/pårørende for å medvirke underveis i design- og utviklingsprosessen av nye type løsninger.

De store investeringene i helseteknologi, omsorgsteknologi, gjøres for eksempel med henvisning til at teknologi skal gjøre det mulig for folk å bli boende hjemme lenger, å klare seg alene lenger, og forbli uavhengige lenger. Verdien tas imidlertid stort sett for gitt. Tilsvarende promoterer teknologiene med det som begrunnelse at de utgjør et svar og en løsning for mennesker som bor alene og ikke har noe nettverk. Forskning på tvers av fire europeiske land viser imidlertid at for at disse teknologiene skal virke, så kreves det tvertimot et nettverk, eller et kollektiv, av aktører som stiller opp og tar sine roller og sitt ansvar i en "omsorgspakke". Et slikt nettverk må enten forefinnes etablert eller mobiliseres for at disse nye omsorgsløsningene skal fungere (Final research report, EU research project EFORTT-project, Ethical frameworks for telecare technologies for elderly people living at home).

En annen kommentar er at det vil være behov for en samordnet struktur på implementeringen av denne type løsninger. Hittil har den enkelte kommune gjort sine egne erfaringer som i liten grad har kommet andre aktører/ kommuner til nytte. Dette har medført at de samme feilene har blitt gjort igjen og igjen.

Disse kommentarene gjelder også utvikling av en standardisert kommunikasjonsplattform for hjemmet.

Hagen-utvalget foreslår klarere regler og forenklet saksbehandling for sporings- og varslingshjelpemidler. Slik vi ser det, er ikke et enda sterkere fokus på lovregulering av dette feltet veien å gå. Begrunnelsen for dette er at det sterke – og ensidige -fokuset på lovgiving av dette feltet har medført en nedvurdering av det faglige skjønnet (beslutningen for bruk av velferdsteknologi løsninger flyttes fra omsorgskonteksten til jurister/Fylkesmann). Dette innebærer at betydningen av konteksten/sammenhengen som teknologien inngår i blir nedtonet. Dette er problematisk, ettersom det innebærer en særbehandling av denne type løsninger, og at de reelle alternativene i liten grad blir vurdert. Ett eksempel på hvilke konsekvenser dette har - er at personer med demens har blitt nektet GPS, på grunn av manglende evne til samtykke, og har på grunn av dette blitt låst inne på skjermet enhet på sykehjemmet. Dette til tross for både de og pårørende har gitt uttrykk for ønske om å kunne bruke GPS. I stedet så trengs en større vektlegging av den faglige vurderingen som gjøres i forhold til den enkelte. Og til dette trengs mer kompetanse, både i forhold til fagligheten i denne prosessen og i forhold til de etiske vurderingene som må gjøres, samt i forhold til krav til dokumentasjon osv. Samtidig så vil vi understreke betydningen av et lovverk på dette feltet, som legger rammene for hva som er tillatt/mulig.

Forskning på området

Så langt har forskningen på dette området vært synonymt med 'innovasjon.' Ulike nye produkter har blitt prøvd ut i samarbeid mellom kommersielle aktører/firmaer, forskningsmiljøer og brukere. Denne forskningen har i stor grad vært knyttet til prosjekter av kortere varighet. Det fortas en intern evaluering av prosjektet, og så tas løsningene ned.

Det er imidlertid et stort behov for bredere kunnskap på området. Ikke minst så trengs det forskning på velferdsteknologiløsninger 'i bruk'; på hvilke muligheter og begrensningen denne type løsninger gir som en del av de helse- og omsorgstjenestene de inngår i, som en del av de livene brukere lever og helsepersonell og helsetjenester er involvert i, og som en del av de sosiale, verdimessige og samfunnsmessige kontekstene disse velferdsordningene er del av.

Dette gjelder ikke minst for løsninger som har vært i bruk en stund, som for eksempel smarthusløsninger i sykehjem og omsorgsboliger. Dette er løsninger som har vært i bruk siden midten av 1990-tallet, men som i svært begrenset grad har vært/er gjenstand for oppmerksomhet fra forskningsmiljøene. I stedet rettes oppmerksomheten mot utvikling av nye løsninger.

Dette fokuset på innovasjon innebærer at forskningen på dette feltet i stor grad er teknologi-drevet. Vi savner større bredde i denne forskningen, der målet for kunnskapsutvikling er knyttet opp mot hvilke konsekvenser innføringen av velferdsteknologien har for helse- og omsorgspraksiser.

Det velferdsteknologien tilfører helse- og omsorgssektoren, er muligheten til å gi 'omsorg-på-avstand'. Men hva innebærer dette – både i forhold til helsepersonell, pårørende og brukere? Hva tilfører det i helse/omsorgsrelasjonen, og hva går tapt? Hvilke nye etiske problemstillinger bringes på banen? Hvilke nye forståelser av omsorg, av det å være pasient eller bruker, av de verdier og idealer som knyttes til omsorg, bidrar nye omsorgsformer med teknologi, "teleomsorg", til? Hvilke 'krav' til kompetanse og ansvar stiller den nye teknologien til helsepersonell, pårørende og brukere?

Dette er eksempler på noen av de problemstillingene som er svært viktige og interessante innenfor dette feltet, og som i liten grad blir berørt – eller prioritert - innenfor dagens forskning.

Del 3

Universell utforming (uu)

Utvalget peker på at fremtidens omsorgspolitik forutsetter en bred samfunnsmessig tilnærming, og at nedbygging av funksjonshemmende barrierer i samfunnet videreføres og forsterkes. Deltakelse i hverdagsliv, samfunnsliv og arbeidsliv for *alle* er uttalte mål, og fortsatt fokus på å bekjempe diskriminering, ekskludering og segregering, er nødvendig. Yngre mennesker med funksjonsnedsettelse leder an i utviklingen ved blant annet å ta i bruk teknologi og kreve universelt utformede omgivelser, samtidig som nye grupper eldre er aktive og resurssterke.

Diakonhjemmet Høgskole slutter seg til denne brede forståelsen og er opptatt av å trekke disse utfordringene inn i *den generelle samfunnsplanleggingen* som finner sted i hht Plan- og bygningsloven i kommuner, fylke og på statlig nivå. Vi vil videre peke på at universell utforming handler om å forstå mennesker i samspill med sine omgivelser. Det er derfor nødvendig at uu settes i sammenheng med det helsefremmende folkehelsearbeidet der bedring av befolkningens helse og utjamning av sosiale ulikheter er hovedmålene.

Nye rom

Ombygging av den *eksisterende* boligmassen er en utfordring som utvalget peker på, og som bør stimuleres ytterligere. Dette støtter vi. Samtidig vil vi understreke behovet for universell utforming når omsorgsboliger og sykehjem bygges nye og reoveres. Et helt spesielt behov kan nevnes: Store el. rullestoler krever betydelig mer areal enn hva som ligger til grunn i TEK 10. Ved ombygging/nybygging av omsorgsboliger/sykehjem hvor målgruppen er mennesker med omfattende fysiske funksjonsnedsettelse, må derfor

dimensjoneringsgrunnlaget for rullestol utvides. Arealbehovet for oppbevaring av store, tekniske hjelpemidler er også betydelig større for disse brukergruppene.

Videre er det behov for å se nærmere på ansvarsfordeling når det gjelder finansiering av velferdsteknologi både i private boliger, omsorgsboliger og sykehjem. Hva er universell utforming og hva er individuell tilrettelegging? Hva hører inn under byggebudsjett, NAV eller finansieres privat?

DH vil i tillegg peke på utfordringen med å gjøre våre arbeids- og publikumsbygg, transport og infrastruktur, samt offentlige uteområder tilgjengelig for alle. Kvalitetene som ligger i universell utforming bør gjelde alle samfunnssektorer, nettopp fordi vi legger en bred samfunnsmessig tilnærming til grunn. Flere med funksjonsnedsettelse i alle aldergrupper vil leve og bo i egne nærmiljø, nabolag og boliger. F. eks vil økningen i hjemmeboende mennesker med demens utfordre oss til å skape omgivelser som er oversiktlige, logiske og intuitive innendørs, men også utendørs (Blackman et al 2003). Mennesker med funksjonsnedsettelse bør få større muligheter i arbeidslivet, bl.a. for å sikre inntekt og ujevne sosiale forskjeller. Dette krever universelt utformede arbeids- og publikumsbygg.

Videre viser utvalget til Brevik og Schmidt (2005) som hevder at seniorenne ønsker å bo sentralt, og dras mot det urbane. Gode sentrumsområder i store og små byer blir derfor viktige arenaer som må utformes universelt, for å gi hva utvalget kaller «access to society». Det kan videre synes som om det er nødvendig å trekke *næringslivet* inn arbeidet med universell utforming, da erfaring fra utstrakt kontakt med denne gruppen det siste halve året, viser at private aktører innen planlegging og utbygging, handelsstand og næringsliv generelt ikke har kunnskap om at funksjonsnedsettelse er et alminnelig fenomen gjennom livsløpet. F. eks vil forslaget om etablering av testboliger for utprøving og utvikling av nye boligløsninger, være et spennende, innovativt prosjekt som fordrer tverrprofesjonell involvering.

Det foreslås en klassifiseringsordning ut fra gitte standarder og etablering av en boligrådgivningstjeneste. En innvendig mot klassifisering etter gitte standarder *alene*, er at disse lett blir rigid forstått som eneste løsningsmulighet og dermed hindrer gode konkrete løsninger i hver enkelt bolig/bygg/uteområde. DH har i langt større grad tro på dette dersom det *kombineres med* en rådgivningstjeneste, som både har kompetanse på tekniske klassifikasjoner og på gode, funksjonelle løsninger.

Forskning, kunnskap og kompetanse

Kunnskap og kompetanse innenfor universell utforming må, slik vi ser det, utvikles og ivaretas innenfor rammen av samfunnsplanlegging kombinert med kunnskap om folkehelse, levekår, sosiale, fysiske og kulturelle behov og forutsetninger, samt arkitekturfaglig tilnærming og teknologisk forståelse. Mangfold i befolkningen og funksjonsnedsettelse må integreres i kunnskapen også for arkitekter, ingeniører og planleggere som er utdannet for mange år siden. Det er disse som i dag bekler sentrale posisjoner for utforming av nå- og framtidige omgivelser. Samtidig vil vi peke på ergoterapiutdanningene, som over mange år har utdannet ergoterapeuter med kunnskap om hvordan omgivelsene hemmer eller fremmer aktivitet og deltakelse for

mennesker med funksjonsnedsettelse. Ergoterapeutenes kompetanse bør i langt større grad benyttes i samfunnsplanlegging, ved ombygging og utbygging av ulike bygg og uteområder.

Utvalget peker på nødvendigheten av å fremskaffe kunnskap om sammenhenger mellom fysiske omgivelser og det hverdagsliv som leves. Ulike fagdisipliner kan gå sammen og utforske dette komplekse samspillet. Dette er et synspunkt DH helhjertet slutter seg til, og gjerne innenfor rammen av universell utforming. Uu har vært, og er fortsatt et nasjonalt satsingsområde gjennom Handlingsplanen: Norge universelt utformet 2025 (BLD 2009). Det er imidlertid satt av lite midler til forskning, noe som er nødvendig for å gjøre denne strategien mer kunnskapsbasert. Etablering av tverrprofesjonelle forsker nettverk innenfor dette fagområdet vil styrke miljøene, som i dag er preget av at en sitter spredt «hver på sin tue». Kunnskap om hensiktsmessige bolig- og velferdstekniske løsninger bærer i seg en spenning mellom det individuelle og det universelle, og kan derfor med fordel utforskes innenfor rammen av universell utforming.