

FORORD

Interessen for tema eldreomsorg fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv ble vekket da jeg som tyveårig sosiologistudent fikk sommerjobb som pleieassistent ved Nygård sykehjem i Sandefjord. Interesse, perspektiv og kunnskap ble videreutviklet i årene etter, da jeg har rukket å tjenestegjøre ved 11 ulike omsorgsinstitusjoner gjennom tre ulike arbeidsgivere. Den første takken ønsker jeg skal gå til kolleger og venner ved Nygård for å la meg delta, bygge kompetanse og gi innsikt i institusjonsomsorgen.

Gjennom studiene i Helsevitenskap har jeg som den eneste i klassen med bakgrunn fra sosiologi hatt mange lærerike diskusjoner om tema med reflekterte medstudenter, som innehar et mer pasientnært perspektiv med bakgrunn fra sykepleien, fysioterapi og ergoterapi. Disse skal ha takk for å berike mitt perspektiv på tema.

En spesiell takk rettes mot Lise Mari som har gitt uvurderlig hjelp i form av personlig støtte og ikke minst for å ha bidratt med språkvask og hjelp til utforming av masteroppgaven.

Stor takk vil gå til min faglige veileder, Ingrid Bogen, for avgjørende hjelp, råd, gode faglige diskusjoner, samt engasjement, om eldreomsorg og sosialpolitikk.

Anders Storebø Helmers, Mastergradstudent

NTNU, Juni 2010

SAMMENDRAG

Formålet med oppgaven har vært å undersøke eldreomsorgens utvikling fra 1966 frem til i dag. Målet var å identifisere sosialpolitiske handlinger i omsorgsektoren som kan ha konsekvenser for omsorgen av de eldre. Gjennomgang av foreliggende kunnskap, som offentlige dokumenter og forskningslitteratur om eldreomsorg, har vært metoden for på best mulig måte svare til problemstillingen. Ulike teorier om endring ble benyttet for å analysere utviklingstrekk. Funnene indikerer at overføring av ansvar for ulike omsorgstjenester for ulike brukergrupper til kommunene har gått på bekostning av eldre som brukergruppe, da ulike grupper med ulike behov kjemper om tjenester fra samme kommunale omsorgsbudsjett. ”Handlingsplan for eldreomsorgen” representerte et krafttak for omsorgsektoren, men store deler av ressurstilfanget kom yngre brukergrupper til gode. Å inneha et slikt konfliktperspektiv kan være en nyttig rettesnor for kommunene ved prioriteringsbeslutninger planlegging av det kommunale omsorgstilbud for å unngå uønskede konsekvenser og bedre planleggingen av omsorgstilbudet.

INNHold

1.0 Innledning	1
2.0 Metode	3
3.0 Teoretisk perspektiv	5
3.1 Kuhns teori om paradigmeskifte.....	5
3.2 Hirschmans teori om pendelsvingninger i politisk fokus.....	7
3.3 Norths teori om stivhengighetens innvirkning på institusjonell endring	8
4.0 Et bilde av befolkningsutvikling, tilbud, behov og utfordringer.....	11
4.1 Befolkningsutvikling fra 1950 til 2050	11
4.2 Dagens omsorgstilbud	12
4.3 Fremtidige omsorgsbehov.....	14
4.4 Fremtidens omsorgsutfordringer.....	14
4.5 Strategier for å ruste opp omsorgstjenestene til å møte morgendagens behov.....	15
5.0 Historisk utvikling av omsorg for eldre.....	17
5.1 Tidlig historisk utvikling av institusjoner for omsorg for eldre.....	17
5.1.1 Historisk utvikling etter 2. verdenskrig (1945-1965).....	18
5.2 Eldreomsorgskomiteen: starten på den moderne eldreomsorgen	18
5.2.1 Mandatet	19
5.2.2 Hjemmehjelp for eldre	20
5.2.3 Utviklingen av hjemmetjenesten etter innstillingen	23
5.2.4 Institusjoner for eldre	26
5.2.5 Utviklingen etter innstillingen om institusjoner for eldre	27
5.2.6 Boliger for eldre.....	30
5.2.7 Eldres helse, aktivitet og trivsel.....	35
5.2.8 Senere utviklingstrekk ved forebyggende tiltak i eldreomsorgen.....	38
5.3 Helse- og sosialpolitikk som kan ha påvirket eldreomsorgen.....	38
5.3.1 Offentlig revolusjon og velferdsutbygging (1965-1980)	39
5.3.2 Rasjonalisering og konsolidering (1980-1995)	40
5.3.3 Lokal styrking.....	41
5.3.4 Rasjonalisering og effektivisering, men også ny kapasitetsvekst (1995-2005)	42
5.4 Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2002).....	43
5.4.1 Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen (1998-2002)	45
5.4.3 Avslutning av handlingsplanen	47
5.5 Innhold, verdier og kvalitet i omsorgstjenestene, fra kvantitet til kvalitet (2000-)	49
5.5.1 Innhold og kvalitet.....	50
5.5.2 Helhet og samhandling.....	51

5.5.3 Samhandling i fokus	53
5.5.4 Wisløff-utvalget vurderer samhandlingen	54
5.5.5 Samhandlingsreformen	55
5.5.6 Utfordringene i samhandlingsreformen	56
5.5.7 Samhandlingsreformens hovedgrep	57
6.0 Fra eldreomsorg til omsorgstjenester	61
6.1 Yngre mottar i økende grad tjenester som tidligere var forbundet med eldreomsorg	61
6.1.1 Hvem er de yngre brukerne og hvor kommer de fra?	61
6.1.2 Behov	63
6.1.3 Etterspørsel	64
6.1.4 Tilbudet	64
6.1.5 Litt om ressurser	67
7.0 Fire epoker i lys av tre teorier	69
7.1 Den første epoken (1966-1980)	69
7.1.1 Kan innstillingen om institusjoner for eldre representere et paradigmeskifte?	70
7.2. Den andre epoken (1980-1991)	71
7.2.1 Pendelsvingningen etter forrige epoke	71
7.2.2 Avinstitusjonalisering som paradigme	72
7.2.3 Fra velferdsstat til velferdskommune	72
7.3 Den tredje epoken (1991-2003): pendelen mister kraft	73
7.3.1 Fra eldreomsorg til pleie og omsorgstjenester	74
7.3.2 Handlingsplanen for "eldreomsorgen"	75
7.4 Den fjerde epoken: Innhold, kvalitet og samhandling (2003-)	76
7.4.1 Kvalitet og innhold	76
7.4.2 Samhandling	77
7.4.3 Avinstitusjonalisering; et fruktbart paradigme for fremtiden?	78
7.4.4 Konsekvenser for eldreomsorgen	79
8.0 Avslutning: viktige utviklingstrekk	81
Litteraturliste	85

1.0 Innledning

Den moderne eldreomsorgen er relativt ung. Her defineres starten ved Eldreomsorgskomiteens (1966; 1969; 1971; NOU 1973: 26) arbeid med å utforme eldreomsorgen, som med dette gikk fra å være privat anliggende til i økende grad å bli et offentlig ansvar i lys av velferdsstatens fremvekst.

Pågående demografiske endringer i både Norge og resten av Vest- Europa resulterer i en aldrende befolkning og bidrar til å øke etterspørselen etter eldreomsorg, helse- og velferdstjenester. Samtidig innebærer en større andel eldre i befolkningen at færre er i arbeidsfør alder og betaler skatt for å finansiere blant annet helse- omsorgstjenester (Østby 2004). En endret alderssammensetning i befolkningen vil kunne komme til å få konsekvenser for eldreomsorgen og vil kunne stille store krav til planlegging og utforming, for at helse- og omsorgstjenestene skal kunne levere en adekvat eldreomsorg. Kunnskap om eldreomsorgens utvikling og hvilke mekanismer og faktorer som kan påvirke eldreomsorgen, vil kunne være viktig for å etterstrebe god eldreomsorg også i fremtiden. Følgende problemstilling kan dermed utledes: Hvordan har eldreomsorgen utviklet seg frem til i dag, og hva kan påvirke utviklingen?

For å vite noe om hvor historien er på vei, er det nødvendig å vite hvor den har vært (North 2005: 51). Derfor kan det være et fruktbart utgangspunkt å undersøke bakgrunnen for den moderne eldreomsorgen og se hvordan den kan ha utviklet seg til å bli slik vi kjenner den i dag. Det skal også foretas en drøfting av hvordan de senere årenes utvikling og omorganisering i helse- og omsorgstjenesten kan ha hatt konsekvenser for eldreomsorgen og eldre blant andre grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester.

2.0 Metode

I forhold til omsorgstjenestenes størrelse og omfattende virksomhet, er det gjort lite forskning på feltet (St.meld. 25 (2005-2006: 11)). Det har likevel vært mulig å finne mye litteratur om eldreomsorg og sosialpolitiske konsekvenser i løpet utviklingen som har funnet sted de siste tiår. For å finne ut hvordan eldreomsorgen har utviklet seg, hva som kan påvirke utviklingen, og for å besvare den aktuelle problemstillingen, er det blitt gjennomgått og anvendt foreliggende dokumenter og litteratur. Kunnskapen er i hovedsak hentet fra innstillinger, stortingsmeldinger, NOUer, aktuelle bøker, avhandlinger og forskningsrapporter. Disse kildene ble funnet frem til gjennom Bibsys, Statistisk sentralbyrås database og Helse- og omsorgsdepartementets database over offentlige dokumenter. Søkeordene som ble brukt var ord som eldreomsorg, hjemmetjenester, sykehjem, boliger for eldre, omsorgstilbud, omsorgssektor, eldrebølge, ideologi, kommunal og diverse kombinasjoner av disse. Litteraturen refererer også til annen litteratur som omhandler tema, og nye kilder har blitt funnet i litteraturlistene. Gjennom deltagelse på konferansen Omsorg i utvikling: Fag - forskning – feiring i regi av Helsedirektoratet, ble det også etablert oversikt over tema, aktuelle problemstillinger sektoren står overfor, og kjennskap til forskere og institusjoner som bidrar til kunnskap om tema. Søkemotoren Google er brukt for å finne dokumenter som er tilgjengelige i fulltekst på internett. Samtidig har veileder bidratt med litteraturtips. Hovedvekten er lagt på norsk litteratur da det er et eldreomsorgen i Norge som problematiseres.

Arbeidet er gjennomført kronologisk ved å starte med gjennomgang av Eldreomsorgkomiteens arbeider, for deretter å undersøke hva som har skjedd frem til og med Samhandlingsreformens utgivelse. Deretter fortsatte arbeidet med å analysere den historiske utviklingen i lys av teorier som omhandler endring.

Av anvendt litteratur er det benyttet en overvekt av dokumenter som sier noe om hvordan eldreomsorgen bør bli. Stortingsmeldinger, NOUer og Eldreomsorgkomiteens arbeid er eksempler på dette. En svakhet kan være at resultatene av disse kun er fulgt opp i mindre grad. Hva som skjedde realpolitisk i ettertid kunne vært fulgt opp i større grad. Samhandlingsreformen er behandlet slik den utkom, med vekt på hva som er intensjonene med den. Det er ikke tatt høyde for eventuelle forandringer som er gjort i forhold til Samhandlingsreformen i ettertid.

Metoden ble valgt fordi den ble ansett som mest hensiktsmessig for å svare på problemstillingen innenfor rammen av masteroppgave i helsevitenskap normert til 45 studiepoeng. En alternativ innfallsvinkel kunne vært å intervjuere forskere, departementsråder og ledere innen eldreomsorgen om dens utvikling. En empirisk innfallsvinkel ville kunne gi et annet og nyansert bilde av eldreomsorgens utvikling, samtidig som det kunne vært mulig å gjøre funn som ikke er gjort her. Med den teoretiske innfallsvinkelen som ble valgt, var det mulig å ta i bruk noe av det litteraturmangfoldet som finnes om tema. Den teoretiske måten å tilnærme seg problemstillingen på, gjorde det mulig å nærme seg et oversiktsbilde over tema som kunne blitt vanskelig å oppnå i samme grad med en empirisk tilnærming.

3.0 Teoretisk perspektiv

Begrepene paradigme og paradigmeskifte i denne kontekst er ikke uproblematisk. Kuhn (1962/2007) beskriver paradigmeskifter i vitenskapshistorien med hovedvekt på realfag, hans egen bakgrunn er som fysiker og mange av hans eksempler er hentet fra denne fagdisiplin. Innholdet og den røde tråden derimot, går ut på hvordan kunnskap utvikles og hvordan vedtatte sannheter kan bevares så lenge de gir mening.

Hirschmans (1982) teori om hvordan et samfunn kan oppleve politiske pendelsvingninger fra fokus på offentlige løsninger til fokus på private løsninger, brukes her som en parallell til skifte mellom utbyggingsstrategi og omorganiseringsstrategi i jakten på en bedre eldreomsorg. Her sees offentlige løsninger i Hirschman som en parallell til utbyggingsstrategien fordi en utbygging av offentlige velferdsgoder som eldreomsorg, er en satsing på offentlige løsninger. Private løsninger i Hirschman sees på som en parallell til omorganiseringsstrategien for en bedre eldreomsorg, i tråd med verdier om effektiv ressursutnyttelse og en mindre aktiv stat.

Norths (2005) fokus på hva som kan hemme og fremme institusjonell endring er her nyttig for å analysere hva som kan bidra til at eldreomsorgen og helse- og omsorgssektoren forandrer seg, eller ikke forandrer seg på utvalgte områder. Felles for de teoretiske perspektivene er at de omhandler endring.

3.1 Kuhns teori om paradigmeskifte

Thomas S. Kuhn (1962/2007) presenterer, i sitt verk vitenskapelige revolusjoners struktur, en teori om vitenskapens utvikling. Kuhn argumenterer for at vitenskapen ikke utvikler seg ved at kunnskap akkumuleres, slik normalvitenskap gjør, men at utvikling skjer gjennom vitenskapelige revolusjoner som oppstår innen en vitenskap med jevne mellomrom, et paradigmeskifte. En teori kan representere et paradigme fordi den lykkes bedre enn konkurrerende teorier i å løse noen problemer som blir oppfattet som spesielt viktige (Kuhn 1962/2007: 39). Et paradigme oppfyller ifølge Kuhn (1962/2007: 24-25) to viktige egenskaper. Den første er at det nye paradigme er nytt nok til å trekke en stabil gruppe tilhengere bort fra konkurrerende paradigmer. Den andre egenskapen er at paradigmet er åpent nok til å overlate tilstrekkelig mange nye problemstillinger som tilhengerne kan forfølge å løse. I all enkelhet kan et paradigme defineres som det medlemmene av et vitenskapelig fellesskap har felles (Kuhn 1962/2007: 208).

Kuhn (1962/2007: 24) definerer normalvitenskapen som «forskning som er solid basert på en eller flere oppnådde vitenskapelige prestasjoner som et vitenskapelig fellesskap anerkjenner som grunnlaget for videre forskning». Dette kan dreie seg om premissene for et fagfelt, eller noen vedtatte sannheter som danner grunnlag for videre forskning. Normalvitenskap kan også kalles et paradigme, som danner et rammeverk for en vitenskap eller et fagfelt. Ifølge Kuhn (1962/2007: 40) er normalvitenskaplig forskning rettet mot å artikulere fenomener og teorier som paradigmet allerede tilbyr. Som eksempel kan evolusjonsteorien være en et paradigme innen normalvitenskapen biologi.

Kuhn (1962/2007) sammenligner det å forske innen normalvitenskap med å legge puslespill. Reglene og rammeverket er definert, forskerne jobber med å legge brikkene på plass for å forsterke og bygge opp under det eksisterende paradigmet. Om ikke brikkene passer er det forskerne som har feilet, ikke paradigme som er feil. Men etterhvert som forskningsresultater som motstrider paradigmet bygger seg opp, kan det føre mot en krise der hele paradigmet blir forkastet og erstattet med et nytt. En slik krise eller revolusjon skjer ikke gjennom masse bråk og uroligheter, men skjer nærmest usynlig. Kuhn (1962/2007) kaller resultater som motstrider eller ikke samsvarer med paradigmet for anomali. Når det oppstår flere anomalier kan det legge grunnlaget for et paradigmeskifte fordi anomaliene undergraver paradigmets gyldighet. Jo mer presist og vidt et paradigme er, jo lettere kan det forekomme anomalier og dermed bli lagt grunnlag for et paradigmeskifte.

Et paradigmeskifte innebærer at grunnlaget for en vitenskap endres og vitenskapen får et nytt rammeverk å forholde seg til. Det kan innebære en endring av vedtatte sannheter innen et fagfelt. Etter et paradigmeskifte kan man forholde seg til en annen verden og ha en annen verdensoppfatning (Kuhn 1962/2007: 134-135).

Vitenskapelig utvikling kan kort oppsummeres som følgende: Innenfor en normalvitenskap hersker et paradigme som legger premissene og fungerer som et rammeverk. Etterhvert som det oppstår anomalier i form av forskningsresultater som overbeviser mange nok til å erklære paradigmet ugyldig fordi paradigmet ikke kan forklare anomaliene. Dette kan skje gjennom en slags krise eller revolusjon. Paradigmet blir erstattet av et nytt paradigme: teorien som får flest tilhengere og som gir det beste svaret på problemene samtidig som nok problemstillinger blir overlatt tilhengerne til å forfølge. Etter at det nye paradigmet er etablert, oppstår en ny

tilstand av normalvitenskap, frem til det oppstår eventuelt nye anomalier, krise og et nytt paradigmeskifte (Kuhn 1962/2007).

3.2 Hirschmans teori om pendelsvingninger i politisk fokus

Albert O. Hirschman har gjort en rekke arbeider som handler om politisk økonomi og ideologi. I sitt essay *Shifting Involvements: Private Interest and Public Action* (Hirschman 1982: 3) stiller han spørsmålet om et samfunn kan være predisponert til å oppleve svingninger mellom perioder med intens oppmerksomhet mot offentlige spørsmål og fellesløsninger, og perioder med fokus på individuell valgfrihet og private løsninger. Det kan på en måte dreie seg om pendelsvingninger mellom høyreorientert og venstreorientert politikk. Hirschman (1982: 15) stiller spørsmål om utviklingen av et samfunn over tid gjennomgår en privat-offentlig-privat syklus, som går ut på at samfunnet gjennomgår ulike faser. En fase med privat dominans etterfølges av en fase med offentlig dominans og så videre. Skuffelse over den forrige fasens resultater driver samfunnet over i den neste.

Hirschman (1982: 9-13) argumenterer for at skuffelse er en viktig drivkraft for endring av folks preferanser, enten det dreier seg om politiske preferanser eller preferanser i forbruksmønsteret. Han mener at mennesker har visse preferanser fordi vi forventer at disse vil gi oss tilfredsstillende. Men preferansene våre fører også med seg skuffelser, når de ikke oppfyller forventningene vi hadde til dem på forhånd. Mange endrer dermed preferanser i håp om å oppnå tilfredsstillende isteden for skuffelser som den tidligere preferansen har gitt. Hirschman (1982: 12) mener at ubalansen mellom forventninger om et gitt utfall og opplevelser fra det reelle utfallet gir skuffelse og dermed grobunn for endring i preferanse.

Gjennom sine studier av forbrukerskuffelsers innvirkning på preferanser, finner Hirschman (1982: 46-) at økt økonomisk velstand i vestlige land, ikke bare fører med seg økt levestandard, men kan føre med seg økte forventninger og skuffelser, spesielt dersom velstandsøkningen fordeler seg ulikt mellom forskjellige sosiale lag. Jo bedre vi får det, jo mer vil vi ha, og desto større kan skuffelsen bli når ikke forventningene innfries. Noe av mekanismen bak dette kan være at jo flere goder det finnes i et samfunn, jo flere goder er det mulig å ønske seg, samtidig som mange goder er utilgjengelige for mange. Dermed kan økt tilgang på goder gi økt grunnlag for skuffelse, fordi mange opplever det å ikke kunne tilegne seg mange av godene som er tilgjengelige i et samfunnet (Hirschman 1982: 60-61).

Videre stiller Hirschman (1982: 62) spørsmål ved hva skjer som resultat av all skuffelsen og fiendtligheten som er rettet mot privat forbruk og ujevn distribusjon av goder. Som nevnt mener han at noe av resultatet kan bli en økt oppslutning om offentlige fellesløsninger. Hvis det etter en tid skulle vise seg at de offentlige fellesløsningene ikke skulle svare til forventningene og skuffe en befolkning, kan igjen fokuset rettes mot private løsninger. På denne måten kan det forekomme pendelsvingninger mellom private og offentlige løsninger, men som en pendel som mister sin kraft underveis, kan også svingningene mellom offentlig og privat fokus bli mindre kraftige og tydelige ettersom svingningene blir mange. Muligens i retning av stødigere balansegang mellom offentlig og privat involvering.

Ifølge Hirschman (1982: 94-95) er menneskers evne til å forestille seg sosial forandring på en realistisk måte, ganske begrenset. Forsøk på å forestille seg en bedre fremtid gjennom en ny ideologi har tendert mot å være forenklete og skjematisk. Ofte kan ideologier som søker mot et bedre samfunn tendere mot å foreslå en tilstand som ikke bare er ulik, men på mange viktige punkter er direkte motstykker til den nåværende samfunnsorden. I et samfunn med mange ulike politiske meninger og perspektiv, der forandring skjer gjennom kompromisser og samarbeid, blir ikke radikal forandring virkelighet selv om mange forestiller seg radikale endringer mot et bedre samfunn. Uteblivelsen av raske radikale samfunnsendringer og dermed raske og radikale forbedringer i deler av et samfunn, kan dermed generere skuffelser etter at resultatet av endring ikke ga det forventede resultat. For eksempel kan en reform bidra til store endringer på et område, men etter en stund kommer ikke de resultatene mange hadde forventet, ofte fordi forventningene er høye og av utopisk karakter. Dette kan generere nye skuffelser og vende fokus over på motsatt strategi.

3.3 Norths teori om stivhengighetens innvirkning på institusjonell endring

En institusjon er nært beslektet med en organisasjon. Ifølge North (2005: 48) kan man på en enkel måte beskrive forskjellen slik: om man ser for seg en fotballkamp, er det spillerne på banen som utgjør organisasjonen, mens spillereglene er institusjonen. En institusjon kan være et rammeverk av ulike regler, formelle eller uformelle, som får deltakere til å handle på bestemte måter i bestemte settinger. Institusjonell forandring, en endring av regelrammeverket som styrer deltakerne til å handle på bestemte måter, kan være vanskelig og tidkrevende å gjennomføre. En relevant årsak som vi skal behandle her, er konseptet stivhengighet.

For å kunne forme fremtiden mot fremgang og forbedring, må man forstå den historiske

utviklingen av hvor man har vært for å kunne vite hvor man skal (North 2005: 51).

Stiavhengighet går ut på at valg som tas angående fremtid og nåtid er påvirket og/eller begrenset av valg som er tatt i fortiden fordi det kan være nærliggende å handle på grunnlag av hva som har gitt resultater tidligere. Hvis institusjoner fungerer dårlig, er det mulig å tenke seg at endring er enkelt når det er nødvendig og deltakerne innser at man må, men så enkelt er det ikke.

En organisasjon har oppnådd suksess på grunnlag av de valgene som er gjort før, basert på det eksisterende institusjonelle rammeverket. Til og med dens eksistens er opprettholdt takket være valg som er gjort i fortiden. Hvis institusjonelle endringer kan true en organisasjons livsgrunnlag fordi det kan innebære å erstatte trygge og kjente valg med usikre og ukjente, kan organisasjonen ofre ressurser for å hindre enhver endring som vil kunne eventuelt true det eksisterende grunnlaget for organisasjonen. Samfunnet er ikke statisk, altså det er i stadig forandring. Dette kan gjøre institusjonell forandring nødvendig fordi det som har medført suksess før, vil ikke nødvendigvis gjøre det i fremtiden når forutsetningene er endret og verden ser annerledes ut (North 2005: 51-52).

Å endre økonomiske insentivsystemer kan være en effektiv måte å oppnå institusjonell endring på. Ifølge North (2005: 60-61) utvikler organisasjoner og institusjoner seg i retning av å oppnå størst mulig gevinst og søker å oppnå godene omgivelsenes insentivsystem gir. Om insentivsystemet belønner piratvirksomhet, er det piratvirksomhet man får. Et godt insentivsystem kan dermed brukes til å oppnå de resultatene som premissleverandørene (staten) ønsker. Men dette kan være vanskelig i praksis. Ofte treffer ikke insentivsystemet etter hensikten og man får uønskede effekter¹.

¹ Ventelisteskandalen ved Sykehuset Asker og Bærum, der sykehuset kunne spare penger på å la være eller utsette innkalling av pasienter (Aftenposten 2010).

4.0 Et bilde av befolkningsutvikling, tilbud, behov og utfordringer

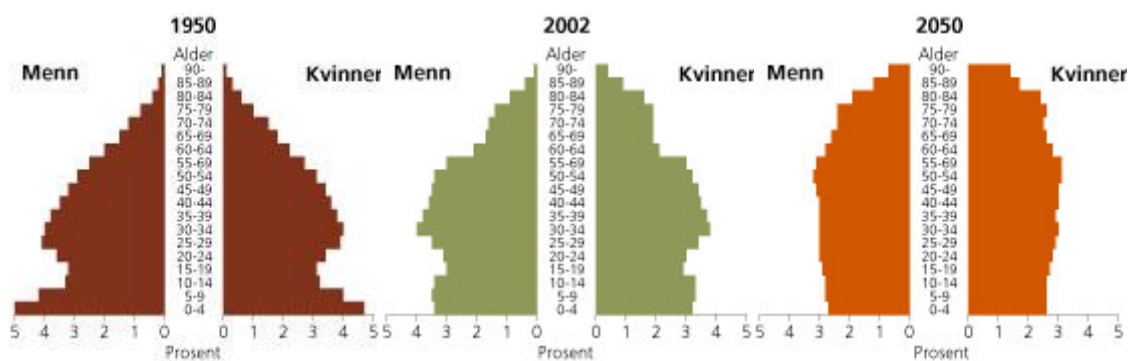
Et samfunnsområde som har gjennomgått omfattende endringer de siste tiårene er eldreomsorgen. Endringene har sin bakgrunn i demografisk utvikling som påvirker behovet, og i helse- og sosialpolitikk som påvirker tilbudet. Disse variablene er ikke av statisk karakter, men vil trolig fortsette å endres kontinuerlig. På bakgrunn av lite forskning på omsorgstjenestene, ser Regjeringen det som en sentral oppgave å styrke forskningen på omsorgstjenestene og eldreomsorgen. Å øke kunnskapen ble ansett som viktig for blant annet å bedre grunnlaget for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbud, heve omsorgstjenestenes status og skape interesse for pasientgrupper med lav prioritet, samt å styrke kompetanse og rekruttering (St.meld. 25 (2005-2006: 11-12)).

I følgende avsnitt skal vi se på hvordan befolkningsutviklingen fordeler seg og hvordan fremskrivninger viser at den vil utvikle seg. Hva som er status for omsorgstilbudet i dag er interessant å se i sammenheng med fremtidens tilbud og behov for omsorgstjenester og hvilke utfordringer dette kan by på. Hva er myndighetenes plan for å sikre et adekvat omsorgstilbud også i fremtiden?

4.1 Befolkningsutvikling fra 1950 til 2050

På en måte kan det sies at eldrebølgen allerede har inntruffet. Mens det i 1950 bare var drøye 8 prosent eldre 67 år og over, er dagens andel vel 13 prosent. Men først etter 2010, når de store etterkrigskullene blir pensjonister, vil denne andelen øke ytterligere, til 19 prosent i 2030 og 22 prosent i 2050. Andelen barn og unge under 15 år vil fortsatt synke, til om omtrent 17 prosent i 2050, fra omtrent 20 prosent i dag (Statistisk sentralbyrå 2008).

For å tallfeste og illustrere hvordan fremtiden kan se ut, kan det være nyttig å ha noen av disse tallene i mente: I 1950 var det over 7 personer i arbeidsfør alder (20-66 år) for hver person i pensjonsalder (over 67 år). I 2004 var det 4,4 personer per pensjonist, og i 2020 vil tallet være 3,7. I 2050 vil det bare være 2,5 personer i arbeidsfør alder per pensjonist (Østby 2004).



Figur 2: Demografisk utvikling (Østby 2004).

Figur 2 illustrerer hvordan den demografiske utviklingen kan fortone seg. Illustrasjonen kan også gi et bilde på hvordan utviklingen kan se ut. Det er imidlertid viktig å ha i mente at disse tallene og illustrasjonene ikke er fakta men predikerte beregninger.

Den såkalte eldrebølgen er altså en kontinuerlig demografisk prosess som gir relativt flere eldre i befolkningen. Dette får konsekvenser for etterspørselen av eldreomsorg. Men eldrebølgen skyldes bare delvis at det blir flere eldre, like viktig er det at det blir født færre. Det som gjør eldrebølgen mindre dramatisk i Norge sammenlignet med andre land er at vi har fortsatt relativt høye fødselsrater i forhold til andre europeiske land og at innvandrerne er unge.

En naturlig konsekvens av at befolkningen blir eldre, er at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke. Pensjonsutgiftene vil også øke i takt med de demografiske endringene. Demografiske endringer og økt behov for velferdstjenester er noe vi ikke kan styre og som i stor grad ligger i utenfor vår kontroll (Østby 2004). Det som imidlertid er mulig å gjøre noe med, er å tilpasse og organisere eldreomsorgen på en best mulig måte slik at man kan få best mulig eldreomsorg for de ressursene samfunnet har til rådighet for dette formålet.

4.2 Dagens omsorgstilbud

Før vi tar for oss fremtidens omsorgsutfordringer, kan det være nyttig å ha en liten oversikt over dagens omsorgstilbud. 200 000 mottar i dag offentlige omsorgstjenester. Av disse bor 40 000 på aldersinstitusjon som i dag i all hovedsak betyr sykehjem, mens 160 000 mottar ulike hjemmetjenester i eget hjem eller i omsorgsbolig. Antall brukere av disse omsorgstjenestene

under 67 år ble mer enn fordoblet mellom 1995 og 2005 og utgjorde i 2005 50 000 av de 200 000. Samme år ble det utført 110 000 årsverk i omsorgssektoren, fordelt omtrent likt mellom sykehjemmene og hjemmetjenestene (St. meld. 25 (2005-2006: 9)).

Disse tallene reflekterer at hjemmetjenester er billigere enn sykehjemsplasser på aggregert nivå, når samme antall årsverk i hjemmetjenesten får hjulpet et større antall brukere. Men det kan være viktig ikke insinuere at det ene er billigere basert på så enkle tall fordi sykehjemmene behandler tyngre brukere som har generelt sett behov for mer hjelp enn mottakere av hjemmetjenester.

Regjeringen hadde en målsetting om å øke antall årsverk fra 2004 nivå med 10 000 frem til utgangen av 2009, som en del av tiltakene for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2009a) ble det allerede ved utgangen av 2008 utført over 121 000 årsverk i omsorgssektoren, altså en økning på mer enn de 10 000 som var målsettingen.

Noe av det som er karakteristisk ved dagens omsorgstilbud er at det er først og fremst på det sosiale og kulturelle området dagens omsorgstilbud har de største begrensningene. Altså knyttet til sekundære omsorgsbehov som yngre brukergrupper av omsorgstjenester etterspør i stor grad. Når de yngre brukerne utgjør en stadig større andel av tjenestemottakerne stiller det omsorgstjenestene ovenfor nye utfordringer, som å tilby et mer differensiert tjenestetilbud som omhandler andre tjenester enn kun stell og pleie (St. meld. 25 (2005-2006: 9-10)). Otnes (2007) påpeker at mange av de yngre tjenestemottakerne trenger hjelp til å fungere i arbeidslivet, og at de trolig har større krav og forventninger enn de eldre om hjelp til å ha en aktiv og sosial fritid.

Enerom er en viktig kvalitativ faktor i eldreomsorgen som institusjonene fremdeles sliter med å tilby sine beboere. Per landsgjennomsnitt er 93,5 prosent av institusjonsplassene enerom, mens 63,9 prosent av institusjonsplassene er enerom med eget bad og wc. Det er imidlertid verdt å merke seg at andelen enerom varierer i stor grad mellom ulike kommuner (Statistisk sentralbyrå 2009).

4.3 Fremtidige omsorgsbehov

Demografiske fremskrivninger viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester øker og vil fortsette å øke. Men samtidig er det ikke bare antall brukere som vil endres, men også type tjenester vil kunne endres. Den brukergruppen som har økt mest de siste årene er de under 67 år, noe som kan medføre etterspørsel etter tjenester med et annet kvalitativt innhold enn det man vanligvis forbinder med eldreomsorg. Men samtidig kan denne brukergruppen ha andre ressurser til å mestre andre utfordringer. Fremtidens mottagere av omsorgstjenester vil kunne bestå av nye generasjoner eldre som vil ha høyere utdannelse, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. Fremtidens eldre vil sammen med det økende antallet yngre brukergrupper kunne kreve et mer variert tjenestetilbud (St. meld. 25 (2005-2006: 10)).

4.4 Fremtidens omsorgsutfordringer

De utfordringene som omsorgstjenestene står overfor, knyttet til personellsiden, blir i St. meld. 25 (2005-2006: 9) i korthet oppsummert som utfordringer angående en høy andel ufaglærte arbeidere, mange uten høyskole eller universitetsutdanning, høyt sykefravær, avgang til attføring og uførepensjon, omfattende bruk av deltidsstillinger, og at sektoren preges av få ledere. Som følge av den endrede alderssammensetningen i befolkningen, vil det ikke komme noen vesentlig økning i arbeidskraft eller potensielle frivillige omsorgsytere. Om familieomsorgen holder seg på et stabilt nivå, kan det bety at det offentlige må ta ansvar for hele behovsveksten, noe som vil kunne kreve en lokalt forankret omsorgstjeneste i bedre samhandling med familie, frivillige og lokalsamfunn. En del av utfordringene knytter seg altså både til økt kapasitet som går på kvantitet, og øking av kompetansen som går på kvalitet.

Det vil imidlertid også oppstå en del utfordringer når det gjelder økt etterspørsel etter tjenester og endrede behov for ulike tjenestetyper. Den sterke veksten i antall yngre brukere av omsorgstjenester representerer, vil kunne kreve en annen type faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet. En økende andel eldre mennesker i samfunnet vil kunne kreve økt kapasitet i omsorgssektoren og bedre kompetanse på aldring, demens og sammensatte sykdomsbilder, inkludert en bedre medisinsk kompetanse og oppfølging (St. meld. 25 (2005-2006)).

Regjeringen peker på at dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette kan kreve større faglig bredde som inkluderer flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudene kan dekke flere psykososiale behov og ha en mer aktiv profil (St. meld. 25 (2005-2006)).

4.5 Strategier for å ruste opp omsorgstjenestene til å møte morgendagens behov

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden i årene mellom 2005-2020 til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omtrent 2020. Noen kommuner vil møte de demografiske utfordringene tidligere enn dette, men det er mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer i forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg allerede nå (St. meld. 25 (2005-2006: 11)).

På bakgrunn av de utviklingstrekk og utfordringer som er beskrevet og at den kommunale omsorgssektoren er blitt så stor, kan eldreomsorgens utvikling i Norge være et fruktbart case å se i lys av endringsteoriene beskrevet i 3.0. Ikke minst med tanke på at sektoren etter hvert har blitt så omfattende at feilslått politikk og uønsket utvikling kan få store samfunnsøkonomiske konsekvenser.

5.0 Historisk utvikling av omsorg for eldre

5.1 Tidlig historisk utvikling av institusjoner for omsorg for eldre

Offentlige institusjoner med formål å hjelpe eldre mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, er et gammelt konsept. Helt tilbake til middelalderen var det ordninger i offentlig regi som var ment til å ta vare på eldre og andre pleietrengende. Hovedansvaret for omsorgen for de gamle lå i familiene, men for de som ikke hadde et nettverk av familie å falle tilbake på, fantes det hjelp å få, men i beskjedne grad og utstrekning sammenlignet med dagens nivå. Offentlige institusjoner som med hensikt å hjelpe eldre, ble mer vanlig i Nord-Europa enn lenger sør, da det var større behov her. En årsak kan være at det var lavere giftemålsrater her enn i resten av Europa, noe som resulterte i svakere sosiale nettverk og familieband til å utføre den omsorgen det var behov for (Daatland & Sundstrøm 1997: 18).

Frem til 1920- 1930- tallet var det fattigforsorgen og fattighusene som tok seg av omsorgen for eldre pleietrengende, samt omsorg for andre pleietrengende grupper. Fattighusene utviklet seg til i hovedsak å ta seg av eldre mennesker fordi denne brukergruppen var økende. Fra da oppstod aldershjemmene som et kommunalt ansvar, forbeholdt eldre pleietrengende uten familie som kunne ta seg av dem. Samtidig oppstod egne institusjoner for psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede og andre pleietrengende grupper. Fattighuset, som tidligere hadde tatt seg av alle grupper med behov for omsorg, utviklet seg gradvis til et mer differensiert tilbud med egne institusjoner forbeholdt hver av de ulike brukergruppene. Familien var fortsatt den primære omsorgsinstitusjonen for eldre. Det var lovpålagt for barna å ta seg av sine gamle foreldre frem til 1965 (Daatland & Sundstrøm 1997: 19).

Fattighuset var først og fremst en forsørgelsesinstitusjon for fattige mennesker, og ikke primært en omsorgsinstitusjon. Da alderstrygden kom i 1937, bidro dette i stor grad til å hjelpe mange eldre ut av fattigdommen. Dette bidro til å redusere behovet for fattigforsorg, men det skulle komme økende behov for pleie og omsorg for eldre.

Aldershjemmene ble utledet av fattighusene. Ofte ble fattighus omgjort til aldershjem med beskjedne standard. Samme bygning og arv fra anstaltideologien kunne leve videre og prege aldershjemmene. Ofte ble disse aldershjemmene fortsatt kalt fattighus frem til 2. verdenskrig. Aldershjemmene var noe annet og bedre enn fattighusene, og hensikten var å ta vare på eldre mennesker som ikke lenger kunne klare seg selv og som ikke hadde en familie som kunne ta

vare på dem. Aldershjemmene representerte dermed starten på eldreomsorgen i en betydning av begrepet som innebærer omsorg for eldre (Daatland, Platz & Sundstrøm 1997: 26).

5.1.1 Historisk utvikling etter 2. verdenskrig (1945-1965)

Aldershjemmene etter 2. verdenskrig og på 1950 tallet kan sammenlignet med dagens standard ansees som rene oppbevaringsanstalter med et beskjedent omsorgstilbud, strenge regler og lav grad av selvbestemmelse. Arven fra fattighuset satt igjen og det vanlige var å dele rom, til dels i sovesaler (Daatland et al. 1997: 37-38).

På 1950 tallet oppsto begrepene alders- og sykehjem som erstattet begrepene gamle- og pleiehjem. Disse institusjonene ble drevet av kommuner og/eller frivillige organisasjoner frem til 1970 da sykehjemmene kom inn under sykehusloven og fylkeskommunen overtok ansvaret. Kvinneorganisasjoner innførte husmorvikartjenester som mottok statstøtte for første gang over 1948-49 budsjettet. I 1952 mottok eldre 6 prosent av husmorvikartjenestene, noe som tydet på at de eldre hadde behov for hjelp i hjemmet av en mer varig karakter. I 1959 ble husmorvikartjenesten samkoordinert med hjemmesykepleien under felles ledelse. Dette var også første gangen hjemmesykepleien mottok statstøtte. Hjemmehjelptjenesten ble innført i 1952 i en bydel i Oslo av Nasjonalforeningen for folkehelsen, og spredte seg raskt deretter til andre bydeler og andre kommuner i landet. I 1965 fantes ordningene i halvparten av landets kommuner, i mange av kommunene som ikke hadde hjemmehjelptjenester var det husmorvikartjenesten som utfylte funksjonen (NOU 1992:1: 111). Ifølge Frelsesarmeen (2010) representerer lov om sosial omsorg fra 1964 et vannskille med tanke på statens anseelse av sitt ansvar for omsorgstjenester. Med denne loven gikk fattighjelp fra å bli ansett som almisse, mot i større grad bli ansett i som rettighet.

5.2 Eldreomsorgkomiteen: starten på den moderne eldreomsorgen

Komiteen for eldreomsorgen ble oppnevnt ved Kongelig resolusjon 20. november 1964. Det som gjør Eldreomsorgkomiteen interessant er at dette initiativet kom fra regjeringshold og med ambisjon om å hankses med eldrespørsmålet i en velferdstatlig kontekst, ved at sentrale myndigheter gjør eldreomsorg til et politisk ansvar (Eldreomsorgkomiteen 1966).

5.2.1 Mandatet

Eldreomsorgkomiteens (1966: 5) mandat er gjengitt i det følgende:

”Komiteens mandat er å utarbeide forslag og retningslinjer for den videre utbygging av eldreomsorgen. Komiteen bør særlig ta for seg de oppgaver i eldreomsorgen som ikke løses ved trygder og pensjonsordninger.

De spørsmål komiteen særlig skal vurdere er etter resolusjonen 5 hovedelementer:

1. *Boligforholdene for eldre og eventuelle tiltak for å bedre disse*
2. *Pleie- og aldershjembehovet – nærmere bestemt kartlegging av behovet for forskjellige typer institusjoner med vekt på å finne fram til den mest rimeligste og mest rasjonelle løsning på av dette viktige problem.*
3. *Hjemmehjelp for eldre – styrking av hjemmehjelpordninger og kartlegging av behovet for lignende og eller andre ordninger for bistand for eldre som bor utenfor institusjon.*
4. *Syssettingstiltak for eldre (aktivitetstiltak).*
5. *Trivselstiltak for eldre (velferdstiltak).*

I resolusjonen er det til mandatet knyttet visse forutsetninger og særlige pålegg.

For det første det at komiteen særlig skal vurdere de problemer som oppstår for de eldre i såkalte fraflyttingskommuner, og vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes spesielt i disse kommunene. For det annet forutsettes det at komiteen skal utarbeide en plan for utviklingen av eldreomsorgen, med en vurdering av hvordan oppgavene mest hensiktsmessig skal fordeles på stat, fylkeskommuner og primærkommuner. Komiteen skal videre vurdere finansieringen av eldreomsorgen ut fra den synsvinkel at de eldres økonomi gradvis vil bli vesentlig styrket etter hvert som folkepensjonen blir effektiv for stadig nye årsklasser. Hva spesielt angår pleie- og aldershjemsbehovet er forutsetningen at komiteen ikke vurderer finansieringen av den medisinske pleie, som er vurdert av Sykehusordningskomiteen. Når det gjelder syssettingstiltak for eldre, har komiteen forstått det slik at dens mandat avgrenses i forhold til den komite som ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 6. desember 1963. Sistnevnte komité's oppgave er å utrede syssettingsproblemer for eldre arbeidstakere, spesielt ut fra disses behov for inntektsgivende arbeid før pensjonsalderen. Eldreomsorgkomiteen for sin del går ut fra at dens mandat er å utrede syssettingstiltak med vekt på aktivisering og trivsel, og antar at også mulighetene for fortsatt inntektsgivende arbeid etter inntrådt pensjonsalder må sees på som en del av disse tiltak.”

Komiteen for eldreomsorgen utga i alt fire innstillinger, henholdsvis Innstilling om hjemmehjelp for eldre (1966), Innstilling om institusjoner for eldre (1969), Innstilling om boliger for eldre (1971) og NOU- rapporten "Eldres helse, aktivitet og trivsel" (1973). Disse utgivelsene vil bli behandlet kronologisk i det følgende.

5.2.2 Hjemmehjelp for eldre

I komiteen for eldreomsorgens første innstilling, om hjemmehjelp for eldre, identifiseres utfordringene man står ovenfor med de demografiske endringene som fører til en eldre befolkning med en større andel pleietrengende. Komiteens mål er å finne frem til offentlige løsninger.

I innstillingen vektlegges betydningen av et aktivt liv både fysisk og psykisk i alderdommen. Bakgrunnen er at de eldre skal vedlikeholde sine evner så lenge som mulig, forebygge sykdom og unngå inaktivitet som påpekes er svært skadelig, spesielt for eldre som lettere kan miste egenskaper som er nødvendige for å klare seg selv. Eldreomsorgkomiteen (1966) påpeker at dette er spesielt viktig i dagens samfunn med tanke på at velstandsutviklingen har medført en mer inaktiv befolkning som følge av mindre anstrengelser i arbeid, transport og fritid.

Målet for eldreomsorgen ble da at de eldre i størst mulig grad og lengst mulig skulle klare seg selv i sine egne hjem og opprettholde best mulig funksjonsnivå.

Hovedmålet i eldreomsorgen var ifølge eldreomsorgkomiteen at de eldre skulle leve lengst mulig i sine egne hjem med størst mulig grad av selvhjulpenhet. For å muliggjøre dette ble det ansett som nødvendig og av stor betydning å ekspandere det offentlige tilbudet om hjemmehjelp og andre støttetiltak for hjemmeboende eldre (Eldreomsorgkomiteen 1966: 13).

Komiteen for eldreomsorgen konkluderer med i sin innstilling om hjemmehjelp med at behovet for hjemmehjelpsordninger var langt større enn det statlige og kommunale myndigheter har regnet med. Kartleggingen av eldreomsorgens status ble foretatt av komiteen selv på bakgrunn av tilgjengelig statistikk og forskning, blant annet utført av Gerontologisk institutt. I den sammenheng kan det være på sin plass å nevne noen trekk ved hjemmehjelpsordningene anno 1965-66. Halvparten av landets kommuner hadde hjemmehjelpsordninger for eldre i 1965, samtidig bodde 75 prosent i en kommune med hjemmehjelpsordning, noe som kommer av at ordningene var mest utbygd i store kommuner. Dekningsgraden av disse ordningene hadde økt i årene før 1965 og sto fremfor ytterligere

utbygging (Eldreomsorgkomiteen 1966: 20).

Et kvalitativt trekk ved hjemmehjelpsordningene på denne tiden som kan nevnes er tiden som ble avsatt per bruker. Hver hjemmehjelper arbeidet i gjennomsnitt 10,2 timer i uken. Det er også viktig å nevne at hjemmehjelperne på denne tiden i stor grad bestod av husmødre (70,6 prosent) som virket som hjemmehjelpere for eldre på deltidsbasis (Eldreomsorgkomiteen 1966: 22). Besøkhyppheten per hjem forløp som følger: 56 prosent hadde ett besøk i uken, 30 prosent fikk to besøk, nesten 9 prosent hadde besøk 3-4 ganger, mens 5 prosent av hjemmene hadde besøk fra hjemmehjelpen 5-7 ganger i uken (Gjennomsnittlig besøkhypphet i uken per hjem er dermed 1,7). Interessant er det når man også ser at varigheten av hvert besøk i gjennomsnitt varte i over to timer og tjue minutter. Hvert hjem hadde i gjennomsnitt fire timer og trettifem minutter besøkstid i uken (Eldreomsorgkomiteen 1966: 27). Det hjemmehjelpen besto i, var hjelp til å utføre daglige oppgaver som matlaging, renhold, ærender og personlig hygiene og lignende som de hadde vanskeligheter med å kunne utføre på egenhånd (Eldreomsorgkomiteen 1966: 12). Hjemmesykepleien var organisert som en separat tjeneste i kommunene, men ofte under en felles ledelse med hjemmehjelpen. Hjemmesykepleierne var utdannet syke- og hjelpepleiere og deres ansvar og oppgaver dreide seg mer opp pleieoppgaver og medisinerer (Daatland et al 1997: 58).

De demografiske endringene i befolkningen som skjedde på 1960- tallet betød at befolkningen ble eldre og dermed en økende andel personer som hadde behov for hjelp fra det offentlige i form av hjemmetjenester eller institusjonsplass for å klare seg i det daglige. Eldreomsorgkomiteen identifiserte utfordringene og kom med forslag for å løse disse.

Komiteen for eldreomsorgen anser hjemmehjelpsordninger som et godt virkemiddel for å imøtekomme det økende omsorgsbehovet. Både når det gjelder å finne den beste løsningen for de eldres velferd og samfunnsøkonomisk. Fordi de fleste eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig isteden for å bo i institusjon ville dermed å hjelpe de eldre hjemme til å klare seg lengst mulig være en god løsning med tanke på kvalitet i eldreomsorgen. Når man også tok det samfunnsøkonomiske perspektiv i betraktning, fremsto hjemmehjelpsordninger som en meget gunstig løsning på utfordringene fordi å hjelpe de eldre hjemme var langt billigere enn å hjelpe dem i institusjon (Eldreomsorgkomiteen 1966: 29).

En av de viktigste utfordringene som komiteen peker på er problemet med å rekruttere folk til å jobbe i hjemmetjenesten. Dette ble ansett som en av de viktigste årsakene til at utbyggingen av hjemmetjenestene lå på etterskudd. Rekrutteringsproblemet bør imidlertid sees i sammenheng med at kvinner på denne tiden i mindre grad deltok i arbeidslivet.

Hjemmehjelperne var som nevnt i hovedsak husmødre som jobbet deltid. Komiteen konkluderer også med «...at det kreves særlige tiltak for å øke tilgangen av interesserte som passer til dette yrket» (Eldreomsorgkomiteen 1966: 30). Dette kan være en interessant observasjon tatt i betraktning kvinners økende deltagelse i arbeidslivet i årene som kommer etter denne innstillingen ble gitt ut.

Andre hinder for utbygging av hjemmetjenestene er anstrengt kommuneøkonomi, og spesielt i mindre kommuner var det økonomiske grunnlaget for utbygging av hjemmetjenester svakt. Komiteen peker kanskje noe overraskende på at den opinionsmessige støtten til en utbygging av hjemmetjenester er svak, noe som var til hinder for videre utbygging (Eldreomsorgkomiteen 1966: 30).

Andre konkrete forslag som komiteen fremla var å innføre statstilskudd til kommunene for å hjelpe med å finansiere hjemmetjenestene. Tilskuddene ble foreslått å være i størrelsesorden minst 35 prosent av nettoutgifter og opp til 70 prosent til de mest vanskeligstilte kommunene. Komiteen foreslår nabohjelp og hjelp fra pårørende, som går ut på å lønne naboer og pårørende for å hjelpe de eldre, spesielt i spredtbygde kommuner med lavere tilgang til hjemmehjelpsordninger. Daatland et al. (1997: 71-72) påpeker at denne omsorgsformen delvis kan være et resultat av at hjemmehjelpen på denne tiden balanserte mellom den uformelle omsorgen som grunnet i et familieansvar, og den formelle omsorgen som grunnet i et offentlig ansvar for eldreomsorgen. Dette kan sees i sammenheng med at eldreomsorgen på denne tiden kan sies å ha vært i en overgangsfase der det offentlige i stigende grad overtok ansvaret for eldreomsorgen fra familiene.

Komiteen legger også vekt på å øke kompetansen til hjemmehjelperne ved å intensivere kursvirksomheten og opplæringen, samt drive opplysning om hjemmehjelpens muligheter og oppgaver for å få opinionen til å forstå viktigheten av en omfattende utbygging av hjemmehjelpstjenestene (Eldreomsorgkomiteen 1966: 37).

Ved årsskiftet 1971/72 overtok Sosialdepartementet (Helsedirektoratet) det statlige ansvaret for hjemmetjenestene og det ble gitt spesifikke retningslinjer for opprettelse og drift av denne

virksomheten (NOU 1973:26: 52).

Noe av hovedkonklusjonen til eldreomsorgkomiteen er å yte bedre kvalitet i eldreomsorgen til lavere kostnader ved utbygging av hjemmehjelpstjenester. Argumentasjonen går på at å bo hjemme heller enn på institusjon er best for de eldre og gir bedre kvalitet, samtidig som det å bo hjemme med hjemmehjelp gir lavere kostnader, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette kan fremstå som en åpenbar vei å gå fordi det kan fortone seg som en vinn-vinn situasjon, bedre kvalitet til lavere kostnader. Dette var også en internasjonal trend. Andre vesteuropeiske land valgte også å bygge ut hjemmetjenestene for å gjøre dem i stand til å bære et stadig større ansvar og påta seg flere oppgaver for eldreomsorgen (Eldreomsorgkomiteen 1966).

5.2.3 Utviklingen av hjemmetjenesten etter innstillingen

Etter å ha gjennomgått eldreomsorgkomiteens behandling av hvordan hjemmetjenestene kan og bør utvikles, kan det være interessant å se på hvordan hjemmetjenestene faktisk utviklet seg i årene etter innstillingens utgivelse.

Årene etter at innstillingen om hjemmehjelp for eldre (1966) forelå, kom det en kraftig satsing på hjemmehjelp. Antall kommuner som hadde hjemmehjelpsordninger ble mer enn fordoblet fra 1965 til 1971. Den raske utbyggingen kan også illustreres ved å nevne at det i 1969 var 2000 årsverk i hjemmehjelpen, 2658 året etter og 3366 årsverk i 1971. Departementet regnet med en fortsatt ekspansjon i årene etter (NOU 1973: 26: 55).

Eldreomsorgkomiteen avslutter sin innstilling med å påpeke at forslagene og problemstillingene som er behandlet i innstillingen om hjemmehjelp for eldre, er et ledd i en omfattende virksomhet med hensikt å redusere behovet for institusjoner for eldre. Andre tiltak skulle komiteen komme til å behandle i senere innstillinger (Eldreomsorgkomiteen 1966: 37), som skal gjennomgås i følgende avsnitt.

Som tidligere nevnt var det humanitære organisasjoner som startet opp hjemmehjelpstjenester, som for eksempel ”Nasjonalforeningen mot tuberkulosen, for folkehelsen” og ”Norske kvinners sanitetsforening”. Men disse tjenestene var mest lokale prøveordninger og fikk ikke stort omfang. De kan sees på som initiativ for å få kommunene til å bli bevisst sitt ansvar, og overta ansvaret for utbygging og drift av hjemmehjelpstjenester. Kommunene fulgte opp med

å overta ansvaret og hjemmetjenestene ble omfattende bygget ut på 1960- og 1970 tallet, godt hjulpet av statlige øremerkede midler. Resultatene av utbyggingen av hjemmetjenestene kan man finne spor etter i statistikken. Dekningsgraden var i 1965 i størrelsesorden 3 prosent, i 1980 hadde dekningsgraden øket til rundt 16 prosent av befolkningen over 65 år, og til 18-19 prosent i 1990. Etter dette holder dekningsgraden seg relativt stabil frem til 1995. Etter den omfattende utbyggingen på 1960- og 1970- tallet flatet økningen ut. Dette kan ha sammenheng med at et visst nivå av behovsdekning ble nådd og de mest prekære behovene ble dekket (Daatland et al. 1997: 73).

I denne tidsperioden er også brukerne av hjemmetjenester i stor grad eldre, 85 prosent over 65 år, mens resten er yngre funksjonshemmede. Det er imidlertid viktig å påpeke at denne statistikken gjelder for kun hjemmehjelp, om man legger til hjemmesykepleie vil den samlede dekningsgraden ligge nesten 20 prosent høyere enn det tallene ovenfor illustrerer (Daatland et al. 1997: 63-64). Tall fra Statistisk sentralbyrå (2009c) indikerer imidlertid at 23,4 prosent av befolkningen over 67 år mottok hjemmetjenester 1995. I 2005 var den samme prosentandelen økt til 27,2 prosent.

Ifølge Daatland et al. (1997: 66) finnes det ulike måter å fordele hjemmetjenesteressursene på, ved å vektlegge enten kvalitet eller kvantitet og ulike mellomløsninger. I praksis kan dette bety at man enten kan prioritere å nå flest mulig brukere, med de konsekvensene dette kan få for tiden med hjelp hver enkelt bruker får. Eller man kan prioritere at de brukerne som får hjelp får så mye tid som det er behov for, med de konsekvensene det kan ha for antall brukere som mottar hjemmetjenester. Hvordan man fordeler ressursene varierer mellom de skandinaviske landene og over tid. I Norge er det i større grad blitt valgt å fordele hjemmehjelpressursene på mange brukere, ofte gjennom standardtildelinger i både institusjonsomsorgen og hjemmeomsorgen. Denne prioriteringen kan sees i sammenheng med at vi i Norge har opprettholdt en større institusjonsdekning sammenlignet med Sverige og Danmark som har redusert institusjonsdekningen og dermed vært avhengig av hjemmetjenester som kan yte adekvat hjelp til tyngre brukere som bor hjemme isteden for i institusjon. Men den samlede ressursinnsatsen har i Norge økt jevnt fra 1965 frem til starten av 1990 tallet. Etter det skjøt ressursinnsatsen i været, noe som må sees i sammenheng med at kommunene overtok ansvar for omsorgen av psykisk utviklingshemmede som da i økende grad ble brukere av hjemmetjenester (Daatland et al 1997: 67).

Et interessant utviklingstrekk kan også være å se på antall hjelpetimer i uka per bruker. I 1965 lå gjennomsnittet på 4,6 timer i uka (Eldreomsorgkomiteen 1966: 27), mens gjennomsnittet i 1995 lå på omtrent 3 timer i uka (Daatland et al. 1997: 70). Daatland et al (1997: 70-71) påpeker imidlertid at denne forskjellen trolig er enda større fordi man i 1997 brukte mer av timeverkene på aktiviteter som ikke er hjemme hos brukerne, som for eksempel kursing, sykefravær og administrasjon som følger i kjølvannet av økt profesjonalisering. Uansett tar Daatland et al. (1997: 72-73) utgangspunkt i at kvaliteten på hjemmetjenesten har økt som følge av økt profesjonalisering, blant annet på grunn av økt kompetanse, men her trenger det ikke nødvendigvis være noen direkte sammenheng. Samtidig har antall brukere av hjemmetjenester økt kontinuerlig fra 1965 til i dag, både når det gjelder antall brukere og prosentandel personer over 67 år som mottar hjemmetjenester (Statistisk sentralbyrå 2009b; Statistisk sentralbyrå 2009c).

Et særtrekk ved eldreomsorgen og spesielt ved hjemmehjelpen, er den høye andelen ufaglærte arbeidere. Som vi har sett tidligere, har dette historisk sine røtter tilbake til da hjelperne var husmødre som jobbet deltid på timelønnsbasis². Dette karakteriserte hjemmehjelpen spesielt frem til midten av 1980 tallet. Sakte men sikkert har yrkene i eldreomsorgen gått i retning av økt profesjonalisering. Det ble vanligere med fast ansettelse og arbeidsvilkårene ble bedret til et nivå andre yrkesgrupper tok for gitt (Daatland et al. 1997: 72). Å arbeide i hjemmehjelpen gikk altså fra å være en deltidsyssels for husmødre, til å gå i retning mot å bli en heltids profesjon. Hvordan man definerer hjemmehjelpen yrkesstatus i dag, lar vi inntil videre være et åpent spørsmål.

Hjemmetjenestene ser også ut til å ha endret karakter over årene som har gått (1960-1995). En årsak er at det har vært nødvendig å utvikle tjenestenes innhold til de behovene som finnes blant tjenestemottakerne når behovene endrer karakter. En annen årsak er at det på grunn av begrensede ressurser har vært nødvendig å effektivisere hjemmetjenestene og i større grad selektere og behovsprøve mottakerne av tjenestene. Dreiningen hjemmetjenestene har hatt mot en prioritering av hjemmesykepleie med fokus på stell og pleie fremfor hjemmehjelp med fokus på husstell og psykososial stimulans kan være et uttrykk for dette, fordi behov som er mest prekært blir prioritert (Daatland et al. 1997: 73).

² Går man enda lenger tilbake, har eldreomsorg tidligere vært et familieansvar og ikke en profesjon. Sett i et lengre historisk perspektiv er profesjonaliseringen av pleieoppgaver et relativt nytt fenomen (Kluge 1979).

Andre konsekvenser av ressursknapphet og mer vektlegging på rasjonell drift kan være større variasjon av hvilke hjelpere brukerne får besøk av og til hvilke tidspunkter de kommer på. Tidligere var det mer vanlig med faste hjelpere som kom på fast avtalte tidspunkter, men dette ble etterhvert mer flyktig ettersom det ble nødvendig med mer rasjonell drift av hjemmetjenestene da behovene vokste i raskere takt enn ressurstilførselen (Daatland 1997: 73). Dermed kan man få svakere relasjoner mellom hjelper og bruker, noe som kan være til beskyttelse for hjelperen da det kan innebære en belastning om forholdet til brukeren blir mer personlig enn profesjonelt i en jobbsammenheng. Fra brukernes ståsted kan dette være negativt. Å stadig ha nye ansikter å forholde seg til kan redusere tryggheten og kvaliteten på de psykososiale fordelene hjemmetjenester har for mottakerne.

Det at ressursknapphet fører til tøffere prioritering kan bety at det offentliges ansvar går i retning av å omfatte pleiebehov og i mindre grad dekke andre områder som det fortsatt er behov for men som ikke ansees å være like prekære. Denne utviklingstendensen kan være interessant å følge i fremtiden når befolkningsutviklingen fortsetter å gå mot enda flere eldre. Når det gjelder dekningen av Eldres praktiske og psykososiale behov, kan det tenkes at familieomsorgen gjør seg mer gjeldende igjen sammen med frivillige organisasjoner. En av de viktigste utfordringene med dette kan være at ikke alle vil ha lik tilgang, som kan skape et skille mellom de som har sosial kapital gjennom venner og familie, og økonomisk kapital til å kjøpe tjenester, og eldre som mangler et slikt sikkerhetsnett. Dette kan bli en utfordring for velferdsstaten og likhetsprinsippet i fremtiden.

Det er viktig å se utviklingen av hjemmetjenestene i sammenheng med eldreomsorgen forøvrig og spesielt med nedgangen i institusjonsdekningen. Komiteen for eldreomsorgen foreslo å bygge ut hjemmetjenester for å bremse behovet for institusjoner fordi det var samfunnsøkonomisk fordelaktig, og ikke minst på grunn av ønsket de eldre hadde om å kunne bo hjemme lengst mulig. Utviklingen etter utgivelsen av innstillingen om hjemmehjelp for eldre gikk også i retning av en mindre institusjonsutbygging enn behovet skulle tilsi, men med en kraftig utbygging og satsing på hjemmehjelp for eldre. Hjemmetjenester til eldre i regi av det offentlige overtok altså i økende grad ansvar for eldreomsorgen (Daatland et al. 1997).

5.2.4 Institusjoner for eldre

I eldreomsorgskomiteens andre innstilling er det institusjoner for eldre som blir behandlet. Det kan her være viktig å markere et skille mellom aldershjem og sykehjem. Slik komiteen

definerer begrepene, var et aldershjem i hovedsak beregnet på eldre mennesker som i stor grad er selvhjulpne, men som har behov for fordelene med en felleleshusholdning der de slipper å vaske og lage mat, og hvor man kan få tilsyn og en viss pleie når det er behov.

Sykehjemmene blir definert som en institusjon der eldre pleietrengende og kronisk syke kan få den hjelp, pleie og medisinske behandling for å i størst mulig grad opprettholde et verdig liv (Eldreomsorgkomiteen 1969: 8-9). Disse definisjonene kan imidlertid representere to ytterpunkter, institusjoner for eldre var ofte i praksis en mellomting mellom aldershjem og sykehjem. Noe av årsaken til at institusjonene kunne bli en mellomting kan være at beboerne ved aldershjemmene som i utgangspunktet klarte seg selv, med tiden ble skrøpeligere og fikk et økende behov for pleie. Noen aldershjem kunne da bevege seg i retning sykehjem for etterkomme det økende pleiebehovet. Eldreomsorgkomiteen legger i innstillingen særlig vekt på sykehjemmene da det er denne type institusjon som det var størst behov for (Eldreomsorgkomiteen 1969: 8).

Komiteen for eldreomsorgen påpeker at fra 1953 til 1966 har dekningsgraden av institusjoner for eldre og personaldekningen i institusjonene økt, samtidig som standarden på fasilitetene har blitt bedre. På tross av dette uttrykker eldreomsorgkomiteen bekymring for kvaliteten på institusjonsomsorgen. Av kvalitative faktorer som det uttrykkes bekymring over er mangel på utdannet pleiepersonale, legetilsynet var ofte utilfredsstillende, reglene var ofte unødvendig strenge og velferdstiltakene var ofte av passiviserende karakter.

Samtidig var det også altfor få sykehjemsplasser i forhold til aldershjemsplasser. Dette var en utvikling komiteen for eldreomsorgen ønsket å snu fordi det var sykehjemsplasser det var størst behov for når de demografiske endringene medførte flere eldre og pleietrengende med økende behov for pleie og omsorg (Eldreomsorgkomiteen 1969: 9).

I 1966 var det et underskudd på sykehjemsplasser og et tilsynelatende overskudd på aldershjemsplasser, men i aldershjemmene bodde det en uforholdsmessig stor andel pleiepasienter som aldershjemmene ikke var dimensjonert til å gi adekvat omsorg (Eldreomsorgkomiteen 1969: 10).

5.2.5 Utviklingen etter innstillingen om institusjoner for eldre

Når vi ser på hva som faktisk skjedde i tiden etter innstillingen, ser vi at allerede på begynnelsen av 1970- tallet er det like mange sykehjemsplasser som aldershjemsplasser. Mens antall aldershjemsplasser holder seg relativt stabilt på mellom 15 000 og 20 000 fra 1965 til slutten av 1980 tallet, øker antall sykehjemsplasser fra under 10 000 i 1965 til

omtrent 20 000 i 1975 og videre opp til 30 000 i siste halvdel av 1980 tallet (Daatland et al. 1997: 32). Det skjer altså en stor utbygging av sykehjemsplasser etter eldreomsorgkomiteens innstilling som anbefaler myndighetene om å gjøre dette.

Det kom politisk handling etter utgivelsen av *Institusjoner for eldre* (Eldreomsorgskomiteen 1969). Forslagene ble tatt opp til behandling av Sosialdepartementet og noen ble gjennomført kort tid etter at komiteen avgav innstillingen. Det kom regler om tilsyn med aldershjemmene og en ordning med offentlig godkjenning for å bedre kvalitetssikringen. Et eget utvalg ble oppnevnt til å videreføre arbeidet med å analysere utdanningsbehovet i eldreomsorgen og fremme forslag til utbygging av utdanningstilbudet for å øke kompetansen i eldreomsorgen, også gjennom etterutdanning. Det ble også oppnevnt et rådgivende og koordinerende organ, ”Rådet for eldreomsorgen”. Under utredning var forslaget om å opprette et statlig kontor som kunne fungere som en «erfaringsbank» som kommuner kunne rådføre seg med når de bygget ut omsorgstjenester. Under utredning var også forslag om husbankbelåning av bygging av aldershjem samt økonomisk støtte til bygging og drifting av institusjoner for eldre i kommuner som hadde dårlig økonomi. Dette er bare noen eksempler på forslag fra komiteen som var under utredning på starten av 1970 tallet (Eldreomsorgskomiteen 1971: 8-9). Det ble altså satt igang mye, og det vil være interessant å se hvordan dette kan ha materialisert seg i faktiske endringer i eldreomsorgen.

Komiteen for eldreomsorgen gjorde beregninger på hvor stort behovet for institusjoner for eldre kom til å være frem til 1980, et behov som i stor grad overstiger det faktiske antall institusjonsplasser i disse årene. Komiteen erkjenner at behovet for utbygging av sykehjemsplasser er så stort at det sannsynligvis ikke ville være mulig, rent samfunnsøkonomisk, å investere så mye i sektoren. Derfor ble det fremlagt forslag for å rasjonalisere byggemetodene og utbygge hjemmehjelpen for å lette presset på institusjonene. Likevel satte eldreomsorgskomiteen som mål å doble antall institusjonsplasser fra nivået i 1969 frem til 1980 (Eldreomsorgskomiteen 1969: 10). Dette ambisiøse målet ble ikke nådd, men økningen i dette tidsrommet var i størrelsesorden fra 30 000 i 1969 til 40 000 plasser i 1980 (Daatland et al. 1997: 32).

Komiteen for eldreomsorgen anser hensiktsmessige boliger for eldre for å være en nøkkelfaktor for god eldreomsorg, enten man bor i egen bolig eller på institusjon. Komiteen tar for seg de kvalitative sidene ved å bo i en institusjon for eldre, siden det her lå et betydelig

forbedringspotensial. Selv om hjemmetjenesten skulle utsette innflyttingen på institusjon for eldre, ble det nødvendig for mange å flytte inn i en institusjon. Komiteen tar utgangspunkt i at institusjonene må drives på en måte som muliggjør at institusjonen blir et trivelig og hyggelig hjem for pensjonister og pleiepasienter (Eldreomsorgkomiteen 1969: 10). Målet med institusjonene skulle være å gi beboerne behandling for opprettholde størst mulig grad av god fysisk og psykisk helse. Interessant er det også å se på de forutsetningene for kvalitet i eldreomsorgen som komiteen beskriver. Komiteen kaller dette forutsetninger for et meningsfullt liv på aldersinstitusjon:

En institusjon bør være plassert geografisk sentralt for å muliggjøre kontakt med omverdenen. Man bør få ta med seg eget møblement når man flytter inn i institusjonen. Ingen begrensninger i besøkstid utenom måltider, sovetid og tid for stell av pleiepasienter. En liberal holdning til tobakk, alkohol, kortspill og forhold mellom de to kjønn, altså en gjennomført toleranse med utstrakt frihet under ansvar. Det bør finnes et samarbeidsutvalg der eldre får innflytelse og medbestemmelse over sin egen hverdag på institusjonen og gjennomføringen av velferdstiltak. De eldre bør ha adgang til å henvende seg til styre, tilsynsutvalg eller en kommunal nemnd. Ellers bør det gjennomføres en liberalisering eller opphevelse av strenge reglementer og erstatte disse med enkle husordensregler med frihet under ansvar som førende prinsipp. Det er også viktig å merke seg at komiteen vektlegger å stille flere enerom til rådighet (Eldreomsorgkomiteen 1969: 10).

De konkrete forslagene til kvalitative utbedringer som komiteen for eldreomsorgen fremlegger i sin innstilling, leder tankene mot hvordan kvaliteten har vært tidligere på institusjonene. Og ganske riktig har kvaliteten på institusjonsomsorgen vært ganske kummerlig (Daatland et al. 1997; Eldreomsorgkomiteen 1969: 14-17), hvis man legger eldreomsorgkomiteens standard til grunn, som kan stemme mer overens med dagens ideal.

Komiteen for eldreomsorgen konkluderer i innstillingen om institusjoner for eldre med at selv om utbygging av hjemmetjenester for eldre var av avgjørende betydning for å svare til behovet i eldreomsorgen, hadde denne type hjelpeform begrenset rekkevidde. Det skulle også bli nødvendig med en omfattende utbygging av institusjoner for eldre, spesielt sykehjem, som skulle ta seg av de sykeste og mest pleietrengende eldre (Eldreomsorgkomiteen 1969: 75-76). En differensiert og omfattende utbygging var viktig for å svare til det økende behovet.

5.2.6 Boliger for eldre

I 1971 utkom komiteen for eldreomsorgens tredje innstilling; om boliger for eldre. Bakgrunnen for en slik innstilling kom frem allerede i den foregående innstillingen der Eldreomsorgkomiteen identifiserte behovet for boliger som er enkle å drive og bo i slik at eldre mennesker kan bo lenger hjemme og dermed redusere behovet for institusjoner (Eldreomsorgkomiteen 1969: 27). Komiteen var av den oppfatning at utbedring og modernisering av boliger ville kunne avlaste kommunene andre typer omsorgstjenester for eldre og uføre (Eldreomsorgkomiteen 1971: 65).

Som tidligere nevnt anså komiteen for eldreomsorgen at det beste for de fleste eldre mennesker er å bo lengst mulig i eget hjem. Dette er en forutsetning som ligger til grunn for alle av eldreomsorgkomiteens innstillinger. At det var det beste for de eldre å bo hjemme fremfor på institusjon var det bred enighet om i Vest Europa. Hjemmehjelpsordninger oppstod også i andre vestlige land for å gjøre det mulig (Eldreomsorgkomiteen 1971: 20). Men for å få til i størst mulig grad å bo hjemme, var det nødvendig at boligene var av en slik karakter at det var mulig å bo der selv for eldre med en del behov for hjelp til å klare seg i det daglige. Det var etter komiteens mening nødvendig å oppgradere eldre boliger der det bodde eldre mennesker til en standard som gjorde det mulig å bo og trives der i eldre år. Disse boligene var ofte av en så dårlig standard at det var vanskelig for eldre mennesker å bo i og vedlikeholde, slik at behovet for ulike former for omsorgstjenester og institusjonsplasser meldte seg i større grad og tidligere enn hva som kunne vært tilfelle om de eldre bodde i en bolig som var enkel å vedlikeholde og leve i. Derfor var det også viktig å bygge ut nye boliger tilrettelagt eldre slik at de kunne bo lengst mulig hjemme. Både fordi de fleste eldre ønsket å bo hjemme lengst mulig som innebærer bedre kvalitet i eldreomsorgen og fordi dette kunne lette det store behovet for aldersinstitusjoner som var og er svært dyre å bygge og drive (Eldreomsorgkomiteen 1971: 8-9).

Innstillingen omhandler boliger for eldre, boliger som er tilrettelagt slik at de eldre kan hjelpe seg selv i stor grad i eldre år, samt gjøre seg bedre tilgjengelig for hjemmetjenester. De eldres bosituasjon ble altså sett på som en nøkkelfaktor når det gjelder å lette institusjonspresset. Derfor kommer eldreomsorgkomiteen med en rekke forslag for å gjøre de eldre i stand til å bo i en bolig som er tilrettelagt dem, rent økonomisk. Dette er et viktig punkt i og med at mange eldre på denne tiden ikke var så godt stilt økonomisk, et forhold som kom til å bedre seg ettersom alderspensjon ble gitt til stadig flere årsklasser (Eldreomsorgkomiteen 1966).

De økonomiske forslagene som komiteen legger frem kan være av en relativ sjenerøs art. Forslagene gikk blant annet ut på å gi eldre gunstige låne ordninger, som rente- og avdragsfrie lån til å kjøpe og utbedre boliger for å gjøre det lettere for de eldre å bo hjemme. Disse forslagene ble fremlagt på tross av at komiteen var kjent med at erfaringene fra Norge og Sverige tilsa at eldre mennesker ofte var motvillige mot å oppta lån (Eldreomsorgkomiteen 1971: 14). Det ble også foreslått å tilby gunstige låneordninger til kommuner som ikke hadde den nødvendige egenkapitalen til å bygge ut boliger for eldre (Eldreomsorgkomiteen 1971: 11-12).

Videre går innstillingen ut på å beskrive de Eldres bosituasjon mot slutten av 1960- tallet. Noe av det som kommer frem er at de Eldres bosituasjon trenger å forbedres for at flere eldre kan bo hjemme lengst mulig. Nødvendigheten for dette har sin bakgrunn i at det på denne tiden var flere eldre enn det noen gang tidligere hadde vært på grunn av befolkningsvekst og økt levealder.

På grunn av økende andel eldre og omsorgsbehovene som følger denne demografiske utviklingen, var det nødvendig å sette visse krav til boligene som de eldre skulle bebo, om det skulle være mulig å bo hjemme. Det dreide seg om krav til størrelse, planløsning, utstyr, hjelpemidler og beliggenhet med tanke på tilgang til service som blant annet hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Kravene kommer av at det var det offentlige som hadde ansvar for denne utbyggingen, mye på grunn av at pensjonister på denne tiden ikke hadde råd til å kjøpe nytt hus og sjelden tok initiativ til å gjøre det om de hadde råd (Eldreomsorgkomiteen 1971:54-55). Denne utviklingen kan også være et tegn på at velferdsstaten stadig tar mer ansvar for omsorgen for eldre og er i ferd med å bygge ut en mer helhetlig eldreomsorg med ulike tilbud tilpasset ulike behov for hjelp.

Når det gjelder velferdsstatens ansvar for eldreomsorgen er det interessant å se at komiteen for eldreomsorgen både i innstilling to og tre etterlyser et større statlig engasjement. Samtidig bærer innstillingen om boliger for eldre et preg av at dette problemområdet var av så avgjørende karakter at utviklingen ikke kunne overlates til tilfeldighetene. Gjennomgående foreslår innstillingen sterkere statlig ansvar og kontroll på et ganske detaljert plan (Eldreomsorgkomiteen 1971).

Hittil hadde det i stor grad vært kommuner, menigheter og frivillige organisasjoner som hadde

driftet eldreomsorg, initiativ det var viktig å fortsatt oppmuntre til. Men det var etter komiteens mening viktig at staten tok stadig større ansvar og kontroll over eldreomsorgen for å sikre at utviklingen ble holdt på et høyt og jevnt nivå over hele landet, også med tanke på at tilbudet kunne variere mye i de ulike landsdelene og mellom kommuner. Dessuten kunne det generelle planleggingsarbeidet for eldreomsorgen i kommunene være mangelfullt. Flere store kommuner drev planleggingsarbeid for å bygge ut eldreomsorgen i takt med det økende behovet, men dette tilhørte unntakene (Eldreomsorgkomiteen 1971: 61-62).

Samtidig som velferdsstaten vokser frem og overtar flere omsorgsoppgaver, er et sentralt tema finansieringen av de ulike tjenestene. Et bærende prinsipp som eldreomsorgkomiteen støtter seg til er det at alle eldre skal få hjelpen de trenger uansett økonomi. Men de må også betale for tjenestene. I prinsippet var det meningen at de eldre skulle betale etter evne ved å betale en viss prosentandel av pensjonene og så finansierte det offentlige resten (Eldreomsorgkomiteen 1966; 1969; 1971; NOU 1973: 26).

Men for å kunne gjøre et godt planleggingsarbeid var det nødvendige å styrke forskning på eldreomsorg for å kartlegge utfordringene og de beste løsningene på disse. Rundt 1970 var det hovedsakelig Nasjonalforeningens gerontologiske institutt som hadde drevet forskning på eldreomsorg og de eldres levekår. Komiteen for eldreomsorgen påpekte at behovet for denne type forskning var stort og at det var nødvendig med en intensivering av arbeidet. Samtidig var Nasjonalforeningens gerontologiske institutt en privat organisasjon som ikke kunne kreves for å bære denne byrden alene. Forskingen var av så høy samfunnsnyttig verdi at komiteen så det formålstjenlig helt eller delvis å finansiere denne virksomheten for å sikre et høyt vitenskapelig nivå på forskningsinnsatsen. Fra 1970 fikk instituttet statstilskudd og spørsmålet om fremtidige oppgaver var under utredning (Eldreomsorgkomiteen 1971: 62).

Komiteen for eldreomsorgen viser også til eksempler på ulike boformer for eldre og hvordan disse boformene kan organiseres for å tilfredsstille de eldres ulike behov og ikke minst ta høyde for at de eldres behov endres etter hvert som de blir eldre.

Eldreomsorgkomiteen fikk i oppdrag av Bærum kommune å utarbeide retningslinjer for en arkitektkonkurranse for et planlagt aldersenter(eldresenter). Her skisserer komiteen at aldersenteret bør bestå av et alderspensjonat med tilknyttede aldersboliger, det vil si leiligheter og boliger der de eldre i hovedsak klarer seg selv, men har tilgang på hjemmehjelp om behovet skulle melde seg. Et slikt aldersenter burde, ifølge komiteen for eldreomsorgen, inneholde en sykestue for akutt syke personer, et dagsenter som kan servere mat og hjelpe til

med andre daglig gjøremål og en helse- og velferdssentral. Denne sentralen burde inneholde en hygieneavdeling med frisør, fotpleie, gymsal, badstue og svømmebasseng. Sentralen burde også inneholde legekontor og rom for sosialkurator, avdeling for klubbvirksomhet og undervisning med verksteder, klubbrom som kan slås sammen til større rom for større tilstillinger, rom for arbeidsterapeut, auditorium og plass til bibliotek. Videre burde helse- og velferdssentralen inneholde en kafeteria med matsalg som kan bringe middagsmat til hjemmeboende eldre i boligene og leilighetene. Senteret burde ha stor plass til administrasjon, ha en resepsjon som kan betjene de ulike institusjonene og aktivitetene i hele senteret, en ekspedisjon og budtjeneste og en storkiosk som også har de vanligste dagligvarene. I tilknytning til et slikt aldersenter foreslo også komiteen at det ble bygget en del funksjonærboliger, en daginstitusjon for barn, rom for overnatting av besøkende og garasjer (Eldreomsorgkomiteen 1971: 71).

Dette kan sies å være en ganske ambisiøs skisse av et aldersenter, men det representerer kun eldreomsorgkomiteens forslag til aldersenter som er i planleggingsfasen i Bærum kommune. Forslagene kan også representere kvalitative tiltak som eldreomsorgkomiteen mener kan gjøre det mulig for eldre å bo hjemme og klare seg selv lengst mulig.

Men en viktig innvending kan være at alle de elementene som foreslås at burde være en del av aldersenteret utgjør i sum at det planlagte aldersenteret til forveksling minner om en aldersinstitusjon, bortsett fra at senteret ikke er i samme bygning og dermed ikke har de samme fordeler, som kan være tilgjengelighet for å motta hjelp når behovet melder seg. De kvalitative årsakene til at eldre i større grad skulle kunne bo hjemme var i tillegg samfunnsøkonomiske, nemlig at det ville bety store økonomiske besparelser å lette institusjonspresset. Det planlagte aldersenteret som blir skissert her kan dermed risikere å stå i fare for å gå glipp av de økonomiske fordelene det er ved at eldre bor hjemme. Særlig når man tar i betraktning at mange ville bli skrøpeligere å få behov for institusjonsplass innen overskuelig fremtid uansett.

Men det kan likevel sees på som en mal for aldersentere, som kan brukes som utgangspunkt for planlegging og bygging, selv om komiteen påpeker at den ikke kan gi noen oppskrift på hvordan man kan best mulig kan dekke bolig- og omsorgsbehovet for eldre da det er store regionale ulikheter i bosettingsmønster og andre lokale forhold (Eldreomsorgkomiteen 1971: 74).

I 1970 ble det igangsatt et prosjekt samme kommune som planla aldersenteret, Bærum. Her skulle det bygges aldersboliger i tilknytning til et eksisterende sykehjem. Altså konkrete planer og ikke en tenkt ønskeløsning. Dette aldersenteret bestod av et seks etasjes bygg med 104 leiligheter, vaktmesterleilighet og felleareal på 1200 kvadratmeter. Fellearealene var planlagt å romme hageforstue, oppholdsstue, kafeteria, anretningskjøkken med spiserom, TV- stue, bibliotek, rom for arbeidsterapi, hobbyrom, legekantor med venterom og hvilerom, rom for fysioterapi med med garderober og bad, form for fotpleie og frisør, og resepsjon.

Aldersenteret skulle også ha en avdeling med 15 sykerom for pleie av akutt syke. Intensjonen var at aldersenteret med fellesrom og servicefunksjoner skulle betjene beboerne av aldersenteret og eldre mennesker som bodde i nærheten (Eldreomsorgkomiteen 1971: 71-72). Denne organiseringen av aldersenteret er ikke langt fra malen som eldreomsorgkomiteen presenterte. Denne type organisering er derimot mest realistisk i folkerike kommuner der det er mange nok eldre til å gi driftsgrunnlag for et slikt stort senter med et bredt tjenestetilbud (Eldreomsorgkomiteen 1971: 74).

I mindre kommuner med mer spredt bebyggelse var det mer aktuelt å organisere et helhetlig eldreomsorgstilbud på en annen måte. Ofte på grunn av en mindre og mer spredt befolkning og på grunn av at de mindre kommunene, spesielt fraflyttingskommunene, hadde en større prosentdel eldre i lokalsamfunnet og hadde ofte en svakere kommuneøkonomi (Eldreomsorgkomiteen 1971).

En parallell organisering av helhetlig eldreomsorg kan i mindre kommuner gjennomføres gjennom et såkalt helsetun. Komiteen for eldreomsorgen trekker frem et slikt eksempel fra Førde der det er blitt tatt utgangspunkt i et sykehjem og deretter kjøpt opp tomtene som ligger rundt sykehjemmet. På de omkringliggende tomtene kan det gradvis bygges ut aldersboliger og andre servicefunksjoner etter behov, som er kjent fra forrige eksempel.

Komiteen nevner også andre typer boformer og boliger som er mindre aktuelle i forhold til dagens eldreomsorg, som ligner ovenfornevnte alderssenter, bare av mindre skala. En viktig fellesnevner for hvordan komiteen for eldreomsorgen mener de eldre skal bo er at de bør samles geografisk og i umiddelbar nærhet til servicefunksjoner og andre omsorgstilbud (Eldreomsorgkomiteen 1971).

Ifølge en undersøkelse som er gjennomført av Arnulf Berg og Haktor Helland (Eldreomsorgkomiteen 1971: 99) ønsket de fleste eldre å bo i en frittliggende enebolig, selv

om yngre mennesker ønsket dette sterkere enn eldre mennesker. De eldre ønsket stort sett å bo slik de gjorde nå, i samme område og boligtype, men ytret ønske om mindre boliger enn de yngre. Når det gjelder aldersboliger, var det yngre mennesker som mente at eldre burde bo i slike. De eldre var ikke like overbevist om at de burde bo i aldersboliger. De eldre mente heller at de burde bo i egne leiligheter i vanlige boligområder. Resultatene tyder på at de eldre ønsker å bo der de bor, at svært få har flytteplaner og at det i større grad er de yngre som mente at de eldre bør bo i aldersboliger, på aldershjem eller i institusjoner for eldre. Halvparten av de over 60 år mener at deres nåværende bolig er hensiktsmessig når de blir eldre og skrøpeligere, mens 33 prosent av samme gruppe mener at boligen de bor i bør utbedres eller forandres for å bli en hensiktsmessig bolig i alderdommen. Undersøkelsen konkluderer til slutt med at utbedring av boligen til eldre mennesker er et svært viktig tiltak i eldreomsorgen på grunn av de eldres sterke tilknytting til sin eksisterende bolig.

Til slutt er det interessant å legge merke til at undersøkelsen også avdekker at både eldre og yngre mennesker prioriterer utbygging av eldreomsorgen svært høyt blant kommunens utbyggingsoppgaver (Eldreomsorgkomiteen 1971: 115-116). Dette kan tyde på en opinionsmessig dreining mot mer forståelse og sympati for oppgaver innen eldreomsorgen, når man sammenligner med hva som kom frem i eldreomsorgkomiteens første innstilling. Der kom det frem at det er liten opinionsmessig støtte å hente for utbygging av eldreomsorgen (Eldreomsorgkomiteen 1966: 30).

Eldreomsorgkomiteen støtter opp under dette resonnementet når komiteen i sin fjerde innstilling uttaler at «Fra slutten av 1960- tallet ble det imidlertid en fornyelse i opinionens og myndighetenes syn på de eldres stilling og tiden er nå moden for en aktiv politikk på dette området» (NOU 1973: 26: 2). Dette kan ha sammenheng med økt oppmerksomhet rundt komiteens arbeid. At det skjer en sosial omveltning der eldreomsorg blir et offentlig ansvar, kan tolkes som en ønskelig utvikling på grunn av det opinionsmessige ønsket om utbygging av eldreomsorgen.

5.2.7 Eldres helse, aktivitet og trivsel

I 1973 utkom komiteens fjerde og siste publikasjon; utredningen om eldres helse, aktivitet og trivsel, utgitt som NOU rapport. I denne utredningen søker eldreomsorgkomiteen å dekke de to siste punktene som komiteen var satt til å behandle, aktiviseringstiltak og velferdstiltak først og fremst for hjemmeboende eldre. Men de understreker at denne type tiltak også kan

være nyttig for eldre som bor i aldersboliger, aldersenter og institusjon.

Komiteen legger i den siste utredning en spesiell vekt på forebyggende tiltak for å fremme de eldres helse og selvhjulpenhet. Det kan være verdt å merke seg at målet fortsatt er å fremme tiltak som kan bidra til at eldre klarer seg selv bedre og lengre. Å prøve å minke behovet for omsorgstjenester og institusjonsplasser, vil kunne bety at de eldre får det bedre samtidig som det er samfunnsøkonomisk gunstig.

Noe som skiller utredningen om eldres helse, aktivitet og trivsel fra de andre innstillingene er at den i større grad går i dybden og fremlegger mer detaljerte forslag til tiltak for å fremme eldreomsorgen. Forslagene bærer igjen preg av at det er det offentlige som i stor grad må ta ansvar for utbyggingen av velferdstiltakene. Det kan bli mer aktuelt at de eldre betaler i økende grad for en del av tjenestene i takt med at de eldres økonomi bedret seg betraktelig på denne tiden. Dels som følge av den universale alderspensjonen som ble innført i 1967 (NOU 1973: 26: 4-7).

Det kan være verd nevne at her tok komiteen til orde for konkrete tiltak for å bedre eldreomsorgen. Det ble lagt vekt på personlig hygiene fordi det er av stor psykisk og fysisk betydning samtidig som mange eldre får vanskeligheter med å opprettholde personlig hygiene når helsen blir redusert. Komiteen legger vekt på fotpleie fordi erfaringene fra helse- og velferdssentralene som komiteen bygger på, tilsier at fotpleie bedrer de eldres mobilitet og bedrer helsen fysisk og psykisk. Dette punktet ble ansett som så viktig at komiteen foreslo en oppsøkende fotpleietjeneste for hjemmeboende eldre fordi de ellers hadde begrenset tilgang på fotpleie.

Når det gjelder hjemmetjenester kommer komiteen inn på hva disse kvalitativt bør bestå av. Komiteen fremmer forslag om at hjemmetjenestene skal kunne hjelpe de eldre med personlig stell og hygiene. I tillegg til en utbygging av hjemmetjenesten foreslås det en endring av tjenesten i retning mer stell og pleie. Før dette hadde hjemmehjelperne i større grad hjulpet til med daglig husstell som de eldre trengte hjelp med (NOU 1973: 26: 5; Eldreomsorgkomiteen 1966: 13).

Videre tar komiteen for seg andre tiltak for å hjelpe eldre til å bo hjemme lengst mulig på best mulig måte, som hjemkjøring av middagsmat som på denne tiden var et etablert tiltak og er

det fremdeles i dag. Mer spesialiserte hjemmetjenester er også foreslått, som hjemkjørende rengjøringshjelp, bibliotekbil og utvidelse av sosiale besøksordninger. Tekniske hjelpemidler ble mer vanlig og komiteen anså det som viktig å få de tekniske hjelpemidlene distribuert ut til de eldre som ofte hadde begrenset kunnskap om disse (NOU 1973: 26: 5-6).

Av tiltak for å fremme aktivitet og trivsel legger komiteen vekt på å bedre tilbud som kurser, grupper og klubbvirksomhet (NOU 1973: 26: 5), tiltak for å motvirke de Eldres inaktivitet og isolasjon som allerede i komiteens første innstilling ble sett på et stort problem (Eldreomsorgkomiteen 1966: 12). Det ble for eksempel foreslått både folkehøyskoler for eldre, bedre koordinerte mosjonsprogrammer for å gjøre dem mer tilgjengelig og samkoordinerte ferieordninger.

Komiteen er også inne på at det er viktig med trygghet for eldre som bor hjemme. Derfor var komiteen inne på å skaffe ulike varslingsystemer om for eksempel akutt sykdom skulle oppstå, men det var usikkerhet rundt hvilken type teknologi som kunne benyttes³. Komiteen understreket viktigheten av at eldre kunne ha telefon fordi det kunne gi trygghet i tilfelle noe skulle oppstå, det kunne også hjelpe de eldre til å sosialisere og øke sin trivsel. Men telefon var dyrt og derfor var komiteen inne på at det kunne være en god investering for det offentlige å bidra til å finansiere telefoner til eldre mennesker (NOU 1973: 26: 6-7).

Komiteen vektlegger å se eldreomsorgen i et mer helhetlig samfunnsperspektiv i sin utredning som har fokus på forebyggende tiltak for å forhindre eller redusere sosiale problemer og pleiebehov for eldre mennesker. Det er her velferds- og trivselstiltak kommer inn (NOU 1973: 26:58).

En forebyggende faktor som komiteen mener er viktig for å opprettholde Eldres helse og funksjonsnivå er deres deltagelse i arbeidslivet. Komiteen foreslo å tilrettelegge arbeidet for eldre arbeidstagere slik at de kunne jobbe lengst mulig. De samfunnsøkonomiske gevinstene ved slike tiltak ville være vanskelig å måle, men antatt å være betydelige. Både ved at flere betaler skatt isteden for å motta pensjon og at man gjennom et aktivt liv kan ha en god helse og utsette eller minke etterspørsel etter sosiale tjenester (NOU 1973: 26).

³ Trygghetsalarmer som er koblet opp til hjemmetjenesten er vanlig i dag nå som denne type teknologi er på plass.

Mange kommuner valgte å organisere ulike forebyggende tiltak gjennom en helse- og velferdssentral. Målet for en helse- og velferdssentral var å drive forebyggende arbeid for å imøtekomme eldres ønske om å bo hjemme lengst mulig (NOU 1973: 26: 91). Plan for denne type organisering ble først fremlagt av "De gamles helsekomite i Norge" i Vår aldrende befolkning (1961). Sentralen skulle koordinere ulike forebyggende tjenester som alle typer hjemmehjelp, samt bistå den eldre med aktiviseringstiltak og trivselstiltak. I det første tiåret (1955-1965) ble det vektlagt en kvantitativ utbygging av denne type sentraler, mens det etter dette ble lagt mer vekt på sentralenes kvalitative sider, mål og intensjoner, om tiltakene hadde hatt ønsket effekt gjennom sin oppsøkende virksomhet og man hadde søkt å kunne tilby de eldre et så variert tilbud som mulig (NOU 1973: 26: 91).

5.2.8 Senere utviklingstrekk ved forebyggende tiltak i eldreomsorgen

Det kan diskuteres hvor mye det i dag snakkes om aktiviseringstiltak og velferdstiltak i eldreomsorgen. I en situasjon med ressursknapphet er det primære pleiebehov som må prioriteres først, noe som kan gjøre forebyggende tiltak mindre aktuelle, men ikke mindre viktige av den grunn. Noe av årsaken kan ligge i at når utviklingen går mot at flere har behov for de samme tjenestene i eldreomsorgen, må man stadig omprioritere med tanke på hvem som får tjenester og hvilke tjenester som kan gis. Dermed må pleieoppgaver prioriteres først og andre viktige tiltak kan bli skadelidende. Slik Daatland et al. (1997) påpekte, måtte pleie i hjemmetjenesten prioriteres foran husstell og sosialt samvær, som var mer vanlig i hjemmetjenestens tidligere år.

På den annen side er forebyggende tiltak blitt mer dagsaktuelt igjen på grunn av at det trolig ligger en stor samfunnsøkonomisk gevinst i å se helhetlige pasientforløp og forebygge ved å utsette eller forminske tjenestebehov (St. meld. 47 (2008-2009)).

5.3 Helse- og sosialpolitikk som kan ha påvirket eldreomsorgen

De fire utredningene fra Eldreomsorgskomiteen kan sees på som en start og som et grunnlag for utbyggingen av den moderne eldreomsorgen. Konsekvensene kan sees på som myndighetenes svar på de store omsorgsutfordringene som gjorde seg gjeldende i kjølvannet av kontinuerlig demografiske endringer som ga relativt flere eldre mennesker i samfunnet sammenlignet med de foregående år. Videre skal politiske linjeskift som har fått konsekvenser på omsorgsfeltet fremheves, i tillegg til hendelser på omsorgsfeltet som kan ha påvirket

eldreomsorgens utvikling.

5.3.1 Offentlig revolusjon og velferdsutbygging (1965-1980)

Perioden fra 1960 tallet og 1970 tallet blir i St.meld. 25 (2005-2006) omtalt som den offentlige revolusjon. Bakgrunnen er det juridiske rammeverket som la grunnlaget for den videre utviklingen av eldreomsorgen og velferdsstatens fremvekst. Det var også politisk vilje å bygge ut velferdsstaten og gjøre den til et sosialt sikkerhetsnett for den enkelte innbygger, noe som ble fastslått i lovverket tidlig på 1960 tallet. Sentralt i dette rammeverket står loven om sosial omsorg av 1964, som innebar at det offentlige påtok seg ansvaret for omsorgen av voksne mennesker med behov for hjelp. Samtidig bortfalt det juridiske ansvaret barna hadde hatt for omsorgen av sine foreldre når de ble gamle og syke (Daatland et al. 1997). Sammen med folketrygdloven av 1967 som gav de eldre økt økonomisk sikkerhet i form av pensjon, og sykehusloven av 1970 som gav fylkeskommunene ansvaret for sykehjemmene, dannet dette et juridisk rammeverk som grunnlag for den omfattende utbyggingen av eldreomsorgen på 1970 tallet (St.meld. 25 (2005-2006)).

Økonomisk vekst i Norge på denne tiden gav mulighet til en omfattende utbygging av offentlige omsorgstjenester. En statlig refusjonsordning for sykehjemmene, hvor staten først dekket 75 prosent av utgiftene til utbyggingen av sykehjem i, deretter 50 prosent, la et økonomisk grunnlag for den omfattende utbyggingen av sykehjem på 1970-tallet. Når det gjelder hjemmesykepleie, kom det foreløpige retningslinjer for opprettelse og drift i 1971, som innebar at staten finansierte 75 prosent av utgiftene over trygdebudsjettet, mens kommunene finansierte 25 prosent frem til 1984. Utbyggingen av eldreomsorgen ble med andre ord politisk styrt gjennom lovverket og muliggjort gjennom statlig finansiering.

Et annet sentralt trekk som skjedde samtidig med den offentlige revolusjon, var at kvinner ble mer yrkesaktive. Flere kvinner gikk fra ulønnet omsorgsarbeid i hjemmet og over i lønnet arbeid, ofte i de nye jobbene som oppsto som følge av utbyggingen av omsorgssektoren. Arbeidsmarkedet ellers ble også utvidet som følge av at andre jobber tilknyttet offentlig sektor ble opprettet. Velferdsstaten hadde behov for kvinnene i utbyggingen av blant annet helsevesenet og eldreomsorgen, som betød økt etterspørsel etter arbeidskraft. Likestillingspolitikken på 1960 tallet bidro med ideologisk legitimering, samtidig som stadig

flere kvinner ønsket lønnet arbeid (St.meld. 25 (2005-2006)).

Omsorgsektorens ekspansjon under den offentlige revolusjon:

- Årsverk i omsorgssektoren var i 1966 10 700 og økte til 39 500 i 1980.
- Hjemmesykepleien økte sin årsverksinnsats med 257 prosent, og hjemmehjelpen med 203 prosent fra 1970 til 1980.
- 13 400 hjem fikk hjemmehjelp i 1965, i 1980 fikk 98 400 hjem slik hjelp.
- Antall sykehjemsplasser økte fra 8 360 plasser i 1966 til 26 700 plasser i 1980.
- Antall aldershemplisser gikk ned fra 16 830 i 1966 til 14 042 i 1980
- Antall boliger til omsorgsformål økte fra 6 864 i 1966 til 20 418 i 1980

* Kilde (NOU 1992: 1)

5.3.2 Rasjonalisering og konsolidering (1980-1995)

Etter den kraftige veksten i omsorgsektoren på 1970 tallet, kunne ikke veksten i volumet fortsette i samme tempo. Tiden var moden for en ny fase utover 1980 tallet der rasjonalisering og konsolidering var nøkkelord for å sikre bedre prioritering og ressursutnyttelse. Ifølge St. meld. 25 (2005-2006) var reorganiseringen mellom 1980 og 1995 preget av desentralisering ved at omsorgstjenestene ble desentralisert ned til lavest mulig forvaltningsnivå, som innebar at kommunene fikk et større ansvar. Samordning preget også denne perioden ved at innovasjonsprosessen ble styrket i kommunene for at det skulle være mulig å se alle omsorgstjenestene i sammenheng. I denne tidsperioden ble det gjennomført tre ulike reformer der samordning i kommunene stod sentralt.

Blant disse reformene var kommunehelsereformen, som førte til at kommunene fikk det fulle ansvaret for primærhelsetjenesten i 1984, med unntak av sykehjemmene. Sykehjemsreformen betød en overføring av ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene i 1988. Sykehjemsreformen innebar at 30 000 sykehjemsplasser og 25 000 årsverk kom under kommunalt ansvar og ble samordnet med hjemmetjenesten innenfor de kommunale rammene av helse- og omsorgstjenesten. I tillegg kom reformen for psykisk utviklingshemmede i 1991,

HVPU-reformen, som innebar nedlegging av fylkeskommunale institusjoner for psykisk utviklingshemmede, og at kommunene fikk ansvaret for tjenestetilbudet til denne gruppen. Disse reformene førte til at kommunene fikk ansvar for et betydelig større antall brukere, som stilte andre krav til faglig kompetanse. Den kommunale omsorgstjenesten ble mer enn fordoblet som et resultat av dette (St.meld. 25 (2005-2006); Barstad 2006).

5.3.3 Lokal styrking

Kommunene fikk et stadig større ansvar for å tilby ulike tjenester til dels svært ulike og sammensatte grupper. Det var en politisk målsetting at omsorgstjenestene skulle være lokalt forankret og at brukerne skulle ha et aktivt og selvstendig liv i lokalsamfunnet så langt som mulig. Kommunen var det forvaltningsnivå som hadde best kjennskap til brukerne og lokalsamfunnet, og som hadde de beste muligheter til å kunne tilpasse og tilrettelegge tjenester for innbyggerne som hadde behov for det. Lokaldemokratiet skulle sikre god styring og prioriteringer etter lokale forutsetninger (St.meld. (25 2005-2006)).

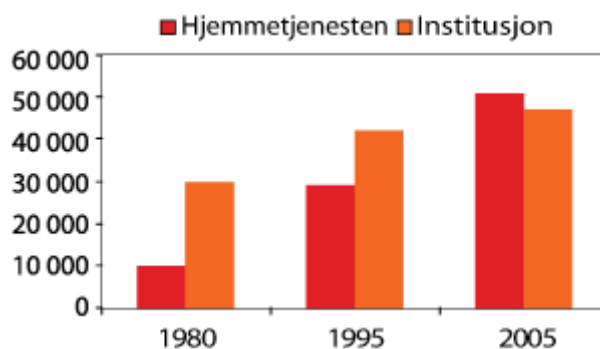
For å bygge opp om de politiske målene om å styrke den lokale forankringen av omsorgstjenestene, ble det i 1986 innført et nytt inntektssystem for tilføring av statlige rammetilskudd til fylker og kommuner. Det nye systemet innebar mindre bruk av statlig øremerking og mindre grad av statlig kontroll. Kommunene fikk nå mer makt til å fordele bevilgningene selv. Dermed kunne lokale myndigheter i større grad gjøre egne prioriteringer og tilpasse sitt omsorgstilbud etter de lokale forhold som rådet i sin spesifikke kommune. Dette nye systemet skulle også bidra til å sikre en mer rettferdig fordeling av inntektene mellom kommunene og bidra til å forenkle regelverk og administrative rutiner (St.meld. 25 (2005-2006)).

Kommunenes økte ansvar og bestemmelse over et helhetlig omsorgstilbud ble ytterligere styrket da kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene i 1988. Dette kunne gi kommunene gode forutsetninger for å se hele eldreomsorgen i sammenheng og ha større bestemmelse over de løsningene som ble valgt på vegne av de eldre. En konsekvens var at mange kommuner regnet ut hva som kunne tilbys av alternative tjenester til den samme kostnaden av en sykehjems plass (St.meld. 25 (2005-2006)). Kommunene fant, i likhet med Eldreomsorgkomiteen (1966), ut at det var ganske mye. Dette kan være en av faktorene som

bidro til at det ble bygget få nye institusjonsplasser etter denne omorganiseringen. Tallet på alders- og sykehjemsplasser økte nemlig bare fra 40 751 i 1980 til 42 500 i 1995.

Kommunene valgte heller å satse på å bygge ut alternative boformer og tjenestetilbud tilknyttet disse, som for eksempel omsorgsboliger og hjemmetjenester tilknyttet hverandre. Dermed fikk et større antall eldre med pleiebehov ta del i det offentlige omsorgstilbudet. Kommunene kunne også tilby et mer utvidet tilbud til eldre som bodde i egen bolig, som hjemmetjenester utenom dagtid (St.meld. 25 (2005-2006)). Noe av resultatet av satsingen kommer også til uttrykk i tall fra Statistisk sentralbyrå (2009b) som viser at det var nesten dobbelt så mange som mottok hjemmesykepleie i 1995 sammenlignet med 1980.

På starten av 1980- tallet utgjorde driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenestene omtrent en fjerdedel av den kommunale virksomheten. Etter kommunehelsetjenestereformen, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming var gjennomført, hadde omsorgstjenestene vokst til å bli kommunens største sektor. Hovedårsaken var at reformene innebar overføring av oppgaver og ansvar fra fylkeskommunene til kommunene. Veksten i tjenestetilbudet bidro også, men ikke i like stor grad (St.meld. 25 (2005-2006)). Figur 3 illustrerer hvordan veksten i antall årsverk i omsorgssektoren fordeler seg.



Figur 3: Årsverk i omsorgstjenesten. Utviklingen av ressursbruken mellom 1980 og 2005. (St.meld. 25 (2005-2006: 24)).

5.3.4 Rasjonalisering og effektivisering, men også ny kapasitetsvekst (1995-2005)

Noe av det som kjennetegner utviklingen av eldreomsorgen i tiårsperioden 1995-2005 er at aldershjemmene legges ned. Isteden skjer en oppblomstring av omsorgsboliger tilknyttet

hjemmehjelp og det er der veksten først og fremst skjer, samtidig som sykehjemmene fornyes og moderniseres. Institusjonstradisjonen og hjemmetjenestetradisjonen smeltes mer sammen og grensene mellom de ulike omsorgstilbudene blir mindre skarpe. Enkelte steder kan det være vanskelig å skille ulike heldøgns omsorgstilbud som institusjon eller omsorgsbolig fra hverandre fordi det kan inneholde elementer som kjennetegner begge. Denne utviklingstrenden blir understreket av forslag til en mer samordnet lovgivning og finansiering av kommunale helse- og sosialtjenester (Barstad 2006: 27).

Prosessen med å reorganisere omsorgstjenestene begynte på starten av 1980- tallet, etter den store volumveksten årene før. Dette fortsetter som en kontinuerlig prosess for å etterstrebe en best mulig fordeling og utnytting av omsorgsressursene som gir gode tjenester på en effektiv måte. At omsorgsbehovene er i stadig endring, samtidig som teknologien gir nye muligheter men ofte er kostbar, kan gjøre utfordringene større. Ifølge St.meld. 25 (2005-2006) ble tiåret mellom 1995 og 2005 preget av vekst, fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid i omsorgssektoren. I denne perioden bidro staten med ekstraordinære tilskudd for å øke kapasiteten i omsorgstjenestene og det ble utarbeidet en egen handlingsplan for eldreomsorgen for å sette kommunene i stand til å møte utfordringene som følger den voksende andel eldre i befolkningen (St.meld. 25 (2005-2006)). Ifølge Barstad (2006: 27) brukte mange kommuner handlingsplanen for eldreomsorgen til å omorganisere pleie- og omsorgstjenesten mot en mer desentralisert struktur med vekt på mindre sentra med omsorgsboliger og hjemmetjenester.

5.4 Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2002)

Gjennom St. meld. 50 (1996-1997), "Handlingsplan for eldreomsorgen", skulle det tas et krafttak i fire år fra 1998 for å sette kommunenes pleie- og omsorgstjeneste i stand til å møte behovsvekst som følge av befolkningsutviklingen. I denne stortingsmeldingen rettes igjen det politiske fokus mot de eldre mottakerne av omsorgstjenestene. Dette er en fireårig handlingsplan der regjeringen fremlegger konkrete forslag til den videre utbyggingen av en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste for å møte det økende behovet. Bakgrunnen er at eldreomsorgen på 1990- tallet kom på etterskudd i forhold til den sterke veksten i tallet på eldre innbyggere med behov for pleie- og omsorg. Forslagene gikk ut på styrking av hjemmetjenestene, fortsatt satsing på omsorgsboliger og en utbygging av flere plasser med

heldøgns omsorg med enerom for de som ønsker det. Dette innebar en sterkere politisk dreining fra institusjoner mot hjemmebasert omsorg. Regjeringen ønsket også nå å legge opp til sterkere statlig styring med vekt på økonomiske og juridiske virkemidler. Det ble også fattet politisk interesse for full sykehjemsdekning basert på enerom, dog med et økonomisk forbehold. Stortinget bad nemlig regjeringen om å kostnadsberegne full sykehjemsdekning med enerom. Denne stortingsmeldingen var et svar på stortingets forespørsel om en stortingsmelding om full sykehjemsdekning basert på enerom.

Ifølge St. meld. 50 (1996-1997) er målet med eldreomsorgen å «... bidra til at eldre med behov for pleie og omsorg kan fortsette å leve et trygt og mest mulig verdig og selvstendig liv». I likhet med situasjonen i 1966, er det også et hovedmål at de eldre skal kunne bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Forutsetningen for dette er naturligvis at tjenestetilbudet kan gi trygghet og tillit til at de eldre får god nok hjelp hjemme når de trenger det. Det er også et mål at alle eldre skal ha et like godt tjenestetilbud uavhengig av hvor man bor i landet, inntekt og sosial status.

Ifølge St. meld. 50 (1996-1997) ønsket regjeringen å legge opp til en satsing på eldreomsorgen som skulle inneholde følgende punkter:

- gi den enkelte trygghet for nødvendige pleie- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov.
- styrke omfanget og kvaliteten på tjenestene.
- utvikle mer helhetlige og fleksible tjenestetilbud.
- gi likeverdige tilbud, uavhengig av den enkeltes bosted, inntekt og ressurser.
- gi større rom for brukermedvirkning og personlige valgmuligheter i den daglige omsorgen.

Handlingsplanen for eldreomsorgen var en nasjonalpolitisk handlingsplan, men det var fortsatt kommunene som skulle ha det overordnede ansvaret for utbygging og drifting av de ulike omsorgstilbudene. Det ble vektlagt at kommunene skulle utforme og bygge ut tjenestene etter lokale omstendigheter og behov.

5.4.1 Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen (1998-2002)

Handlingsplan for eldreomsorgen inneholdt også en konkret handlingsplan for styrking av eldreomsorgen som presenterte konkrete utfordringer som skulle møtes med konkrete tiltak (St. meld. 50 (1996-1997)). Disse kan oppsummeres i følgende tabell.

Tabell 1

Utfordringer og tiltak i eldreomsorgen.

Utfordringer	Tiltak
<p><u>Å øke tjenestenes kapasitet:</u> Befolkningsutviklingen krever en økning i antall plasser med heldøgns pleie og omsorg, i tillegg til ytterligere utbygging av hjemmetjenester.</p>	<p>-6 000 nye årsverk i hjemmetjenestene -7 200 nye omsorgsboliger -5 000 plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig for å holde tritt med befolkningsutviklingen og 4 500 nye årsverk tilknyttet dette.</p>
<p><u>Å bedre kvaliteten:</u> 15 000 beboere ved aldersinstitusjoner deler rom med andre, samtidig som mange institusjoner er gamle og slitte. Det er også viktig å sikre kvaliteten på tjenestene som blir levert.</p>	<p>-6 000 nye ensengsrom. Dette kan skje gjennom omgjøring fra gamle flersengsrom, nybygging eller ombygging. -4 800 nye enheter for heve den materielle standarden ved aldersinstitusjoner gjennom nybygging og modernisering. -280 nye årsverk tilknyttet dette</p>
<p><u>Å sikre et mest mulig likeverdig tilbud på landsbasis:</u> Det er store kommunale ulikheter på ressursbruken i eldreomsorgen. Ulike inntektsgrunnlag er en viktig årsak.</p>	<p>-1 400 nye plasser med heldøgns pleie og omsorg til kommuner med lav dekningsgrad for å utjevne forskjeller mellom ulike deler av landet og 1 250 nye årsverk tilknyttet dette.</p>
<p><u>Å bedre de statlige styringsvirkemidlene:</u> disse må utformes slik at kommunene forholder seg til et incentivsystem som kommer brukerne til gode.</p>	<p>Ingen konkrete tiltak.</p>

*Kilde (St. meld. 50 (1996-1997)).

5.4.2 Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år

Stortinget ba om at man etter to års erfaringer med handlingsplanen for eldreomsorgen skulle ta en ny runde med anslag av behov og ta en vurdering av virkemidlene som ble vedtatt i forbindelse med handlingsplanen. Resultatet var St.meld. nr. 34 (1999-2000) ”Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år” som omhandler erfaringer med planen, eventuelle behov for justeringer av mål og virkemidler for å nå disse, samt å komme med forslag veien videre for eldreomsorgen etter at tiden for handlingsplanen er utløpt.

Etter to år med handlingsplanen hadde kommunenes pleie- og omsorgstjeneste fått en økning på over 6 000 nye årsverk. Husbanken hadde gitt godkjenning til bygging/utbedring av 11 777 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Til sammen hadde kommunene planlagt 11 500 nye årsverk og 26 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger for perioden 1998-2001. Av dette skulle 7 400 gå med til eneromssatsing og utskifting av gammel bygningsmasse. I tillegg hadde kommunene planlagt ytterligere 12 500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2003. I disse tallene inngår også planlagte boliger til andre brukergrupper i pleie- og omsorgstjenesten, herunder opptrappingsplan for psykisk helse (St.meld. nr. 34 (1999-2000)).

Nettopp dette er en viktig observasjon fordi, som vi skal se i neste kapittel (6.0), er veksten i omsorgssektoren i disse årene i stor grad kommet yngre brukergrupper til gode.

Opptrappingsplan for psykisk helse som er medregnet i ”Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år”, kan dessuten være den faktoren som har bidratt mest til økningen av yngre tjenestemottakere (Romøren 2007).

Ifølge St.meld. nr. 34 (1999-2000) var resultatene i samsvar med målene i den oprinnelige handlingsplanen. De nye årsverkene som er kommet til i perioden fordeler seg med 56 prosent til hjemmetjenester, 34 prosent til sykehjem og omsorgsboliger og 10 til prosent til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene hadde imidlertid planlagt utbygging av sykehjem og omsorgsboliger som overstiger handlingsplanens rammer og mål. Mange av disse planene ville dermed måtte skrinlegges eller bli utsatt i tid. For samtidig å sikre en prioritering av prosjekter med størst mulig nytteeffekt, foreslo regjeringen at de resterende rammetilskuddene skulle fordeles allerede nå (1999-2000), for den resterende perioden for handlingsplanen.

Det fremkommer i ”Handlingsplanen etter 2 år” (St.meld. 34 (1999-2000)) at regjeringen ikke finner grunnlag for å endre behovsanslaget fra den opprinnelige handlingsplanen. For planperioden som var 1998-2001, ble måltallene fra den opprinnelige planen beholdt (se Tabell 1). Regjeringen var også tilfreds med de tiltakene som ble satt i gang, som stort sett virket å fungere etter planen. ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” hadde utløst planlegging og utbygging av pleie- og omsorgstjenesten i hele landet og gav resultater i tråd med målene.

5.4.3 Avslutning av handlingsplanen

Ifølge St. meld. 31 (2001-2002), ”Avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen”, hadde handlingsplanen ført til en kraftig opprustning og modernisering av omsorgstjenestene, både på personellsiden og bygningsmessig. Denne utbyggingen skulle fortsette frem til 2005 som følge av ressurstilførselen gitt gjennom Husbanken. Regjeringen hadde inntrykk av at kommunene hadde fulgt handlingsplanen og at resultatene stemte godt overens med målene som ble satt.

Ifølge St. meld. 31 (2001-2002) ble målene for handlingsplanen imidlertid endret underveis i prosessen. Senere ble den utvidet med enda 9.000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser, og regjeringens mål for handlingsplanen var i 2001:

- at alle kommuner som hadde søkt om det, gjennom handlingsplanen skulle få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie- og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig.
- at kommunene, innenfor rammen av 25 prosent samlet dekning, også skulle gis mulighet til å sikre en tilfredsstillende eneromsdekning og helt nødvendig opprustning/utskifting av gamle institusjonsbygg.
- at eneromsdekningen ved alders- og sykehjemmene skulle være godt over 90 prosent for landet sett under ett før utbyggingen er slutført i 2005.

Handlingsplan for eldreomsorgen gav imidlertid resultater over de målene som i utgangspunktet ble satt og tilbudet vokste raskere enn det befolkningsutviklingen for perioden

tilsa. Denne kapasitetsveksten var nødvendig for å ta igjen for de årene omsorgssektoren hadde blitt forsømt med tanke på denne utviklingen. Det var også nødvendig for å danne grunnlaget for den videre utviklingen av omsorgssektoren. Men resultatene hadde kostet, til sammen var investeringsrammen på handlingsplanen på 28 milliarder kroner. Driftsutgiftene hadde økt fra 500 millioner i 1997 til 3,7 milliarder kroner i 2001 (St. meld. 31 (2001-2002)). Tabell 2 kan illustrere noe av økningen i volum.

Tabell 2

Hovedtall for handlingsplan for eldreomsorgen.

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2001	Prognose 2005
Befolkningen 80 år+	184400	201300	210700
Personell - årsverk	79400	92500	98300
Personelldekning, årsverk pr 100 innbygger over 80 år	43,1	46,0	46,7
Sykehjemsplasser	34300	37350	39300
Omsorgsboligplasser	5350	16150	23900
Aldershjemsplasser	9100	6100	3400
Samlet dekningsgrad, 80 år + (Aldershjem, omsorgsboliger og sykehjem) i %	26,4	29,6	31,6
Eneromsdekning i sykehjem i %	83,1	88,5	95

* Kilde (St. meld. 31 (2001-2002)).

Kommunene hadde stått fritt til å utforme tjenestetilbudet etter rådende lokale behov og ønsker. De hadde også frie tøyler når det gjaldt valg av organisasjonsform og driftsmodell. Det kommunene hadde prioritert var i likevel godt i samsvar med de måltall sentrale myndigheter hadde satt, altså ingen tydelig konflikt mellom lokale og sentrale myndigheters

prioriteringer. Kommunene hadde også benyttet handlingsplanperioden til å legge ned gamle aldershjem og erstatte dem med omsorgsboliger bo- og servicesentra, som ble det nye tilbudet til relativt selvhjulpne eldre. Det var fortsatt store ulikheter mellom tilbud i de ulike kommunene. Handlingsplanen hadde bidratt til å utjevne noe forskjellene ved å yte ekstra innsats der det var lavest dekningsgrad, men St. meld. 31 (2001-2002) gir ingen tall som kan illustrere omfanget.

Ifølge St. meld. 31 (2001-2002) blir det ansett som problematisk at mange av søknadene om tilskudd for bygging av nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger kommer fra kommuner som allerede har en høy dekningsgrad. Årsaken til at det kan være problematisk er at om søknadene blir innvilget og dekningsgraden i de beste kommunene øker, forsterker dette forskjellene i tilbudet mellom ulike kommuner. Dette er en uønsket utvikling sett fra regjeringens side og i strid med handlingsplanens mål om likhet, men kan være i tråd med planens mål om kapasitetsøkning. Regjeringen ønsker å bruke ressursene annerledes, ved at alle kommuner som ønsker det skal få mulighet til å komme opp på et nivå med 25 prosents dekningsgrad av plasser med heldøgns omsorg for personer over 80 år. Dermed skulle kommuner under dette nivået prioriteres ved tildeling av tilskudd. Videre ble det konkludert med at en avslutting av handlingsplanen burde forutsette at årsverkveksten i omsorgssektoren skulle fortsette i tråd med behovsanslag i perioden 2002-2005, og at det vurderes en permanent ordning med statlige tilskudd for å finansiere videre utbygging av plasser med heldøgns omsorg (St. meld. 31 (2001-2002)).

5.5 Innhold, verdier og kvalitet i omsorgstjenestene, fra kvantitet til kvalitet (2000-)

Etter det krafttaket for økning av kapasitet i omsorgstjenestene som ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” representerer, var tiden inne for å skifte fokus fra kvantitet og over på kvalitet. I St. meld. 31 (2001-2002) hevdes det at regjeringens perspektiv er at kapasitetsøkningen har gitt rom for å kunne prioritere tjenestenes innhold og kvalitet. Dette er bakgrunnen for at regjeringen foreslår at ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” etterfølges av et nytt utviklingsprogram som har bedre kvalitet, enklere og mer brukervennlige ordninger i omsorgstjenestene som mål.

5.5.1 Innhold og kvalitet

St.meld. 28 (1999-2000), ”Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene”, omhandler verdigrunnlaget og innholdet i omsorgstjenestene, faktorer som går på kvalitet utenom personell, økonomi og infrastruktur. Bakgrunnen er at sistnevnte faktorer som betyr økning i kapasitet, gir et nødvendig grunnlag for kvalitet, men sier lite om innholdet i tjenestene. Kvaliteten på omsorgen innebærer også verdier, holdninger og arbeidskulturer knyttet til arbeidet som blir utført. Regjeringen ønsket med denne meldingen å rette fokus mot innholdet i tjenestene som ikke var direkte knyttet opp mot økning i rammetilskudd.

Målet med å drive kvalitetsarbeid var å oppnå bedre helseresultat, tilfredse brukere og bedre ressursutnyttelse. For å styrke kvaliteten på tjenestene foreslår regjeringen blant annet å styrke statlig tilsyn og kommunal internkontroll. Videre blir det også foreslått å styrke rekruttering, opplæring og kompetanse for saksbehandling, og samtidig skjerpe saksbehandlingsreglene for tildeling av omsorgstjenester. Det å sette kvalitetsmål og utvikle kvalitet på tjenestene skulle være opp til kommunene selv, det statlige myndigheter kunne bidra med var tilsyn og kontrollvirksomhet (St.meld. 28 (1999-2000)). Kvaliteten skulle altså utvikles i kommunene, nær brukerne. Fra statlig hold var det ikke så mye konkret kvalitetsarbeid som kunne gjøres, annet enn å bidra med rammebetingelser i form av regler og ressurser, samt å bidra med kontrollvirksomhet. Mye av årsaken kan ligge i at selv om mange er enige om at kvalitet er viktig, er det vanskelig å måle og definere.

Kvalitet på omsorgstjenester kan være et viktig tema og mål, men vanskelig å definere og måle. Noe av det som gjør dette vanskelig er at kvalitet kan være subjektivt og individuelt, samt at oppfatningen av kvalitet er relativ, både historisk og kulturelt (St.meld. 28 (1999-2000)). Samtidig kan forventninger og krav til tjenestene variere mellom ulike individer og ulike generasjoner, dette kan også påvirke oppfattelsen av kvalitet. På tross av de store utfordringene med å måle og definere kvalitet, mente regjeringen at det er nødvendig både for det offentlige, tjenesteyterne og brukerne å definere kvalitet for å kunne etterstrebe god kvalitet på omsorgstjenestene. Regjeringen gjør et forsøk på å definere kvalitet i Rundskriv 13/97 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene som er gjengitt i St.meld. 28 (1999-2000). Her blir kvalitet definert som oppfyllelse av grunnleggende behov. Tjenestene skulle gis med respekt for den enkeltes egenverdi og livsstil. Ved å tilfredsstillte grunnleggende behov var det ment at brukerne av tjenestene skulle få:

- oppleve trygghet og respekt i forhold til tjenestetilbudet.
- mulighet til selv å ivareta omsorg for seg selv.
- dekket grunnleggende fysiologiske behov som nok næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kost og rimelig valgfrihet i kostholdet.
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
- utført personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning.
- følge en normal døgnrytme og unngå uønskede og unødige opphold i seng.
- mulighet til rolig og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv.
- mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, både inne og ute.
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie- og omsorg tilpasset den enkelte.
- nødvendig tannhelsebehandling og ivaretagelse av munnhygiene.
- en verdig avslutning på livet i trivelige og rolige omgivelser.

*Kilde (St.meld. 28 (1999-2000: 19-20)).

Disse punktene var ment som et bidrag fra sentralt hold til å sikre at kvaliteten på tjenestene skulle holde et forsvarlig nivå, slik at de skulle kunne dekke behovene til brukerne. Fortsatt skulle det opp til kommunene og institusjon å utforme tilbudet til en kvalitativ god standard. Men fra sentralt hold ble kommunene pålagt å etablere prosedyrer og systemer for å sikre kvaliteten på omsorgstjenestene.

5.5.2 Helhet og samhandling

Etter forslag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet ble et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003 for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Bakgrunnen for oppnevningen av utvalget var de omfattende endringene som hadde skjedd i omsorgsektoren gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse, i tillegg til tidligere reformer som blant annet sykehjemsreformen og HVPU- reformen. Disse reformene hadde endret omsorgstjenestene i retning av at kommunene fikk et mer helhetlig ansvar for flere ulike brukergrupper. I tillegg tilbød de et mer differensiert omsorgstilbud som ble mer individuelt

tilpasset, i opposisjon mot tidligere institusjonsomsorg og standardiserte tilbud (NOU 2004:18).

Lovverket og finansierings- og brukerbetalingsordningene for omsorgstjenestene er utformet med utgangspunkt i tjenestestrukturen slik den var før de ovenfornevnte reformer ble gjennomført. Derfor ble det juridiske rammeverket ansett å være dårlig tilpasset omsorgstjenestene etter gjennomføringen av reformene. I det gamle statlige regelverket fantes det skillelinjer mellom helsetjenester og sosialtjenester, og mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det gamle juridiske rammeverket kunne dermed være til hinder for å kunne tilby gode og hensiktsmessige omsorgsløsninger i kommunene. Derfor var det behov for å samordne regelverket for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og harmonisere det juridiske rammeverket for hele helse- og sosialtjenesten (NOU 2004:18).

Utvalgets mandat gikk ut på å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen for å gjøre den mer helhetlig og enkel. Ifølge NOU (2004:18) innebar harmonisering å:

- sikre ensartet regulering av likeartede tjenester.
- sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette.
- hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer.
- forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.

Utvalget vurderte tre ulike modeller for harmonisering av lovverket og kom frem til å anbefale den ene av disse modellene. Den anbefalte modellen gikk ut på å erstatte de to tidligere lovene med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Hovedmålet med en felles lov var å få på plass et regelverk som er oversiktlig, lett å bruke og forstå for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det var også en viktig målsetting å hindre at ulikheter i regelverket skulle skape hindringer

for samhandlingen mellom de ulike tjenestene, samt å gjøre den enkel og anvendelig for også andre enn erfarne jurister (NOU 2004:18).

Utvalget understreket at bedre samhandling og samspill mellom ulike omsorgstjenester ikke kan løses gjennom juridiske virkemidler alene, men det kan gi et godt fundament og utgangspunkt. For å bedre samhandlingen kan det også være nødvendig med andre virkemidler som for eksempel å få til en helhetlig og tjenestenøytral finansieringsmodell (NOU 2004: 18). Det interessante her kan være å se om sistnevnte kan bety at de samlede ressurser som brukes på omsorg i større grad blir samlet i mer helhetlige budsjetter som skal fordeles på flere ulike grupper brukere. Om ulike brukergrupper kjemper om de samme ressursene, kan det oppstå et konfliktforhold mellom brukergruppene når det gjelder fordeling av ressurser. Når det gjelder ressursbruk antok utvalget at forslagene til regelendringene ikke ville medføre noen særlig økning av samlet ressursbruk, men at det lå et betydelig forbedringspotensiale kvalitetsmessig, innenfor de eksisterende ressursrammer (NOU 2004:18).

5.5.3 Samhandling i fokus

Samhandling mellom ulike nivåer og instanser i omsorgssektoren har vært ansett som ikke god nok og det er anslått å ligge et stort forbedringspotensial ved å styrke samhandlingen i helse- og omsorgssektoren for å utnytte ressurser bedre og gi et bedre kvalitativt tilbud. Dette blir særlig viktig i en tid der sektoren er i endring, i ferd med å tilpasse seg endrede behov og endret etterspørsel. Bedre samhandling er spesielt viktig for pasientgrupper med sammensatte og kroniske lidelser, deriblant en stor andel eldre, fordi disse gruppene ofte må forholde seg til ulike forvaltningsnivåer og ulike instanser som ikke alltid kommuniserer eller samarbeider. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Noe som representerer en unødvendig belastning for tjenestemottakerne og kan bety ineffektiv forvaltning av ressurser (NOU 2005:3).

5.5.4 Wisløff-utvalget vurderer samhandlingen

Det såkalte Wisløff-utvalget ble oppnevnt for å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og endringer i rammebetingelser for å bedre samhandlingen. I tillegg skulle utvalget ha målsetting om en optimal ressursbruk og at pasienten skulle behandles på lavest mulig administrativ nivå nært sitt hjemsted.

Å vurdere samhandling i helsesektoren viste seg å være en utfordring på grunn av de mange ulike instansene og institusjonene som opererer i interaksjon med hverandre og med institusjoner utenfor helsevesenet. Slik utvalget vurderer samhandlingen, kreves det en rekke forutsetninger for å få til god samhandling mellom de ulike nivåene. Disse kan oppsummeres (NOU 2005:3) på følgende måte:

- **Verdigrunnlag:** De mest sårbare pasientene trenger ofte tjenester fra ulike tjenesteytere. Disse gruppene vil dermed ha størst behov for å bli møtt av en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Derfor er det viktig at pasientene blir møtt med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går utover den enkelte institusjon. I tillegg til dette er brukermedvirkning en av de mest sentrale verdier for helse- og omsorgstjenesten.
- **Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten:** Forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på lavest mulig forvaltningsnivå. Fastlegen er en nøkkelperson i samhandlingen, fordi hun kan være bindeledd mellom pasient og ulike instanser i primær- og spesialisthelsetjeneste.
- **Likeverd mellom de ulike aktørene:** Helsetjenesten må bygge på at de ulike instansene og yrkesgruppene har gjensidig respekt for hverandre. I helse- og omsorgssektoren finnes mange spesialister innen et fagfelt, men ingen er spesialister på helheten. En forutsetning for god samhandling kan være at alle aktørene bringer sin spesialkompetanse inn i samhandlingen, og at de ulike kompetansene blir respektert av hverandre.
- **Tjenestene må være faglig gode og trygge:** Ofte er god samhandling mellom ulike tjenesteytere en forutsetning for god kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Men tjenestene må også hver for seg være faglig gode og trygge, basert på kunnskap om hva som kan gi god kvalitet og ressursutnyttelse.

Wisløff-utvalget kom frem til at samhandlingen fungerte på svært ulike måter på ulike steder. De fant mange eksempler på god samhandling, men også flere eksempler på svikt i samhandlingen. De områdene samhandlingen sviktet, fant sted både på systemnivå og på individnivå, derfor var det vanskelig å kunne gi et enkelt svar på hvordan samhandlingen kunne forbedres.

Der utfordringene med god samhandling var spesielt store, var i forhold til pasienter med lidelser som en enkelt instans ikke kunne behandle alene. Utvalget konsentrerte seg om problemer som kan være felles og gjennomgående for de fleste pasientgruppene, men de største utfordringene var knyttet til behandling av eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt), terminalt syke pasienter (palliativ omsorg), kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.). Dette kan tyde på at samhandling i helse- og omsorgssektoren er spesielt viktig for eldreomsorgen fordi de eldre i særlig grad lider av slike lidelser, spesielt med tanke på den økende andel eldre i befolkningen. Andre grupper som utvalget trekker frem er psykisk syke, rusmisbrukere, og kreftpasienter som også vil ha stor gevinst av bedre samhandling (NOU 2005:3).

Wisløff-utvalget mente at endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom ulike forvaltningsnivåer ikke kunne løse samhandlingsutfordringene. Overføringen av oppgaver og ansvar til kommunene, som fant sted på 1990- tallet, var fortsatt ansett for en riktig vei å gå. Utvalgets svar på samhandlingsutfordringene var isteden en rekke mindre forslag som i sum forhåpentligvis skulle gi en bedre samhandling. Dette kunne sees på som et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten, fremfor et ønske om strukturelle endringer. Utvalgets forslag kunne knyttes til tre ulike hovedområder; (1) tiltak som styrker pasientperspektivet, (2) tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og (3) tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser (NOU 2005:3).

5.5.5 Samhandlingsreformen

Wisløff-utvalget utredet samhandlingen og kom frem til at det kunne ligge et stort uforløst potensial i å bedre denne. Både når det gjaldt å bedre tjenestene kvalitativt og med tanke på å

utnytte ressursene mer effektivt. Utvalget foreslo ingen store omveltninger verken i organisering eller ved rammetilskudd, men heller en rekke mindre tiltak og endringer som utvalget mente å kunne gi bedre samhandling på aggregert nivå. Fra politisk hold svarte regjeringen med å iverksette "Samhandlingsreformen", som et tiltak for å forberede helse- og omsorgstjenestene på fremtidens utfordringer og møte disse, til det beste for tjenestemottakerne (NOU 2005:3; St. meld. 47 (2008-2009)).

Samhandlingsreformen er myndighetenes initiativ for å bedre samhandlingen i helse- og omsorgssektoren og fokus er på fremtidens utfordringer. Bedre samhandling ble ansett for å være et av de viktigste utviklingsområder i helse- og omsorgssektoren, sett fra både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv.

5.5.6 Utfordringene i samhandlingsreformen

Utfordringene som skisseres i samhandlingsreformen kan summeres opp i tre hovedutfordringer. Den første utfordringen er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Mange pasienter har behov for tjenester fra ulike ytere og ofte på varig basis, og få systemer er rettet mot helheten. Dermed kan en pasient oppleve dårlig samhandling mellom ulike instanser som kan være til belastning. Samtidig innebærer dårlig samhandling dårlig ressursutnyttelse. Årsakene til den manglende samhandlingen kan være sammensatt, men noe av forklaringen kan ligge i kulturforskjellene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan i større grad være preget av at målet med dens virke, både i organisering og funksjon, er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten kan derimot ha et større fokus på pasientenes funksjonsnivå og mestringsevne (St. meld. 47 (2008-2009): 13)).

Den andre utfordringen er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdom fremfor forebygging, mestring og redusering av kronisk sykdom. Det har vist seg at i praksis har forebygging blitt mindre prioritert i konkurransen med mer spesialiserte tjenester. Imidlertid finnes det ikke i dag gode nok systemer for analyse av hvordan ressurser bør settes inn i de ulike leddene fra forebygging til diagnostisering, behandling og rehabilitering (St. meld. 47 (2008-2009): 13)).

Den tredje utfordringen knytter seg til at den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Dette krever langsiktige og dyptgripende tiltak for å sette samfunnet i stand til å møte utfordringene på en god måte og samtidig utvikle helse- og omsorgssektoren slik at den også i fremtiden kan gi et adekvat tilbud. Demografiske endringer kan gi store utfordringer med å beholde og videreutvikle sentrale velferdsordninger. Samhandlingsreformen kan sees i sammenheng med pensjonsreformen og Nav- reformen, som tiltak for å tilpasse velferdsstaten de fremtidige utfordringene i kjølvannet av de demografiske endringene. Grunnene er at det er ikke bare viktig å utnytte ressursene bedre i helse- og omsorgssektoren, men det er også nødvendig at folk jobber lengre (pensjonsreformen), og at folk kommer ut i jobb og blir i jobb (Nav- reformen), for å gjøre det mulig å finansiere gode helsetjenester og andre velferdsordninger også i fremtiden (St. meld. 47 (2008-2009): 13-14).

5.5.7 Samhandlingsreformens hovedgrep

Samhandlingsreformens viktigste formål er å legge frem forslag om hvordan hensynet til samhandling bør påvirke den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Det første hovedgrepet skulle være å legge til rette for en klarere pasientrolle. For å fremme pasientmedvirkning, kunne det opprettes og videreutvikles brukerråd ved tjenestestedene, slik det er gjort ved helseforetakene. I tillegg til dette kan pasientorganisasjoner, og andre aktører, bli involvert i arbeidet med struktur og systemtiltak for å sikre bedre og helhetlige pasientforløp. Regjeringen ønsket også å gi pasienter med behov for koordinerte tjenester en rett til å få en kontaktperson i tjenestene (St. meld. 47 (2008-2009): 14-15).

Det andre hovedgrepet er en ny fremtidig kommunerolle. Regjeringen vurderer å gi kommunene en noe endret rolle, slik at de i større grad kan drive forebygging og økt innsats i tidligere faser av sykdomsforløp. Reformen legger til grunn at utfordringen med økte omsorgsbehov må løses i kommunene. Kommunene kan være den instansen som har best forutsetning for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostisering, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas

innen beste effektive omsorgsnivå (BEON)⁴. Kommunene har også best forutsetning for helhetlig tenkning fordi de kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre kommunale ansvarsområder. For eksempel kan tilrettelegging for fysisk aktivitet i regi av kommunen, både for eldre og yngre, bidra til forebygging av helseproblemer og opprettholdelse av funksjonsnivå (St. meld. 47 (2008-2009: 15)).

Det tredje hovedgrepet innebærer etablering av økonomiske incentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Regjeringen anser kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter for de viktigste virkemidlene. Årsaken er at kommunene skal ha økonomiske incentiver for å vurdere om det kan oppnå bedre helseeffekter gjennom endret ressursbruk, som for eksempel riktigere bruk av sykehus. Endring av ansvarsfordelingen innebærer også at rammebetingelsene til de ulike instansene endres (St. meld. 47 (2008-2009: 15)).

Det fjerde hovedgrepet innebærer at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan få brukt sin spesialkompetanse. I samhandlingsreformen finnes det en ambisjon om å bedre forutsetningene for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette kan skje gjennom en klarere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik at sistnevnte i større grad kan fokusere på å levere gode spesialiserte helsetjenester der de har sin kompetanse. Et klarere fokus på helhetlige pasientforløp kan gi pasienter bedre forutsetninger for å finne frem til tjenester med den aktuelle spesialkompetansen de har behov for (St. meld. 47 (2008-2009: 16)).

Det femte hovedgrepet er å legge til rette for tydeligere prioriteringer. Fraværende samhandling og helhetsperspektiv understrekes også ved at ikke myndighetene har et godt nok koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgssektoren. Med tanke på de økte behov for helse- og omsorgstjenester som følger av den demografiske og epidemiologiske utviklingen, kan det være viktig at prioriteringer som blir gjort retter seg mot helheten i pasientforløp, og ikke mellom deltjenester i pasientforløpet (St. meld. 47 (2008-2009: 16)).

⁴ BEON= Beste Effektive OmsorgsNivå. Går ut på forebygging og behandling i størst mulig grad i lokalmiljøet for å hindre overbehandling. BEON prinsippet er det samme LEON prinsippet som er Laveste Effektive OmsorgsNivå (St. meld. 47 (2008-2009:109)).

I tillegg til de fem hovedgrepene, ønsker regjeringen flere tiltak også på andre områder. Dette dreier seg om å vurdere tiltak knyttet til utvikling av IKT- systemer, utvikling av forsknings og utdanningspolitikk og utvikling av personalpolitikk som bygger opp om målene i samhandlingsreformen og bidrar til samarbeid mellom de ulike aktørene i helse og omsorgsektoren (St. meld. 47 (2008-2009: 16)).

6.0 Fra eldreomsorg til omsorgstjenester

I 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene. Denne omorganiseringen førte til en mer fri overgang mellom institusjonsomsorg og åpen omsorg i hjemmet (Bratland 2005: 20). Samtidig øker andelen yngre mottakere av hjemmetjenester (Romøren 2007), og kommunene overtar oppgaver og ansvar for flere ulike grupper med behov for helse- og omsorgstjenester.

6.1 Yngre mottar i økende grad tjenester som tidligere var forbundet med eldreomsorg

Etter starten av 1990- tallet skjedde det store endringer i alderssammensetningen av mottakerne av hjemmetjenester. Brukere av hjemmetjenester under 67 år ble mer enn fordoblet fra 24 900 i 1992 til 50 200 i 2005. I den samme perioden har andelen brukere mellom 67 og 79 år gått ned, litt mer enn befolkningstallet i perioden, men andelen mottakere over 80 år har økt i den samme perioden. Det samlede antall brukere av hjemmetjenester over 67 år var noe mindre i 2005 enn det var på starten av 1990- tallet (Romøren 2007: 1). Økningen i antall brukere av hjemmetjenester fra 1990- tallet frem til midten på 2000- tallet skyldes altså økning i antall yngre brukere. I samme tidsperiode har andelen yngre mottakere økt fra 18 prosent til 30 prosent av alle hjemmetjenestemottakere (Romøren 2007). Tabell 3 kan illustrere dette noe enklere.

Tabell 3

Andel mottakere av hjemmetjenester etter alder pr. 100 innbyggere i ulike aldersgrupper.

Hjemmetjenester	1992	1993	1994	1995*	1996	1997
0-66 år	0,68	0,66	0,72	0,65	0,79	0,83
67-79 år	11,8	11,3	10,9	10,3	10,7	10,8
80 år +	40	39,7	38,3	36,5	37,4	37,3

* Reduksjonen i mottakere som fremkomme i tall for 1995 skyldtes endret registreringsmåte og var derfor ikke reell (St.meld. 34 (1999-2000)).

6.1.1 Hvem er de yngre brukerne og hvor kommer de fra?

Det som menes med yngre brukere er mennesker under 67 år som av ulike grunner mottar hjemmetjenester. Det kan dreie seg om psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede,

mennesker med psykiske lidelser, mennesker med rusproblemer og trafikkskadde. Folk som lider av annen somatisk sykdom som for eksempel multippel sklerose, cerebral parese, epilepsi, hjerneslag, kreft og leddgikt inngår også. Vi bør være oppmerksomme på at hjemmetjenestene betjener beskyttede boformer som eldreboliger, serviceboliger og omsorgsboliger, at de ofte er integrert i. Dermed skal hjemmetjenesten hjelpe flere ulike brukergrupper enn de eldre.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har hjelpen yngre mottakere får endret karakter. Det er færre som mottar bare praktisk bistand i hjemmet, mens det er langt fler som kun får hjemmesykepleie. Dette betyr at det kan ha skjedd en endring av hjemmetjenestene i en mer medisinsk retning der stell og pleie blir prioritert fremfor praktisk bistand. Disse brukerne er også mottakere av andre offentlige tjenester enn hjemmetjenestene, som for eksempel støttekontakt, dagsentertilbud og avlastningstilbud som ikke inngår i statistikken om hjemmetjenester (Romøren 2007: 6). Når det gjelder omfanget av hjelpen, går graden av praktisk bistand betraktelig ned jo eldre mottakerne er, mens omfanget av hjemmesykepleie øker med alderen. Tabell 4 viser nærmere hvordan dette fordeler seg. Det er de yngre brukerne som i hovedsak får det meste av den praktiske bistanden som blir ytt.

Tabell 4

Antall timer praktisk bistand per uke og antall ganger hjemmesykepleie

Per uke. Gjennomsnittstall etter brukernes alder

	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80 år+
Praktisk bistand: Timer i uka	76	22	9	2	2
Hjemmesykepleie: Besøk i uka	6	8	9	10	10

* Kilde (Statens helsetilsyn 2003).

Ifølge Romøren (2007: 7) fikk de yngre hjemmehjelpmottakere til sammen 940 000 timer hjelp per uke i 2005, mens eldre hjemmehjelpmottakere mottok til sammen 570 000 timer hjelp per uke. Dette tross av at de yngre brukerne utgjorde kun 30 prosent av alle hjemmehjelpmottakere i 2005 (Romøren 2007: 1). Yngre mottakere er altså betydelig mer ressurskrevende enn eldre, noe som i hovedsak skyldes det betydelige omfanget av praktisk

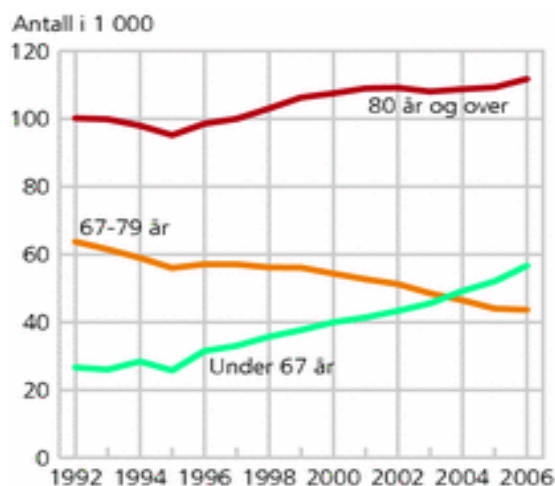
bistand de får.

Å spørre hvor de yngre hjemmehjelpstjenestemottakerne kommer fra er kanskje ikke riktig spørsmål, men snarere hvorfor disse gruppene legger beslag på en stadig større andel av de totale hjemmehjelpstjenestene. Romøren (2007: 7-9) skisserer tre ulike forklaringsmodeller på hvorfor andelen yngre hjemmehjelpmottakere har økt så kraftig fra starten av 1990- tallet og frem til i dag. Forklaringsmodellene går ut på endringer i behov, endringer i etterspørsel og endringer i tilbud.

6.1.2 Behov

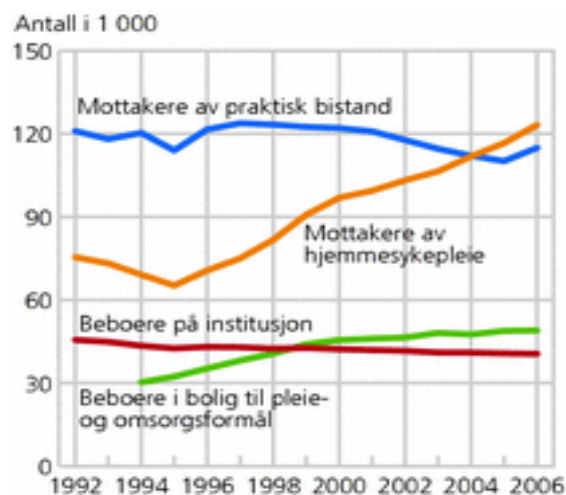
De viktigste behovsendringene kan gå på befolkningsutvikling og endringer i sykelighet. Befolkningen under 67 år har økt noe i tidsperioden 1992-2004, men dette kan trolig ikke forklare økningen av hjemmetjenestemottakere fordi gruppen som har økt mest yngre voksne (18-49 år) ikke har økt særlig i antall (ca.1 prosent). Denne gruppen har derimot den kraftigste økningen av hjemmetjenestemottakere, omtrent 50 prosent økning i samme tidsperiode. Demografiske endringer forklarer trolig mer av årsaken til at gruppen 67-79 år har minket i andelen av mottakere fordi personer i denne alderen er blitt færre. Mottakere i alderen 80+ har økt samtidig som det er blitt flere personer i denne alderen i befolkningen (Romøren 2007: 7-8), noe som også fremkommer i figur 3.

Data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser tilsier at det ikke er skjedd en forverring av sykeligheten i befolkningen. Dette kan bidra til å forklare endringene av forbruket av hjemmetjenester i denne tidsperioden. Men samtidig har levetiden til psykisk utviklingshemmede økt, noe som igjen øker denne gruppens størrelse som fra før av er blant de største gruppene av yngre tjenestemottakere (Romøren 2007: 8).



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3 (til venstre): Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder (Otnes 2007).



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4 (til høyre): Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter type tjeneste (Otnes 2007).

6.1.3 Etterspørsel

Etterspørsel etter hjemmetjenester kan skapes av behov for tjenester, og det kan skapes av kunnskap om hva tjenesten kan yte. Etterspørselen kan også endres med terskelen for å be om tjenestene. Etterspørsel dreier seg dermed ikke bare om behovet for tjenester, men også kunnskap om og holdninger til hjemmetjenester og tilbudet av tjenester. Romøren (2007: 8-9) har intervjuet hjemmetjenesteledere om holdninger som kan styre etterspørselen etter hjemmetjenester. Noe av det som kom frem var at holdninger om og kjennskap til hjemmetjenester kan ha endret seg i retning av at fler får vite at hjemmetjenester ikke kun er forbeholdt eldre, men også andre grupper. Romøren (2007: 8-9) understreker at det er vanskelig å dokumentere i hvilken grad økt kunnskap om og endrede holdninger til hjemmetjenester kan bidra til økt etterspørsel. Men det er likevel grunn til å tro at det kan øke etterspørselen blant de yngre mottakergruppene.

6.1.4 Tilbudet

Endringer i tilbudet av hjemmetjenester kan skje ved at kapasiteten øker. Enten ved at hjemmetjenesten tar på seg nye oppgaver fordi det gagnar deres egen interesse og kompetanse, eller ved at tjenesten blir pålagt nye oppgaver. Romøren (2007: 9) påpeker at det trolig er den siste faktoren som har hatt størst betydning. Årsaken kan ligge i at det over tidsperioden fra starten av 1990- tallet frem til midten av 2000- tallet er gjennomført en rekke helse- sosialpolitiske reformer som direkte eller indirekte har ført til at hjemmetjenesten er blitt tilført stadig flere oppgaver og mer ansvar. Av reformer som kan ha hatt en slik effekt kan

HVPU-reformen (1991-95), Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), Helseforetaksreformen (2002), Reformen i rusomsorgen: ”Rusreformen” (2004), Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005/2006-2008), Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR – 2000/2001) nevnes. Dette dreier seg om reformer som omhandler omsorg for andre grupper enn eldre, som psykisk utviklingshemmede, psykisk syke om mennesker med rusproblemer.

HVPU-reformen innebar en omorganisering av omsorgen for psykisk utviklingshemmede som førte til at kommunene fikk ansvaret for omsorgen av denne gruppen. Denne reformen kan sies å ha vært i tråd med generell sosialpolitisk utvikling på denne tiden, med overføring av omsorgsoppgaver til kommunene og nedbygging/avvikling av institusjonsomsorg med tilsvarende opptrapping av åpen omsorg (Kommunenes sentralforbund 1990:1). Det var altså et politisk ønske om å gå bort fra den tidligere segregeringen av denne gruppen i egne institusjoner og særomsorg, og heller gå i retning av integrering i form av mer åpen omsorg, både organisasjonsmessig og sosialt.

Målet med reformen var å bedre og normalisere levekårene for denne gruppen, legge til rette for at disse personene så langt det var mulig skulle bo og leve selvstendig med en aktiv og meningsfull tilværelse med andre, samt å avvikle institusjonsomsorgen og fremme alternative tilbud (Kommunenes sentralforbund 1990: 2).

HVPU-reformen innebar at 5000 utviklingshemmede ble overført til kommunale bolig-, omsorgs- og arbeidstilbud pluss at kommunenes ansvar for denne gruppen ble presisert. Denne omfattende reformen fikk konsekvenser for hjemmetjenestene fordi de ble nødt til å etablere nye tilbud for psykisk utviklingshemmede som tidligere hadde vært omfattet av institusjonsomsorgen og psykisk utviklingshemmede som var hjemmeboende. I tillegg har kommunene vært pliktig til å tilby alle nye utviklingshemmede tilsvarende tilbud. Det at en betydelig andel yngre hjemmetjenestemottakere under 67 år i dag er utviklingshemmede, peker mot at HVPU-reformen kan ha vært en av drivkreftene bak fenomenet med at en stadig større andel av hjemmetjenestene har gått til yngre brukere (Romøren 2007: 9).

”Opptrappingsplan for psykisk helse” er en lignende reform med lignende konsekvenser. Staten har siden 1999 ytt betydelige midler i form av øremerkede midler til psykisk

helsearbeid i kommunene. Noe som har ført til flere nye tilbud, et stort antall boliger, dagsentra og stillinger i kommunene øremerket arbeid for mennesker med psykiske lidelser (Romøren 2007: 9).

Helseforetaksreformen har forsterket tendensen til å redusere liggetiden i sykehusene og til å overlate mer behandling, etterbehandling og rehabilitering til kommunehelsetjenesten. Omtrent en fjerdedel av dagens hjemmetjenestemottakere under 67 år er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus. De fleste av dem er enten slagpasienter eller kreftpasienter (Romøren 2007: 9).

Det er også blitt gjennomført reformer innenfor rusomsorgen de senere årene. Helseforetakene har overtatt sektoransvaret for behandlingstiltak. Det ble opprettet en handlingsplan mot rusmiddelproblemer, legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR), som ble satt i system ved etablering av regionale sentra over hele landet. Tilretteleggingen for gjennomføringen skjer også i den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunene. Dette har til sammen gitt kommunene et større ansvar for oppfølgingen av rusmisbrukere (Romøren 2007: 9).

Til sammen har nevnte reformer medført flere og nye oppgaver for hjemmetjenesten i kommunene som har måttet utvide sitt tilbud. Hjemmetjenesten har også måttet overta ansvaret for oppgaver knyttet til kronisk syke når andre tilbud er blitt lagt ned, som for eksempel ulike institusjoner for funksjonshemmede.

Ifølge Romøren (2007: 9-10) kan årsaken til kraftig økning av antall yngre tjenestemottakere i hjemmetjenesten være at befolkningssammensetningen i de aktuelle aldersgruppene har endret seg. Hjemmetjenestenes endrede anseelse ved at de i større grad blir ansett for å være et aktuelt omsorgstilbud beregnet på trengende grupper i alle aldre, og ikke primært et tilbud i eldreomsorgen, kan ha bidratt til å øke etterspørselen.

Den viktigste årsaken til det økte antallet yngre brukere ligger derimot trolig i de store helse- og sosialpolitiske reformene som kommunene er blitt pålagt de siste tjue årene og som har gitt kommunene mange nye oppgaver. Opptrappingsplanen for psykisk helse kan ha vært den viktigste bidragsyteren til økningen av yngre mottakere, noe som gjenspeiles i Tabell 5.

Tabell 5

Helseproblem som forårsaker hjelpebehov (brukere under 67 år). Mottakere av hjemmetjenester i 2006 etter alder, i prosent.

	0-17 år	18-49 år	50-66	Alle
Psykisk utviklingshemming	50	19	4	13
Psykisk lidelse	0	43	37	39
Rusmiddelmissbruk	0	11	7	9
Demens	0	1	2	1
Somatisk lidelse	50	27	50	37
Totalt	100	101	100	99

* Kilde (Romøren 2007: 5).

6.1.5 Litt om ressurser

Selv om yngre brukergrupper er blitt flere blant det totale antallet tjenestemottakere, er fortsatt de eldre (over 67 år) den dominerende gruppen med tanke på antall, da de utgjør 70 prosent av alle tjenestemottakere. Noe av det som skiller yngre brukere fra eldre er at de har et langt mer omfattende tilbud av omsorgstjenester. Dette bidrar igjen til at yngre mottakere mottar nesten dobbelt så mye hjemmehjelpressurser som eldre. I tillegg kommer støttekontakt- og avlastningstilbud som er forbeholdt yngre brukergrupper. Romøren (2007: 10) konkluderer med at de kommunale hjemmetjenestene har gått fra å være eldreomsorg til å være yngreomsorg.

Avinstitusjonaliseringen som har skjedd og som har vært politisk styrt har ført til at mennesker med psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser eller omfattende kroppslige funksjonshemninger er blitt overført til egne boliger eller bokollektiver som er drevet på andre måter enn institusjoner. Disse nye løsningene på omsorgsfeltet er svært ressurskrevende. Om dette har medført bedre livskvalitet for de det gjelder eller om de nye løsningene tilbyr faglig bedre tjenester, vites det relativt lite om (Romøren 2007: 10).

7.0 Fire epoker i lys av tre teorier

Når vi har tatt for oss en del av det som har skjedd siden Eldreomsorgskomiteen innledet starten på den moderne eldreomsorgen, frem til Samhandlingsreformen og utsiktene morgendagens pleie- og omsorgssektor, er det mulig å identifisere fire ulike hovedepoker. Disse fungerer som et nyttig perspektiv for videre å vurdere hva som har skjedd underveis med eldreomsorgen. De fire epokene vil også betraktes i lys av de gjeldende teorier presentert tidligere i 3.0.

Den første epoken ble innledet av Eldreomsorgskomiteen og avsluttet med en kraftig utbygging av kapasitet (1966-1980). Den andre epoken fant sted på 1980- tallet da kommunene begynte å få mer ansvar og oppgaver gjennom kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og HVPU- reformen. Den tredje epoken fant sted på 1990- tallet og innebar enda flere oppgaver til kommunene. Samtidig ble det satset på andre omsorgstilbud enn institusjonsomsorg. Handlingsplanen for eldreomsorgen førte til et løft for omsorgstjenestene, men ikke nødvendigvis for eldreomsorgen. Den fjerde og siste epoken (2005-) kjennetegnes av at helse- og omsorgssektoren har blitt så stor at bedre organisering og samhandling mellom ulike forvaltningsnivå blir helt nødvendig for å kunne utnytte ressurser bedre og kunne gi et best mulig tilbud i fremtiden.

7.1 Den første epoken (1966-1980)

Den første epoken innledes av Eldreomsorgskomiteen i 1966. Komiteen legger også premisene for eldreomsorgen i denne epoken gjennom sine fire innstillinger. Det som først og fremst kjennetegner denne epoken er en kraftig utbygging av kapasiteten i eldreomsorgen.

Startskuddet for den moderne eldreomsorgen kan ha gått med at det offentlige overtok ansvaret og oppgavene fra familiene. Dette kan sees på som et paradigmeskifte, at ansvaret for pleie og stell av gamle og syke blir et offentlig ansvar. Det skjer en endring i forståelsesrammen av hva som er eldreomsorg og hvem som har det overordnede ansvaret. Paradigmeskiftet fra privat til offentlig omsorg bør videre ikke sees isolert, men i sammenheng med velferdsstatens ekspansjon, kvinners økende deltagelse i arbeidslivet og at de eldre blir en mer selvstendig gruppe gjennom pensjonsordningen fra 1967. Det ga dem mer selvstendighet og evne til å betale delvis eller helt for tjenestene de mottok. I historisk sammenheng er det et relativt nytt fenomen at de eldre og pleietrengende mottar hjelp fra det offentlige til å klare seg i det daglige.

Det gamle paradigmet familieomsorgen ble erstattet med det nye; den offentlige omsorgen. Eldreomsorgkomiteen legger premissene for det nye paradigmet gjennom sitt arbeid. Selv om komiteen legger vekt på kvalitet i eldreomsorgen, er det kapasitetsøkning som er det mest prekære behovet. Kvaliteten i eldreomsorgen kan sies å ha blitt bedre i denne perioden fordi det kommer en oppblomstring av tilbud som ikke har vært tilgjengelig i samme grad som tidligere.

7.1.1 Kan innstillingen om institusjoner for eldre representere et paradigmeskifte?

Daatland et al. (1997) beskriver to ulike ideologier for drifting av institusjoner for eldre; den medisinske tradisjonen og den sosiale tradisjonen. Som navnet indikerer, vektlegger den medisinske tradisjonen den medisinske behandling og pleie ved institusjonene, fremfor de sosiale kvalitetene. Her blir beboerne først og fremst pasienter og sykehjemmene har i større grad et institusjonspreg med lange korridorer og færre enerom. Under en slik ideologi fremstår sykehjemmene som små sykehus og pasientene blir ansett som syke med andre behov enn de friske. I en slik sammenheng kan enerom bli sett på som å isolere pasientene samtidig som det kan være upraktisk og urasjonelt i pleien. Innenfor den medisinske tradisjonen er det pleierne som vet hva som er best for pasientene som har lavere grad av selvbestemmelsesrett (Daatland et al. 1997: 41-42). I den sosiale tradisjonen er det de sosiale kvaliteter som vektlegges. Sykehjemmene blir først og fremst et hjem der beboerne skal kunne trives og få den hjelpen de trenger for å klare seg i hverdagen. I den sosiale tradisjonen er enerom en selvfølge, man skal bli sett som individ og ikke som en pasient, og selvbestemmelse er viktig fordi man i størst mulig grad skal ta egne valg og leve livet som man ellers ville gjort, uten pleiepersonale som overformyndere (Daatland et al. 1997: 41-42).

Danmark valgte tidlig den sosiale tradisjonen, mens den medisinske modellen har vært mest fremtredende i Norge og Sverige (Daatland et al. 1997: 41). Den er spesielt fremtredende frem til slutten på 1960- tallet da Eldreomsorgkomiteen fremmer forslag om å gå i retning mot den sosiale modellen, slik som forslagene til kvalitative forbedringer kan være et uttrykk for. Det bør påpekes at den medisinske kontra den sosiale tradisjonen ikke er en dikotom variabel, men heller kan sees på som et kontinuum hvor ulike institusjoner ligger et sted imellom, nærmest den ene eller andre modellen. Forslagene som Eldreomsorgkomiteen fremla som gikk ut på å heve kvaliteten og selvbestemmelsen på institusjonene kan sees på en dreining mot den sosiale tradisjonen også i Norge, med en intensjon om å bedre institusjonslivet

kvalitativt og gjøre institusjonene for eldre mer hjemlige og mindre sykehuspreget.

Hvilke endringer som faktisk skjer ute i institusjonene etter at innstillingen utkom er en annen sak. Det er uvisst hvordan de ulike ideologiene har oppstått, men når et system først har etablert seg har det en tendens til å rettferdiggjøre og reproducere seg selv og sin egen logikk (Daatland et al. 1997: 42). North (2005: 51-52) kaller dette fenomenet stiavhengighet, som går ut på at institusjoner og organisasjoner kan være bundet av valg og strategier som er gjort i fortiden fordi det tidligere har medført suksess og opprettholdelse av organisasjonen. Stiavhengighet kan dermed være til hinder om organisasjonen behøver å endres for å ivareta nye eller endrede oppgaver.

Dersom man tar utgangspunkt i den medisinske sykehjemsideologien det gjeldende paradigmet i Norge, kan stiavhengighet bidra til å forklare hvorfor det er vanskelig å legge om til et annet paradigme og gå i retning av en mer sosial sykehjemsideologi.

7.2. Den andre epoken (1980-1991)

Fra 1980 stagnerte den kraftige utbyggingen av eldreomsorgen som hadde funnet sted i det foregående tiår. Denne epoken kjennetegnes av overføring av ansvar og oppgaver til lavest mulig forvaltningsnivå, kommunene. Etter den kraftige veksten var tiden moden for å omorganisere tjenestene for å oppnå bedre ressursutnyttelse gjennom bedre prioritering og bedre samordning (Barstad 2006).

7.2.1 Pendelsvingningen etter forrige epoke

Overgangen fra den kraftige veksten på 1970- tallet til 1980 årenes omorganisering for en bedre ressursutnyttelse kan representere en politisk pendelsvingning som Hirschman (1982) beskriver. Det som kjennetegner den andre epoken står i kontrast til den første epoken, ved at fokuset skifter fra å øke kapasiteten over til å få mer ut av den kapasiteten som allerede eksisterer. De tre store reformene kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og HVPU-reformen går alle ut på å overføre ansvar og oppgaver til kommunene. Sett i lys av Hirschmans (1982) teori, kan denne epoken sees på som et motsvar på den forrige epokens kapasitetsøkning. Etter den store veksten i denne sektoren kan man ifølge Hirschman (1982) anta at forventningene til resultat og en god eldreomsorg har vært så høye, at resultatet etter utbyggingen ikke stod i stil med forventningene. Den andre epokens motsvar er omorganisering for å utnytte den store ressursøkningen bedre.

7.2.2 Avinstitusjonalisering som paradigme

I løpet av den første epoken økte tallet på sykehjemsplasser kraftig, mens veksten stoppet opp og stagnerte på i overkant 40 000 plasser i den andre epoken (NOU 1992: 1; St. meld. 25 (2005-2006)). At veksten i antall sykehjemsplasser stopper opp, kan ha ulike årsaker. En mulig årsak går ut på at kommunene får ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene og oppdager at hjemmetjenester er billigere og kan nå flere brukere. En annen årsak kan være ideologisk motvilje mot omsorgsinstitusjoner for andre grupper enn eldre mennesker. Kanskje kan avinstitusjonaliseringstankegangen som førte til HVPU- reformen ha smittet over på eldreomsorgen og indirekte bidratt til avinstitusjonalisering også av aldersinstitusjoner. Allerede i 1966 ville Eldreomsorgkomiteen satse på hjemmetjenester for å lette institusjonspresset. I tillegg var tjenester i hjemmet fremfor i institusjon ansett som det beste for de eldre. Men det er først under denne epoken at veksten i antall institusjonsplasser stopper opp.

På bakgrunn av dette kan det sies at et gjeldende paradigme som kjennetegner denne epoken er avinstitusjonalisering. I denne sammenheng kan man si at det har sin bakgrunn i Eldreomsorgkomiteens arbeid da den røde tråden i alle dens utgivelser var å minske behovet for aldersinstitusjoner. Det som gir grunnlag for at avinstitusjonalisering er det gjeldende paradigmet er at veksten i institusjonsplasser stopper opp, noe som gir en gradvis nedgang i dekningsgrad fordi antallet eldre øker i hele perioden. Samtidig som andre omsorgsformer, som hjemmetjenester, blir satset på samme periode (Statistisk sentralbyrå 2009b). Det er altså eldreomsorg utenfor institusjon som imøtekommer behovsveksten i denne perioden.

7.2.3 Fra velferdsstat til velferdskommune

Kommunesektoren er i økende grad blitt velferdsstatens førstelinje, spesielt med tanke på pleie- og omsorgssektoren der kommunene har fått stadig mer ansvar. På bakgrunn av reformer og omorganiseringer som har gitt kommunene flere oppgaver, er pleie- og omsorgssektoren blitt den største posten på kommunenes budsjetter (Disch & Vetvik 2009: 16).

Endringene har sin bakgrunn i politiske føringer og vedtak som fremmer desentralisering avinstitusjonalisering. De største bidragsyterne er etableringen av kommunehelsetjenesten i 1984, overføringen av sykehjemmene til kommunene i 1988 og HVPU- reformen i 1991. I tillegg til disse kommer reformene som er nevnt i 6.1.4, som går i samme retning. Resultatet

ble en rask og stor vekst i kommunale oppgaver (Disch & Vetvik 2009: 17). Reformene som gav kommunene flere oppgaver og ansvar ble gjennomført på 1980, 1990 og 2000 tallet, men konsekvensene av de samlede endringene i økende grad preger dagens kommunevirksomhet (Barstad 2006).

Reformer og omorganiseringer kan også sees i sammenheng ideologiske endringer over de siste tiårene. Omsorgsektoren ble tuftet på verdier om likhet, standardisering og sentrale offentlige fellesløsninger. Disse er gradvis blitt erstattet med eller beveget seg mot verdier om individuell frihet, mangfold, variasjon i velferdstilbudene og mer vektlegging av lokale og private løsninger (Sandvin 1993: 17-19).

Kommunenes økte ansvar og oppgaver kan også ha bidratt til at stadig flere av dem opplever at de ikke klarer å løse de nye oppgavene de blir pålagt innenfor rammevilkårene. Det er også forskjeller mellom ulike kommuner i forhold til økonomi og tjenester de er i stand til å levere til sine innbyggere. Som en konsekvens er det mange kommuner i dag som ser etter alternative løsninger til kun å øke budsjettene, som å samarbeide med nabokommuner og andre involverte i pleie- og omsorgskjeden som familie, frivillige organisasjoner og kommersielle aktører. Dette kan til dels være en erkjennelse av at utfordringene på pleie- og omsorgsfeltet ikke lar seg løse av økte bevilgninger alene (Disch & Vetvik 2009: 17-18).

Fordelene med å ha pleie- og omsorgstjenestene i kommunal regi, er fra politisk hold hevdet å være at det er større mulighet for å oppnå en helhetlig og effektiv omsorgskjede. En sterk lokalsamfunnsbasert omsorgskjede kan i større grad forebygge sosiale og helsemessige problemer for befolkningen i alle aldersgrupper (Disch & Vetvik 2009: 18), noe samhandlingsreformen har som siktemål å etterstrebe. Ifølge Disch & Vetvik (2009: 17-18) kan også bekymringer for kostnadsutviklingen i helse- og omsorgssektoren sammen med generelle økonomiske hensyn, ha bidratt til at sektoren i større grad har vært ønsket flyttet over i kommunale hender.

7.3 Den tredje epoken (1991-2003): pendelen mister kraft

Den tredje epoken inneholder elementer fra begge foregående epoker. Handlingsplanen for eldreomsorgen representerer et krafttak for igjen å øke kapasiteten i omsorgstjenestene, samtidig som en rekke reformer viderefører trenden fra den andre epoken med å gi kommunene flere oppgaver og større økonomisk handlefrihet til å utforme sitt eget

omsorgstilbud. Overgangen til den nye epoken er ikke like kontrastfull som tidligere. Denne observasjonen stemmer overens med Hirschmans (1982) teori om at pendelsvingningene fra det ene til det andre mister sin kraft etter hvert. I denne epoken er det et parallelt fokus på både omorganisering og utbygging.

7.3.1 Fra eldreomsorg til pleie og omsorgstjenester

Etter den andre epoken hadde kommunene fått flere oppgaver og mer ansvar. Under den tredje epoken fikk kommunene ytterligere ansvar, for stadig flere brukergrupper.

I denne perioden starter det som kan være et viktig vendepunkt. Eldreomsorgen i form av aldersinstitusjoner og hjemmetjenester blir erstattet med en pleie- og omsorgstjeneste som skal betjene alle hjelpetrengende. Ut i fra et konfliktperspektiv kan man si at de eldre konkurrerer med andre grupper med store behov, om ressurser fra det samme budsjettet fordi kommunene har overtatt ansvaret for yte tjenester til de ulike gruppene. Eldreomsorgen blir i større grad innlemmet i en samlet kommunal pleie- og omsorgstjeneste for flere grupper med pleie- og omsorgsbehov.

I NOU (1992:1) blir det slått fast at personer med omsorgsbehov skal ha mulighet til et privat og selvstendig liv med trygghet og verdighet i eget hjem. Dette gir uttrykk for et paradigme som er kjent fra tidligere: heller hjemmetjenester enn institusjonsomsorg. Budskapet er det samme som i 1966, men argumentasjonen gjenspeiler individuell frihet i stedet for de samfunnsøkonomiske argumentene fra Eldreomsorgkomiteen (1966). Paradigmet om avinstitusjonalisering gjør seg gjeldende også i denne epoken gjennom at aldersinstitusjonsplasser holder seg på et relativt stabilt antall, mens antall personer som mottar hjemmesykepleie øker (Statistisk sentralbyrå 2002). Antall eldre øker kontinuerlig, så det er dermed andre tjenester utenfor institusjon som svarer til det økende behovet i eldreomsorgen i denne perioden. Avinstitusjonalisering kan dermed være et noe misvisende begrep i eldreomsorgen, ettersom antall plasser holdes relativt stabilt. Aldersinstitusjonene blir ikke avskaffet, men forsømt i utbyggingen av eldreomsorgen.

Samlet var reformene som gav kommunene flere omsorgsoppgaver bidragsytende til sammensmeltningen av omsorgstjenestene. Dette var reformer som tok sikte på å omorganisere for å oppnå bedre ressursutnyttelse og kvalitet. I tråd med Hirschmans (1982) teori kom et motsvar på omorganiseringsreformene. Motsvaret var ”Handlingsplanen for

eldreomsorgen” som går ut på en kraftig kapasitetsøkning.

7.3.2 Handlingsplanen for ”eldreomsorgen”

Hensikten med ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” var å sette den i stand til å kunne møte de store utfordringene som ville komme som en konsekvens av befolkningsutviklingen. Fokus hadde i mange år vært på omorganiseringer, nå var tiden inne for et krafttak for kapasitetsøkning igjen. Men nå som omsorgstjenestene i stor grad var sammensmeltet, skulle det vise seg i praksis at det kunne være noe misvisende å snakke om en handlingsplan for en eldreomsorg som var integrert med omsorgstjenester som stod flere ulike grupper til disposisjon.

Som Romøren (2007) viser, kom det meste av kapasitetsøkningen i denne perioden yngre brukergrupper til gode. Pleie- og omsorgstjenestene ble styrket, men som følge av at de ulike tjenestene nå var mer samlet og integrert i kommunal regi, gikk mye av krafttaket ikke til eldreomsorg, men til en pleie- og omsorgstjeneste der yngre brukergrupper fikk mye av veksten. Noe av årsaken kan ligge i at de yngre brukergruppene er færre i antall men har behov for et mer variert og ressurskrevende tilbud. De eldre, som er mange men har lavere behov individuelt, kan da komme tapende ut i kampen om omsorgsressursene som bevilges over samme kommunebudsjett.

Handlingsplanen var et statlig initiativ for å styrke eldreomsorgen i kommunene. I kontrast til forrige epokes kommunefrigjøring fra øremerking og statlige føringer, inneholdt Handlingsplanen mer av dette. Kommunal frihet hadde ikke helt gitt det resultatet man var ute etter, og sentrale myndigheter så seg igjen nødt til å gripe inn og bidra til en ønsket utvikling; en styrking av eldreomsorgen.

”Handlingsplanen for eldreomsorgen” går ut på å styrke pleie og omsorgstjenestene for å kunne stå bedre rustet til å ta imot behovsøkningen som kommer som en følge av befolkningsutviklingen. Både i tittel og innhold, kan det ligge en antagelse om at utbygging av pleie- og omsorgstjenester automatisk vil innebære en styrking og utbygging av eldreomsorg. Integrering og sammensmeltning av ulike tjenester og deres forvaltning kan tyde på at det ikke lenger er et åpenbart likhetstegn mellom pleie- og omsorgstjenester og eldreomsorg.

7.4 Den fjerde epoken: Innhold, kvalitet og samhandling (2003-)

Den fjerde epoken kan sies å starte etter gjennomføringen av ”Handlingsplanen for eldreomsorgen”, da fokuset igjen skifter fra bedring av kvantitet til kvalitet. Dette er epoken eldreomsorgen og omsorgstjenestene befinner seg i dag. Et sentralt initiativ for denne epoken er ”Samhandlingsreformen”.

Etter kapasitetsøkningen som ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” ga, endret det politiske fokuset seg over på omorganisering, kvalitet og innhold. Igjen er det mulig å identifisere en overgang til å fokusere på hvordan man bruker ressursene etter en periode med kvantitativ vekst. Igjen svinger pendelen fra det ene til det til det andre.

7.4.1 Kvalitet og innhold

Ifølge Hirschmans (1982) teori, øker forventningene etter hvert som velstanden øker i et samfunn. Ettersom den materielle velstanden har økt i Norge siden den moderne eldreomsorgens start på midten av 1960- tallet, kan man om man tar utgangspunkt i Hirschman (1982) anta at forventningene til eldreomsorgen og omsorgstjenestene i befolkningen har økt gradvis frem til i dag.

Kapasitetsøkningen etter handlingsplanen skulle gi handlingsrom for å prioritere kvalitet på omsorgstjenestene (St. meld. 31 (2001-2002)). De verdiene for kvalitet som Eldreomsorgskomiteen (1969) gir uttrykk for går ut på respekt for enkeltmenneskets frihet og selvbestemmelse. Verdiene er også gjennomgående når regjeringen gir sitt bidrag til å definere kvalitet i St. meld. 28 (1999-2000). Det som i størst grad skiller Eldreomsorgskomiteens kvalitetskriterier fra kvalitetskriteriene av nyere dato, er perspektivet. Komiteen fokuserte på sosiale kvaliteter, mens St. meld. 28 (1999-2000) fokuserer på mer pleiemessige kvaliteter.

Mens eldreomsorgskomiteens arbeid tok til orde for en orientering nærmere den sosiale sykehjemsideologien, kan de nyere kvalitetskriteriene tyde på at det ikke har skjedd et paradigmeskifte fra medisinsk sykehjemsideologi til sosial sykehjemsideologi.

Kvalitetskriteriene (se 5.5.1) er basert på kvaliteten av pleieoppgaver, mens Eldreomsorgskomiteens (1969) kvalitetskriterier gikk ut på mer sosiale kvaliteter. En av de mulige årsakene til dette kan ligge i at det med årenes løp har blitt flere eldre med stadig større pleiebehov. De nye behovene som har meldt seg kan dermed ha bidratt til å beholde den medisinske sykehjemsideologien som paradigme fordi behovene i eldreomsorgen har med

årene blitt mer rettet mot stell og pleie fremfor andre tjenester. Dermed kan dette paradigmet ha bestått fordi det har lyktes best i å svare til behovet om mer pleieoppgaver og medisinsk behandling.

Norths (2005) bruk av begrepet stivhengighet kan bidra til å forstå noe av mekanismen som kan ligge bak det at den medisinske sykehjemsideologien kan ha bestått som gjeldende paradigme også i dag.

7.4.2 Samhandling

Om vi bruker Hirschmans (1982) teori, kan samhandlingsreformen sees på som en motreform til "Handlingsplanen for eldreomsorgen". Overgangen er nok en pendelsvingning, fra bedring av kvantitet til bedring av kvalitet. Samhandlingsreformens mål samsvarer godt med handlingsplanen mål; å forberede helse- og omsorgssektoren til å møte fremtidens økende behov på en best mulig måte. Men samhandlingsreformen har helt andre virkemidler enn handlingsplanen.

Etter kapasitetsøkning i omsorgstjenestene og overføring av ansvar til kommunene, stod det nye utfordringer i kø i jakten på en bedre pleie- og omsorgstjeneste. Denne sektoren var nå så stor og omfattende at det var av avgjørende betydning å utnytte de store ressursene på en god måte. Spesielt sett i lys av befolkningsprognosene som peker i retning av et økende tjenestebehov. Forbedringspotensialet i helse- og omsorgssektoren ble ansett for å ligge i bedre samhandling mellom ulike institusjoner, organisasjoner og forvaltningsnivåer. Gevinsten av bedre samhandling ble antatt å være bedre ressursutnyttelse og bedre tjenester til mottakerne. Altså med både samfunnsøkonomiske og kvalitetsmessige fordeler.

Som nevnt (5.5.6) knytter en stor del av samhandlingsutfordringene seg til kulturforskjellene mellom spesialisthelsetjenesten som fokuserer på medisinsk behandling, og kommunehelsetjenesten som fokuserer på funksjonsnivå og mestringsevne. Sett i lys av Kuhns (1962/2007) paradigmebegrep, kan dette tyde på at det eksisterer ulike paradigmer og verdensoppfattninger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. De ulike paradigmene mellom forvaltningsnivåene kan gjøre samhandling til en utfordring. Det dominerende paradigmet kan imidlertid sies å være det medisinske, ettersom forebyggende tiltak i praksis ofte taper i konkurransen med mer spesialiserte behandlingstjenester (St. meld. 47 (2008-2009: 13)). Det andre hovedgrepet i samhandlingsreformen, en ny fremtidig kommunerolle

med mer vekt på forebygging, kan imidlertid være et uttrykk for politisk vilje til å endre på dette styrkeforholdet. Et ønske om å støtte opp om et paradigme som vektlegger forebygging for å opprettholde funksjonsnivå og mestringsevne.

Norths (2005) bruk av begrepet stivhengighet kan hjelpe oss med å forstå noen av de utfordringene samhandlingsreformen står overfor på sin vei mot institusjonell endring. Begrepet kan bidra til å forklare hvorfor dyptgripende institusjonelle endringer kan være vanskelig å gjennomføre og noen av mekanismene som kan være til hinder.

Noe som kan bidra til institusjonelle endringer som regjeringen ønsker gjennom samhandlingsreformen er de økonomiske insentivsystemene som er foreslått som det tredje hovedgrepet (St. meld. 47 (2008-2009: 15)). Men det kan ofte være en utfordring å få til insentivsystemer som gir ønsket resultat. Treffer insentivsystemet, kan det bidra i stor grad til å oppnå ønsket resultat, men om det ikke treffer kan insentivsystemet bidra til uønsket og utilsiktet resultat (North 2005).

7.4.3 Avinstitusjonalisering; et fruktbart paradigme for fremtiden?

Avinstitusjonalisering, at det satses på andre omsorgsformer enn institusjoner, kan virke som et gjennomgående paradigme siden Eldreomsorgskomiteen utga sin innstilling om hjemmehjelp i 1966. Men det kan være viktig å stille spørsmål ved dette paradigmet i fremtiden hvis det blir stadig flere tungt pleietrengende pasienter. Hjemmetjenester er i utgangspunktet billigere enn institusjonsplasser, men kun opp til en viss pleietyngde. Rønning (1996: 81) påpeker at det finnes et balansepunkt der pleietyngden blir så stor at det er billigere med institusjonsopphold enn hjemmetjenester. Hva angår kvalitet, kan mange pleietunge pasienter føle seg utrygge hjemme alene når de har stort behov for hjelp til daglige gjøremål som for eksempel do besøk, påkledning og matlaging.

Så lenge det finnes en eldreomsorg vil det trolig alltid være behov for sykehjem for å kunne på hjelpe de mest hjelpetrengende eldre på en best mulig måte.

Avinstitusjonaliseringsparadigmet vil dermed kunne bidra til en mangelfull satsing på sykehjem som omsorgsform fordi tiltakende ressursknapphet er et insentiv til å satse på billigere hjemmetjenester, på tross av at flere eldre mennesker vil kunne ha behov for sykehjemsplass.

7.4.4 Konsekvenser for eldreomsorgen

I dag er det kommunene som har hovedansvaret for å yte pleie- og omsorgstjenester til personer som har behov for det. Dette inkluderer eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, personer med rusproblemer, og personer med psykisk lidelse. Disse ulike gruppene er juridisk sett likestilte ved at de har de samme rettigheter helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester, forutsatt at de tilfredsstillende visse kriterier for behov (Sandvin 1996: 286).

Ifølge Sandvin (1996: 286) kan det finnes systematiske forskjeller mellom de ulike brukergruppene, med tanke på kvantitet og kvalitet på tjenestene de blir tildelt, altså at noen grupper får mer enn andre. Dette på tross av at kommunene har ansvar for å levere og fordele tjenestene. Slike forskjeller kan oppstå av ulike årsaker. En årsak kan være at det på ulike tidspunkt rettes et særlig fokus mot en spesiell gruppe som følge av mediaoppmerksomhet, publiserte forskningsresultater eller et aktivt organisasjonspress. Denne type oppmerksomhet oppstår ikke nødvendigvis etter hvilken gruppe som faktisk trenger det mest, men kan ofte bidra til å utløse selektive politiske tiltak. Denne type selektiv satsing kan dermed bidra til å skape eller øke ulikheter mellom de ulike gruppene av tjenestemottakere.

At kommunene har fått samlet ansvar for å yte tjenester til de ulike gruppene, kan bidra til eller legge grunnlag for et konfliktforhold mellom de ulike gruppene hvis ulike grupper kjemper om bevilgninger fra det samme omsorgsbudsjettet. Om det bevilges penger fra samme budsjett, kan satsing på å heve standarden for en gruppe gå på bekostning av andre grupper. Med et slikt perspektiv kan det være naturlig å stille spørsmålsteget ved om utviklingen har vært til det beste for brukerne av tjenestene, og om eventuelt enkelte grupper har tapt eller tjent på omorganiseringen. Romøren (2007) peker i retning av at de yngre brukerne fikk den største gevinsten av den økte årsverkinnsatsen etter ”Handlingsplan for eldreomsorgen”.

8.0 Avslutning: viktige utviklingstrekk

Når vi ser tilbake på endringene over de fire ulike epokene i eldreomsorgens historie, er det mulig å identifisere pendelsvingninger i som har vært de sentrale myndighetenes politikk. Pendelen har svinget seg fra perioder med kraftig kapasitetsøkning til perioder med omorganisering og over mot kapasitetsøkning igjen. I lys av Hirschmans (1982) teori, kan endringene i politisk fokus tolkes som motsvar på den forrige epokens virkemidler som ikke svarte til forventningene om en bedre eldreomsorg. Et av eldreomsorgens utviklingstrekk kan dermed sees på som følger: Det skjer en stor utbygging av eldreomsorgen på 1970- tallet. Utbyggingen ga kanskje ikke så godt resultat som forventet i forhold til de store summene som ble investert. Dermed overgangen til neste epoke der fokuset lå på omorganisering for å utnytte ressursene og den foregående kapasitetsøkningen bedre. Etter omorganisering og strukturelle endringer på 1980- og første halvdel av 1990- tallet, har kanskje ikke endringene gitt forventet resultat. Skuffelse over dette kan ha bidratt til å bane vei for en ny omfattende kapasitetsøkning gjennom ”Handlingsplanen for eldreomsorgen” i den tredje epoken. Nok en skuffelse over forventninger som ikke ble innfridd kan ha bidratt til ytterlig nye strategier for bedre organisering og bedre ressursutnyttelse, denne gangen gjennom Samhandlingsreformen. Tabell 6 gir en forenklet illustrasjon av overgangen mellom de ulike epokene.

Tabell 6

Politiske pendelsvingninger mellom ulike fokus og virkemidler i ulike perioder.

Første epoke (1966-1980)	Andre epoke (1980-1991)	Tredje epoke (1991-2003)	Fjerde epoke (2003-)
Utbygging	Omorganisering	Utbygging	Omorganisering

Neste utviklingstrekk er at eldreomsorgen som selvstendig enhet kan ha utviklet seg gradvis til å bli mer integrert i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Denne utviklingen har skjedd som følge av at kommunene har fått ansvar for pleie- og omsorgsoppgavene til stadig flere mottakergrupper. Resultatet er en mer samlet omsorgstjeneste, desentralisert til hver enkelt kommune. Det kan gi grunnlag for et konfliktforhold mellom ulike brukergrupper hvis det må gjøres prioriteringer mellom dem, fordi de ulike gruppene har ulike behov både når det gjelder innhold i og omfang av tjenestene. Et slikt konfliktperspektiv kan være nyttig da forvaltende myndighet muligens bør være klar over konsekvensene av de prioriteringer som blir gjort. Prioriteres en gruppe, kan

det innebære lavere prioritet for en annen gruppe. Det kan også det ligge et potensial for økt konflikt om fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste skulle ha relativt lavere ressurstilgang enn i dag. Romørens (2007) konklusjon om at det meste av kapasitetsveksten i omsorgssektoren, blant annet som følge av ”Handlingsplanen for eldreomsorgen”, har i hovedsak tilfalt yngre tjenestemottakere, kan være en indikasjon på et slikt konfliktforhold.

Noe som kan kjennetegne eldreomsorgen siden 1966 frem til i dag, er at den i større grad kan være tuftet på en medisinsk omsorgsideologi fremfor en sosial omsorgsideologi. Lite kan tyde på at paradigmet er byttet ut, og flere ting indikerer at det medisinske omsorgsparadigmet består og forsterkes. Eldreomsorgskomiteen (1966; 1969; 1971; NOU 1973: 26) argumenterte for at eldreomsorgen skulle utvikles i retning av en mer sosial omsorgsideologi enn hva som hadde vært tilfellet tidligere. Lite tyder også på et paradigmeskifte i den retning. En av årsakene kan være at det kontinuerlige økende behovet for omsorgstjenester har tvunget frem mer selektering av hvem som får tjenester. Strengere selektering kan også bidra til prioritering av hjemmesykepleie, stell- og pleieoppgaver fremfor hjemmehjelp og forebyggende og sosialiserende tiltak. I en prioriteringssituasjon må de mest grunnleggende behovene komme først.

En annen faktor som kan bidra til at omsorgsparadigmet består er stivhengighet i en samlet helse- og omsorgssektor. Sektoren har en historie med fokus på medisinsk behandling som bidrar til at tradisjonen lever videre. Ytterligere ressursknapphet og kamp om tjenester vil dermed kunne forsterke en medisinsk omsorgsideologi, fordi tjenestene som blir gitt kan bli enda mer stell- og pleieorientert.

Utfordringer i forhold til rekruttering, kompetanse, forebygging, og ikke minst befolkningsutvikling, var problemstillinger som Eldreomsorgskomiteen (1966; 1969; 1971; NOU 1973: 26) pekte på i startfasen av den moderne eldreomsorgen. Dette er utfordringer som tas opp og diskuteres som løsninger på også i stortingsmeldingene som influerer dagens eldreomsorg (St.meld. 25 (2005-2006); St. meld. 47 (2008-2009)). At utfordringene går ut på det samme nå som den gang, betyr ikke at det har skjedd liten utvikling, men at utfordringene er av kontinuerlig karakter. Ifølge North (2005) er verden i stadig utvikling. Samfunnet er ikke statisk og kommer ikke tilbake til tidligere tilstander, men nye. Befolkningsutviklingen bidrar til at eldreomsorgen og utfordringene i helse- og omsorgssektoren er i stadig utvikling og møter nye og endrede utfordringer, samtidig som samfunnsendringer, for eksempel knyttet

til økonomi og teknologi, også forandrer premissene for å møte utfordringene.

Litteraturliste

- Aftenposten (2010) ”Mange i Bærum har en sykehushistorie” Hentet 08.06.2010 fra:
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3486260.ece>
- Barstad; S. (2006) *Seniorland- Omsorgsscenarioer for de nye gamle*.
 Høgskolen i Lillehammer/ Universitetet i Tromsø.
- Bratland, R. C. (2005) *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling*. Oslo:
 Universitetsforlaget.
- Daatland, S. O., Platz, M., Sundstrøm, G. (1997) *Status og utviklingslinjer*. I: Daatland, S. O.,
 Lingsom, S., Platz, M., Sundstrøm, G. & Szebehely, M. *De siste årene. Eldreomsorgen
 i skandinavia. 1960-95* Daatland, S. O. (red). Nova rapport 22/1997.
- Daatland, S. O., Sundstrøm, G (1997) *Synsvinkel og tilnærming*. I: Daatland, S. O.,
 Lingsom, S., Platz, M., Sundstrøm, G. & Szebehely, M. *De siste årene.
 Eldreomsorgen i skandinavia. 1960-95* Daatland, S. O. (red). Nova rapport 22/1997.
- Disch, P. G., Vetvik E. (2009) *Framtidas omsorgsbilde - slik det ser ut på tegnebrettet*.
 UIA: Senter for omsorgsforskning-Sør. Rapport nr.1/2009.
- Hirschman, A O (1982) *Shifting involvements*. UK: Princeton.
- Eldreomsorgkomiteen (1966) *Innstilling om hjemmehjelp for eldre: Innstilling 1 fra
 Komiteen for eldreomsorgen*. [Oslo]: Sosialdepartementet.
- Eldreomsorgkomiteen (1969) *Innstilling om institusjoner for eldre: Innstilling 2 fra
 Komiteen for eldreomsorgen*. [Oslo]: Sosialdepartementet.
- Eldreomsorgkomiteen (1971) *Innstilling om boliger for eldre: Innstilling 3 fra
 Komiteen for eldreomsorgen* [Oslo]: Sosialdepartementet.
- De Gamles Helsekomite (1961) *Vår aldrende befolkning*. Oslo: Nasjonalforeningen,
 Norske Gerontologiske Skrifter nr. 1.
- Frelsesarmeen (2010) ”Historien”
 Hentet 17.06.2010 fra: <http://www.frelsesarmeen.no/pages/presse.aspx?nr=17704>
- Kluge, L (1979) *Sosialhjelp før og nå*. Oslo: Fabritius.
- Kommunenes sentralforbund (1990) *HVPU-reformen:
 Organisering av tjenester i kommunene*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kuhn, T S (1962/2007) *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. Bokklubben.
- North, D. (2005) *Understanding the process of economic change*. New Jersey: Princeton.
- NOU 1973: 26 *Eldres helse, aktivitet og trivsel*.
 Oslo: Komiteen for eldreomsorgen.
- NOU 1992: 1 *Trygghet- verdighet- omsorg*. Oslo: Sosialdepartementet.

NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene.*

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Otnes, B. (2007) *Hjelp til flere utenfor institusjon.*

Samfunnspeilet 5, 2007 Statistisk sentralbyrå.

Romøren, T. I. (2007) *Kommunale hjemmetjenester. -fra eldreomsorg til yngreomsorg?*

Aldring og livsløp – 1 / 2007.

Rønning, R. (1996) ”Avinstitusjonalisering –humanisme eller gapestokk”. I: *Mot normalt?*

Velferdsideologier i forandring. Sandvin J. T. (red.) Oslo: Kommuneforlaget.

Sandvin J. T. (1993) ”Velferdssamfunnet i forandring”. I: *Mot normalt?*

Velferdsideologier i forandring. Sandvin J. T. (red.) Oslo: Kommuneforlaget.

Sandvin, J. T. (1996) *Velferdsstatens vendepunkt: En analyse av reformen for personer med utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten.* Bodø:

Nordlandsforskning.

Statens helsetilsyn (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.*

Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo:

Statens helsetilsyn.

Statistisk sentralbyrå (2002) *Går vi vanskeligere tider i møte.*

Samfunnspeilet nr. 4/1994-2001.

Statistisk sentralbyrå (2008) *Et aldrende samfunn.* Hentet 16.03.2010 fra:

<http://www.ssb.no/emner/00/norge/bef/>

Statistisk sentralbyrå (2009) *Statistikkbanken.* Hentet 11.02.2010 fra:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=06408

Statistisk sentralbyrå (2009a) *Statistikkbanken.* Hentet 16.03.2010 fra:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=03

Statistisk sentralbyrå (2009b) *Hjemmesykepleie. Behandlede pasienter.*

Hentet 22.03.2010 fra: <http://www.ssb.no/histstat/tabeller/4-17.html>

Statistisk sentralbyrå (2009c) *Mottakere av hjemmetjenester.*

Hentet 22.03.2010 fra: http://www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/4-23.html

St.meld. 50 (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen.*

St.meld. 34 (1999-2000). *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.*

St.meld. 28 (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene.*

St.meld. 31 (2001-2002) *Avslutting av handlingsplanen for eldreomsorgen.*

St.meld. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer.*

St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen.*

Østby, L. (2004) *Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli.*

Samfunnspeilet 1, 2004 Statistisk sentralbyrå.