

# SENIORLAND

Omsorgsscenarier

for

de nye gamle

**Steinar Barstad**

**November 2006**

**Hovedfag i samfunnsplanlegging**

**Høgskolen i Lillehammer / Universitetet i Tromsø**



*"Omsorg"* - Ritva F-Pettersen, Hønefoss Kamera Klubb

*"I treets skygge skrev jeg noen fruktige linjer, det var i min høysommer, som nå er forbi. Jeg har ikke tid til å plante et nytt og se det bugne slik, men for hver dag som blir trukket fra livet forstår jeg stadig bedre hva Tiden er, og jeg hengir meg til den ved å se ut gjennom forskjellige vinduer: i nord en mørklagt slette, i sør fjell og i øst denne solen ..."*  
Göran Tunström i "Ventetid" (Tunström 1993)

## SAMMENDRAG

|             |  |
|-------------|--|
| Tittel:     | SENIORLAND – Omsorgsscenarier for de nye gamle   |
| Forfatter:  | Steinar Barstad  |
| Oppgave:    | Hovedfagsoppgave i samfunnsplanlegging/<br>planlegging og lokalsamfunnsforskning   |
| Stuedsted:  | Høgskolen i Lillehammer/ Universitetet i Tromsø  |
| Sammendrag: | <p>Norsk eldreomsorg antas å stå overfor betydelige utfordringer blant annet som følge av sterk vekst i andelen eldre i befolkningen. Hovedtema for denne oppgaven er hvordan framtidens omsorgsutfordringer kan møtes, slik at en voksende seniorbefolkning kan få dekket sitt omsorgsbehov.</p> <p>I første del av oppgaven beskrives den moderne eldreomsorgens viktigste utviklingstrekk, de demografiske utfordringene knyttet til et aldrende samfunn, og kjennetegn ved morgendagens eldre generasjoner. Historiske utviklingstrekk, utfordringer og nye trender blir utgangspunkt for oppgavens andre del med 3 omsorgsscenarier for de nye seniorenne:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Geriatri-scenariet</li><li>2. Seniorkolonien</li><li>3. Omsorgsfellesskapet</li></ol> <p>De tre scenariene står hver for seg som utfordrere til dagens kommunale eldreomsorg, og testes i siste kapittel ut i forhold til hvordan de kan bidra til å løse framtidens hovedutfordringer. I tillegg blir det lagt fram et jokerscenario ”Alzheimerrevolusjonen”, som kullkaster de fleste dystre prognoser.</p> <p>Oppgaven bruker årtusenskiftet som tidsmessig ”vippepunkt”, trekker linjene 50 år tilbake og har et perspektiv 50 år fram i tid. Scenariefortellingene er plassert i tida fram mot 2030, og utspiller seg i spenningsfeltet mellom morgendagens seniorbefolkning og helse- og sosialpersonell som hovedaktører. Begge grupper kan komme til å få større makt: Seniorenne fordi de blir mange og ressurssterke, og fagpersonalet fordi de kan bli få og etterspurte. Spørsmålet er hvordan de vil bruke sin makt og innflytelse på utformingen av framtidens eldreomsorg.</p> |
| Adresse     | Steinar Barstad<br>Øverbybakken 6, 2864 Fall<br>Telefon 61 12 27 41 (priv), 22 24 86 89 (arb) Mobil 91 60 58 29<br>E-post: sbarstad@bbnett.no og sb@hod.dep.no   |

# INNHOOLD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FORORD</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1. PROBLEMSTILLING OG TEORETISK TILNÆRMING</b>                  | <b>10</b> |
| 1.1 INNLEDNING OG BAKGRUNN   | 10        |
| 1.1.1 Eldrebølgen og den flytende modernitet                       | 10        |
| 1.1.2 Problemstilling og oppgaveskisse                             | 11        |
| 1.1.3 Mellom to planer   | 12        |
| 1.2 GERONTOLOGI OG ELDREOMSORG                                     | 14        |
| 1.2.1 Det er egentlig ikke noe som heter eldreomsorg               | 15        |
| 1.2.2 Gerontologi med tverrfaglig perspektiv                       | 15        |
| 1.3 SCENARIESKRIVING SOM MULIGHETENES KUNST                        | 16        |
| 1.3.1 Scenarier og framtidforskning                                | 17        |
| 1.3.2 Om å åpne framtidsrommet                                     | 18        |
| 1.3.3 Flere mulige framtider                                       | 22        |
| 1.3.4 Scenarier og planlegging                                     | 23        |
| <b>2. ELDREOMSORGEN</b>  | <b>25</b> |
| 2.1 DEN KOMMUNALE ELDREOMSORGEN ER ENNÅ UNG                        | 25        |
| 2.1.1 Framvekst og utbygging (1965-1980)                           | 25        |
| 2.1.2 Konsolidering og reorganisering (1980-1995)                  | 26        |
| 2.1.3 Vekst og Fornyelse (1995-2005)                               | 27        |
| 2.2 KRYSSSENDE UTVIKLINGSTREKK                                     | 28        |
| 2.2.1 Både omsorg og frigjøring                                    | 28        |
| 2.2.2 Både velferdsstat og velferdskommune                         | 30        |
| 2.2.3 Både desentralisering og internasjonalisering                | 34        |
| 2.2.4 Både avinstitusjonalisering og sykehjemsfornyelse            | 35        |
| 2.2.5 Både standardisering og individualisering                    | 39        |
| 2.2.6 Mellom familieomsorg og sykehus                              | 42        |
| 2.3 FAMILIEOMSORG I GODE OG ONDE DAGER                             | 44        |
| 2.3.1 Familieomsorgens omfang                                      | 44        |
| 2.3.2 Familien svikter ikke  | 46        |
| 2.3.3 Tre bekymringsbølger   | 47        |
| 2.4 ET VEISKILLE   | 49        |
| <b>3. TRE DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER</b>                            | <b>51</b> |
| 3.1 NOEN DEMOGRAFISKE BEGREPER OG INDIKATORER                      | 52        |
| 3.2 DEN FØRSTE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: ALDRING                    | 55        |
| 3.3 DEN ANDRE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: THE POTENTIAL SUPPORT RATIO | 58        |
| 3.4 DEN TREDJE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: THE PARENT SUPPORT RATIO   | 63        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3.5 DEMOGRAFISKE LØSNINGER PÅ DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER?</b> | <b>64</b> |
| <b>3.6 DET DEMOGRAFISKE MORATORIUM</b>                          | <b>67</b> |
| <b>4. DE NYE GAMLE</b>  | <b>69</b> |
| <b>4.1 BABY-BOOMERNE</b>  | <b>69</b> |
| <b>4.2 MATERIELLE OG UTDANNINGSMESSIGE RESSURSER</b>            | <b>70</b> |
| 4.2.1 Bedre inntekt og høyere bostandard                        | 70        |
| 4.2.2 Høyere utdanningsnivå                                     | 71        |
| <b>4.3 HELSE – LEVEALDER OG FUNKSJONSTAP</b>                    | <b>72</b> |
| 4.3.1 Endringer i sykdomsbildet                                 | 72        |
| 4.3.3 Tre ulike undersøkelser                                   | 73        |
| 4.3.4 Utgangspunkt for planlegging                              | 74        |
| <b>4.4 HOLDNINGER OG VERDIER</b>                                | <b>75</b> |
| 4.4.1 Eldre som tradisjonelle idealister                        | 75        |
| 4.4.2 Først menneske – så gammel!                               | 77        |
| 4.4.3 I moderne og materialistisk retning                       | 78        |
| 4.4.4 Individualisering eller fellesskap                        | 79        |
| <b>4.5 DELTAKELSE OG NETTVERK</b>                               | <b>79</b> |
| <b>5. OMSORGSSCENARIER</b>                                      | <b>81</b> |
| <b>5.1 TIDLIGERE SCENARIER OM ALDRING OG OMSORG</b>             | <b>81</b> |
| 5.1.1 ”Scenario 2030”   | 81        |
| 5.1.2 ”Scenarier 2000”  | 82        |
| 5.1.3 ”Scenarier 2012”  | 83        |
| 5.1.4 En inngang og flere utganger                              | 84        |
| 5.1.5 Alternative prognoser                                     | 84        |
| <b>5.2 TI KJENNETEGN</b>  | <b>85</b> |
| 5.2.1 Tre eller fem (alternativene)                             | 85        |
| 5.2.2 For kort og for langt (tidsperspektivet)                  | 86        |
| 5.2.3 Fortid og nåtid (forankringen)                            | 86        |
| 5.2.4 Trender og drivkrefter (utviklingen)                      | 87        |
| 5.2.5 Aktører og konstellasjoner (handlingen)                   | 87        |
| 5.2.6 Baklengs og forlengs (fortellingen)                       | 88        |
| 5.2.7 Tverrfaglig og bredt (metodene)                           | 88        |
| 5.2.8 Åpent og demokratisk (politikken)                         | 89        |
| 5.2.9 Muligheter og løsninger (utveiene)                        | 89        |
| 5.2.10 Konsistent og vakkert (kunsten)                          | 90        |
| <b>5.3 TRE OMSORGSSCENARIER BLIR TIL</b>                        | <b>91</b> |
| 5.3.1 ”Hvem – Hva – Hvor”                                       | 91        |
| 5.3.2 Mange og innflytelsesrike - eller få og etterspurte?      | 91        |
| 5.3.3 Profesjonsstyrt, markedsstyrt eller brukerstyrt?          | 92        |
| 5.3.4 Rettighet, vare eller tjeneste.                           | 94        |
| 5.3.5 Integrasjon eller tilbaketrekning                         | 94        |
| <b>6. SCENARIO 1: GERIATRIHOSPITALET</b>                        | <b>95</b> |
| <b>6.1 PLUSSGENERASJONEN</b>                                    | <b>96</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6.2 DEN STORE HELSEREFORMEN</b>                 | <b>96</b>  |
| <b>6.3 DEN NORDISKE MODELLEN TILPASSES EUROPA</b>  | <b>99</b>  |
| <b>6.4 REINSTITUSJONALISERING</b>                  | <b>102</b> |
| <b>6.5 ANTI-AGEING</b>                             | <b>104</b> |
| <b>6.6 PALLIATIV OMSORG</b>                        | <b>106</b> |
| <br>   |            |
| <b>7. SCENARIO 2: SENIORKOLONIEN</b>               | <b>108</b> |
| <b>7.1 SVALEGENERASJONEN</b>                       | <b>109</b> |
| <b>7.2 DEN GRENSELØSE OMSORGEN</b>                 | <b>109</b> |
| <b>7.3 KUNDEVALG OG OMSORGS-SHOPPING</b>           | <b>113</b> |
| <b>7.4 SENIORCITY ("Cruiseversjonen")</b>          | <b>115</b> |
| <b>7.5 SENIOSENTRUM ("Penthouseversjonen")</b>     | <b>120</b> |
| <b>7.6 SENIORLANDSBYEN ("Folkeversjonen")</b>      | <b>122</b> |
| <b>7.7 ORGANISASJONENE I NY ROLLE</b>              | <b>125</b> |
| <b>7.8 FRA GENTRIFISERING TIL GERONTOFISERING</b>  | <b>125</b> |
| <br>   |            |
| <b>8. SCENARIO 3: OMSORGSFELLESSHAPET</b>          | <b>127</b> |
| <b>8.1 BØLGEGENERASJONEN</b>                       | <b>128</b> |
| <b>8.2 SIVILSAMFUNNSSTRATEGIEN</b>                 | <b>129</b> |
| <b>8.3 ACTIVE AGEING</b>                           | <b>133</b> |
| <b>8.4 BOKOLLEKTIVET ("Hippieløsningen")</b>       | <b>134</b> |
| <b>8.5 UNIVERSELL UTFORMING ("Planløsningen")</b>  | <b>137</b> |
| <b>8.6 OMSORGSSAMVIRKE ("Coop-løsningen")</b>      | <b>139</b> |
| <b>8.7 SOSIAL ØKONOMI</b>                          | <b>142</b> |
| <b>8.8 INDEPENDENT SENIOR LIVING</b>               | <b>143</b> |
| <b>8.9 SESAM</b>                                   | <b>144</b> |
| <b>8.10 DEMENSREFORMEN</b>                         | <b>146</b> |
| <br>   |            |
| <b>9. JOKERSCENARIET: ALZHEIMERREVOLUSJONEN</b>    | <b>148</b> |
| <b>9.1 ALZHEIMERS SYKDOM</b>                       | <b>148</b> |
| <b>9.2 RONALDVAKSINE OG MEDIKAMENTELLE HEMMERE</b> | <b>148</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>9.3 ELDREBØLGEN KAN AVBLÅSES</b>                                | <b>149</b> |
| <b>9.4 CASE DEMENTSEN</b>  | <b>151</b> |
| 9.4.1 Alvhilde i geriatrien  | 151        |
| 9.4.2 Alvhilde i seniorlandsbyen                                   | 152        |
| 9.4.3 Alvhilde og demensreformen                                   | 153        |
| 9.4.4 Alvhilde og Alzheimerrevolusjonen                            | 154        |
| <br>   |            |
| <b>10. TRE SCENARIER SETT PÅ TVERS</b>                             | <b>155</b> |
| <br>   |            |
| <b>10.1 UTVIKLINGSTREKK</b>  | <b>156</b> |
| 10.1.1 Geriatrihospitalet – både reaksjon og forsvar               | 156        |
| 10.1.2 Seniorkolonien – både inngjerdet og grenseløs               | 156        |
| 10.1.3 Omsorgsfellesskapet – både videreføring og alternativ       | 157        |
| <br>   |            |
| <b>10.2 NYE FINANSIERINGSORDNINGER</b>                             | <b>159</b> |
| 10.2.1 Geriatrihospitalet synkroniserer de økonomiske virkemidlene | 160        |
| 10.2.2 Seniorkolonien fjerner grensehindringene                    | 160        |
| 10.2.3 Omsorgsfellesskapet styrker nettverket                      | 161        |
| <br>   |            |
| <b>10.3 VEKSTUTFORDRINGEN</b>                                      | <b>163</b> |
| 10.3.1 Geriatrihospitalet kutter i hjemmehjelpstjenesten           | 163        |
| 10.3.2 Seniorkolonien krever betydelig egenfinansiering            | 163        |
| 10.3.3 Omsorgsfellesskapet strever med rekrutteringen              | 164        |
| <br>   |            |
| <b>10.4 DEN PERFEKTE BLANDING</b>                                  | <b>165</b> |
| 10.4.1 Geriatrihospitalet overtar halve kommune-Norge              | 165        |
| 10.4.2 Seniorkolonien fjerner private service- og omsorgstilbud    | 165        |
| 10.4.3 Omsorgsfellesskapet finner nye former                       | 166        |
| <br>   |            |
| <b>10.5 ELDREOMSORGENS SVAKESTE SIDE</b>                           | <b>167</b> |
| 10.5.1 Geriatrihospitalet kompenserer med kompetanse               | 167        |
| 10.5.2 Seniorkolonien er praktisk serviceorientert                 | 168        |
| 10.5.3 Omsorgsfellesskapet med sosiale nettverk som fundament      | 168        |
| <br>   |            |
| <b>10.6 KAMPEN OM OMSORGENS SJEL</b>                               | <b>170</b> |
| 10.6.1 Geriatrihospitalet – bygger på tillit til helseprofesjonene | 170        |
| 10.6.2 Seniorkolonien – slik kunden vil ha det                     | 170        |
| 10.6.3 Omsorgsfellesskapet – med direkte brukermakt                | 171        |
| <br>   |            |
| <b>10.7 VINNERE OG TAPERE</b>                                      | <b>173</b> |
| 10.7.1 Geriatrihospitalet som velferdsvokternes scenario           | 173        |
| 10.7.2 Seniorkolonien som de moderne materialistenes scenario      | 173        |
| 10.7.3 Omsorgsfellesskapet som de moderne idealistenes scenario    | 174        |
| <br>   |            |
| <b>10.8 KVINNEPERSPEKTIVET</b>                                     | <b>175</b> |
| 10.8.1 Kvinneflertallet  | 175        |
| 10.8.2 Et kjønnsdelt helsevesen?                                   | 175        |
| 10.8.3 Cred, Cash eller Coop ?                                     | 176        |
| <br>   |            |
| <b>10.9 TRE UTFORDRERE</b>   | <b>178</b> |
| <br>   |            |
| <b>LITTERATUR OG REFERANSER</b>                                    | <b>180</b> |

## FIGURER

|  |     |
|--|-----|
| Figur 2.1: Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten 1965-2005.....   | 28  |
| Figur 2.2: Fordeling av kommunale utgifter. Regnskap 2004. ....  | 30  |
| Figur 2.3: Fire karakteristikk av kommuneinstitusjonen. ....   | 33  |
| Figur 2.4: Andel personer 85år+ innlagt på sykehus, fått hjemmetj, hatt kontakt med lege .....             | 43  |
| Figur 2.5: Hjelperater og hjelpeskilder for eldre (75 år +) med svekket førlighet .....                    | 43  |
| Figur 2.6: Andel av befolkningen som utførte ulønnet omsorgsarbeid 2002 fordelt på alder og kjønn. ....    | 45  |
| Figur 3.1: Registrert og framskrevet folkemengde 1950-2100 .....   | 53  |
| Figur 3.2: Antall eldre framskrevet 2000-2050. Fordelt på 67 år+, 80 år+ og 90 år+ .....                   | 55  |
| Figur 3.3: Prosentvis endring år for år 1950-2050.....   | 56  |
| Figur 3.4: Kjønnfordeling blant eldre 80-89 år og 90 år+ (2000-2050) .....                                 | 57  |
| Figur 3.5: Potential Support Ratio 1950-2050.....  | 59  |
| Figur 3.6: Eldreomsorgskoeffisienten 2002-2050.....  | 61  |
| Figur 3.7: The Parent Support Ratio 1950-2050.....   | 63  |
| Figur 4.1: Verdiorientering - Norsk Monitor.....   | 76  |
| Figur 9.1: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060.....  | 149 |
| Figur 10.1: Mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2004 fordelt etter kjønn og alder.....               | 175 |
| Figur 10.2: Eldre mottakere av omsorgstj. og sykehusopphold fordelt på kjønn 2004 Pr1000 innb 80 år+ ..... | 176 |

## TABELLER

|  |     |
|--|-----|
| Tabell 1.1: Framtidsforskning i lys av tre sentrale vitenskapsteoretiske posisjoner..... | 19  |
| Tabell 2.1: Nøkkeltall for utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten 1965-2005.....      | 28  |
| Tabell 3.1: Tallet på eldre 67 år og over framskrevet for 2002-2050.....                 | 56  |
| Tabell 3.2: Potential Support Ratio (Bæreevnekoefisienten PSR) 1950-2050.....            | 59  |
| Tabell 3.3: Parent Support Ratio (Familieomsorgskoeffisienten) 1950-2050 .....           | 63  |
| Tabell 5.1: Tjenestemottakers rolle.....   | 92  |
| Tabell 5.2: Tjenestemottakers rolle innenfor ulike styringsmodeller.....                 | 93  |
| Tabell 9.1: CASE DEMENTSEN 2030.....   | 154 |
| Tabell 10: NOEN OPPSUMMERENDE KJENNETEGN .....   | 155 |
| Tabell 10.1: UTVIKLINGSTREKK .....   | 158 |
| Tabell 10.2: FINANSIERINGSORDNING.....   | 162 |
| Tabell 10.3: STRATEGIER I FORHOLD TIL VEKST.....   | 164 |
| Tabell 10.4 HJELPEKILDE OG OPPGAVEFORDELING .....  | 166 |
| Tabell 10.5: DEN PSYKOSOSIALE UTFORDRING.....  | 169 |
| Tabell 10.6: "OMSORGENS SJEL" .....  | 172 |
| Tabell 10.7: A-LAG OG B-LAG.....   | 174 |
| Tabell 10.8: KVINNEPERSPEKTIVET.....   | 177 |



## FORORD

*“Det er etter hvert blitt min tro at alternativet ligger i det uferdige, i skissen, i det som ennå ikke er til. Det ”ferdige alternativ” er ”ferdig” i dobbel forstand.”*  
Thomas Mathiesen i “Det uferdige” (Mathiesen 1971)

”Dette er ditt tema: Den nye seniorgenerasjonen kan du skrive hovedfagsoppgave om sjøl”, skrev min eldste datter Anna i en e-postutveksling der vi hadde drøftet noen mulige ideer til hennes oppgave i statsvitenskap. Slik kom jeg i gang med mitt hovedfag, og her foreligger svaret på hennes direkte utfordring.

Det var i utgangspunktet et noe vidløftig prosjekt, men kunne gi meg mulighet til å oppsummere erfaringer fra 20 års arbeid i den kommunale helse- og sosialtjenesten og noen år med plan- og utviklingsarbeid innenfor norsk eldreomsorg. Jeg hadde lyst til å la disse erfaringene få bryne seg på mer forskningsbasert kunnskap, først og fremst for å bli litt klokere. Samtidig ville jeg forsøke å finne ut hvor store utfordringene ville bli på eldreomsorgens område i årene som kommer og teste ut andre måter å møte framtida på. Det var i møte med min veileder Tor Selstad dette tok mer konkret form og kunne løses som et scenarieprosjekt. Våre åpne og luftige samtaler ga oppgaven marsjhøyde. I siste fase ga også hans kritiske kommentarer nødvendig motstand til å ta det hele inn for landing.

Det er ikke forsket mye på den kommunale helse- og sosialtjenesten og den frivillige og familiebaserte omsorgen, som fortsatt utgjør hovedbjelkene i eldreomsorgen. Til det har dette området for lav status og sannsynligvis vært for lite faglig interessant for profesjonene på fagfeltet. Kanskje har det også sammenheng med at dette i stor grad er en kvinneverden. Det er derfor grunn til å framheve noen av de forskningsmiljøene som likevel gjennom mange år har arbeidet med gerontologi og satt fokus på omsorg og eldrepolitikk, blant annet ved NOVA. Jeg har også gjort bruk av flere bidrag fra NIBR, Fafo, Rokkan-senteret i Bergen og Sintef, og vil spesielt takke Heidi Gautun ved Fafo som både har vært en viktig samtalepartner og rådgiver underveis.

Jeg vil også rette en stor takk til Helse- og omsorgsdepartementet som har gitt meg permisjon, og til mine kollegaer i Kommunitjenesteavdelingen som har lagt forholdene til rette for at dette hovedfagsarbeidet kunne gjennomføres. Til slutt vil jeg nevne at i min lille familie på fire, var vi på et tidspunkt alle hovedfags- og masterstudenter samtidig. Vitenskapsteoretiske problemstillinger og metodiske tilnæringsmåter har i denne perioden vært en del av familiens mest naturlige samtaleemner både på telefonen og når vi møttes rundt et bord. Jeg vil derfor takke Bente, Anna og Sigrun for vårt familiære studentfelleskap, der vi har oppmuntret, støttet og drevet hverandre fram.

Fall 17. november 2006

Steinar Barstad

# 1. PROBLEMSTILLING OG TEORETISK TILNÆRMING

*"All the world's a stage,  
And all the men and women merely players;  
They have their exits and their entrances;  
And one man in his time plays many parts  
His acts being seven ages."*

Fra Jacques monolog i William Shakespeares  
"As You Like It" fra 1599 (Shakespeare 1975).

## 1.1 INNLEDNING OG BAKGRUNN

Da jeg begynte på denne oppgaven, hadde jeg tenkt å unngå begrepet eldrebølgen. Mange eldre reagerer på å bli assosiert med en bølge som skyller inn over samfunnet som en syndeflod eller tsunami. De ønsker ikke å bli sett på som en plage og et problem som kommer til å ramme samfunnet hardt. De har tjent opp sin pensjon og har ikke tenkt å ligge andre til byrde.

Eldrebølgen var i utgangspunktet en beskrivelse av det demografiske faktum at tallet på eldre vokser blant annet som en følge av høye fødselskull, og slik sett ikke noe annet enn et uttrykk for den lovmessighet i demografiske bølgebevegelser som Eilert Sundt i sin tid påviste i sin "betragtning af folke-bevægelsen i vort land":

*"Det er en bølge-gang. Havets flade er rolig og blank som et speil; et vindstød trykker vandet ned på et sted; derved hæves en bølge i veiret ved siden af; den når sit høidepunkt og synker tilbage, men trykker da en anden bølge op ved siden af sig igjen. Et netop indtræffende nyt vindstød kan drive denne sidste bølge endnu høiere op, og den vexlende bevægelse kan fortsættes længe."* (Sundt 1855)

I tillegg øker altså levealderen. Og vi skal da i sannhet glede oss over at vi lever lenger, og får mange flere aktive år. Slik sett kan vi heller ta eldrebølgen, og glede oss over flere leveår som et av velferdssamfunnets tydeligste resultater.

### 1.1.1 Eldrebølgen og den flytende modernitet

Det var likevel mens jeg leste Zygmunt Baumanns bok "Flytende modernitet" (Baumann 2000) at bølgen fikk en ny og utvidet betydning som metafor for den nye seniortilværelsen. Baumann bruker "fluiditet" eller "det å være flytende" til å beskrive nåtidens natur som en ny fase i modernitetens historie.

*"De faste elementene som står for tur til å bli kastet i smeltedigelen, og som holder på å smeltes for tiden, den flytende modernitetens tid, er de båndene som knytter sammen individuelle valg til kollektive prosjekter og handlinger – kommunikasjonsmønstre og koordinering mellom individuelt styrte former for livspolitik på den ene siden, og politiske handlinger utført av menneskelige kollektiver på den andre."* (Baumann 2001 s.16)

Bølgen gir håp om noe mer enn at alt flyter. Baumann gir en treffende beskrivelse av mange fenomen og fanger helt sentrale trekk ved utviklingen. Jeg deler likevel ikke fullt ut hans bekymring for at alt går i oppløsning. Jeg tror heller ikke at sosiale strukturer løses opp uten at de, i hvert fall til en viss grad blir erstattet av noe nytt. Eller som Nils Christie sier i etterordet til Baumanns bok:

*"Men i det kaos som skapes, vokser også nye forpliktende relasjoner frem, på kryss og tvers mellom det gamle og det nye."*

Han minner om at selv i pengefolkens verden er det slik at de må ha et minimum av tillit til hverandre for å kunne handle. Så er da også Baumanns konklusjon at en ekte frigjøring ikke skjer gjennom stadig større grad av individualisering, men gjennom en fornyet kontakt med fellesskapet.

Selv om alt er i bevegelse og forandring, er det fortsatt sterke krefter som binder sammen og holder ting på plass. Bølgen kan stå som uttrykk for en slik samlende kraft. Den er full av energi og styrke, som av og til bryter overflatehinnen. Denne hinnen som binder sammen og bærer. Slik kan bølgemetaforen uttrykke den sosiale styrke nye generasjoner seniorer kan komme til å representere, om de finner nye former for samhandling og fellesskap. Om framtidens mange seniorer slår seg sammen, vil de kunne skaffe seg stor makt enten de opptrer i markedet, i det sivile samfunn eller på den politiske arena. Velger de å delta i kultur- og samfunnsniv og ikke trekke seg tilbake, kan de også komme til å prege samfunnets institusjoner og organisasjoner på en helt annen måte enn i dag. Knappt noen del av samfunnet vil være uberørt av "eldrebølgen". FN-rapporten "World Population Ageing" konkluderer med at befolkningsaldringen er et globalt fenomen som vil ha dyptgripende implikasjoner for alle sektorer og samfunnsområder.

De nye generasjoner seniorer ser også ut til å være mer mobile og i stadig bevegelse. De er langtidsturister med hytte på fjellet eller bolig i Syden, og krysser kommunegrenser og landegrenser på vei mellom hjemmearena og fritids- og rekreasjonsområder. Baumann omtaler dette fenomen som en del av det nomadiske preget ved den nye tid. Mens nomadenes vaner tidligere ble sett ned på, og fraværet av fast adresse betydde diskriminering og forfølgelse, er epoken med bosetternes herredømme over de flyttbare i ferd med å gå i stå. Han mener vi er vitne til nomadelivets hevn over territorialiteten.

*"For at makten skal kunne være fri til å flyte, må verden være fri for gjerder, skranker, forsterkede grenser og grenseposter. Ethvert tett og solid nettverk av sosiale bånd, og særlig et territorialt rotfestet tett nettverk, er en hindring som må ryddes av veien." (Baumann 2001)*

Det er det "oppløselige, sprøde, skjøre, flyktige og midlertidige" ved menneskers bånd og nettverk som gjør denne forvandlingen mulig. Samtidig er det også dette som gir grunnlag for håp om at nye bånd og nettverk vil oppstå, men at det hele vil ta stadig nye former.

### **1.1.2 Problemstilling og oppgaveskisse**

Hovedproblemstillingen for denne oppgaven er:

***Eldreomsorgen antas å stå overfor betydelige utfordringer blant annet som følge av sterk vekst i andelen eldre i befolkningen. Hvordan kan framtidens omsorgsutfordringer møtes, slik at en voksende seniorbefolkning kan løse sitt omsorgsbehov?***

I første del av oppgaven (kap 2-4) vil jeg beskrive den moderne eldreomsorgen og forsøke å danne meg et bilde av hva hovedutfordringene består i og hvor store de er.

- Er det trekk eller kjennetegn ved den nye seniorbefolkningen som mildner eller forsterker disse utfordringene? Vil lengre levealder innebære flere friske år eller en lengre periode på slutten av livet med alvorlig sykdom og nedsatt funksjonsevne? Har de nye seniorgenerasjonene andre materielle og kunnskapsmessige ressurser å møte alderdommen med?

- Skjer det endringer i den frivillige og familiebaserte omsorgen som får konsekvenser for den offentlige helse- og sosialtjenesten?
- Er det forhold ved dagens eldreomsorg som bidrar til å redusere eller forsterke framtidens utfordringer? Hvilke utviklingstrekk kan vi lese ut av den moderne eldreomsorgens historie? Vil disse utviklingstrekene fortsette å gi eldreomsorgen retning i møte med nye omsorgsutfordringer, og lar de seg kombinere med ferskere trender?

Historiske utviklingstrekk og nye trender blir deretter noen av de viktigste satspunkt for andre del av oppgaven (kap 6-10), der jeg har valgt å bruke scenariemetode for å finne og utforske noen mulige utveier til å møte morgendagens omsorgsutfordringer. Jeg ønsker i den sammenheng å se nærmere på scenarier som kan være mulige utfordrere til dagens kommunale eldreomsorg. Til slutt vil jeg forsøke å teste ut i hvor stor grad de ulike scenariene kan løse framtidens hovedspørsmål på omsorgsområdet.

Det er svært mange forhold som vil virke inn på framtidens omsorgsbehov, og svært mange krefter og aktører som vil påvirke utformingen av tjenestetilbudet. Jeg har valgt å legge vekt på de som yter og de som mottar omsorgstjenester, og på den måten sette fokus på hovedaktørens perspektiv. Et sentralt spørsmål er derfor hvordan den framtidige eldreomsorgen vil bli utformet i spenningsfeltet mellom helse- og sosialpersonell som kan utnytte at de blir få og etterspurte, og de nye eldre som kan skaffe seg innflytelse fordi de blir mange og ressurssterke.

Jeg har også valgt å avgrense oppgaven i tid, ved å se på situasjonen fram til 2030 med en tidshorisont fram mot 2050. Ved siden av at det i perioden rundt 2030 skjer store endringer i alderssammensetningen i befolkningen, er poenget med dette å forankre framtidsperspektivet historisk ved å se like mange år bakover som framover og bruke årtusenskiftet som tidsmessig vippepunkt. Jeg har også valgt å konsentrere meg om den eldreomsorgen som i dag er en del av den kommunale helse- og sosialtjenesten, med de grenseflater den har mot familieomsorgen på den ene siden og spesialisthelsetjeneste og sykehus på den andre siden. Nok en avgrensning følger av at oppgaven har som ambisjon å presentere hovedtrekk og fange noen av de store linjene. Den går derfor mer i bredden enn i dybden, og er mer opptatt av rammene og betingelsene for omsorgstilbudet enn det faglige innholdet.

Innledningsvis vil jeg presentere mitt ståsted i en teoretisk tilnærming til scenarier og framtidforskning, og kort redegjøre for gerontologien som et av de andre viktige tverrfaglige fagfelt jeg henter kunnskap og inspirasjon fra. Jeg vil så komme tilbake til de metodiske grep som innledning til omsorgsscenariene i oppgavens andre del.

### **1.1.3 Mellom to planer**

Jeg har innledningsvis også valgt å berøre scenarioskrivingens muligheter i forhold til planlegging, ettersom denne oppgaven hovedsakelig er blitt til i tidsrommet mellom to nasjonale planer på omsorgstjenestens område som jeg har hatt et prosjektlederansvar for:

- Handlingsplan for eldreomsorgen som i hovedsak fra statens side ble gjennomført som et prosjekt i perioden 1997-2003
- Den nye "Omsorgsplan 2015" som nylig ble lagt fram i Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.

I etterkant av arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen har jeg undret meg over om den utbyggingen som skjedde denne perioden var tilstrekkelig framtidsrettet. Jeg har stilt meg spørsmål

- om de som blir eldre om 10-15 år vil bo på de nye og moderne enerommene vi har bygd og om de sykehjemmene vi rustet opp i det hele tatt har noen framtid
- om de mange tusen nye omsorgsboligene er et framtidsrettet alternativ til de gamle aldershjemmene som ble nedlagt
- om de 12.000 nye årsverkene som ble tilført hadde tilstrekkelig faglig bredde til å møte nye seniorgenerasjoners behov
- om vi har lagt for lite vekt på aktivitet og trivsel og for stor vekt på helse
- om vi har lagt til rette for sosialt fellesskap og møter mellom generasjoner eller forsterket tendensen særomsorg og alderssegregering

Jeg har egentlig undret meg på om nye eldregenerasjoner vil ha noe helt nytt. Om vi rett rundt hjørnet har med helt andre grupper eldre å gjøre, som både har større krav, men også større ressurser. Jeg ser den nye seniorgenerasjonen etter hvert gjøre seg gjeldende på de fleste markeder og arenaer. Reiselivsbransjen, kulturlivet, restaurantene, bilfabrikantene, dagligvarehandelen, kleskjedene og motebutikkene har allerede sett dette nye segmentet og markedsfører sine tilbud til de som nå er i senioralder 50+. De er mange og de har stor kjøpekraft. Av naturlige grunner er det pleie- og omsorgssektoren som kanskje vil merke dette til slutt, eventuelt bare en stund før begravellesbyråbransjen. Det betyr at vi fortsatt har tid til å orientere oss i det nye som skjer og eventuelt gjøre tilpasninger og endringer. På den andre siden tar det lang tid å endre en så stor sektor. Nå står det mer enn 40.000 nyrestaurerte sykehjemsplasser og 25.000 splitter nye omsorgsboliger der. Det tar lang tid å endre arkitektur, det tar lang tid å endre organisasjonskultur, og det tar lang tid å rekruttere og utdanne personell som er i stand til å hanskens med nye utfordringer.

I arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen så jeg også noen forholdsvis nye fenomen. Svært mange norske kommuner diskuterte om de skulle bygge ut en del av omsorgstilbudet sitt i Spania. Politikere, entreprenører, konsulenter og organisasjoner kastet seg på denne ideen, som i første omgang likevel bare endte med et par sykehjemsprosjekter. Jeg så også mange nye kollektivlignende prosjekter godt integrert i bykvartaler eller bygdesentra, gjerne i tilknytning til seniorsentra eller baser for den lokale hjemmetjenesten. De ansatte i denne virksomheten var mobile med små japanske firehjulstrekkere og moderne data- og telekommunikasjonsutstyr. De hadde tatt heldøgnturnusen med seg ut av institusjonsavdelingene og etablert døgnvaktjeneste i geografisk avgrensede distrikt i lokalsamfunnet. Og de arbeidet både med eldre, utviklingshemmede, psykiatri, rusproblemer og barnevern samtidig.

Jeg registrerte at det mange steder var lettere å rekruttere helse- og sosialpersonell til den nye hjemmetjenesten enn til sykehjemmene. Det ga en arbeidssituasjon med større frihet og mer selvstendig faglig ansvar. Det foregår altså en synkronisert bevegelse mellom de som arbeider i pleie- og omsorgstjenesten og de nye generasjoner eldre som skal motta slike tjenester. De første er få og etterspurte, og vil få innflytelse på grunn av det. De andre blir mange og ressurssterke. Det ser på den bakgrunn ut til å kunne være noe helt nytt på gang. Derfor er det mange gode grunner til å gå løs på framtida. Ikke bare for å finne ut hvordan den blir, men være med og forme den slik vi vil ha den - vi som blir gamle og kan trenge omsorg i løpet av de neste tiårene.

Det var undringen over dette som gjorde at arbeidet med denne hovedfagsoppgaven kom i gang og tok form. Det var imidlertid viktig for meg å kunne reflektere over disse problemstillingene og erfaringene i et rom med avstand til departementskorridorer og politikktutforming, noe tilknytningen til høgskolemiljøet på Lillehammer og samfunnsplanleggingstudiet ved Universitetet i Tromsø ga muligheter for. Hovedinnholdet i oppgaven ble til i perioden etter arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen. Oppgavearbeidet måtte imidlertid avbrytes før det var helt fullført, da regjeringen ville skrive en egen Stortingsmelding med langtidsperspektiv på framtidens omsorgsutfordringer. Slik ble dette hovedfagsarbeidet mer enn en faglig øvelse, da det gikk inn som en del av grunnlagsmaterialet og innledningen til et arbeid med å utforme politiske strategier og tiltak for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Etter to års avbrekk ble det nødvendig å oppdatere hovedfagsoppgaven både i forhold til datagrunnlag og aktualitet. Ny forskning og nye befolkningsframskrivninger forelå. I den sammenheng har jeg blant annet gjort meg nytte av de framskrivninger av sysselsettingsbehov som Statistisk Sentralbyrå utførte i tilknytning til arbeidet med Stortingsmeldingen om framtidens omsorgstjenester.

## 1.2 GERONTOLOGI OG ELDREOMSORG

### *Gammel – eldre – eldst*

Begrepene som betegner alderdommen endres. Tidligere ble ordet gammel skiftet ut med ”eldre”, som oppfattes mer nøytralt når det for eksempel brukes i gamlehjem som ble til aldershjem. I dag er seniorbegrepet i ferd med å overta, i hvert fall som betegnelse av alderdommens tidligste fase. Spørsmålet om når en blir gammel endrer seg også over tid. En studie viser at i 1970 var oppfatningen at du var ”eldre” når du var 69-70 år og ”gammel” når du var 72-73 år. I 2002 var du eldre ved 65 års alder og gammel først når du var 79 år:

*”Perioden imellom er det som Peter Laslett og andre har betegnet som den tredje alder, der de fleste fortsatt er ganske vitale og ennå ikke kjenner den fjerde alderens klo. I løpet av disse årene ser vi med andre ord framveksten av den tredje alder i folks bevissthet” (Daatland 2003).*

Internasjonalt er det nå seniorborger eller ”senior citizen” som gjelder. Det er et ord med positiv klang, og assosieres med modenhet, aktivitet og deltakelse, i motsetning til gamle eller eldre pensjonister. Å være pensjonist var ved innføringen av Folketrygden å betrakte som en hedersbetegnelse. Nå framstår begrepet mer og mer som en økonomisk belastning i markedssamfunnet. Denne endringen kommer også til uttrykk ved at Statens Eldreråd nå heter Statens Seniorråd, og nye organisasjoner dukker opp på et område Norsk Pensjonistforbund til nå har vært enerådende. De har slått seg sammen og samlet sine krefter i Seniorsaken. Vi har også fått Senter for seniorpolitikk der det tidligere het ”Fellesutvalget for forberedelse til pensjonsalderen”.

Jeg har i noen sammenhenger valgt å bruke begrepet seniorer, fordi det uttrykker at vi kanskje står overfor et vannskille. Nye kohorter som møter alderdommen kaller seg gjerne den nye seniorgenerasjonen. Med det blir ressurser viktigere enn sykdom og problemer, og aktivitet viktigere enn å nyte sitt otium. Og seniortilværelsen starter enda tidligere (50år+) og utvider den tredje alder med enda mange år. Jeg har imidlertid ikke gjort noe forsøk på å rydde opp i disse begrepene. Gamle, eldre, seniorer og pensjonister brukes noe om hverandre, rett og slett fordi de også forstås delvis overlappende i norsk dagligtale. Seniorbegrepet er imidlertid uttrykk for at noe nytt er på gang.

### **1.2.1 Det er egentlig ikke noe som heter eldreomsorg**

Jeg har valgt å bruke begrepet eldreomsorg til tross for at det knapt er noe som heter eldreomsorg i juridisk eller organisatorisk forstand. Den kommunale helse- og sosiallovgivningen er bygd på at loven er lik for alle, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder, kjønn, sosial status, diagnose eller andre forhold. Derfor er også de kommunale tjenestetilbudene i noen grad organisert ut fra prinsipper om integrering og normalisering, for å unngå særomsorg for bestemte grupper. Særlig var dette framherskende ideologi ved gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, som skulle være brukere av de samme tjenester og få tilbud på lik linje med den øvrige befolkning. Et betydelig unntak fra dette er imidlertid sykehjemmene, der det fra statlig hold i flere år har vært drevet kampanjer for å flytte unge ut av institusjon, for å unngå at yngre mennesker med funksjonshemminger må bo sammen med eldre pleiepasienter. På den måten må sykehjemmene i dag betraktes som særomsorg for eldre. Den hjemmebaserte omsorgen er derimot i større grad organisert som et tjenestetilbud til hele befolkningen.

Eldreomsorg er imidlertid et begrep som brukes både i politikk og vanlig folkelig tale, i betydningen pleie og omsorg for eldre i hovedsak utført av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Jeg har valgt å bruke begrepet eldreomsorg i samme betydning, fordi den demografiske utviklingen krever at vi ser særskilt på de store utfordringer samfunnet står overfor på dette området. For å gi begrepet et materielt og organisatorisk innhold, kan vi si at eldreomsorgen utgjør om lag  $\frac{3}{4}$  (Brathaug et al. 2001) av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, med støttefunksjoner fra den øvrige helse- og sosialtjenesten. Pleie- og omsorgstjenesten omfatter stort sett de tjenestene som er regulert i kommunehelseslovens § 1-3 og sosialtjenestelovens § 4-2, bokstav a-e, slik de også er avgrenset i de kommunale regnskapsforskriftene.

Den offentlige eldreomsorgen er på denne måten avgrenset mot den frivillige og i stor grad familiebaserte omsorgen på den ene siden, og mot sykehus og spesialisttjenester på den andre siden. I forhold til andre land har Norge en forholdsvis omfattende pleie- og omsorgstjeneste. Om dette fører til mindre forbruk av sykehustjenester, og frigjør familieomsorgen og særlig kvinnene til høy yrkesaktivitet, er et sentralt spørsmål også i forhold til hvordan framtida skal bygges.

### **1.2.2 Gerontologi med tverrfaglig perspektiv**

Gerontologi er læren om aldring og eldre. Sosialgerontologien omfatter de psykologiske og sosiale sidene ved aldring, mens geriatri brukes som betegnelse på studiet av helse og sykdommer i eldre år. Aldring er forandring, og betegner de underliggende endringsprosessene, som til slutt og uvegerlig vil ende med at den tilmålte tida tar slutt og det hele avrundes med døden. Slik sett peker pila bare en vei, og slutten er predikerbar. Vi er underlagt forgjengelighetens lov. Slutten er gitt, og gir ikke rom for flere mulighetens scenarier.

Aldringsprosessen er imidlertid ikke entydig. Det er vekst og nedbrytning, gevinst og tap. Aldringsforløpet viser stor variasjon fra individ til individ, og fra samfunn til samfunn. Det blir i gerontologien skilt mellom de naturlige og uunngåelige aldersforandringene som er nedlagt i arvemassen (den primære aldringen) og aldersrelaterte endringer som skyldes ytre faktorer ved miljøpåvirkning (den sekundære aldringen). Mens den primære aldringen er styrt innenfra og er uunngåelig og irreversibel, er den sekundære aldringen påvirkbar og åpen. Det

potensialet som ligger i arvemassen kan realiseres innenfor de rammer og begrensinger miljøfaktorene setter.

Det er på denne bakgrunn vanlig å skille mellom den biologiske, psykologiske og sosiale aldring. Vi kan definere biologisk aldring som endring i evne til å overleve, psykologisk aldring som endring i evne til tilpasning og mestring, og sosial aldring som endring i de sosiale roller og forventninger som følger med alderen (Daatland og Solem 2000).

Den biologiske aldringsprosessen starter allerede i 20-årene og går med jevn og ubønhørlig hastighet. Den er kjennetegnet ved en gradvis reduksjon av organreservene til ca 50 % ved 70 års alder, og av økt sårbarhet for alle slags påkjenninger. Den mentale aldringsprosessen starter mye senere og ytrer seg ved langsommere tempo, en viss glemsomhet og svekket selvbilde. Hovedtema for denne livsfasen er spenningen mellom integritet og overgivelse eller "Integrity versus Despair" (Erikson 1986). Nyere forskning tegner imidlertid et optimistisk bilde av forandringer i mental kapasitet og personlighet blant eldre (Seim 1998).

Den sosiale aldringsprosessen innebærer tap av arbeid og status, tap av venner og sosialt nettverk. Utstøting og alderssegresjon er begreper som brukes, og noen forskere bruker så sterke ord som aldersapartheid (Hagestad 1999). Alder kan på denne bakgrunn også forstås som et kulturelt fenomen, der det ligger en felles forestilling i de vestlige samfunn om at eldre dypest sett er unyttige og uproduktive (Søgaard 2002).

På denne bakgrunn innbyr gerontologien til komplekse tverrfaglige studier, der aldring kan forstås både medisinsk, psykologisk, sosialt og kulturelt, og der det blir nødvendig å benytte metoder både fra naturvitenskap og samfunnsvitenskap. På mange måter står gerontologien i samme situasjon som framtidsforskningen. Det diskuteres fortsatt om det dreier seg om en egen vitenskapelig disiplin, eller om det snarere er et forskningsområde der ulike fag og disipliner møtes og samarbeider. Her er det områder der kvantitative studier, prognoser og framskrivninger er svært relevante, ikke minst i forhold til demografiske spørsmål som befolkningsutvikling, alderssammensetning og dødelighet. Og det er områder som best egner seg for sosialantropologer, om en skal forstå aldring som kulturelt fenomen.

Helse- og sosialtjenestetilbudet til eldre tilsvarer vel en fjerdedel av den kommunale tjenesteproduksjon, og legger beslag på betydelige andeler av sykehussektoren. I arbeidet med å planlegge framtida for denne sektoren møtes gerontologien og framtidsforskningen, to "unge" tverrvitenskapelige forskningsområder med nær tilknytning til samfunnsplanlegging.

### **1.3 SCENARIESKRIVING SOM MULIGHETENES KUNST**

Mens vi ofte snakker om politikk som det muliges kunst, forstått som en pragmatisk tilpasning til en virkelighet som ikke gir altfor store åpninger, er scenarieskriving mer å betrakte som mulighetenes kunst (Kenter 1998).

Scenario og scene er beslektede begreper, og scenarieformen gjør aktivt bruk av teatermetaforen på mer enn en måte. I teateret forekommer exit både som sceneanvisning i betydningen utgang og det å forlate scenen ("Exits and Entrances"). I scenarie-sammenheng velger jeg å benytte flertallsformen i betydningen flere mulige utganger. Det handler om å åpne framtida og utvide handlingsrommet, identifisere flere utveier, vise fram alternativene, tegne ulike framtidsspor, peke på utgangene – og merke dem med EXIT-skilt, slik at de framstår som klart merkede handlingsalternativ.



I denne oppgaven vil jeg legge til grunn og argumentere for et slikt åpent perspektiv, ved å sammenholde scenarier med andre metoder brukt i framtidsstudier og plassere scenariemetoden i vitenskapsteoretisk sammenheng.

### 1.3.1 Scenarier og framtidsforskning

#### *Om å risse muligheter*

*"Framtidsforskningens oppgave er derfor ikke å tegne en pil som skal peke på ett bestemt punkt, men å risse opp et system med muligheter, å presentere muligheter mer tallrike, bedre, rikere enn noen annen er i stand til å gjøre det,"* sa Johan Galtung da han i 1967 introduserte framtidsforskning og scenariometoden i Norge (Galtung 1967).

I en debatt med Dag Østerberg i tidsskriftet "Kontrast" berøres noen av de helt grunnleggende spørsmål knyttet til framtidsstudier og planlegging. Østerberg hevder at flere av Galtungs påstander om fremtidssamfunnet bygger på alminnelige "lineære" forutsigelser eller forutsetter at "fremtiden er inneholdt i nåtiden". Slik tar framtidsforskningen utgangspunkt i en historisk determinisme som er uforenlig med Historiens overskridende preg. Det det kommer an på, sier Østerberg, er å leve med i samfunnsutviklingen og være medbestemmende i Historien, framfor å bli et offer eller gjenstand for den. Med henvisning til Arbeiderpartiets langtidsplaner framstår planlegging av framtida på denne bakgrunn som forsøk på å trygge politisk makt og gjøre spesialistenes "fåmannsvelde" uunnværlig (Østerberg 1967).

Galtung mente framtidsforskningen sprang ut av en dyp utilfredshet med samfunnsvitenskapene, som var for deskriptiv, for statisk, for opptatt av fortid og for lite opptatt av valg. Et kjennetegn ved den nye framtidsforskningen var at den vokste fram på tverrvitenskapelig basis. Et annet kjennetegn var at den ikke var normativ. Like lite som en meteorolog har interesse av å forutsi dårlig vær, lå det ikke noe normativt press i en forutsigelse i seg selv. Galtung pekte også på at det var de negative utopiene, antiutopiene, som hadde preget vår tid, og mente det måtte bli en hovedoppgave for framtidsforskningen å gjenreise den positive utopi.

#### *Kan vi forske på framtid ?*

Debatten om det går an å forske på framtida har fulgt framveksten av framtidsstudiene. Det stilles spørsmål om dette er mer å betrakte som en slags kunst enn en vitenskap. Enkelte trekker linjer til spådomskunst og profetier, science fiction og stjernetydning, og sier det ikke er ikke mulig å studere det som ikke finnes. Samtidig brukes nå scenarier og andre metoder fra framtidsforskning av forskningsmiljøer over hele verden, ikke sjelden i samarbeid med både internasjonale organisasjoner og multinasjonale selskaper og i forhold til offentlig forvaltning, bedrifter og interesseorganisasjoner. Det er derfor av avgjørende betydning at denne aktiviteten står til debatt og vurderes kritisk i forhold til sin vitenskapsteoretiske basis.

Det svenske Institutet för Framtidsstudier viet i 2001 et helt nummer av tidsskriftet Framtider til spørsmålet "Är det möjligt att forska om framtiden?". Har framtidsstudiene ført til "en välbehövlig förnyelse av den akademiska forskningen, med tvärvetenskaplighet, teoretisk nyskapande och öppenhet för samhällets problem", eller er framtidsstudiene ønsketenkning i vitenskapelig kamouflasje? "Här behövs nya startsignaler", svarer professor Lars Ingelstam:

*”Jag tänkar därför argumentera för ett antal tyngdpunkter och riktlinjer för framtidsstudier under 2000-talet. Det handlar om radikala mål, tydlighet, metodisk stringens, kunnskapsvård och att ta samhällsanalysen på allvar”*(Ingelstam 2001).

Det gjenstår mye før framtidsforskningen har utviklet en slik metodisk stringens. Kanskje er en slik ambisjon også umulig når en gjør framtida til gjenstand for utforskning. Da vil evnen til undring og intuisjon uansett spille en rolle. I hvert fall vil det å gi inntrykk av å ha sikre metoder fort komme i konflikt med den varsomhet som må utøves i forhold til å trekke konklusjoner om framtid. I fortsettelsen tror jeg imidlertid det vil være av avgjørende betydning at metodeutviklingen i hovedsak foregår innenfor og ikke på siden av de etablerte akademiske institusjonene.

#### *To skoler.*

Innenfor framtidsforskningen har det vært to framtidsstudiemiljøer som i utgangspunktet dannet to ulike skoler, et amerikansk og et europeisk. Det amerikanske miljøet vokste ut av militær planlegging på slutten av andre verdenskrig og hadde sterke bånd til militær, politisk og økonomisk elite. Rand Corporation ble etter hvert en egen stiftelse med både vitenskapelige, utdanningsmessige og veldedige formål som kunne bidra til sikkerhet og velferd for den amerikanske befolkning. Den amerikanske skolen gikk løs på store tema og utviklet metoder og teknikker som har fått stor betydning for seinere framtidsstudier, blant annet ekspertpaneler (Delphi-metoden) og scenariegenren.

Den europeiske skolen springer i hovedsak ut fra fransk planleggingsbyråkrati og er preget av en mer humanistisk tradisjon, som representerer en reaksjon på den amerikanske og framstår som et motstykke til ren prognosetenkning og en fatalistisk tenkemåte. Her er det søken etter flere mulige framtider (Reibnitz 1987, Strandbakken 1991, Selstad 1991). Den franske skolen bruker begrepet ”la prospective” om sin metode i betydningen foregripende bevissthet, bygd på den franske filosofen Gaston Berger:

*“The prospective attitude meant to look far away, because prospective is a long term preoccupation, to look breadthwise, to take care of interactions, to look in depth, to find the factors and trends that are really important, to take risks, because far horizons can make us to change our long term plans, to take care of the mankind, because la prospective is only interested in human consequences”* (Godet og Roubelat 1996).

De to skolene resulterte i to verdensorganisasjoner, den amerikanskinspirerte ”World Future Society” og ”World Futures Studies Federation” som representerer den ”franske” skolen. De fleste som driver framtidsstudier i dag, enten det skjer i samarbeid med internasjonale organisasjoner, næringsliv, offentlig forvaltning eller frivillige organisasjoner, henter inspirasjon og metodisk tilnærming fra begge tradisjoner.

### **1.3.2 Om å åpne framtidensrommet**

#### *Tre påstander*

Framtidsstudiene rommer mange ulike tilnæringsmåter og metodiske utgangspunkt. De synes alle å legge en eller flere av følgende påstander til grunn:

- framtida er forutsigbar
- framtida er uforutsigbar
- framtida er påvirkelig

### Tre hensikter

Disse tre ulike måtene å forholde seg til framtida på peker mot tre ulike hensikter med framtidsstudier:

- Den som mener at framtida er forutsigbar, ønsker å lukke framtidsrommet ved å finne det sanne og sikre ved framtida.
- Den som mener at framtida ikke kan forutsies, ønsker å åpne framtidsrommet ved å prøve ut og presentere alternative framtidsbilder.
- Den som mener framtida er påvirkbar, vil gjerne ha et ønske om å forme den og bygge framtidsrommet (Folkedal og Nag 1998).

Disse ulike hensiktene er ikke gjensidig utelukkende, like lite som de ulike vitenskapelige tradisjonene de representerer trenger å utelukke hverandre. Det er fullt mulig både å lukke det som kan lukkes, åpne opp for det som bør være vidåpent av muligheter, og samtidig ha et ønske om å påvirke, skape og bygge framtida. Framtida er sagt å være den delen av historien som mennesket selv kan endre.

### Tre posisjoner

Disse tre ulike tilnærmingene til framtid representerer likevel tre ulike vitenskapsteoretiske grunnposisjoner, de empirisk-analytiske (positivistiske), de historisk-hermeneutiske vitenskaper og kritisk samfunnsvitenskap (Habermas 1969):

- Den positivistiske, der hensikten med vitenskapelig virksomhet er å dokumentere, forklare og forutsi – og der metoden er hypotetisk deduktiv og kvantitativ mer enn kvalitativ. Det positivistiske vitenskapsidealet ligger nok fortsatt ofte til grunn også for en del av framtidsforskningen.
- Den hermeneutiske, der vitenskapens hensikt er å oppdage, utforske og forstå, og der forskning først og fremst blir fortolkning og da selvfølgelig mer kvalitativ enn kvantitativ.
- Den kritisk teori-orienterte, der vitenskapens hensikt er å avsløre, frigjøre og skape endring, og metoden er ”den herredømmefrie diskurs”. Kritisk teori henter også inspirasjon og metoder fra den positivistiske og hermeneutiske verktøykasse, men står klarere fram med sine verdier og interesser.

Tabell 1.1: Framtidsforskning i lys av tre sentrale vitenskapsteoretiske posisjoner

| Framtidsstudier | Positivistisk orienterte                                | Hermeneutisk/<br>fenomenologisk<br>orienterte                 | Kritisk teori orienterte  |
|-----------------|---|---|---|
| Hensikt         | Å lukke framtidsrommet<br>(forklare og forutsi)         | Å åpne framtidsrommet<br>(forstå og fortolke)                 | Å bygge framtida<br>(avsløre og frigjøre)                                 |
| Materiale       | Empiri (kvantitative data,<br>fakta)                    | Mening (intensjonalitet og<br>interaksjon)                    | (Makt)  |
| Metode          | Prognoser,<br>trendframskriving,<br>sykluser og stadier | Scenarioer, trendanalyse,<br>framtidsspor, science<br>fiction | Framtidsverksted,<br>workshops,<br>visjonsbygging,<br>strategiplanlegging |
| Premisser       | Kontinuitet,<br>determinisme                            | Diskontinuitet,<br>uforutsigbarhet,<br>innflytelse            | Normativitet,<br>deltakelse,<br>kamp om kontroll                          |
| Type framtid    | Den sannsynlige   | Den mulige  | Den ønskelige   |

(Kilde: Folkedal og Nag1998)

I positivistisk samfunnsvitenskapstradisjon finnes det både sykliske teorier, stadieteorier og mer rettlinjede oppfatninger av framtida. Mest vanlig er det å forske på lineære utviklingstrekk og tendenser ved framskrivninger, prediksjoner, prognoser eller såkalt forecasting. Framtida ses da som en fortsettelse av fortida og nåtida. Svakheter med slike framskrivninger er at omgivelsene sjelden er statiske, og at endringer i kontekst ikke blir fanget opp. For det andre kan ikke tendenser og utviklingstrekk tilta i styrke i det uendelige. De vil alltid bli utfordret av andre tendenser.

Demografi er blant de forhold det synes fornuftig å anvende framskrivning på, spesielt i forholdsvis stabile samfunn. Vi kan med stor grad av sannsynlighet anslå hvordan befolkningsutvikling og alderssammensetning vil bli mange år framover. Spesielt i forhold til den eldre del av befolkningen er det mulig å gi ganske sikre prognoser.

Fellesnevnerne for den positivistiske tradisjonen er å søke å identifisere det sikre ved framtida gjennom kvantitative metoder, og på den måten forsøke å lukke framtidsrommet mest mulig. Den representerer et evolusjonistisk perspektiv der framtida ses som en direkte fortsettelse av fortid og nåtid, og blir i sin konsekvens deterministisk. Handlingsrommet blir lite, og påvirkningsmulighetene små.

I motsetning til dette står mange forskere både i den hermeneutiske og kritiske vitenskapstradisjonen for en åpen tilnærming til framtida, der mange muligheter må holdes åpne, også for hendelser og handlinger som ikke er predikerbare. Framtida kan rett og slett vise seg å bli helt annerledes og representere et brudd både med fortid og nåtid på mange områder. Derfor kan nesten ethvert forsøk på forutsigelser om sosiale fenomener og samfunnsutvikling vise seg å være for ambisiøst i vitenskapelig sammenheng. Framtidsstudiene bør på den bakgrunn kanskje begrense seg til å skissere alternative muligheter som hjelp til å foreta handlingsvalg, eller rett og slett framstå som demokratisk planlegging.

#### *Forutsigelsens problem*

Det er med et slikt ståsted flere mulige framtider. Men framtidsrommet er mangfoldig, og rommer skapende menneskelige handlinger f.eks. innenfor vitenskap og kunst vi ikke kan forutsi. Karl Popper argumenterer derfor for at visse typer forutsigelser eller "historiske profetier" ikke kan fungere, fordi historiens utviklingsretning er påvirket av veksten i menneskenes kunnskap. Hadde vi kjent innholdet i denne kunnskapsveksten, så hadde vi allerede i dag foregrepet det vi først vil få vite i morgen (Popper 1971).

Forutsigelser om menneskelig atferd på kollektivt nivå kan også bli "selvoppfyllende profetier", eller selvødeleggende og selvoppfyllende forutsigelser, som den amerikanske sosiologen Robert K. Merton kaller det (Gilje og Grimen 1993). Dette fenomenet oppstår når forutsigelsen går i oppfyllelse, rett og slett fordi den er offentliggjort og fordi folk handler som om den var sann. Selve forutsigelsen påvirker utfallet, når forutsigelsen blir lagt til grunn for framtidige handlinger.

Forutsigelser er også vanskelig fordi mennesket i følge den kanadiske filosofen Charles Taylor er "et selvdefinerende eller selvfortolkende dyr" (Gilje og Grimen 1993). Mennesket er i stor grad hva det oppfatter seg å være. Vår identitet er delvis bestemt av hvordan vi oppfatter oss selv. Når vi forandrer vår oppfatning, forandrer vi også oss selv eller vår identitet. Det var f.eks. vanskelig å forutse framveksten av den nye ungdomskulturen i vestlige samfunn etter den andre verdenskrig, som fikk dyptgripende samfunnsmessige konsekvenser.

### *Mulighetsmodeller istedenfor sannsynlighetsmodeller*

Framtida er altså ikke på noen måte gitt. Det skjer brudd med fortiden som kan tilskrives endringer i identitet og selvoppfatning eller kunnskapsvekst, eller som resultat av brå hendelser. Slik blir diskontinuitet et premiss for den som har til hensikt å åpne framtidens rommet. I hermeneutisk tradisjon forskes det også på trender og tendenser, men de betraktes ikke lenger som lineære, og det legges større vekt på analysen av språk, tegn, symboler og mening enn på rene statistiske data. Og materialet er alt meningsbærende. Tilnærmingen blir mer kvalitativ når det ikke lenger er en sannsynlig framtid, men mange mulige utviklingsløp som skal utforskes. Scenarier representerer en hovedmetode innenfor en slik tradisjon med å lage mulighetsmodeller istedenfor sannsynlighetsmodeller for framtida (Fauske 1989).

### *Vitenskap eller politikk?*

I kritisk teori står deltakelse sentralt, og for framtidsforskere innenfor denne tradisjonen er mye brukte metoder workshops og framtidsverksteder, der dialogen og den tvangsfrie kommunikasjonen gis rom (Habermas 1999). I stedet for å tilpasse seg endringene etter at de har skjedd, blir det lagt vekt på mulighetene til å forme framtida gjennom aktiv deltakelse. Kampen om framtida blir også et spørsmål om å avsløre maktforhold og falsk bevissthet og bidra til frigjøring. En slik deltakelse bærer med seg en uungåelig normativitet. Å bygge framtida innebærer å hoppe ned fra gjerdet, og forsøke å komme i forkant av begivenhetene. Slik blir framtidsstudiene fort et politisk prosjekt, som på samme måte som annen aksjonsforskning reiser alle spørsmål om framtidsforskerens forhold til integritet og egeninteresser.

Er framtidsforskning en "vitenskapsteoretisk andunge eller en demokratisk svane"? Er det verdt å ofre den vitenskapsteoretiske dyden i noen sammenhenger når belønningen er å få spille en rolle i den demokratiske debatten? Vi konfronteres stadig med spørsmål som må på dagsorden, selv om det å ta dem opp betyr at "man må svelge en del grunnlagsteoretiske kameler", sier Pål Strandbakken i prosjektet Alternativ Framtid. Heller ikke medisinen avviser en pasients problem under henvisning til at det ikke er utviklet metoder og teori som tillater en adekvat vitenskapelig behandling.

*"Framtidsstudier er ikke noe fag eller for den saks skyld vitenskap, men det er en tverrfaglig tradisjon knyttet til en interesse for fremtiden"* (Dahle og Strandbakken 1991)

Framtidsstudier har alltid vært drevet av trangen til å være nyttig, både for vanlige folk og for samfunnets beslutningstakere. Studiene har samtidig både vært lokale og globale, mener Jim Dator, som har vært president i World Futures Studies Federation. Slik sett gjelder slagordet om å tenke globalt og handle lokalt også her.

### *Både åpne, lukke og bygge framtidens rommene.*

*"First of all, "the future" may be considered as emerging from the interaction of four components: Events, trends, images and actions"* (Dator 1993).

En del ting bare skjer, hendelser vi i beste fall bare kan "muddle through" (Lindblom 1959). Det finnes trender som er en fortsettelse av nåtid og fortid, og som det går an å lage prognoser for, men det dukker også opp helt nye som knapt er synlige i dag og som ikke eksisterte tidligere. Folk har framtidsbilder som allerede påvirker deres handlinger, bygd på ideer, tro, håp, frykt eller bekymringer. Framtidsstudiene skal bidra til en gjennomgang av disse framtidsbildene og skape nye bilder som viser mulighetene og utfordrer til nye handlingsvalg og beslutninger.

Framtida er verken helt forutbestemt eller fullstendig overlatt til tilfeldighetene. Den er begge deler. Og den har muligheter i seg for alle som vil være med og forme den. Det gir derfor mening både å kunne lukke, åpne og bygge framtidens rommet. Noe må vi bare tilpasse oss, mye framstår som åpent landskap og de fleste som gir seg i kast med framtidens utfordringer ønsker å påvirke den. Dette kan ses på som ulike kvaliteter ved framtidens rommet. Som så mange andre unge tradisjoner innenfor samfunnsvitenskapene, bygger også framtidens studiene på et tverrfaglig fundament og forsøker å bygge bro mellom ulike tilnæringsmåter og metoder. Framtidens forskning har også uklare grenseflater mot både politikk og kunst. Det vesentlige er å ha erkjennelse og være seg bevisst at en beveger seg i et slikt grenseland.

### 1.3.3 Flere mulige framtider

Scenarier kan altså knyttes til en hermeneutisk tradisjon med vekt på kvalitativ metode og fortolkning, der hensikten er å bidra til å utforske og forstå, mer enn å forutsi eller avsløre framtida. Det er ikke i utgangspunktet den sannsynlige framtid en er ute etter, heller ikke nødvendigvis den ønskelige. Det er først og fremst den mulige, eller de mulige framtider som står i fokus for scenarienes oppmerksomhet. Ulike definisjoner belyser dette hovedpoenget:

- *“A scenario is not a future reality but a way of foreseeing the future, thereby throwing light on the present in terms of all possible and desirable futures”* (Godet 1999).
- *”Scenarier er internt konsistente, men kvalitativt ulike fortellinger om fremtiden, med en begynnelse, et hendelsesforløp og en slutt”* (Buen og Solem 2001).
- *“Scenarios are not representations of the future, but interpretations/perceptions of alternative futures in the present”* (Schwartz 1991).

Scenariene atskiller seg på denne måten fra prognoser og framskrivninger ved at framtida framstår som både uviss og påvirkelig, med flere mulige og sannsynlige utviklingsretninger som kaller på aktiv handling med flere valgmuligheter framfor passiv tilpasning. Framtida blir ikke noe som allerede foreligger og venter på å bli erfart. Det er ikke slik at ”tiden beveger seg gjennom mennesket”. Det er mennesket som beveger seg gjennom tiden og former innholdet i den (Bhaskar i Fauske 1989).

Scenariene henter noen av sine begreper fra teater og filmkunst, noe som indikerer et noe friere forhold til form og uttrykk enn tradisjonelle vitenskapelige rapporter. Det estetiske og kunstneriske momentet tas mer på alvor, og scenariemetoden må ha elementer av intuisjon og kreativitet, om den skal bidra til å åpne forestillingsverdenen og ikke lukke den til. Når vi plasserer scenarioskrivingen innenfor en fortolkende vitenskapstradisjon, setter det imidlertid like store krav som i for eksempel litteraturvitenskap til å klargjøre det empiriske, teoretiske eller verdimeslige referansegrunnlaget og trekke konklusjoner som er faglig vel begrunnet (Selstad 1991).

Enkelte gjør et skille mellom den forskningsbaserte syntetiseringen av kunnskap og selve formidlingsformen, og sier at scenarier bygger på forskning, men har en framstillingsmåte som skiller den fra andre vitenskapelige tradisjoner. Hovedspørsmålet er vel imidlertid om scenariene bygger på forskningsresultater og er teoretisk godt forankret. Gjør de det, er det vanskelig å se hva som skulle atskille dette fra samfunnsforskning (Fauske 1989).

### 1.3.4 Scenarier og planlegging

Etter min oppfatning er framtid noe en er opptatt av innenfor alle vitenskapstradisjoner. På en eller annen måte sier alle noe om framtid, enten det kommer til uttrykk i lovmessigheter som gjentar seg, eller det ligger gjemt som råd i gamle historier og fortellinger. Og på en eller annen måte får som oftest forskningsresultatene betydning for framtida, enten det er planlagt slik eller ikke. Framtidsstudier er derfor en tverrfaglig tradisjon. Å forsøke å bygge opp framtidforskning til en helt ny og annerledes vitenskap innebærer etter min oppfatning både å fjerne den fra en slik tverrvitenskaplig basis og de forskningsmiljø som har mest å tilføre. Isteden bør framtidsstudiene knyttes nærmere og være en del av de ordinære forsknings- og fagmiljø. Bare slik vil en kunne styrke teori- og metodeutvikling på feltet. På mange måter står gerontologien og framtidforskningen i samme situasjon som forholdsvis ferske fagområder, med et visst behov for å etablere seg og utvikle egen og delvis alternativ teori. Begge ”fag” står også planleggingen nær og har vært praktisk motivert. De har vokst fram med et anvendt fokus som skulle være relevant og praksisnært, som leverandører av stoff og premisser til politikk og planlegging.

#### *Forut for planlegging*

Scenarier blir først og fremst brukt som et redskap for strategisk orientert planlegging, der det gjelder å få orden på forholdet mellom utviklingstrekk og kritiske hendelser, både på saksområdet og i forhold til det kontekstuelle. Scenariemodellen fanger opp det komplekse, skaper helhet og er egnet til å forstå samspillet mellom hendelser og handling, mellom det som det ikke går an gjøre noe med og det som er avhengig av våre valg og beslutninger. Jeg mener scenarieskrivingen vanligvis skal gå forut for planlegging og beslutninger, og at det er scenarieskriverens plikt å være tilbakeholden med å rangere alternativene og legge altfor mange premisser. Scenariene skal bidra til å åpne opp, og da skal en ikke begynne å lukke dørene allerede i utgangspunktet. Det kan gjerne andre gjøre etter diskusjon og forhandlinger. I denne sammenheng skal scenarieskriveren holde handlingsalternativene åpne og peke på alle utganger og veier som er merket med EXIT-skilt.

Scenarier egner seg slik sett også godt som innspill til en kommunikativ planleggingsprosess (Sager 1994) og som utgangspunkt for diskusjon og samtale mellom ulike aktører. Mange lar workshops og lignende inngå i overleveringen av framtidsstudier. Forutsetningen er da at de scenariene som presenteres fortsatt står åpne og legges fram uten forsøk på rangering, men som en visualisering av noen av de mange muligheter som foreligger. Slik kan scenarieutformingen gå forut for en første fase i planleggingsprosessen, der det gjelder å ikke sensurere eller konkludere, men heller spinne videre og utvikle flere scenarier.

#### *Del av planprosess*

Scenarieutforming kan også være en integrert del av planprosessen. Det forutsetter sterkere grad av deltakelse og en noe annen posisjon i forhold til normativitet og hensikt enn den vi har lagt til grunn. Men mange framtidforskere plasserer seg her:

*“Foresight that is undertaken as only a technical, scientific, and professional matter is incomplete. Foresight must also and necessarily be a political, ethical, esthetic and very broadly participative project” (Dator 1993).*

Det vil ikke da bare handle om å forstå og fortolke, men raskt dreie seg om makt – enten til å fastholde og forsterke makt eller markedsandeler eller til å avsløre og frigjøre – avhengig av hvem som opptrer som oppdragsgiver. Det vil i vår sammenheng lett bli forskjell på scenarier som utarbeides etter oppdrag fra legemiddelindustrien for å analysere eldremarkedet, og et

prosjekt som er initiert av Norsk Pensjonistforbund for å belyse situasjonen for eldre enker. Scenariskrivere bør velge sine oppdragsgivere med omhu, og i alle fall være seg bevisst hvilke interesser de tjener.

### *Dialog og frigjøring*

Vi beveger oss med det fra Jürgen Habermas' til Paulo Freires dialogbegrep. I begge tilfeller snakker vi om en dialog som søker sannhet, der samtalen ideelt sett er herredømmefri og der deltakerne argumenterer oppriktig og forståelig (Habermas 1999, Schanning 2000). Men Paulo Freires prosjekt er "De undertryktes pedagogikk", dialogen som middel til frigjøring. Han mener dialogen rommer både refleksjon og handling og kaller den "møtet mellom mennesker, formidlet av verden for at man skal gi verden navn". Men dialog kan ikke oppstå med noen som vil hindre deg i eller nekte deg retten til å uttale deg fritt. Da må du først ta denne retten. I følge Freire er det bare de undertrykte som gjennom å frigjøre seg selv, kan frigjøre sine undertrykkere.

Med dette er vi over i en annen vitenskapsteoretisk tradisjon, hvor scenariskrivning også kan ha sin plass. Ved å omsette folks drømmer og lengsler om en bedre tilværelse til plausible, realistiske og konsistente scenarier, kan scenariskrivning framstå som et kraftfullt virkemiddel for frigjøring, og bli en mulighetenes kunst for de som har størst behov for nye muligheter. Innenfor en slik sammenheng er imidlertid scenariskriverens rolle fortsatt å være "enabler" og peke på mulige utveier, ikke å gå foran og vise vei. Handlingsvalgene må fortsatt tas av andre.

*"Det er når menneskene sier sin mening og gir verden navn, at de forandrer den",* sier Paulo Freire (Freire 1974). Den som setter ord på framtida, har definitivt skaffet seg aksjer i den. Den som gir framtida navn, er også med på å skape den.



## 2. ELDREOMSORGEN

*”Like modern firms, families also outsource their servicing needs and this is what promotes jobs in social and consumer services.”*

Gøsta Esping-Andersen i “Why we need a New Welfare State”  
(Esping-Andersen 2002).

### 2.1 DEN KOMMUNALE ELDREOMSORGEN ER ENNÅ UNG

#### *Fra fattighus og legd til sykehjem og hjemmehjelp*

Den moderne eldreomsorgen er ikke gammel, om vi forstår den som en universell og offentlig ordning, med like rettigheter for alle, uavhengig av bosted og sosial status. I en offentlig utredning som kom tidlig på 70-tallet, oppsummerte ”Komiteen for eldreomsorgen” med at mellomkrigstiden var ”et sosial-historisk tidsavsnitt uten eldreomsorg i moderne forstand”(NOU 1973:26). Det var først i etterkrigstiden at eldreomsorgen gikk over fra å være fattigomsorg til å bli utformet i tråd med moderne sosialpolitikk som et tilbud til hele befolkningen (Seip 1994a-b). Og det var først på 70-tallet det offentlige tjenestetilbudet ble bygd ut med de ordninger og det omfang vi kjenner i dag. Disse ordningene ble for øvrig ikke samlet på kommunalt nivå før på 80-tallet, da kommunene fikk ansvaret for all primærhelsetjeneste, og sykehjemmene ble overført til kommunene. Samordnet med sosialhjelp, rådgivning, hjemmehjelp, aldershjem og trygdeboliger ble dagens velferdskommune skapt av elementer fra ulike tradisjoner, med linjer tilbake til både legd og fattigforsorg, familieomsorg, folkehelse og sykehusvesen. Den moderne eldreomsorgen slik vi kjenner den i dag, har på denne bakgrunn bare en 30-40 årig historie. Skjer det like mye på dette området de neste 30 år, bør vi derfor være åpne for at vi kan stå overfor store forandringer.

#### 2.1.1 Framvekst og utbygging (1965-1980)

Både folketrygdloven og lov om sosial omsorg ble til på 60-tallet og la grunnlaget for en sosialpolitikk som i hovedtrekk fortsatt er gjeldende. Disse lovene sikrer det økonomiske og materielle grunnlaget for de som ikke kan leve av arbeidsinntekt, og praktisk hjelp og bistand til de som trenger det. Samtidig kom sykehusloven i 1969, som regulerte helseinstitusjonene og de mer spesialiserte helsetjenestene. Med dette var det lovmessige grunnlaget lagt for en omfattende utbygging og vekstperiode i norsk eldreomsorg. Målt i årsverk ble pleie- og omsorgstjenesten fordoblet på 10 år.

#### **Utbyggingsperioden 1965-1980**

Utbyggingsperioden 1965-1980 illustrert med noen tall:

- Mens 13 400 hjem fikk hjemmehjelp i 1965, var tallet steget til 98 400 hjem i 1980.
- Hjemmesykepleien behandlet 23 900 pasienter i 1965 og 75 200 pasienter i 1980.
- Tallet på sykehjemsplasser ble fordoblet på 10 år, fra 13 500 i 1970 til 26 700 plasser i 1980.
- Tallet på aldershjems plasser stagnerte (14 000 plasser i 1980), til fordel for utbygging av 18 400 trygdeboliger (1980).
- Tallet på årsverk i pleie- og omsorgstjenesten ble fordoblet på 10 år til 43 300 årsverk i 1980. Tre fjerdedeler av årsverkene var knyttet til institusjonsomsorgen og en fjerdedel til de hjemmebaserte tjenestene. Det var likevel hjemmetjenestene som hadde sterkest prosentvis vekst: Hjemmesykepleien økte sin årsverksinnsats med 257 % og hjemmehjelpen med 203 % fra 1970 til 1980.

(Kilde: NOU 1992:1)

I forhold til eldreomsorgen var hovedtendensene i utviklingen denne vekstperioden:

- Balansen mellom aldershjem og sykehjem ble forrykket. Mens 2 av 3 plasser var registret som aldershjem midt på 60-tallet, var det nesten dobbelt så mange sykehjemsplasser som aldershemsplasser i 1980.
  - Sykehjemmene og hjemmesykepleien fikk en dominerende stilling og ga eldreomsorgen en sterkere helsefaglig orientering og profil.
  - Grunnlaget for det som seinere skulle bli alternativet til institusjonsomsorg, bygges også opp i denne perioden med trygdeboliger, hjemmehjelpsordninger og hjemmesykepleie.
- (Seip 1994b; Daatland 1997; NOU 1992:1)

Veksten og profilen på omsorgstilbudet initieres og stimuleres først og fremst gjennom statlige tilskuddsordninger med høye refusjonssatser, spesielt for sykehjem og hjemmesykepleie.

### **2.1.2 Konsolidering og reorganisering (1980-1995)**

Perioden 1980-1995 var ikke preget av vekst, men av konsolidering, samordning og forvaltningsreformer. Hensikten var å ta grep som sikret mer effektiv ressursutnyttelse gjennom bedre prioritering, samordning og desentralisering til lavest mulig forvaltningsnivå (NOU 1986:4; NOU 1987:23). Det ble gjennomført tre store reformer som endret velferdskommunen og gjorde at den kommunale helse- og sosialtjenesten ble mer enn fordoblet:

- Kommnehelsereformen som ble gjennomført med lov om helsetjenesten i kommunene fra 1984. Kommunene fikk det samlede ansvaret for all primærhelsetjeneste
- Sykehjemsreformen som overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. Med det ble 30 000 sykehjemsplasser og 25 000 årsverk overført kommunene.
- Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming som medførte nedlegging av institusjonene i det fylkeskommunale HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) og overføring av ansvaret til kommunene.

I begynnelsen av 1980-årene utgjorde driftsutgiftene til helsevern og sosial omsorg om lag en fjerdedel av den kommunale virksomhet. Etter at alle disse tre reformene var gjennomført, var helse- og sosialtjenesten vokst til å bli kommunens største sektor og mest omfattende oppgave. Årsaken til denne veksten var altså ikke først og fremst en vekst i tjenestetilbudet, men en overføring av ansvar og oppgaver fra fylkeskommunen til kommunene. I tillegg til effektivisering gjennom samordning, hadde disse reformene også som mål å styrke innovasjonsprosessene i kommunene (Romøren 1991). I forhold til eldreomsorgen var det fra sentrale myndigheters side særlig viktig å oppheve det organisatoriske skillet mellom institusjonsomsorg og hjemmebaserte tjenester, få til en økt satsing på hjemmetjenester og bruke sykehjemmene mer aktivt til korttidsopphold for avlastning og opptrening (St meld nr 68 (1984-85)).

På femten år øker tallet på alders- og sykehjemsplasser bare fra 40 751 i 1980 til 42 500 i 1995. Tallet på trygde- og serviceboliger øker imidlertid fra vel 20 000 til over 34 000 i samme periode, og følges opp med en tilsvarende vekst i hjemmetjenestene. De 70 000 årsverkene i pleie- og omsorgstjenestene fordeler seg i 1995 med 55 % på institusjon og 45 %

på hjemmetjenester. En del av dette skyldes nedleggningen av HVPU-institusjonene og utbyggingen av boliger og kommunale tjenestetilbud til utviklingshemmede. I forhold til eldreomsorgen kan de viktigste utviklingstendensene i denne perioden oppsummeres slik (Romøren 1991; NOU 1992:1; Daatland 1997):

- Sykehjemsutbyggingen stopper opp og alternativer til institusjon bygges ut.
- Grensene mellom sykehjemmene og den øvrige helse- og sosialtjenesten utviskes i noen grad både organisatorisk og praktisk, selv om tradisjoner og organisasjonskultur fortsatt består.
- Hjemmehjelpstjenesten utvikles med faste stillinger, vanlige arbeidsvilkår og mer fast organisering, i tett samarbeid med hjemmesykepleien og annet fagpersonell i helse- og sosialtjenesten.
- Reformen for utviklingshemmede etablerer en ny standard for heldøgns omsorg utenfor institusjon, som også påvirker utviklingen og kvalitetskravene i eldreomsorgen.

### 2.1.3 Vekst og Fornyelse (1995-2005)

I sin melding til Stortinget om avslutningen av Handlingsplan for eldreomsorgen, beskrev regjeringen det gapet som hadde oppstått i forholdet mellom befolkningsutvikling og tjenestetilbud:

*”Eldreomsorgen kom på nittitallet på etterskudd i forhold til den sterke veksten i tallet på eldre innbyggere med behov for pleie- og omsorg. Dette gjorde det nødvendig å ta i bruk ekstraordinære statlige virkemidler for å bygge ut kapasiteten og ruste opp standarden i alle ledd av pleie- og omsorgstjenestens tiltakskjede.”* (St.meld nr 31 (2001-2002))

Handlingsplan for eldreomsorgen har hatt som resultat:

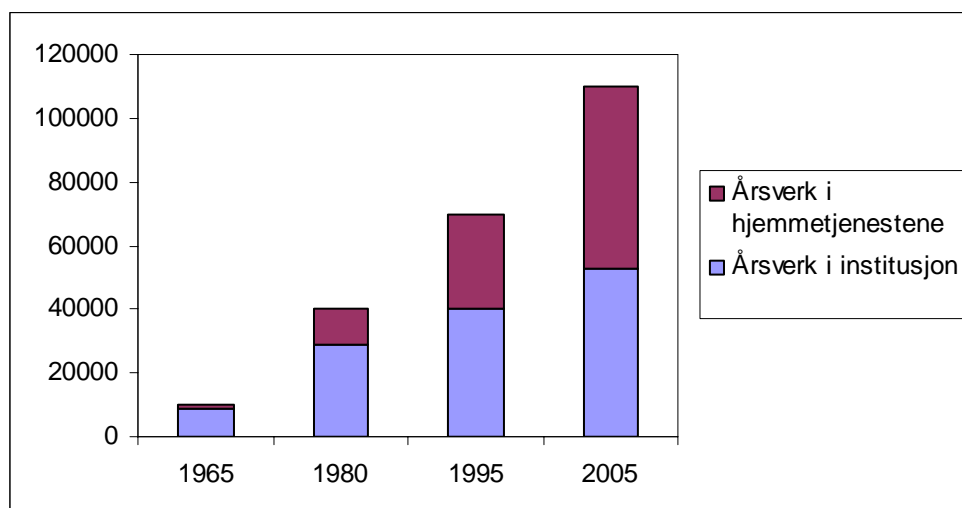
- 12 000 nye personellårsverk i pleie- og omsorgstjenesten i løpet av 4 år
- 6 000 nye sykehjemsplasser
- 20 000 nye omsorgsboliger
- Halvparten av alle sykehjemsplasser er nye eller fullrenovert i 2005
- Gjennomføring av eneromsreformen

De viktigste utviklingstrekk i den siste 10 årsperioden kan oppsummeres slik:

- Aldershjemmene avvikles og legges ned.
- Sykehjemmene fornyes og moderniseres.
- Veksten skjer først og fremst i form av utbygging av omsorgsboliger og heldøgns hjemmetjenestetilbud.
- Mange kommuner benytter Handlingsplan for eldreomsorgen til å etablere en ny struktur med vekt på distriktsorganisering av pleie- og omsorgstjenesten knyttet til mindre sentra med omsorgsboliger og hjemmetjenester.
- Institusjonstradisjonen og hjemmetjenestetradisjonen smelter sammen og grensene mellom sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester blir mer og mer utvisket.
- Denne utviklingen nedfelles i forslag om en mer samordnet lovgivning og finansiering for de kommunale helse- og sosialtjenestene.

(St medl nr 50(1996-97); St meld nr 31(2001-2002); NOSOSKO 20:2003); NOU 2004:18)

Figur 2.1: Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten 1965-2005



Kilde: Se kildehenvisning i tabell nedenfor

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

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

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

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

## 2.2 KRYSSSENDE UTVIKLINGSTREKK

### 2.2.1 Både omsorg og frigjøring

Framveksten av den moderne eldreomsorg må selvfølgelig ses i lys av de demografiske endringer og aldringen i befolkningen de siste 30 år. Den sterke veksten i omsorgsoppgaver som følge av det økende tallet på eldre med behov for hjelp og bistand, kunne etter hvert ikke lenger løses innenfor familierammen. Offentlig sektor ble derfor et instrument for å avlaste privatsfæren. Oppgavene vokste rett og slett familieomsorgen over hodet.

Det var imidlertid flere grunner til å avlaste privatsfæren for omsorgsoppgaver. Arbeidsmarkedet hadde behov for mer arbeidskraft. Det var behov for kvinnene på arbeidsmarkedet. Med en offentlig omsorgssektor økte dette behovet. Og kvinnene ønsket nye roller i samfunnet. De tok utdanning, gikk ut i arbeidslivet og inntok stadig flere offentlige arenaer. På noen få år økte yrkesaktiviteten blant kvinner kraftig. Dette skjedde raskere og i større omfang enn de fleste prognosemakere hadde forestilt seg. Om dette prosjektet skulle lykkes, måtte offentlig sektor inn og avlaste hjemmene for omsorgsbyrder, både i forhold til barn og eldre.

*"A huge part of the service economy owes its existence directly to the disappearance of housewifery. Population ageing is one of the great 'macroscopic' changes, but this is merely the by-product of novel fertility patterns driven by the kinds of choices that women prefer to, or are compelled to, make."* (Esping-Andersen 2002)

Framveksten av den offentlige eldreomsorgen kan derfor forstås i denne spenningen mellom kvinnelig yrkesaktivitet og løsningen på samfunnets sterkt økende omsorgsoppgaver. Den må også forstås i spenningen mellom kvinnefrigjøring og utfordringen i faren for lave fødselstall. Spørsmålet ble derfor hva som måtte til for samtidig å sikre både fødselstilvekst, tilgang på arbeidskraft, kvinnefrigjøring og omsorg for et økende antall eldre. Sammenlignet med landene i Sør-Europa, har det vist seg at kvinnene i de skandinaviske land har klart å kombinere høy yrkesaktivitet med det å få barn. Det er grunn til å se nærmere på den sammenhengen det kan være mellom kombinasjonen av lav yrkesaktivitet, lave fødselstall og de omfattende omsorgsoppgaver kvinnene i land som Italia og Spania forventes å løse i forhold til foreldre og svigerforeldre. Tilsvarende er det grunn til å peke på at en stor offentlig omsorgssektor i de nordiske land kan ha vært med på å legge grunnlaget for økonomisk vekst og utvikling. I motsetning til de skandinaviske land, har imidlertid landene i Sør-Europa en stor ubenyttet kvinnelig arbeidskraftreserve som kan settes inn i møte med de store utfordringene det aldrende samfunnet stiller disse landene overfor. Det er nok større sannsynlighet for at de vil legge forholdene til rette for høyere kvinnelig yrkesaktivitet enn at landene i Nord-Europa skulle presse omsorgsoppgavene tilbake til familien og privatsfæren.

I et kvinneperspektiv er paradoksalt nok prisen for å få til en kombinasjon av kvinnelig yrkesdeltakelse og høye fødselsrater, et ekstraordinært kjønnsdelt arbeidsmarked. Sammen med Finland har Norge det tredje mest kjønnssegregerte arbeidsmarkedet innenfor OECD. Gøsta Esping-Andersen peker på den nære sammenhengen det er mellom kvinner og velferdssektor på flere plan, også i forhold til fertilitet. Faktisk er det slik at kvinner med semi-profesjonsutdanning og arbeid i offentlig sektor får flere barn enn kvinner med lavere og høyere utdanning:

*"The welfare state became a female labour market, providing good pay and the kind of job security and flexibility that makes careers compatible with having children....."*

*The rising birth rates in Scandinavia since the 1970s were closely related to public sector expansion of welfare, health, and education services."* (Esping-Andersen 2002)

Den moderne velferdsstaten er altså ikke blitt til bare for de som trenger hjelp og omsorg. Den er like mye et resultat av en ønsket økonomisk utvikling, behov for å frigjøre kvinnelig arbeidskraft og for å finne effektive løsninger på en rekke dels motstridende hensyn og mål. I denne sammenheng kan det være nyttig å stille spørsmålet: Hva hadde skjedd hvis eldreomsorgen ikke fantes?

Hvorvidt velferdsstaten har bremsset eller påskyndet den økonomiske veksten diskuteres fortsatt blant økonomer og samfunnsforskere. Og det er ganske sikkert sider ved mange av

dagens velferdsordninger som har uheldige incentiv-virkninger og bieffekter i forhold til lønnsomhet, konkurranseevne og økonomi, ikke minst på kort sikt. På den annen side skulle det også være grunnlag for å hevde at velferdsordningene har vært helt nødvendige i forhold til å skape forutsetninger for effektiv produksjon og økonomisk utvikling. Eldreomsorgen bidrar i denne sammenhengen blant annet til å frigjøre arbeidskraft og avlaste familien.

*”Det kan i det minste fastslås at velferdsstaten og økonomien har vokst på samme tid gjennom store deler av etterkrigstiden. Derav følger at det i alle fall er tenkelig at velferdsstaten og økonomien kan påvirke hverandre gjensidig positivt, for å si det ytterst forsiktig.”* (Kuhnle 2001)

### 2.2.2 Både velferdsstat og velferdskommune

Den moderne kommunen må ses i lys av velferdsstatens framvekst etter andre verdenskrig. Kommunens oppgave som velferdsprodusent er blitt så dominerende, at mange nå sier at velferdsoppgavene tar livet av lokaldemokratiet (Lyngstad, Støkken og Lichtwarck 1997; Fimreite 2002).

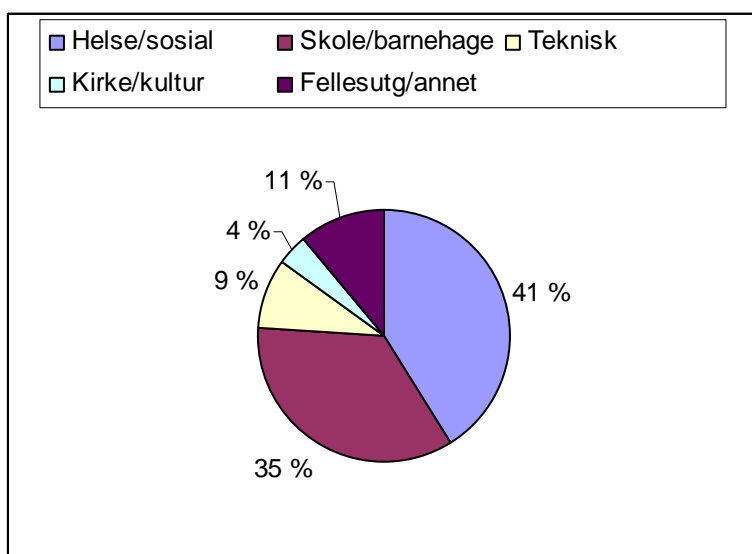
*”Vi kan ikke både fortsette med å bygge ut velferdskommunen samtidig som vi beholder et levende lokaldemokrati. Derfor må vi bestemme oss for hva vi vil at en norsk kommune skal være: et lokalt forvaltningsorgan for gjennomføringen av velferdsstatens mange oppgaver eller et eget forvaltningsnivå der det lokale selvstyre står i forgrunnen,”*

uttalte tidligere sosialminister og fylkesmann Leif Arne Heløe til tidsskriftet Stat & Styring (Erlandsen 2003)

#### *Velferdsproduksjon eller lokalsamfunnsutvikling (funksjoner og finansiering)*

Hovedtyngden av kommunal virksomhet reflekterer i dag nasjonale programmer og velferdsstatlige tiltak. Velferdsstaten i nordisk forstand kan ikke tenkes uten kommunene. Derfor snakker vi like ofte om velferdskommunen. På dette området er den kommunale handlefriheten i betydelig grad begrenset til i hovedsak å handle om organisering, lokalisering og utforming av tjenestene. De framstår likevel som ganske varierte ut fra lokale forhold og behov.

Figur 2.2: Fordeling av kommunale utgifter. Regnskap 2004.



Kilde: SSB Kostra 2005

De tre dominerende utgiftsområder var på 1800-tallet fattigstell, skolevesen og veier/tekniske anlegg. Andelen til skole vokste på begynnelsen av 1900-tallet. I 1972 utgjorde undervisning nær 50 % av kommunens bruttoutgifter. Seinere overtok helse- og sosialsektoren som dominerende virksomhet, og i 2004 sto helse- og sosialtjenestene for over 40 % av utgiftene. I europeisk sammenheng skiller de nordiske land seg ut ved at kommunene har en stor plass i offentlig oppgaveløsning (Naustdalslid 1991). Kanskje er dette en av de viktigste nøklene til den nordiske velferdsmodellen, at den i så stor grad har vært kommunal.

#### *Avledet statsmakt eller lokalt selvstyre (demokratispørsmålet)*

Kommunen er blitt til i spenningsfeltet mellom

- på den ene siden statens behov for å legitimere sin makt og få gjennomført nasjonal politikk
- på den andre siden kravet om lokalt selvstyre/ lokaldemokrati

Kommuneinstitusjonen har et "janusansikt": Den opptrer både som Statens forlengede arm og som motmakt mot overformynderi og embetsmakt. Gjennom hele den kommunale historie kan vi se denne balansegangen uttrykt, og debatten bølger fortsatt fram og tilbake om lokal frihet og sjørråderett kontra statlig detaljstyring for å skape størst mulig likhet for landets innbyggere. Fortsatt settes kommuner under statlig "administrasjon", tilsyn og kontroll, samtidig som den lokale handlefriheten forsvares gjennom generelle finansieringsordninger og reduksjon i øremerkede tilskuddsordninger.

Suksessfulle kommunale ledere kan kunsten "å ri på" denne motsetningen mellom å rope på staten og markere selvbestemmelse. Politikere på nasjonalt nivå er også drevne i denne balansekunsten mellom å bruke piskan på kommunene og lovprise det lokale sjølstyre. Kommunene er egne rettssubjekter, samtidig som de baserer mye av sin virksomhet på avledet statsmakt. Kommunenes frihet er negativt avgrenset. De må utføre de plikter de ved lov er pålagt av staten, men kan for øvrig gjøre hva den vil, dersom det er igjen noe å gjøre det for. Men de fleste i kommunene mener nok at det knapt er igjen noe handlingsrom. Alle ressurser er bundet opp av lovbestemte ordninger knyttet til skole, barnehage og helse- og sosialtjenester. I tillegg skapes det forventninger fra regjering og Storting som det ikke er mulig å innfri. Vi kan derfor kanskje snakke om "den hemmelige norske velferdskommunen" som gjør så godt den kan, og får til løsninger som blir akseptert av brukere og lokalsamfunn, men som kanskje ikke fullt ut oppfyller statlige kvalitetskrav eller tåler lyset fra stadig mer pågående statlige kontroll- og tilsynsmyndigheter. I maktutredningen beskrives dette slik:

*"Omformingen av velferdsstaten har stor innvirkning på det lokale handlingsrommet og er nært knyttet til utviklingen av kommunene og lokaldemokratiet. Det kommunale selvstyret har mistet mye av sitt innhold gjennom kombinasjonen av rettighetslover, statlige pålegg og budsjettknapphet."* (NOU 2003:19)

#### *Effektivitet eller tilhørighet (kommunestruktur)*

Påleggene fra staten resulterer i følge maktutredningen "i makt uten ansvar og ansvar uten makt." Kommunene sitter igjen med administrativt ansvar for å gjennomføre statlig politikk. Dette misforholdet forskyver seg videre innover og nedover i velferdssystemet. Det er til syvende og sist de som arbeider i direkte pasient- og klientkontakt som føler velferdsstatens dilemma på kroppen, og som må løse misforholdet mellom økte ambisjoner og synkende bevilgninger:

*"Dette er velferdsstatens lavtlønnede omsorgsreservoar, som bærer ekstrabyrder når budsjettene ikke strekker til. Når de tilførte midler ikke er tilstrekkelige, og går sammen med et kontinuerlig press om effektivitet og lønnsomhet, er det de ansattes ansvarsfølelse og samvittighet som tøyer innsatsen. Det er denne omsorgsressursen*

*som effektiviseringsorienterte styringstiltak truer med å tømme, uavhengig av hvem som produserer tjenestene, både fordi tiltakene ikke tar hensyn til omsorgens egenart og fordi de virker ytterligere utmattende.” (NOU 2003:19)*

Vil denne lokalt forankrede omsorgsressursen stille opp på samme måte om kommunene slås sammen til store enheter, eller vil de ansatte fortsette å tøyne innsatsen også i nye og større enheter med lengre avstand til de som styrer? Kommunenes store velferdsoppgaver brukes som et vesentlig argument i den aktuelle debatt om framtidig kommunestruktur. Både oppgavenes størrelse, sterkere krav til effektivitet, problemene med rekruttering og behovet for å bygge opp fagkompetanse og fagmiljøer brukes som begrunnelse som å redusere antallet kommuner og lage større enheter. Erfaringene fra arbeidet med handlingsplan for eldreomsorgen og statlige personell og rekrutteringsplaner for helse- og sosialtjenesten viser imidlertid at det like gjerne er de mindre og mellomstore kommunene som er raskest på endring og omstilling. Det ser også ut til å være minst like store problemer med rekruttering av fagpersonell i store byer, som i mindre byer og bygdekommuner.

Gjennomsnittstørrelsen på en norsk kommune ligger på 10 000 innbyggere. Slik plasserer Norge seg midt på treet i europeisk sammenheng mht kommunestørrelse. Mer enn halvparten av norske kommuner har imidlertid færre enn 5 000 innbyggere og om lag 20 % har mindre enn 2 000. Variasjonen er fra Utsira med 256 innbyggere til Oslo med en halv million.

Hva er det så som gjør en kommune til en kommune? Christiansenutvalget (NOU 1992:15) la vekt på tre kriterier i vurderingen av kommunen som demokratisk institusjon:

- *Deltakelse* gjennom valgprosessen, politiske aksjoner og som brukerrepresentant
- *Lokal tilhørighet* og fellesskapsfølelse
- *Lokal påvirkningskraft*, evnen til å ivareta befolkningens behov for off tjenester

Den moderne kommunen ser ut til å bli konstituert mer ut fra behovet for rasjonell og effektiv drift og store nok fagmiljøer, enn ut fra spørsmålet om tilhørighet til lokale fellesskap. I dagens debatt om nye kommunesammenslåinger kommer spenningen mellom å være effektiv og høykompetent velferdsprodusent og ønsket å videreutvikle demokratiet og det lokale ansvaret tydelig til uttrykk. Ut fra en slik vektlegging og forståelse av hva en kommune er, kan det kanskje være ett fett om det er kommunene eller hvilke som helst andre bedrifter eller virksomheter som produserer velferdstjenester.

#### *Bruker eller borger – input eller output*

Kommunenes hovedfunksjon som velferdsprodusent har ført til at folk nå etter hvert er mest opptatt av hva som kommer ut av virksomheten. De er opptatt av resultatet, av produktet, av prisen og av kvaliteten. De er først og fremst forbrukere, og ser på kommunen ut fra hva de får igjen. De er ikke lenger så opptatt av kommunen som deres egen organisasjon, som demokratisk organ, som lokalsamfunnets garantist og utviklingsaktør. Dette output-demokratiet som agerer og reagerer ut fra forbrukersamfunnets verdier er i ferd med å avløse input-demokratiet, der folk var opptatt av og tok del i og ansvar for selve kommunen. Og i kommunen har fagfolk i stor grad overtatt for alle nemnder og utvalg, som tidligere både besluttet og utførte.

I boka ”Forvaltning og politikk” (Christensen 2002) beskrives disse endringene som en bevegelse fra kollektive til mer individuelle deltakelsesformer og som en forskyvning fra å være opptatt med politikkenes inntaksside til politikkenes iverksettingsside. Det skjer med andre ord en bevegelse bort fra ”borgerkommunen” til det de kaller aktivistkommunen, brukerkommunen og rettighetskommunen:



Figur 2.3: Fire karakteristikk av kommuneinstitusjonen.

|             |                         |                           |
|-------------|-------------------------|---------------------------|
|             | Input-orientering       | Output-orientering        |
| Kollektiv   | <b>Borgerkommunen</b>   | <b>Brukerkommunen</b>     |
| Individuell | <b>Aktivistkommunen</b> | <b>Rettighetskommunen</b> |

Kilde: Christensen 2002

Hvis denne beskrivelsen har noe for seg, ser vi her en kilde til at politikken og lekmannsstyret er kommet under press. Når innbyggerne først og fremst er opptatt av produktene kommunen leverer, er det like naturlig å forholde seg til kommuneadministrasjonen som til den politiske siden, slik en gjør i forhold til en hvilken som helst annen servicebedrift.

Velferdsstat og lokalt selvstyre synes ikke lenger å være forenlige størrelser, sier Anne Lise Fimreite (Fimreite 2002), som hevder at fristillingspolitikken overfor kommunene med rammefinansiering og ny kommunelov førte til at staten fikk problemer med å kontrollere og styre kommunene, og derfor søkte etter nye styringsredskap. Dette fant sentrale myndigheter bl.a. i rettighetsfesting av tjenester som kommunene har ansvar for og en lang rekke tiltak med tilsvarende logikk:

- innføring av nasjonale standarder og kvalitetsforskrifter
- bruk av handlingsplaner og program for avgrensede områder
- bruk av øremerkede tilskudd og garantier for lån knyttet til slike handlingsplaner
- bruk av såkalt "benchmarking" av kommuner og kommunegrupper
- bruk av intern forvaltningsrevisjon

Alle disse virkemidlene har vært anvendt overfor den kommunale eldreomsorgen de siste 10 årene, jf Handlingsplan for eldreomsorgen og avtalen som er inngått mellom regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene (St meld nr 31(2002-2003); St meld nr 25(2005-2006)). På denne måten er relasjonen mellom individ (innbygger) og stat (lovgiver) i ferd med å endres i retning av å bli en mer direkte relasjon. Det mellomledd som kommunen eller kommunale etater har utgjort som iverksettende myndighet og lokal skjønnsutøver, er blitt svekket. Individets interesser nedfelles først og fremst i rettigheter fastsatt av Stortinget som lovgiver. Etterlevelsen av dette kan i neste omgang prøves av domstolene eller domstolslignende instanser.

En viktig side ved dette er at de sosiale rettighetene vi har som en del av et kollektivt samfunn med både rettigheter og plikter, blir erstattet av individrettede sivile rettigheter, som i sin utforming er av mer "privatrettslig karakter". Selve utløsningen av rettigheten blir en individuell rettshandling på linje med det å kreve sin rett i henhold til en kjøpekontrakt. Dette

er forbrukersamfunnets lovgivning, der innbyggerne er mindre og mindre borgere og politiske aktører, og mer og mer konsumenter.

*”En slik individualisering og privatisering av forholdet mellom den enkelte borger og det offentlige apparat vil skyve velferdsstatens kollektive og solidariske grunnlag i bakgrunnen til fordel for en adferd som kan belønne individuell nyttemaksimering..”*  
(Fimreite 2002).

### **2.2.3 Både desentralisering og internasjonalisering**

Desentralisering er et av de tydeligste trekkene ved utviklingen av omsorgstjenesten de siste 25 år. Kommunehelseloven og sykehjemsreformen på 1980-tallet medførte overføring av ansvar og oppgaver fra statlig og fylkeskommunalt forvaltningsnivå til kommunene. Denne desentralisering ble videreført med reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplan for psykisk helse, som også i sterk grad berører tilbudet til eldre. I kjølvannet av disse reformene har det også skjedd betydelige endringer i arbeids- og oppgavefordeling med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, ikke minst i forhold til pasienter med nedsatt funksjonsevne, langvarige behov og sammensatte sykdommer.

#### *Inn i de tusen hjem.*

Også i kommunene har det etter hvert som hjemmetjenestene er blitt bygd ut, skjedd en ytterligere desentralisering i form av distriktsorganisering. Selv forholdsvis små kommuner har valgt å dele kommunen inn i soner for å redusere reisetid og etablere en effektiv lokal heldøgntjeneste som kan tilkalles på kort varsel.

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er blitt mer mobil. Den sier ikke så ofte ”kom til oss”, som den sier ”vi kommer til deg”. Den trenger seg stadig lenger inn i hver krik og krok av lokalsamfunnet, og får stadig nye oppgaver som andre serviceinstitusjoner løper fra. Det kjøpmannen eller postmannen tidligere kunne gi av lokal service, særlig for de som var lite mobile eller syke, må nå andre ta seg av. Jo flere butikker, posthus, bensinstasjoner, jernbanestasjoner, bankfilialer som legges ned, jo flere oppgaver får de kommunale hjemmetjenestene å hankses med. Jo mer andre sentraliserer og slår sammen, jo mer må hjemmetjenestene liste seg inn i de tusen hjem. Dette er en virksomhet som egentlig går mot strømmen, og som må erstatte eller kompensere for det andre serviceinstitusjoner tar med seg når de trekker seg ut. Når andre forsvinner, rykker de kommunale hjemmetjenestene inn.

#### *Ut på verdensmarkedet.*

Samtidig med denne desentraliseringen skjer også den motsatte bevegelsen. Det skjer en begynnende internasjonalisering av tjenestetilbudet, både ved at internasjonale selskaper kommer inn på dette markedet gjennom anbud og konkurranseutsetting, ved at arbeidsmarkedet også på helse- og sosialsektoren blir internasjonalt, og ved at det nå bygges ut norske sykehjem og pleie- og omsorgstjenester i utlandet.

Vi er inne i en utvikling med økt mobilitet over landegrensene både av leverandører, tjenesteutøvere og brukere. Over tid vil dette kunne få konsekvenser for pleie- og omsorgssektoren, både ved at selskaper i andre land vil konkurrere om tjenesteyting i Norge, og ved at pasienter i økende grad vil la seg behandle i utlandet. Tilbydere av tjenester fra andre land, og tjenestetilbud tilrettelagt for nordmenn i utlandet reiser en hel rekke utfordringer både i forhold til internasjonale avtaler og fleksible finansierings- og forvaltningsordninger.

I Spania og ved Middelhavets strender, bor det nå titusenvis av nordmenn enten som langtidsturister eller innflyttere. Fenomenet har sine klare paralleller til seniorbyene som vokser fram blant annet i Florida. Svært mange er i senioralder, og spørsmålet om å etablere sykehjemstilbud i dette området har stått til debatt i mange norske kommuner under arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen (Sørbye et.al. 2004). Foreløpig er det ikke blitt så mange prosjekter, men det er grunn til å tro at dette kan være begynnelsen på en mer omfattende utvikling der kravet ikke bare er å kunne få tjenestetilbud tilrettelagt i en annen kommune, men også i et annet land. Det er økende forventninger til at nordmenn i utlandet skal få bistand og tjenestetilbud også i form av omsorgstjenester når de trenger det.

Norsk regelverk forholder seg til og blir påvirket av internasjonale konvensjoner, andre lands lovgivning, folkerettslige krav til nasjonal lovgivning og utviklingen i EU. En videreføring av integrasjonsprosessen i Europa, og økt samhandling mellom landene, kan føre til at skillene mellom de ulike velferdsmodellene blir mindre tydelige. Integrasjon kan også føre til at velferdstjenester og ytelser standardiseres. Det er mulig at den nordiske velferdsmodellen, med en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste kan få innflytelse på utformingen av framtidens europeiske ordninger, men det kan også tenkes en utvikling som fører til en dreining mot å satse mer på en markedsorientert (den liberalistiske modellen) eller familiebasert velferdsordning (den konservative velferdsmodellen). Norsk eldreomsorg vil under enhver omstendighet bli berørt av de store utfordringer andre deler av Europa står overfor på eldreomsorgens område og kan vanskelig ses isolert fra sine viktigste handelspartnere og samarbeidsland.

#### **2.2.4 Både avinstitusjonalisering og sykehjemsfornyelse**

Helt ulike tradisjoner møttes for fullt da kommunehelseloven kom, og sykehjemmene skulle samordnes med kommunale sosialkontor, hjemmehjelpsordninger, hjemmesykepleie og aldershjem. Sykehjemmene kom til kommunen med sykehustradisjoner, institusjonskultur og helsefag. Aldershjemmene var tuftet på fattighushistorien og sosialomsorgen, mens hjemmetjenestene hadde vokst ut av familieomsorg, menighetspleie og lokal frivillig omsorg. Linjene til tidligere tiders legdeordninger og privat forpleining var også til stede. For å forstå de brytninger som har skjedd i den kommunale helse- og sosialtjenesten de siste tiårene mellom ulike faggrupper, mellom fagfolk og politikere og mellom kommune og statlige myndigheter, er det helt nødvendig å knytte an til de ulike tradisjoner og kulturer som på denne måten skulle røres opp i samme gryte.

Det skapte diskusjoner om organisering og ledelse. Var det legene og sykepleierne eller sosialsjefene og de gamle kommunebyråkratene som skulle lede det hele? I hvor stor grad skulle politikerne delegerer myndighet og overlate ansvaret til fagfolk? Det skapte også debatter om faglig tilnærming. Var det den medisinske og helsefaglige behandling som skulle rå grunnen, eller skulle arbeidet være mer ressursorientert og tuftet på sosialfaglig tilnærming og tradisjonene fra lokalt folkehelsearbeid?

#### *Sykehjem eller hjemmetjenester.*

En del av denne ideologiske kampen mellom helse og sosial, og mellom det profesjonelle og frivillige/filantropiske har utkrystallisert seg i de langvarige diskusjonene om eldreomsorgen skal være basert på sykehjem/institusjoner eller hjemmetjenester og tilpassede boliger.

Hjemmetjenestetilhengerne framholder den selvstendige boligen som alternativ til institusjonene og viser ofte til kritikken av "den totale institusjonen" på 1960 og 70-tallet

(Goffmann 1961; Sundin 1972). Institusjonene skaper passivitet og avhengighet. Dette handler ikke bare om arkitektur, men like mye om organisering av virksomheten. Det handler om å være livsavhengig av en hierarkisk organisasjon som over tid utvikler sin egen kultur med egne normer og lover, og der det er personalet og ledelsen som sitter med makta og kontrollen.

*"Det forholdet at en byråkratisk organisasjon har kontroll over menneskelige behov hos grupper av mennesker som lever sammen, er en nøkkelegenskap ved den totale institusjonen"* (Sundin 1972).

Dette gir institusjonene visse totale trekk som skiller dem fra mer åpne organisasjoner. Det stilles store krav til tilpasning til institusjonens rutiner og fellesfunksjoner, og det gis små muligheter for privatliv. Dette gjenspeiler seg også i arkitekturen med store fellesareal og små rom som beboerne av og til må dele med flere. Tidligere var det også vanlig med felles bad og toalett i avdelingen, matsaler og felles oppholdsrom.

Wenche Malmedal peker i boka "Sykehjemmets skyggesider" på at hierarkiet, rutineorienteringen, standardiseringen, atskillelsen fra samfunnet og tendensene til umyndiggjøring i medisinsk-orienterte institusjoner kan være noen av årsakene til at beboere i sykehjem blir utsatt for krenkelser og overgrep (Malmedal 1999). Overgrepsrisikoen er minst for de friskeste og de som følges opp utenfra av familie og venner:

*"Det er altså de som er mest avhengige og mest pleietrengende som er i høyrisikogruppen, og dette gjør dem spesielt utsatt for overgrep."*

De ideologiske tilhengerne av bolig- og hjemmetjenestealternativet har etter hvert fått følge av mange som mener at dette også er det mest økonomisk effektive, fordi bolig med hjemmetjenester er mer fleksibelt og individuelt tilpasset, mens institusjonene har sin faste bemanning nesten uansett hvem som bor der. Kanskje er det dette som har satt fart i utbyggingen av omsorgsboliger og hjemmetjenester de seinere årene?

Sykehjemstilhengerne framholder at sykehjemmene er best egnet til å gi et medisinsk forsvarlig tilbud til de aller mest krevende pasienter. Når det kommer til siste fase i livet er tryggheten viktigst. Da er det den medisinske behandling og pleie som er avgjørende, ikke hvordan du bor eller lever. Hjemmetjenesten og omsorgsboligene kan nok dekke behovene og være rasjonelle i en tidlig fase med mindre pleiebehov, men når sykdom og funksjonstap tar overhånd, er det både bedre for den det gjelder og mer effektivt å behandle pasienten i sykehjem. Her er det tilsyn og fagpersonell i nærheten hele døgnet, og både pasient og pårørende kan være trygge.

#### *Trygghet versus selvstendighet*

Det hele blir ofte en debatt om trygghet versus selvstendighet, og om behovet for døgnkontinuerlig tilsyn versus frihet og privatliv. Men er det nå slik at forskjellene er så store som temperaturen i denne debatten skulle tilsi? I en sammenlignende studie (Slagsvold 2002) kommer Britt Slagsvold til at boformen i seg selv har nokså liten betydning for hjelpetrengende eldres velferd. I den grad det var forskjeller, når det ble korrigert for forskjeller i mental og fysisk funksjonsevne, ga resultatene av undersøkelsen mest støtte for omsorgsboligen. Beboerne i omsorgsboliger har mer sosial kontakt og deltar mer aktivt enn sykehjemsbeboerne. Det var ingen forskjell når det gjaldt ensomhet eller utrygghet. På den annen side var den medisinske oppfølging i sykehjem noe bedre. De aller fleste som deltok i undersøkelsen ville imidlertid bo der de bor. Dette gjaldt hele 88 prosent av omsorgsboligbeboerne, og 75 prosent av de som bodde i sykehjem.

### *Da kommunene gjorde en statlig handlingsplan til reform*

Når handlingsplan for eldreomsorgen er ferdig gjennomført, er snart alle de gamle aldershjemmene nedlagt. Med det går en over 100-årig historie mot slutten. Fattiggårdene og fattighusene etter engelsk mønster ble i tiden fram til første verdenskrig avløst og supplert med utbygging av gamle hjem eller pleiehjem. Noen steder ble de også kalt kommunegårder. Fattighusbetegnelsen forsvant etter hvert og kravet til arbeidsytelse ble erstattet med tanken om fortjent hvile for de gamle. Fortsatt var det likevel i hovedsak et tilbud til de økonomisk svakest stilte (Seip 1994a). Ordninger med privat forpleining som har sine røtter tilbake til legdeordningene, blir også avvirket. Helt opp til 1990-tallet er det eldre pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser i privat forpleining på gårdsbruk rundt om på bygdene. Disse ordningene blir avvirket bl a som en konsekvens av reformen for utviklingshemmede.

Med Handlingsplan for eldreomsorgen er også sykehjemmene opprustet og modernisert, og kan holde i 15-20år til. Men det er ikke blitt høyere sykehjemsdekning. Selv om tallet på sykehjems plasser øker noe, vil dekningsgraden være nesten uendret i forhold til tallet på eldre over 80 år. Standarden er imidlertid betydelig hevet. Halvparten av sykehjemmene vil være enten helt nybygde eller nyrenoverte. Og eneromsreformen gjennomføres slik at beboere i framtidens sykehjem kan få enerom, hvis de ønsker det. Handlingsplan for eldreomsorgen har medført større mangfold i boformer og organisasjonsløsninger, tilpasset ulike lokale forhold, behov og ønsker. Særlig er det kombinasjonen omsorgsboliger og hjemmetjenester som har slått gjennom. Det meste av kapasitetsveksten de siste årene har kommet i form av 20.000 nye omsorgsboliger. Og veksten i pleie- og omsorgstjenesten har ført til at det nå er like mange som arbeider i hjemmetjenesten som i sykehjem og aldershjem. Dette har gjort det mulig å drive distriktsorganiserte tjenestetilbud på heldøgnsbasis, med personell som dekker både omsorgsboliger og hjelp i hjemmene.

### *Det beste fra to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen*

Gjennom handlingsplan for eldreomsorgen har kommunene stått fritt til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud tilpasset lokale forhold og behov, og selv velge organisatoriske løsninger og tjenestemodeller. Dette har resultert i at noen kommuner har valgt å satse på sykehjem, mens andre har valgt å bygge ut omsorgsboliger og hjemmetjenester med heldøgns tilbud. Det foregår for tiden en spennende utvikling i kommunene, der kanskje det beste fra to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med omsorgsboliger. Vi har fått sykehjem med omsorgsboligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Nesten alle nye omsorgsboliger bygges nå med fellesareal og i tilknytning til lokaler for helse- og sosialpersonell. Samtidig utvikles nye modeller for bygging og drift av sykehjem med gode enerom organisert i små bogrupper med egne fellesfunksjoner. På denne måten kombineres erfaringene fra institusjon og mer åpen omsorg. Utfordringen er å utvikle tilbud som både gir trygghet og individuell tilpasning til den enkeltes behov.

Sykehjem og omsorgsboliger gir altså delvis botilbud til samme pasientgrupper, og overlapper hverandre i det kommunale tilbudet. Omsorgsboligene brukes imidlertid til flere brukergrupper og fungerer mer fleksibelt både med hensyn til beboernes alder, diagnose og funksjonshemming. Kanskje er det denne fleksibiliteten som gjør at mange kommuner har valgt å satse på omsorgsbolig både som supplement og alternativ til mer tradisjonelle sykehjem. Det er lettere å bruke omsorgsboliger som sykehjem enn sykehjem som omsorgsboliger.

### *De boligorienterte kommunene har lavere kostnader*

Sosialdepartementets analyse av de økonomiske virkemidlene for Handlingsplan for eldreomsorgen, viser også at det er en klar sammenheng mellom god kommuneøkonomi og høy sykehjemsdekning, mens kommuner med dårlig økonomi satser sterkest på bygging av omsorgsboliger. Som sannsynlig forklaring blir det vist til lavere forventede personellkostnader ved alternative driftsformer utenfor institusjon:

*”Dette kan skyldes at omsorgsboligene framstår som et mer fleksibelt alternativ der driftsinnsatsen kan tilpasses beboernes behov.” (St meld nr 34(1999-2000))*

Om bruk av omsorgsboliger og hjemmetjenester er økonomisk mer effektivt enn sykehjem, er det fortsatt gjort lite forskning på. Men i en rapport Senter for økonomisk forskning har utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet er hovedkonklusjonen at:

*”Hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner uten at pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere. Dette gjelder også når sammenligningen begrenses til de tyngste brukerne.” (Borge og Haraldsvik 2005)*

En undersøkelse fra Nord-Trøndelag viser også at sterkt boligorienterte kommuner har markert lavere personelldekning (47 årsverk pr 100 innb over 80 år) enn sterkt institusjonsorienterte kommuner (56 årsverk pr 100 innb over 80 år):

*”Dette fører til at de samlede driftskostnadene blir lavere i de boligorienterte kommunene. Om kvaliteten er den samme, om den er bedre eller dårligere, vet vi ikke. For framtidig omsorgstjenesteforskning blir det en viktig oppgave å undersøke slike mulige sammenhenger.” (Romøren og Svorken 2003)*

### *”Litt mer dansk ?”*

Svein Olav Daatland skriver i sin sammenligningsstudie av eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95 at norsk eldreomsorg *”har vært kjennetegnet av den moderate og vedvarende knapphet, med relativ stabilitet og med motstand mot endring fra det tradisjonelle mønsteret.”* Han legger også vekt på institusjonsorienteringen og den sterke medisinsk-faglige tradisjonen som har preget situasjonen i Norge. Motstykket var Danmark som har satset mer sjenerøst og med sterk vilje til endring og modernisering. (Daatland 1997)

Det ser ut til at Handlingsplan for eldreomsorg i Norge har utløst litt mer ”danske tilstander” i norsk eldreomsorg. Fra statlig side har ikke denne handlingsplanen først og fremst vært sett på som en reform. Den har stort sett handlet om å bygge ut kapasiteten. Interessant er det da å se at svært mange kommuner har laget reform ut av det, og benytter muligheten til å legge en ny og kanskje mer framtidsrettet struktur på plass. Mange kommuner har kvittet seg med gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse, bygd nye og moderne botilbud, samordnet ressursene i og utenfor institusjon og omorganisert virksomheten med døgntjenestetilbud på distriktsnivå.

Ivar Brevik, som har deltatt i Norges Forskningsråds evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen, hevder at kommunene nå har restrukturert tjenestetilbudet slik at det langt på vei er tilpasset framtidige utfordringer. Dette har skjedd uavhengig av statlig politikk og offisiell omsorgsideologi:

*”Det er framfor alt gjennom boliggingjøringen av omsorgstjenestene og en markant intensivering i driften av dem at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten framstår som betydelig omformet over relativt kort tid.” (Brevik 2003)*

### *Både integrering og særomsorg*

Både Handlingsplan for eldreomsorgen, reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplan for psykisk helse medførte sterk vekst i utbygging av omsorgsboliger og

hjemmebaserte tjenester. Slik har utviklingen gått mer og mer i retning av et mer helhetlig og integrert omsorgstjenestetilbud som gis uavhengig av diagnose, funksjonshemming og alder. Dette innebærer også at andre sektorer enn helse- og sosialtjenesten må ta sin del av ansvaret for å gjøre kulturtilbud, undervisning, kollektivtransport og andre tjenester tilgjengelig også for omsorgstjenestens brukere.

Fortsatt framstår likevel sykehjemmene, som ressursmessig utgjør nesten halvparten av omsorgstjenesten, et særomsorgstilbud til eldre. Dette er de siste årene blitt ytterligere understreket av statlige kampanjer for å få yngre funksjonshemmede ut av sykehjemmene, som dermed defineres som rene aldersinstitusjoner. I motsetning til hjemmebaserte tjenester som kombineres med vanlig fastlegeordning, holder også sykehjemmene seg med egen legetjeneste. Sykehjemmene dekker vanligvis også beboernes behov for alt fra mat, transport og informasjon til aktivitetstilbud og fysioterapitjeneste. En rekke undersøkelser tyder på at de er ganske gode på pleie, men mindre gode på mat, aktiviteter og sosiale forhold (Statens Helsetilsyn 2003; Nygård 2004; Førde et al. 2006). Det er også både faglig og politisk bekymring for den medisinske oppfølgingen og legedekningen i sykehjem (Sosial- og helsedirektoratet 2005; St meld nr 25 (2005-2006)).

### **2.2.5 Både standardisering og individualisering**

Valgfrihet, brukermedvirkning og individuell tilpasning er sentrale begreper i moderne sosialpolitikk. I regjeringens (Bondevik II) melding til Stortinget om "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene" kommer dette klart til uttrykk:

*"Regjeringa ønskjer spesielt å fokusere på brukeropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet. Kva ein opplever som kvalitet, varierer frå menneske til menneske, og er avhengig av personlege verdiar og erfaringar. Det er derfor viktig at behova og ønska til kvar einskild brukar blir lagde til grunn når tenestene skal utformast."* (St.meld.nr 45 (2002-2003))

Dette står i tilsynelatende kontrast til den mer kollektive likhetsideologien og gruppetenkningen som har preget utbyggingen av velferdsordningene i etterkrigstida. I samme melding blir det lagt opp til konkurranseutsetting og et større innslag av private aktører i omsorgssektoren. Nå er det den enkelte som skal settes i sentrum. Fritt brukervalg, flere tjenesteleverandører og individualiserte tjenestetilbud skal sikre brukerinnflytelse og kvalitet. Dilemmaet er imidlertid at anbud og konkurranseutsetting også krever kvalitetssikring, detaljerte kontrollrutiner og faste standarder som kan sammenliknes. Standardisering og pakkelløsninger blir derfor nødvendig både for å beskrive innholdet i anbudet, for å inngå mest mulig presise kontrakter og effektivisere tjenesteproduksjonen. Dette kan vise seg vanskelig å kombinere med brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestetilbudet.

*"Når omsorg blir en vare"*

I en undersøkelse av sammenhengen mellom organisering og kvalitet i hjemmetjenesten, fant professor Rolf Rønning at konkurranseutsetting og effektivisering preger samhandlingen mellom bruker og hjelper i mange kommuner. Som en følge av dette blir hjelpen avgrenset til det som står i instruks og manualer og til det som er beskrevet i anbudet. Den tradisjonelle hjemmetjenesten lar imidlertid brukerne i større grad bestemme innholdet i hjelpen selv innenfor gitte tidsrammer, mens arbeidsinstruksjonen bare brukes veiledende.

Rønning mener det foregår en kamp om omsorgens sjel i kommunene i dag, hvor to ulike tenkemåter står opp mot hverandre:

- På den ene siden det han kaller den instrumentelle rasjonaliteten, hvor omsorgen ses som en vare på et marked og omsorgens innhold og kvalitet kan forhåndsbestemmes og prisfastsettes.
- På den andre siden den tradisjonelle forståelse, der omsorgen ses som en sosial relasjon som ikke kan forhåndsbestemmes og hvor den enkelte omsorgsmottaker er unik.

(Rønning 2004)

For å legge til rette for konkurranseutsetting og større valgfrihet, er det et tankekors at dette krever utvidet tilsynsmyndighet, kvalitetsindikatorer, internkontrollsystemer, ”benchmarking”, bestiller/utfører-organisering og mer presise saksbehandlingsregler og klagebestemmelser. Avgjørelsene om hva som skal gjøres og hvordan arbeidet skal utføres skjer ikke lenger i møtet mellom den enkelte bruker og den som er satt til å hjelpe, men løftes opp til et tema mellom kommunen som bestiller og tjenesteprodusenten som utfører oppdraget. På denne måten kan det frie brukervalg komme til å framstå som valgfrihetens fiende. Det er ikke lett å oppnå både individualisering og standardisering av tjenestetilbudet samtidig.

Kontrollsystemer og kvalitetsmålinger kan også lett komme til å styre oppmerksomheten og disiplinere utøverne av omsorg mot det som er målbart, og ikke mot de elementene av omsorgskvalitet som er vanskelig å måle. Og det er mye ”mykt” materiale i omsorg. Flere forskere på området advarer mot utilsiktede virkninger av kvalitetsmålinger, som kan gjøre mer skade enn gagn. I boka "Ældreomsorg – management eller menneskelighet?" (Høeg 2001), kaller Britt Slagsvold de indikatorene som blir brukt for "standikatorer", fordi de både antas å måle kvalitet samtidig som de er med på å definere hva som er kvalitet eller standard. Kvasikvalitet blir derfor en konsekvens av slike kvalitetsmålinger. Den svenske forskeren Marta Szebehely spør om kvalitetssikring etter hvert er blitt en trussel mot hjemmetjenestenes omsorgsidealer og direkte skadelig som beslutningsgrunnlag for forandring av virksomheten.

I samme bok sier den tidligere danske socialminister og professor Bent Rold Andersen at detaljerte forskrifter eller såkalte kvalitetsstandarder har medført at eldreomsorgen ikke bare er blitt mye dårligere, men også en del dyrere. I en annen sammenheng skriver han at den gode hjemmehjelper ikke gjør tingene for den eldre, men med den eldre:

*"Den gode hjemmehjelper følger ikke et skema for arbeidet, men springer gerne nogle opgaver over, hvis den ældre har mer behov for at blive ledsaget til kirkegården for at lægge blomster på ægtefællens grav eller for at få en snak, som kan slå bro over en depression."* (Pårørendegruppen 2001)

#### *Politisk strid om omsorg*

Dette ble et hovedtema i valgkampen før Stortingsvalget i 2005, og den nye rød-grønne regjeringen markerer i sin Stortingsmelding om ”Framtidas omsorgsutfordringer” høsten 2006 at den ikke ønsker en kommersialisering av disse tjenestene og vil unngå ”standardisering, ”stoppeklokkeomsorg” og ferdige pakkeløsninger” (St.meld nr 25(2005-2006)):

*”Rigide tidsskjemaer og instruksjoner er uforenlig med en slik utvikling og kan bidra til å umyndiggjøre både brukeren og den som er ansatt for å gi hjelp. Omsorg blir til i møtet mellom den ansatte og den enkelte bruker, og vi må sikre den ansattes mulighet til å møte brukerens uttrykte ønsker og utøve faglig skjønn.”*

Interessant er det at den første Bondevikregjeringen også markerte lignende synspunkter i sin omsorgsmelding ”Omsorg 2000”:



*”Det å yte omsorgstenester kan ikkje utan vidare samanliknast med sal eller formidling av kva andre varer som helst eller tenester som blir tilbydde på ein tradisjonell marknad i økonomisk forstand, og det kan difor ikkje berre byggje på marknadsmekanismar. Omsorgstenestene må ha eit sterkt innslag av menneskeleg varme og solidaritet, og ein må kunne handle i samsvar med interessene til den som tek imot tenestene, utan omsyn til kva nytte det har for tenesteytaren eller samfunnet”* (St meld nr 28(1999-2000).

Bare 3 år etter ”Omsorg 2000” fant regjeringen (Bondevik II) det nødvendig å skrive en ny omsorgsmelding, St meld nr 45 (2002-2003) om ”Kvalitet i pleie- og omsorgstenestene”. Mens ”Omsorgs 2000” la hovedvekt på verdispørsmål, kultur, holdninger og etiske dilemma i omsorgssektoren, er ”Kvalitetsmeldinga” opptatt av valgfrihet, individualiserte tjenester, standarder og kvalitetsindikatorer. Og nå åpner regjeringen for et større innslag av private aktører.

### *Omsorgens doble ansikt*

Selv om omsorg alltid har vært vanskelig å definere begrepsmessig, er det stort sett fortsatt enighet om at omsorgen har en dobbelt natur: Den er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Den har både en praktisk handlingsside og en kommunikativ side. Omsorg er et relasjonelt begrep som er forankret i den oppfatning at vi som mennesker er gjensidig avhengig av hverandre, og gir ingen mening uten i forhold til den andre. Dersom andreorienteringen tar overhånd kan imidlertid omsorgen bli sentimental og paternalistisk. Det er ikke nok med bare ”caring about”. På engelsk er det også noe som heter ”caring for”. Hvis omsorg derimot blir redusert til ren teknikk, blir den instrumentell og mister sin relasjonelle betydning og moralske styrke (Rønning 2004; Næss 2005).

I den moderne eldreomsorgens mest aktive utbyggingsperiode på slutten av 1970-tallet kom det en brannfakkell av en bok med tittelen ”Pleie uten omsorg?” (Martinsen og Wærness 1979). Den hevdet av profesjonaliseringen av sykepleieryrket både bidro til sterkere oppsplitting og spesialisering av omsorgen for den enkelte pasient, og til å forsterke tendensen til at de som trenger mest omsorg får minst. Pleiepasientene som bare skulle ”tas hånd om” og ikke behandles, hadde en lav prestisje i helsevesenet. Wærness så på dette som en avfeminisering av omsorgsyrket, og argumenterte seinere for en ”omsorgsrasjonalitet” som i motsetning til den maskuline instrumentelle rasjonaliteten klarte å knytte sammen rasjonalitet og følelser. Omsorg er noe mer enn bare praktisk handling, den har også emosjonelle og relasjonelle sider (Wærness 1999) som er minst like viktige.

Dette synet er blitt angrepet fra fagpersonell som vil avgrense seg i forhold til at det også skal stilles krav til de følelser de har for sine pasienter. Det får være nok at de gjør et godt stykke faglig holdbart arbeid, om de ikke også skal brenne seg ut på personlig innlevelse og engasjement i stadig nye forhold. Det er også blitt angrepet fra brukere som egentlig synes det er greiest at det ikke blir blandet for mye følelser opp i forholdet til hjelperne, ettersom disse relasjonene da ofte får et moderlig preg. Særlig er det mange funksjonshemmede som har reagert på et hjelpeapparat som på denne måten fort kan bli paternalistisk eller opplevd undertrykkende.

Balansepunktet mellom det instrumentelle og relasjonelle må derfor vurderes fortløpende og vektlegges ulikt fra situasjon til situasjon. Det er i denne stadige avveiningen og balansegangen at fenomenet omsorg holdes oppe.

### 2.2.6 Mellom familieomsorg og sykehus

Eldreomsorgen og den kommunale helse- og sosialtjenesten kan beskrives med omfattende grenseflater både mot frivillig og familiebasert omsorg på den ene siden, og sykehus og spesialisttjenester på den andre siden. Den kommunale eldreomsorgens størrelse bestemmes i stor grad av denne plasseringen mellom familieomsorg og sykehus. Her møtes også sivilsamfunnet, kommunen og staten som aktører. Oppgavefordelingen og maktforholdet disse tre enhetene imellom er bestemmende for utviklingen, og mange vil nok beskrive det som om eldreomsorgen er kommet i klemma mellom familie og sykehus.

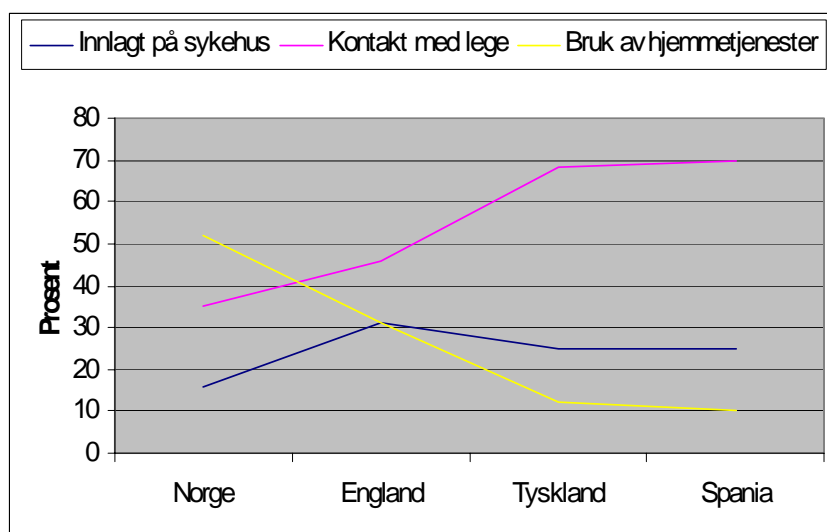
På den ene siden har familien ikke lenger samme juridiske forpliktelse til å gi omsorg til sine, som i mange andre land, og har overlatt mange oppgaver til det offentlige. Mange vil si at dette er prisen for høy yrkesaktivitet, og spesielt peke på samfunnets behov for kvinnelig arbeidskraft. Presset har derfor vært stort for å få til en akseptabel og riktig arbeidsdeling mellom familie og kommune. Omfanget av familieomsorg har likevel vært ganske stabil de siste tiårene, men ikke kunnet ta den økte veksten i behov som skyldes demografiske endringer.

På den andre siden kan sykehusene satse mer på spesialisering og sende fra seg mange oppgaver i forvisning om at resten må den kommunale helse- og sosialtjenesten ta seg av. Dette er faktisk nedfelt i §1-1 i lov om helsetjenesten i kommunen der *"kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune"*. Ideologisk er dette også uttrykt i det såkalte LEON-prinsippet, eller Laveste Effektive OmsorgsNivå, som innebærer at det hele tiden skal legges til grunn at tjenestetilbudet skal gis lokalt så langt det er mulig og faglig forsvarlig. Til tross for oppgaveforskyvning til den kommunale primærhelsetjenesten, har også sykehussektoren hatt sterk utgiftsvekst og bemanningsøkning. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er imidlertid størst. Om vi måler virksomhetene i årsverk, er pleie- og omsorgstjenesten større enn sykehus og øvrige helse- og sosialtjenester til sammen.

Det går altså ikke an å se isolert på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det er helheten i dette bildet som teller. Spørsmålet er på mange måter om vi har funnet den rette og mest effektive sammensetningen, og om den kombinasjonen vi har valgt av frivillig omsorg, kommunal eldreomsorg og mer spesialiserte sykehusfunksjoner er faglig og samfunnsøkonomisk hensiktsmessig.

Vi har i hvert fall en annen blanding av disse tre komponentene enn de fleste andre land. Norsk eldreomsorg skiller seg først og fremst ut fra europeisk eldreomsorg ved å ha en større kommunal pleie og omsorgstjeneste og et lavere forbruk av sykehus- og legetjenester blant eldre. Bare 16 prosent av de som er over 85 år oppgir at de har vært innlagt på sykehus siste året i Norge mot 25-32 prosent i Spania, Tyskland og England. Det samme gjelder legekontakt. I Norge hadde 35 prosent av de over 85 år kontakt med lege siste måned, mens andelen var dobbelt så stor i Tyskland og Spania. På den andre siden var tilgangen på hjemmetjenester i form av hjemmehjelp og hjemmesykepleie svært høy i Norge sammenlignet med Spania og Tyskland. Tallet på institusjonsplasser for eldre er også betydelig høyere i Norge enn i England og Spania. Tyskland lå nærmere det norske nivået på dette området.

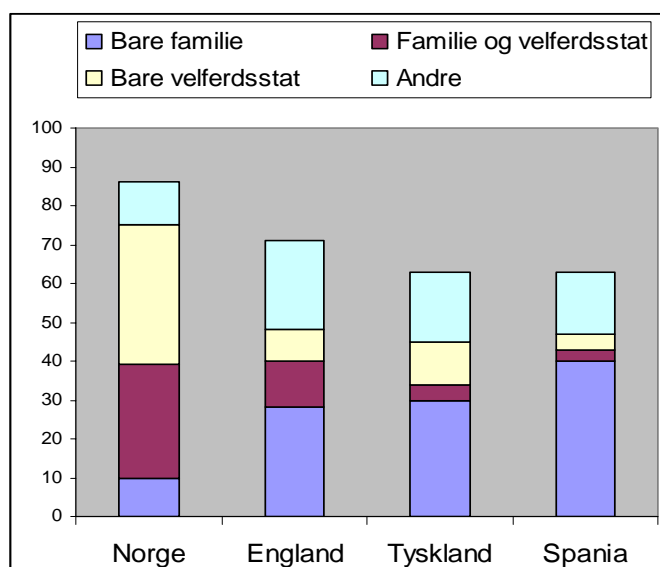
Figur 2.4: Andel personer 85år+ innlagt på sykehus, fått hjemmetj, hatt kontakt med lege



Kilde: Daatland og Herlofson 2004

I den samme undersøkelsen av familie, velferdsstat og aldring (Daatland og Herlofson 2004) sammenlignes hjelperater og hjelpeskilder i noen europeiske land som representerer ulike velferdssystemer. Den viser at den samlede hjelpedekningen for eldre (75år+) med svekket førlighet er høyest i Norge, og at dette først og fremst har sammenheng med det offentlige tjenestetilbudet. Undersøkelsen illustrerer likevel at omfanget av familiehjelp i Norge nesten er på samme nivå som i Spania og faktisk høyere enn i Tyskland, noe som indikerer at familien og velferdsstaten snarere utfyller enn erstatter hverandre:

Figur 2.5: Hjelperater og hjelpeskilder for eldre (75 år +) med svekket førlighet



Kilde: Daatland og Herlofson 2004

Eldreomsorgen er den største enkeltoppgaven norske kommuner har ansvaret for. Flere og flere oppgaver er blitt lagt til eller forskyves over til den kommunale helse- og sosialtjenesten, og oppgavene blir stadig mer faglig krevende og omfattende. Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil forsterkes ytterligere, slik sosialkomiteen gir uttrykk for i innstillingen til St meld nr 31 (2001-2002):

*”Komiteen vil bemerke at den medisinske utvikling og de eldres bedre levevilkår gjør det mulig å behandle eldre i langt høyere alder enn tidligere, noe som gir som konsekvens at eldre syke i sykehjem i dag krever mer intensiv faglig behandling, og stiller større krav både til legetjenesten og sykepleietjenesten i institusjonene. Denne utviklingen mener komiteen bare vil forsterke seg i årene fremover med den nye sykehusreformen, hvor det må antas at utskrivningstakten blir enda raskere enn vi hittil er vant med. Slik komiteen ser det, vil fremtidens sykehjem i større grad bli helseinstitusjoner som skal sørge for behandling, rehabilitering og terminalpleie.”*

(Innst S nr 263 (2001-2002))

Kortere liggetid, sterkere spesialisering og lengre geografiske avstander mellom det lokale tjenestetilbudet og de mer sentraliserte spesialisttjenestene øker presset på den kommunale helse- og sosialtjenesten, endrer sykehjemmenes funksjoner og krever mer fagkompetanse i hjemmetjenesten. Grensen mellom den allmenne førstelinjetjenesten og den mer spesialiserte andrelinjetjenesten som før gikk mellom kommune og fylkeskommune, går nå tvers gjennom kommunen.

## **2.3 FAMILIEOMSORG I GODE OG ONDE DAGER**

Uformell omsorg gis av både familie, venner og frivillige tiltak og organisasjoner, og er kjennetegnet ved at den i motsetning til den formelle omsorgen ikke er betalt. Den er i hovedsak familiebasert. De fleste hovedomsorgsgiverne er fortsatt kvinner, de er middelaldrende eller eldre, står i omsorgsarbeid over lengre tid og omgir seg med andre omsorgsgivere som hjelper til (Romøren 2002; Repstad 1998).

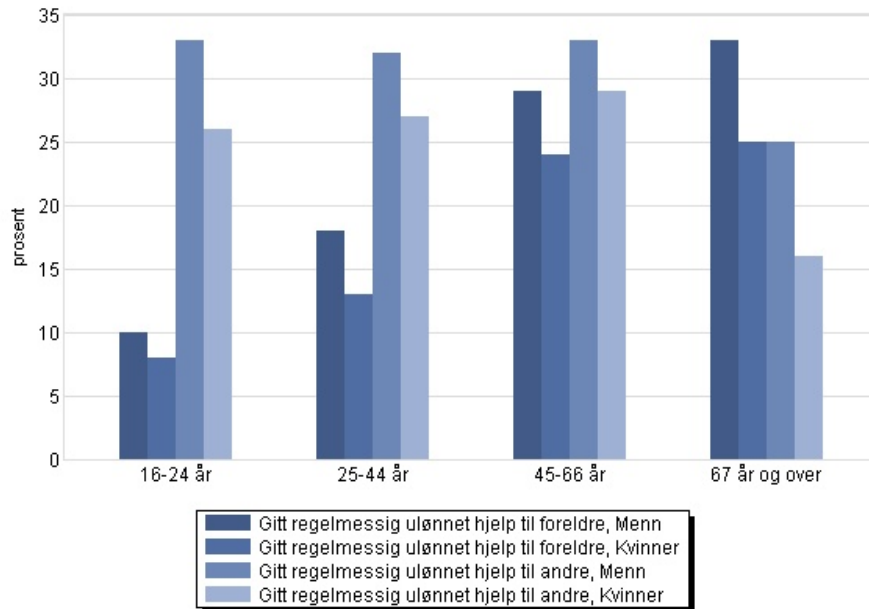
### **2.3.1 Familieomsorgens omfang**

Det er vanskelig å måle omfanget av den private omsorgsinnsatsen i samfunnet. På bakgrunn av helseundersøkelsene, levekårsundersøkelsene og tidsnyttingsundersøkelsene fra Statistisk Sentralbyrå, er det gjort flere anslag. I en undersøkelse fra 1985 ble det samlede private omsorgsarbeidet beregnet til vel 100.000 årsverk, fordelt med over 70.000 årsverk for husholdningsmedlemmer og mer enn 30.000 årsverk på personer utenfor husholdningen. Den private omsorgen ser altså ut til å ha vært større i omfang enn den offentlige (Lingsom 1985 og NOU 1992:1) for 20 år siden. I forhold til omsorg for aldersgruppen 67 år og over ble det også gjort en beregning på samme tidspunkt som viste at den private omsorgen utgjorde 49.000 årsverk, mens den offentlige omsorgen den gang utførte nesten 43.000 årsverk (NOU 1992:1). Etter dette er den offentlige omsorgstjenesten fordoblet. Dersom den uformelle omsorgen har holdt seg stabil i samme periode, er størrelsesforholdet nå i favør av den kommunale omsorgstjenesten. En del av denne veksten må tilskrives overføring av ansvar og oppgaver til kommunene for yngre funksjonshemmede. Det er imidlertid grunn til å anta at veksten i behovet for pleie- og omsorg som følge av økningen i tallet på eldre i hovedsak er blitt en offentlig oppgave.

Selv om de som gir omsorg gir noe mindre enn før, tyder mye på større deltakelse i slikt omsorgsarbeid de siste 30 årene (Lingsom 1997). Flere menn deltar og omsorgsforpliktelsene fordeles på flere. Ifølge levekårsundersøkelsen for 1995 ga 16 % av den voksne befolkning eller om lag 400 000 personer regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor egen husholdning. Dette var flere enn før, men

innsatsen pr. giver var redusert til i underkant av 4,5 timer pr uke i gjennomsnitt (Kitterød 1996). Til sammen ble det ut fra dette utført om lag 50.000 årsverk til slik ulønnet hjelp i 1995. I tillegg til dette kommer hjelp utført av ektefeller og andre medlemmer av hjelpemottakers husstand.

Figur 2.6: Andel av befolkningen som utførte ulønnet omsorgsarbeid 2002 fordelt på alder og kjønn.



Kilde: SSB statistikkbanken

I 2002 ga om lag 1/3 av befolkningen over 16 år regelmessig ulønnet hjelp til foreldre eller andre. I gjennomsnitt utførte de som ga slik hjelp 4 timer omsorgsarbeid pr uke. Mest hjelp (5 timer pr uke) ble gitt av menn over 67 år og kvinner i aldersgruppen 45-66 år. Det er verdt å merke seg at kjønnsfordelingen har endret seg, slik at det nå er blitt flere menn enn kvinner som gir slik ulønnet hjelp. Enkelte undersøkelser kan tyde på at det totale omfanget av familieomsorg kan ha blitt litt redusert de siste årene, først og fremst som følge av demografiske endringer. Andelen av befolkningen mellom 16-74 år som gir familieomsorg, og tid brukt sammen med familien er noe redusert fra 1990 til 2000 (Vaage 2002 og Ingebretsen og Eriksen 2004). Den frivillige omsorgen vokser nok derfor ikke i takt med veksten i behov.

Mens offentlig omsorg bare supplerer familieomsorgen i den tidligste fasen av omsorgsforløpet, blir familieomsorgen svært ofte supplement til den offentlige omsorgen i den tyngste pleiefasen. Det avspeiler seg også i oppgavefordelingen. Familien står for praktisk hjelp og kontakt, mens pleie- og omsorgstjenesten utfører en betydelig del av pleiearbeidet (Romøren 2001). I forhold til oppgavefordelingen skiller Norge seg ut i forhold til land med en svakere utbygd pleie- og omsorgstjeneste, ved at familien tar mindre del i pleiearbeidet enn i andre land. Til gjengjeld er det totale nivået på hjelp høyere i Norge enn i land med et mer familiedominert pleie- og omsorgssystem, i følge den komparative europeiske studien "Oasis" (Daatland og Herlofsen 2003).

Eldre prefererer selv offentlig hjelp framfor familie til personlig stell og pleie. Familienmedlemmer og andre frivillige hjelpere stiller oftere opp i forhold til praktiske oppgaver som rengjøring, handling, transport, reparasjoner og hagearbeid. (Ingebretsen og Eriksen 2004). Utover dette holder de kontakt, gir følelsesmessig støtte og påtar seg ofte rollen som "omsorgsadministratorer" og "forhandlere" med det offentlige tjenesteapparatet.

### **2.3.2 Familien svikter ikke**

Utenom foreldres ansvar for mindreårige barn, er det i Norge bare ektefeller som har en juridisk bestemt forsørgelsesplikt for hverandre. De siste lovbestemmelser om forsørgingsplikt for slektninger ble opphevet i 1962, og gjaldt barns plikt til å forsørge gamle foreldre. Tidligere har det i de fleste samfunn vært en sammenheng mellom arvebestemmelser og forsørgelsesplikt, med forsørgelsesplikt overfor dem en i prinsippet kunne arve. Dette var en skyldighet en hadde overfor slekta, slik det også kommer til uttrykk i begrepet skyldfolk. Dette gamle gjensidighetsforholdet mellom arv og forsørging er imidlertid blitt opphevet av den moderne velferdsstaten, ettersom hovedansvaret for forsørging og omsorg er flyttet fra familie og gjort til et kollektivt samfunnsmessig ansvar (Kleven 2001; Langsether og Hellevik 2002).

Så finner vi da også det høyeste nivået av hjemmetjenester i de nordiske land og Nederland, som alle har fjernet det lovfestede familieansvaret, mens Tyskland, Frankrike og middelhavslanndene har basert sin sosialpolitikk på at det primære ansvaret ligger i familien, og først deretter hos det offentlige dersom familien ikke strekker til. Den familiebaserte tradisjonen er dels katolsk og dels konservativ og patriarkalsk, og ønsker ikke å tilby tjenester som kan konkurrere med familien. I stedet tilbys kontantytelser som skal støtte familiens egen omsorgsinnsats, jf den tyske pleieforsikringen der de fleste velger å ta ut kontanter og ikke tjenester. (Daatland og Solem 2000 s.209-211). I den nordiske tradisjonen vil det i tråd med arbeidslinja være mer nærliggende å knytte økonomiske ytelser til permisjonsordninger i arbeidslivet, slik en har for omsorg for barn.

#### *Påfallende stabil*

Selv om den lovbestemte omsorgsplikten er fjernet er det likevel lite som tyder på at familien svikter familienmedlemmer som trenger omsorg. Familieomsorgen har vist seg robust og sterk, og mer uavhengig av den offentlige omsorgspolitikken enn antatt (Lingsom 1997). Det synes å være en påfallende stabilitet i omfanget av familieomsorg de 20-30 årene vi har kunnet følge utviklingen gjennom komparative studier (Daatland og Solem 2000). Det er heller ingenting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige omsorgsapparatet går inn med hjelp fra hjemmetjenestene. Selv om velferdsstaten har erstattet familiens forsørgingsplikt, både ved alderdom, sykdom og uførhet, ser det ikke ut til at dette har svekket familiesolidariteten slik det ofte hevdes. (Langsether og Hellevik 2002)

Eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester får faktisk mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp/hjemmesykepleie. Her er det mer samspill enn et konkurranseforhold. En studie av dette samspillet mellom offentlige tjenester og familieomsorg i perioden 1965-1995 viser at familieomsorgen kjennetegnes av stabilitet og ikke nedgang. Selv om de som gir omsorg, gir noe mindre enn før, tyder mye på større deltakelse i slikt omsorgsarbeid de siste 30 årene (Lingsom 1997). Flere menn deltar, og omsorgsforpliktelsene fordeles på flere. Selv om det samlede volumet på familieomsorgen har holdt seg på nesten samme nivå, fordeles imidlertid innsatsen også på flere mottakere.

Den offentlige omsorgen har altså ikke vokst fram fordi familie, venner og frivillige svikter sine nærmeste, men fordi det har vært behov for å flytte en del av omsorgsarenaen fra familien og den private sfære, og organisere en del av omsorgsarbeidet på en annen måte. Drivkraften var først og fremst å legge forholdene til rette for at arbeidslivet kunne ta i bruk kvinner i en periode med stor etterspørsel etter arbeidskraft. Dette falt i tid sammen med at behovene og forventningene knyttet til en sterkt økende eldrebefolkning vokste seg ut av det som kunne løses i familiens og de frivillige organisasjoners rom.

#### *Flere myter*

Det er en utbredt oppfatning at kvinners yrkesaktivitet fører til at de svikter omsorgsoppgavene i familien. I virkeligheten ser det ut til å være en positiv sammenheng mellom yrkesaktivitet, arbeidstid og omsorg. Yrkesaktive menn og kvinner stiller like mye opp for foreldrene som ikke-yrkesaktive. Faktisk er det i følge enkelte undersøkelser yrkesaktive med lengst arbeidstid som stiller mest opp. Det er også vanlig å anta at det ytes mer familieomsorg på bygda enn i byen. Det ser heller ikke ut til å være tilfelle. Døtre og sønner bosatt i rurale strøk hjelper ikke foreldrene mer enn de som bor i urbane strøk. Geografisk nærhet ser imidlertid ut til å være av stor betydning for omfanget av hjelp barn yter til foreldre. Jo nærmere barn og foreldre bor, jo mer hjelp yter barna til foreldrene.(Gautun 1999)

Familien har imidlertid mindre kontakt med og yter mindre praktisk hjelp når eldre oppholder seg i aldersinstitusjon. Det er lettere for familien og det offentlige å dele omsorgsansvar når den som trenger omsorg bor hjemme enn i aldersinstitusjon (Lingsom 1997). På den måten har utbyggingen av hjemmetjenestene sørget for at velferdsstaten fortsatt kan basere seg på og spille sammen med familien i omsorgsarbeidet. Det offentlige hjemmetjenestetilbudet gjør det mulig for familien å stille opp, og det utvikles et slags partnerskapforhold med en uformell oppgave- og arbeidsfordeling. Dette styrker det en kaller komplementeringshypotesen som går ut på at den offentlige og den uformelle omsorgen under visse vilkår kan utfylle og forsterke hverandre. Motsatt antar enkelte at den offentlige omsorgen erstatter og dels konkurrerer ut familieomsorgen. Dette kaller vi substitusjonshypotesen (Lingsom 1997; Daatland og Solem 2000; Daatland 1994).

Mange bekymrer seg for at endringene i familiestruktur og kjernefamiliens og ekteskapets betydning i det moderne samfunnet skal føre til en svekkelse av bånd, solidaritet og forpliktelser mellom eldre og deres voksne barn. Det er uenighet både om en slik svekkelse faktisk finner sted og hva som eventuelt kan være årsaken til det. Enkelte spør seg om hvem som vil pleie en generasjon som bare har pleid seg selv og sitt eget, og hevder at der båndene går i oppløsning mellom de ulike generasjonene, må staten inn med profesjonell hjelp for å kompensere for det som går tapt (Brunstad 2003). Forutsetningen for individets frigjøring har vært atskillelse, separasjon og distansering. Uten en slik løsrivelse både på det kulturelle, sosiale og religiøse området, ville det ikke vært mulig å realisere de mål og drømmer som enkeltmennesket har gjort i vår tid. I denne prosessen har det skjedd en tiltakende fristilling av enkeltmennesket i forhold til kollektive, institusjonelle og sosiale forhold som har ført til at nettverk og relasjoner er blitt løsere.

### **2.3.3 Tre bekymringsbølger**

Den generelle bekymringen for oppløsningstendensene i samfunnet har i etterkrigstiden gått i tre faser (Gautun 2003). Den første bekymringsbølgen handlet om slektsbåndenes forvitring og ”den isolerte kjernefamilien”. Mange var opptatt av at forpliktelsene mellom slektninger var i ferd med å svekkes og at familien ble tappet for funksjoner. Bekymringen gjalt familien

som sosial institusjon. Den andre bekymringsbølgen handlet om kjønnsroller innen familien, der feministene satte søkelys på omsorgens pris og arbeidsdelingen mellom kvinner og menn i familie og samfunn.

Den tredje bekymringsbølgen dreier seg om konsekvensene av økt individualisering. Pessimistene er bekymret for at sårbare personer i familien blir skadelidende når enkeltindividets selvrealisering settes foran hensynet til fellesskapet. Det er en vanlig oppfatning at individualisering påvirker familierelasjonene negativt, slik at generasjonene i stadig mindre grad føler seg forpliktet til å ta vare på hverandre. De mer optimistiske hevder at omsorgsforpliktelse ikke forvitrer, men skapes på nye måter i det moderne samfunnet. Familiebånd bygges i stadig større grad på frivillighet og kvalitative sider ved forholdet og i stadig mindre grad på normativ sosial plikt. Det er emosjonell tilknytning, langvarig gjensidig utveksling som nå legger grunnlaget for at familiemedlemmer forhandler eller finner fram til egne løsninger.

Spesielt i forhold til diskusjonen om individualisering og omsorg for eldre, ser det ikke ut til at verken optimistene eller pessimistene har tatt hensyn til at endringer i holdninger og verdier tar tid. Det er nødvendig å se samspillet mellom historie og livsløp. Den generasjonen som i dag er de viktigste omsorgsyterne ble født under og etter 2. verdenskrig, og er både preget av de tradisjonelle verdiene de vokste opp med og de store endringene som skjedde med velferdsstatens oppbygging. Enkelte framsto også som 68-generasjonens fortropper og gjorde moderne individualistiske livsvalg. Dette ser ikke ut til å ha gått utover deres evne og vilje til å yte omsorg (Gautun 2003).

En undersøkelse viser at barn i mer enn halvparten av tilfellene er nærmeste omsorgsperson for eldre. Mer enn 80 % tilhører den nærmeste familie og er enten ektefelle, barn, svigerbarn, barnebarn og søsken. Ytterligere 16 % av omsorgspersonene er også i slekt med omsorgsmottaker. Den uformelle omsorgen er derfor i de fleste tilfeller det samme som familieomsorg. Tre av fire hovedomsorgspersoner var kvinner med en gjennomsnittsalder på 63 år ved den gamles død. Både døtre og sønner er i denne undersøkelsen viktigere enn ektefelle (Romøren 2001). En studie utført ved NOVA (Langsether og Hellevik 2002) tyder på at selv om velferdsstaten har erstattet familiens forsørgingsplikt, har dette likevel ikke svekket familiesolidariteten. Studien viser blant annet at nesten alle har minst ukentlig kontakt med noen innen sin familie, og at utveksling av praktisk hjelp er ganske utbredt, særlig mellom foreldre og barn i ulike livsfaser. Blant de som er 80 år og over, har over 90 % minst ukentlig kontakt med sine barn og nesten  $\frac{3}{4}$  med sine barnebarn.

Ved siden av barn, er det først og fremst barnebarn som yter praktisk hjelp til eldre. Det er altså først og fremst i rett opp- og nedadstigende linje slik hjelp utveksles. Hjelpeforholdet til den eldre generasjon motsvares av at unge i etableringsfasen får praktisk og økonomisk hjelp av foreldre og i noen grad besteforeldre. Nesten alle regner med at noen i familien vil tilby dem økonomisk hjelp i tilfelle de skulle få behov for det. Familierelasjonenes hjelpepotensiale er altså fortsatt stort og må ses på som uttrykk for at familiebandene fortsatt er sterke. Venner utenom familie framstår ellers gjennom hele livet som viktige hjelpeyttere. Faktisk er venner oftere hjelpeyttere enn søsken, også i de eldste aldersgrupper. Blant de som er 80 år og eldre har om lag  $\frac{3}{4}$  mottatt praktisk hjelp fra sine barn siste året, nesten 40 % fra sine barnebarn og nesten  $\frac{1}{4}$  fra venner (Langsether og Hellevik 2002).

Slektsstrukturen er imidlertid endret. Som et resultat av økningen i folks levealder og reduksjon i barnetallet, har slektsstrukturen blitt forlenget i vertikal retning og innsnevret



horisontalt. Selv om antall tanter og onkler og søskenbarn blir færre, er det flere og flere som har besteforeldre og oldeforeldre i live. Mange opplever altså å ha både barnebarn og oldebarn på sine gamle dager. Ettersom det først og fremst er i rett opp- og nedadstigende linje praktisk hjelp og kontakt utveksles, er det kanskje slik at økt innsats fra barnebarn (og til og med oldebarn) kan kompensere for færre søsken, nieser og nevøer.

Dette innebærer at den ”generasjonsklemme” som ofte beskrives som ”Janus- eller Sandwich-generasjonen”, med ansvar både for gamle foreldre og omsorg for barn, er en myte. Dersom det er en slik klemme, finner vi den heller i forhold til å ha omsorg for gamle foreldre og selv være besteforeldre som stiller opp for barnebarna (Hagestad 2003). Om de viktigste omsorgspersonene er i en klemme, er det snarere mellom omsorgsoppgaver og egen eller ektefelles helse. De begynner selv å nærme seg alderdommen, konkluderer Romøren med i sin Larvikundersøkelse (Romøren 2001).

En doktoravhandling (Gautun 2003) belyser mulige sammenhenger mellom individualisering og familieomsorg i en studie av 1946-kohorten og deres relasjoner til gamle foreldre. Studien dokumenterer sterke omsorgsrelasjoner mellom fødselskullet fra 1946 og foreldrene, og at det er små forskjeller mellom de som har tatt moderne, individualistiske valg i familie og yrkesliv og de som har tatt mer tradisjonelle valg. Den såkalte 68-generasjonens middelaldrende kvinner og menn er formet av tradisjonene og verdiene i det samfunnet de er vokst opp i og ble voksne i, og det ser ikke ut til at de vil svikte sine foreldre. Vi vil derfor ikke kunne se den eventuelle fulle effekten av individualisering før fødselskullene fra 1970- og 1980-tallet får omsorgstrengende foreldre. Først da kan vi undersøke om selvrealisering og individualisering fører til redusert omsorg for eldre, eller om omsorgen er stabil eller øker fordi den finner nye former.

Det er indikasjoner på at formell og moralsk plikt avløses av gjensidige forpliktelser skapt av samhandling og utviklingen av gode gjensidige relasjoner gjennom livsløpet (Gautun 1999 og 2003). Mer enn før må vi derfor kanskje selv bidra til å veve vårt eget nettverk, og ikke bare vedlikeholde det vi er født inn i. Kanskje kan nære personlige relasjoner og avtaler mellom familiemedlemmer og venner i framtida kompensere og erstatte det som går tapt, dersom det er riktig at den sterkt normative omsorgsplikten overfor familie- og slekt går i oppløsning i det moderne samfunnet. Nære og gode personlige forhold kan på denne bakgrunn bli viktigere enn ren moralsk plikt som grunnlag for å gi omsorg i framtida. Dette åpner for flere omsorgsytere både i og utenfor familiekretsen, og setter fokus på evnen til å bygge sosiale relasjoner. I et slikt perspektiv vil muligheten til å få uformell støtte og omsorg i større grad enn tidligere være avhengig av gode sosiale nettverk og hvor stor ”sosial kapital” den enkelte tar med seg inn i alderdommen.

## **2.4 ET VEISKILLE**

Norsk eldreomsorg er ennå ung. Når vi skal trekke linjene framover bør vi derfor være åpne for at det kan bli like store endringer de neste 30 år, som det har vært de siste. De trekk vi kan se av utviklingen så langt kan synes å gi et motsetningsfylt bilde om vi drar linjene videre framover. Det ser ut til at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene beveger seg både innover i lokalsamfunn og privatsfære og utover mot verden i form av internasjonalisering av ”omsorgsmarkedet”. Det ser ut til at familiens evne og vilje til å yte omsorg er stabil til tross for endringer i holdninger og livsverdier, selv om oppgavefordelingen med den offentlige omsorgen endrer seg. Mens familieomsorg tidligere i hovedsak var en oppgave for hustruer

og døtre, tar menn etter hvert stadig mer del i omsorgen. Mens aldershjemmene forsvinner og de hjemmebaserte tjenestene bygges ut, fornyes samtidig sykehjemmene. Men hvordan sammensetningen av tjenestetilbudet ser ut om 30 år, er det grunn til å stille åpent.

Blir det mer eller mindre:

- familieomsorg eller offentlig omsorg
- sykehus eller kommunale helse- og sosialtjenester
- sykehjem eller omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester
- stat eller kommune
- stat, marked eller sivilsamfunn
- internasjonale ordninger eller nasjonal velferdsstat
- politikk eller rettsliggjøring
- individualisering eller fellesskap

De tunge utviklingstrekkene som har bidratt til å gi omsorgstjenestene retning de siste tiårene ser ut til å være:

#### 1. *Desentralisering*

Fra fylke og stat til kommune: En rekke oppgaver og ansvarsområder er overført til kommunalt forvaltningsnivå.

#### 2. *Integrering*

Fra særomsorg til fellesløsninger: Nedbygging av segregert særomsorg til fordel for integrerte tjenestetilbud uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming

#### 3. *Avinstitusjonalisering*

Fra institusjon til hjemmetjenester: Grensene mellom alders- og sykehjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester viskes ut og ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten smelter sammen.

Om disse utviklingstrekkene skal fortsette, og om de lar seg kombinere med mulige nye trender, blir viktige spørsmål ved utformingen av framtidens omsorgstjenester. Noen av de tydeligste nyere utviklingstrekk kan i denne sammenheng være

#### 4. *Internasjonalisering*

Fra lokal til internasjonal arena: Internasjonale standarder og avtaler som muliggjør ”den grenseløse omsorgen” der både tilbydere, brukere og personell beveger seg over kommunegrensene og landegrensene.

#### 5. *Kommersialisering*

Fra offentlig til privat tjenesteproduksjon: Private leverandører, konkurranseutsetting, fritt kundevalg og delvis privat finansiering.

Mye avhenger av hvilken styrke de ulike utviklingstrekkene opptrer med, om det er kurver som peker oppover eller om de er på hell. I hvilken retning dette går, bestemmes av mange forhold utenfor pleie- og omsorgstjenesten. Men det er likevel grunn til å tro at både de som arbeider og styrer denne sektoren, og de som er framtidige brukere av disse tjenestene vil skaffe seg innflytelse over utviklingen av virksomheten. Da vil det ikke bare være spørsmål om i hvilken retning det vil gå, men i hvilken retning de vil at det skal gå. Vil de ansatte og faggruppene i den kommunale helse- og sosialtjenesten fortsatt finne seg i å arbeide i en offentlig lavtlønnsbransje, eller utnytte sin posisjon som knapphetsfaktor til å skaffe seg nye arbeidsgivere eller selv ta over styringen av denne sektoren? Vil de nye generasjoner eldre bruke sin makt til å styrke sin posisjon som forbruker og konsument, vil de heller styrke pasientrettighetene eller vil de velge mer direkte brukerstyring av tjenestetilbudet som strategi?

### 3. TRE DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER

*“The profound, pervasive and enduring consequences of population ageing present enormous opportunities as well as enormous challenges for all societies.”*

FNs rapport ”World Population Ageing 1950-2050 (UN 2001).

I forhold til alderssammensetning i befolkningen står verden overfor en situasjon uten kjente historiske paralleller. Mens tallet på eldre 60 år og over utgjorde 8 pst i 1950 og 10 pst i 2000, vil den nå 21 pst av verdens befolkning i 2050. Da vil tallet på eldre for første gang i historien være høyere enn tallet på unge under 15 år. Disse omfattende, dyptgripende og varige demografiske endringene kommer til å omforme eller forvandle verden - ”are transforming the world”, sier FN i sin rapport ”World Population Ageing 1950-2050”(UN2001).

Rapporten slår fast at aldringen i befolkningen er et globalt fenomen, som sannsynligvis vil angå alle og få konsekvenser på alle samfunnsområder:

*”In the economic area, population ageing will have an impact on economic growth, savings, investment and consumption, labour markets, pensions, taxation and intergenerational transfers. In the social sphere, population ageing affects health and health care, family consumption and living arrangements, housing and migration. In the political arena, population ageing can influence voting patterns and representation.”*

I internasjonal sammenheng står verden derfor overfor en situasjon som er helt ny, der det er vanskelig å hente erfaringer og vanskelig å forutsi alle konsekvenser. Men utfordringene blir store for alle samfunn. Det er samtidig viktig å se mulighetene som ligger i at vi får en befolkning som lever lenger, og vurdere hvordan samfunnet kan utnytte de ressursene en større og friskere seniorbefolkning representerer.

Mange har begynt å se mulighetene. Det nye ”eldremarkedet” blir stort. Allerede nå ser vi at de som steller med alt fra kultur- og reiseliv, fjernsynsunderholdning og moter, til plastisk kirurgi, dagligvarehandel og bilproduksjon har orientert seg mot de nye eldre og tilpasser både produkter og markedsføring det de kaller ”seniorsegmentet”. Den sterke veksten i tallet på eldre vil påvirke alle samfunnssektorer, men representerer kanskje en spesielt stor utfordring for pensjonssystemet og helse- og sosialtjenesten. For pensjonssystemet slår dette inn allerede fra faktisk pensjonsalder, mens det for eldreomsorgen er vanlig å beregne behov ut fra endringer i tallet på eldre over 80 år. Kanskje er derfor helse- og sosialtjenesten den samfunnssektor som likevel har best tid på seg til å forberede og planlegge framtida, og som sist får merke konsekvensene av den sterke aldringen i befolkningen. Kanskje vil den kommunale eldreomsorgen også være blant de siste til å oppdage hvilke muligheter og ressurser den nye seniorgenerasjonen representerer.

Når veksten i tallet på eldre kombineres med stagnasjon eller nedgang i tallet på yrkesaktive, forsterkes den utfordringen aldringen innebærer, noe som kan skape problemer både i forhold til finansiering og rekruttering av både lønnede og frivillige omsorgsytere. Dette kapitlet gir en vurdering av hvor store disse demografiske utfordringene kan bli for norsk eldreomsorg.

### 3.1 NOEN DEMOGRAFISKE BEGREPER OG INDIKATORER

Endringer i befolkningens størrelse og sammensetning ut fra kjennetegn som alder, kjønn, sivilstand og husholdningstilhørighet har stor betydning for økonomisk, sosial og samfunnmessig utvikling. Utviklingen i fruktbarhet, dødelighet og utvandring/innvandring bestemmer blant annet forholdet mellom personer i og utenfor arbeidsdyktig alder, og andelen eldre i befolkningen er svært avgjørende for offentlige utgifter til pensjoner og helse- og sosialtjenester.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i befolkningsframskrivninger som entydig viser at vi står overfor varige endringer i den norske befolkningssammensetningen. Det blir flere eldre. Veksten i tallet på eldre vil bli sett i forhold til utviklingen i andre aldersgrupper, spesielt barn/unge og den yrkesaktive del av befolkningen. Videre vil den se på og vurdere ulike begreper og indikatorer som brukes i demografisk sammenheng for å finne et best mulig uttrykk for endringer i balansen mellom aldersgruppene og de utfordringer disse endringene representerer for norsk eldreomsorg de nærmeste tiårene.

#### *Demografi og sosiodemografi.*

I befolkningsstudier er det vanlig å skille mellom

- rene demografiske analyser der befolkningens tilstand og utvikling forklares med demografiske forhold,
- og sosiodemografiske analyser, der en er opptatt av å se sammenhengene mellom befolkning og økonomiske/sosiale/kulturelle forhold.

Denne oppgaven foretar først og fremst en sosiodemografisk analyse for å finne ut hvor store utfordringer omsorgstjenestene går som følge av framtidige endringer i befolkningens alderssammensetning.

#### *Befolkningsprognoser*

Statistisk Sentralbyrå presenterer sine befolkningsprognoser i flere framskrivingsalternativ som bygger på ulike forutsetninger, der komponentene fruktbarhet, levealder, innenlands flyttenivå og nettoinnvandring varierer. Disse fire komponentene benevnes med høy(H), lav(L) eller middels(M) verdi. SSBs befolkningsframskrivninger opererer på denne bakgrunn med i alt 144 teoretisk mulige alternativer. Vanligst er det å legge vekt på tre hovedalternativ (Statistisk Sentralbyrå 2004):

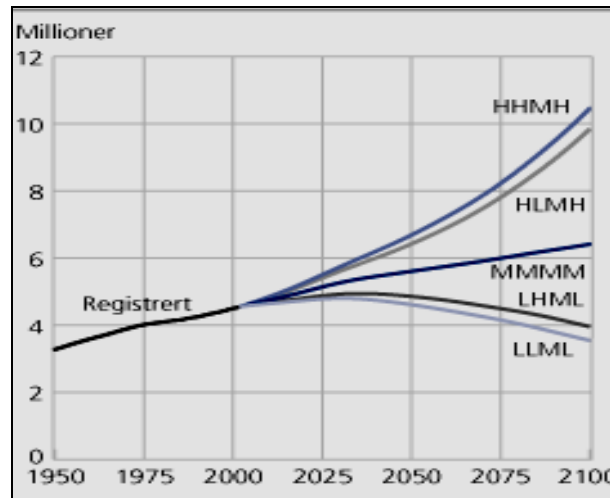
- LLML – lav nasjonal vekst: lav fruktbarhet, levealder og nettoinnvandring
- HHMH – høy nasjonal vekst: høy fruktbarhet, levealder og nettoinnvandring
- MMMM – mellomalternativet: middels forutsetninger for alle komponenter

For å illustrere usikkerheten knyttet til langsiktige framskrivninger for befolkningsutviklingen, beskriver Helge Brunborg og Inger Texmon i artikkelen ”Hvor mange blir vi i 2100?” utviklingen fram mot 2100 med ytterligere to hovedalternativ (Brunborg og Texmon 2003):

- LHML – aldringsalternativet: lav fruktbarhet og nettoinnvandring, høy levealder
- HLMH – ungdomsalternativet: høy fruktbarhet og nettoinnvandring, lav levealder

Det innenlandske flyttemønsteret holdes konstant i alle alternativ, da det har liten innvirkning på framskrivninger for hele landet.

Figur 3.1: Registrert og framskrevet folkemengde 1950-2100



Kilde: SSB befolkningsframskrivning. (Brunborg og Texmon 2003)

For de tre første alternativ er kombinasjonene av komponenter valgt slik at vi får to alternativ som gir størst mulig variasjon i folketall, samt et mellomalternativ med middels verdier på alle komponentene. De to siste er ytteralternativer når det gjelder aldersfordeling, som gir en variasjon i befolkningstallene fra omlag 4 til 10 millioner innbyggere for landet som helhet de neste 100 år. I mellomalternativet ligger folketallet på nesten 6,5 millioner. Denne oppgaven tar i hovedsak utgangspunkt i Statistisk Sentralbyrås mellomalternativ. Det er derfor viktig å understreke usikkerheten og peke på mulighetene som ligger i andre framskrivingsalternativ. Ved internasjonale sammenligninger benyttes tall fra FN (DESA) (UN 2001).

#### *”Nærende og tærende” befolkningsgrupper.*

I forhold til økonomisk planlegging er det av stor betydning å få oversikt over hvor stor del av befolkningen som er i arbeidsdyktig alder og hvor stor del som ”må forsørges”. Det er med et slikt utgangspunkt vanlig å dele befolkningen i nærende (dvs arbeidsdyktige) og tærende (dvs barn og gamle) (Munthe 1990). I internasjonale sammenligninger bruker en gjerne aldersgrensene 15 og 65 år, der 15-64 år regnes som potensielt yrkesaktive mens barn og unge opptil 15 år og eldre 65 år og over må ”forsørges”. I norsk statistikk brukes det ofte en mer detaljert klassifisering i flere aldersgrupper, men den arbeidsdyktige alder avgrenses oftest til 20-66 år (Munthe 1990).

Den arbeidsdyktige befolkning har utgjort knappe 2/3 av den totale befolkning nesten hele det siste hundreåret. For de to grupper innen den ”tærende” befolkning er imidlertid utviklingen forskjellig: De unge utgjør en stadig mindre del av befolkningen, mens de gamles andel øker. ”Forsørgelsesbyrden”, forstått som antall innbyggere i alderen 0-19 år og 67 år og over i prosent av aldersgruppen 20-66 år var på det høyeste i 1970, faktisk like stor da som den forventes å bli i 2050. I 1970 utgjorde imidlertid barn og ungdom hovedtyngden av denne ”byrden”, med 57 barn og unge og bare 20 eldre pr 100 i yrkesaktiv alder. I 2050 vil det være nesten like mange gamle som unge (37 eldre og 40 unge pr 100 personer i yrkesaktiv alder) (Daatland og Solem 2000).

I likhet med "nærende og tærende" befolkningsgrupper er begreper som forsørgelsesbyrden, eldrekvoten og forsørgerbrøken etter min oppfatning basert på en altfor statisk og enkel forståelse av hvem som representerer ressursene og hvem som må "forsørges".

Begrepsbruken kan også oppleves diskriminerende og uheldig i forhold til behovet for å fokusere på både yngre og eldre som ressurser i omsorgssammenheng. Jeg har derfor valgt å presentere en ny oversettelse av de begrepene som blir brukt i internasjonal sammenheng.

#### *FN-indikatorer på aldring i befolkningen*

Oppgaven benytter FNs begreper og definisjoner (UN 2001), som også blir brukt i flere internasjonale studier, f.eks i OECD og EU, og legger disse til grunn for internasjonale sammenligninger.

#### ***The Total Dependency Ratio (Livsfasebrøken)***

defineres som tallet på personer under 15 år og 65 år og eldre pr 100 personer i alderen 15-64 år. Jeg velger å kalle dette "Livsfasebrøken" (TDR)", fordi den måler trykket på livsfaseklemmen både i forhold til arbeid og omsorg. Jo høyere koeffisient, jo høyere trykk på den yrkesaktive befolkning, i form av krav om finansiering og omsorgsyting. Denne brøken kan dekomponeres i:

1. ***The youth dependency ratio (Juniorkoeffisienten)***, som er tallet på personer 0-14 år pr 100 personer i alderen 15-64 år
2. ***The old-age dependency ratio (Seniorkoeffisienten)***, som er tallet på personer 65 år og over pr 100 personer i alderen 15-64 år

#### ***The Potential Support Ratio (bæreevnekoeffisienten PSR)***

defineres som tallet på personer i alderen 15-64 år for hver person det er i alderen 65 år og over. Brøken for seniorkoeffisienten snus altså på hodet, og vi får vite hvor mange personer det er i yrkesaktiv alder for hver eldre.

*"The number of persons aged 15-64 years per one older person aged 65 years older.*

*Indicates the dependency burden on potential workers." (UN 1999)*

Jeg velger å kalle dette for "Koeffisienten for aldersbæreevne" eller "Bæreevnekoeffisienten (PSR)", som er en indikator på potensiell bærekraft i forholdet mellom de som er i yrkesaktiv alder og pensjonsalder. Jo høyere koeffisient - jo høyere potensiell bæreevne både i forhold til finansiering og omsorgarbeid.

#### ***The Parent Support Ratio (familieomsorgskoeffisienten)***

defineres som tallet på personer 85 år og over i forhold til de som er i alderen 50-64 år og skal være en indikator på familiebasert omsorg for eldre.

*"Provides an indication of the support families may need to provide to their oldest members." (UN2001).*

Jeg velger å kalle dette "Koeffisienten for familiebasert omsorgskapasitet" eller "Familieomsorgskoeffisienten". Den skal være en indikator på den ressursen den familiebaserte og frivillige omsorgen representerer.

#### *Livsfase og årskull.*

Disse koeffisientene illustrerer at tilnærmingen er livsfaseorientert. Tankegangen som ligger til grunn er at livet kan inndeles i tre faser:

1. Oppvekst og utdanning
2. Produksjon og familiebygging

### 3. Pensjonering og tilbaketrekking.

En slik inndeling forutsetter at slekt skal følge slekters gang, og at stadig nye generasjoner repeterer denne øvelsen og følger de opptrukne spor. Det ligger også en forestilling om at det er i den midterste livsfasen ressursene skapes, og at både de unge og de eldre er avhengige og uten det ansvar som påligger de som er i yrkesaktiv alder.

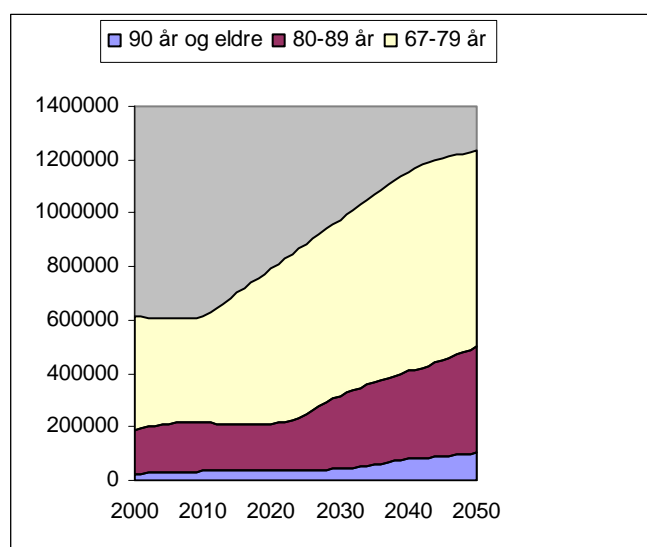
I boka "Den fjerde alder" legger Tor Inge Romøren til grunn en firedeelt inndeling av det moderne livsløp, som bygger på historikeren Peter Laslett. Den første alderen (oppvekst) er preget av avhengighet, sosialisering og utdanning. Den andre alderen (arbeidsliv) har uavhengighet og sosialt og familiemessig ansvar i fokus. Den tredje alderen (pensjonisttilværelsen) gir mulighet til å realisere drømmer og mål, og den fjerde alderen (alderdommen i egentlig forstand) innebærer ofte ny avhengighet og kroppslig svekkelse (Romøren 2001). I virkeligheten forandrer generasjonene seg hele tiden, og hvert enkelt individ har sitt eget livsløp. Det blir f.eks. mer og mer vanlig å flekse mellom livsfasene og bevege seg flere ganger mellom utdanning, arbeid og en eller annen form for "Time-out". Vi kan derfor ikke uten videre overføre det vi vet om dagens gamle til nye årskull eller kohorter, eller det vi vet om dagens 40-åring til de som er 40 år i 2020 (Hagestad 2003). I denne oppgaven skal vi imidlertid i første omgang se hva som vil skje om vi holder alle disse andre forholdene konstant, og ser på utfordringen endringene i alderssammensetningen representerer.

## 3.2 DEN FØRSTE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: ALDRING

### *Dobbelt så mange gamle*

I følge Statistisk Sentralbyrås siste befolkningsframskriving vil antall eldre personer 67 år og over i Norge øke fra 604.000 i 2005 til mellom 1,1 og 1,4 millioner i 2050. Det er altså snakk om en fordobling av antallet eldre. Veksten er sterkest for de eldste eldre.

Figur 3.2: Antall eldre framskrevet 2000-2050. Fordelt på 67 år+, 80 år+ og 90 år+



Kilde: SSBs befolkningsframskrivninger 2005-2060. Alternativ MMMM

Tabell 3.1: Tallet på eldre 67 år og over framskrevet for 2002-2050. I 1.000 personer.

| Alder | 2005 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040  | 2050  | Endring 2005-50 |
|-------|------|------|------|------|-------|-------|-----------------|
| 67år+ | 604  | 616  | 790  | 975  | 1.156 | 1.236 | 105 %           |
| 80år+ | 213  | 214  | 212  | 317  | 408   | 501   | 135 %           |
| 90år+ | 30   | 34   | 39   | 44   | 79    | 103   | 243 %           |

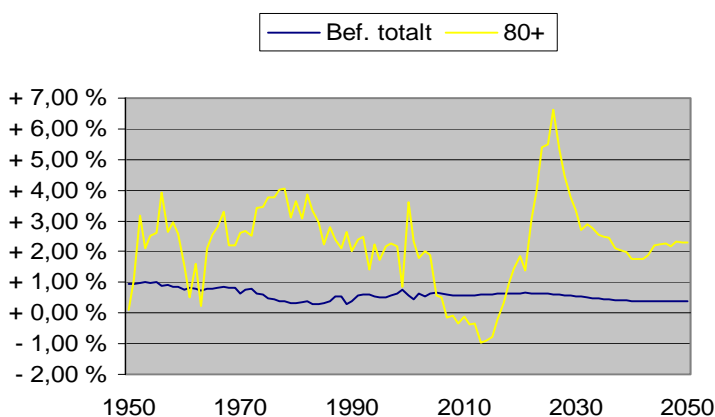
Kilde: SSBs befolkningsframskriving 2005-2060. Alternativ MMMM.

Legger vi SSBs mellomalternativ (MMMM) til grunn, ser vi at tallet på personer 67 år og over øker med mer over 60 prosent fram mot 2030. Fram til nå har det vært en betydelig vekst i tallet på eldre over 80 år. De neste 15 årene holder dette tallet seg stabilt på dagens nivå helt til "etterkrigskullet" når 80 års alder. Tallet på de som passerer 90 år har imidlertid sterk vekst i denne perioden. Vi står overfor en "permanent" aldring av befolkningen. Statistisk Sentralbyrå sitt forsøk på å framskrive folkemengden helt fram til 2100, viser at tallet på eldre da kan komme til å ligge på mellom 1,2 og 2,4 mill. personer 67 år og over (Brunborg og Texmon 2003).

#### Aldringen i historisk perspektiv

Aldringen av befolkningen i Norge begynte imidlertid for over 100 år siden, da barnetallet per kvinne begynte å synke. Etter hvert fører også nedgangen i dødelighet mer og mer til at de eldre utgjør en stadig større del av befolkningen. FNs prognoser over forventet levealder viser at nordmenn vil fortsette å være blant de med høyest levealder i verden (UN 2000). Ved folketellingen i 1900 var en av ti 60 år og over. I 2001 var to av ti 60 år og over. I 1920 utgjorde eldre over 80 år 1 prosent av folkemengden, ved folketellingen i 2001 var 5 prosent 80 år og over. Det siste tiåret har det særlig vært en stor økning i aldersgruppene 50-59 år og over 80 år (Dalheim 2002). Helt fra 1950 og fram til i dag har det vært en betydelig prosentvis vekst i tallet på eldre over 80 år. Denne kontinuerlige vekstperioden blir avløst av en kort periode med reduksjon de neste 15 årene. Deretter vil tallet på eldre over 80 år på nytt øke kraftig fra 2023 og framover:

Figur 3.3: Prosentvis endring år for år 1950-2050  
befolkningen totalt og gruppen 80 år og eldre



Kilde: SSBs befolkningsframskrivninger 2005-2060. Alternativ MMMM. (St meld nr 25(2005-2006))

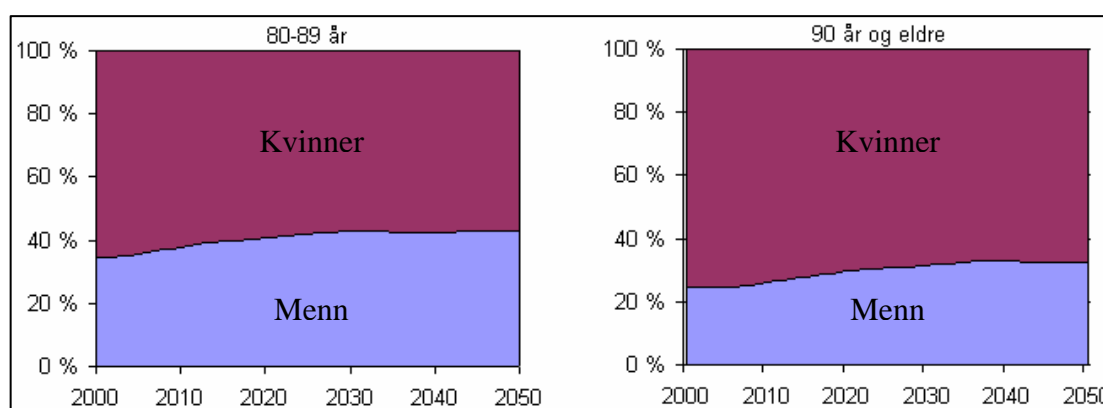


Mens 11 % av befolkningen var 67 år og over i 1970 og 13,6 % i år 2000, vil hele 18,2 % ha passert 67 år i 2030. Mens 2,2 % var 80 år og over i 1970, ble andelen fordoblet til 4,4 % i år 2000. I 2030 vil nesten 6 % være 80 år og eldre. I denne aldersgruppa har veksten altså allerede vært like stor de 30 årene som har gått, som de 30 årene vi går i møte. Utvider vi tidsperspektivet til 100 år, ser vi at det i 1950 bare var vel 8 prosent eldre 67 år og over, mens denne aldersgruppa altså vil utgjøre mer enn 21 prosent av befolkningen i 2050. (NOU 2000:21; SSB 2002 og SSBs befolkningsframskriving MMMM 2005-2050)

### *Mange kvinner*

Blant eldre 67 år og over er det i dag om lag 60 % kvinner og 40 % menn. Denne kjønnsbalansen forsterkes med økende alder, slik at det blant eldre 80 år og over er 2 kvinner pr mann. Blant de som er over 90 år, går det 3 kvinner på hver mann:

Figur 3.4: Kjønnsfordeling blant eldre 80-89 år og 90 år+ (2000-2050)



Kilde: Statistisk Sentralbyrå. Befolkningsframskrivning. Middellalternativet (MMMM).

Statistisk Sentralbyrå legger imidlertid til grunn at kjønnsfordelingen vil jevne seg noe ut over tid, slik at bare 2 av 3 vil være kvinner blant de som har passert 90 år i 2050. Tilsvarende reduseres kvinneandelen fra til nærmere 60 % blant de som er 80 år og over allerede i 2030. Menn står altså for en betydelig andel av veksten i tallet på eldre i årene som kommer. Fram til 2030 øker tallet på menn og kvinner i alderen 80 år+ med om lag like mange personer, selv om det i utgangspunktet går 2 kvinner på en mann i denne aldersgruppen i dag. Som vi skal se seinere kan dette ha betydning for endringer i omsorgsbehovet.

### *Mange bor alene*

Over tid skjer det også endringer i husholdsstrukturen. Siden 1970-tallet har det vært sterk vekst i den andelen av befolkningen som bor alene. Dette gjelder også eldrebefolkningen. I 1999 bodde 829.000 personer eller 19 prosent av befolkningen i enpersonshushold. Hele 58 prosent av de eldre over 80 år bodde alene i 1990. Denne andelen er forventet å stige til 65 prosent i 2015 (Brevik 1995).

Familie og slekt hjelper hverandre selv om de ikke bor sammen (Langsether og Hellevik 2002). Undersøkelser viser likevel at familiemedlemmer som deler hushold med eldre yter hverandre mer omfattende hjelp enn de som bor hver for seg (Brevik 1995, Gautun 1999). Når tallet på aleneboende øker er det derfor antatt at den frivillige familiebaserte omsorgen avtar og at behovet for offentlig omsorg øker. Fortsatt er det for lite kunnskap om denne sammenhengen mellom omsorgsevne og husholdsstruktur.

### *Store regionale forskjeller*

De siste 30 år økte folketallet i Norge med 15,5 prosent. Til tross for dette ble folketallet i de 200 mest perifere kommunene i landet samlet redusert med 6,5 prosent. Det er imidlertid i disse periferikommunene vi finner den største overrepresentasjon av eldre. Sterkest har økningen vært for aldersgruppen 65-75 år. Det er også en betydelig overrepresentasjon av aldersgruppene fra 50-90 år i by- og tettstedskommunene på Østlandet, mens de øvrige by- og tettstedskommunene i landet ligger på landsgjennomsnittet. Færrest eldre er det i omlandet til de seks største byene, selv om innslaget av seniorer har økt betydelig de siste årene. Også i storbyene er aldersgruppen 50-80 år nå underrepresentert. Bare restene av industrigenerasjonen, som nå er over 90 år, er fortsatt overrepresentert. I løpet av siste generasjon er aldersstrukturen i storbyene betydelig forynget. Høyt barneinnslag har hjulpet periferikommunene i mesteparten av etterkrigstiden, men gjør det ikke lenger. Lekkasjene i disse kommunene er også svært store. Når befolkningen i disse kommunene tappes ut med 30 prosent fra generasjon til generasjon, og vi nå står overfor fjerde generasjon som opplever dette, er det vanskelig å se for seg at folketallsutviklingen uten videre snur, eller at den sterke aldringen i disse kommunene stopper opp (Sørli 2003).

### *Aldringen er internasjonal*

Ved årtusenskiftet var det i følge FN vel 600 millioner eldre, eller tre ganger så mange som 50 år tidligere. Det forventes også en tredobling i tallet på eldre 60 år og over i løpet av de kommende 50 år, til om lag 2 milliarder. Globalt øker den eldre befolkning med 2 prosent hvert år, og den fortsetter å vokse raskere enn andre aldersgrupper i praktisk talt alle regioner av verden. Medianalderen, som i dag er 26 år vil øke til 36 år i 2050. I dag er det Japan som har den høyeste medianalderen i verden med 41 år. I 2050 er Spania forventet å ha den høyeste medianalderen på hele 55 år. Europa vil ha den høyeste andelen av eldre i befolkningen. Andelen eldre 60 år og over vil øke fra 20 til 37 prosent i perioden 2000-2050. I sterk kontrast til dette forteller befolkningsprognosene at andelen eldre i Afrika vil øke fra 5 til 10 prosent, og samlet for hele verden øker andelen eldre 60 år og over fra 10 til 21 prosent i samme periode.

Andelen eldre over 60 år vokser ikke like raskt i Norge som ellers i Europa. Med nesten samme utgangspunkt i 2000, når andelen eldre i Norge 32 prosent av befolkningen 2050. Dette skyldes først og fremst forventet høyere fruktbarhet i Norge enn i store deler av Sør- og Øst-Europa. Medianalderen i Norge vil samtidig stige fra 37 til 46 år (UN 2001). Sammenlignet med de fleste land i Europa og andre land det er naturlig å sammenligne seg med, skjer aldringen av den norske befolkning altså noe mer dempet.

## **3.3 DEN ANDRE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: THE POTENTIAL SUPPORT RATIO**

### *Yrkesaktive*

I Norge regnes som oftest aldersgruppen 20-66 år å være den yrkesaktive alder. I 2005 utgjorde denne gruppen 2,8 millioner eller 61 prosent av befolkningen. I følge Statistisk Sentralbyrås befolkningsframskrivninger (Alternativ MMMM) øker dette tallet i 2030 til vel 3,1 millioner og holder seg nesten stabilt fram til 2050. Med vekst i folketallet, reduseres imidlertid andelen yrkesaktive i befolkningen til 57 prosent.

Ved årtusenskiftet var 60 prosent av verdens befolkning i alderen 15-59 år. Denne aldersgruppen, som i FNs befolkningsanalyser regnes som den yrkesaktive alder, vil

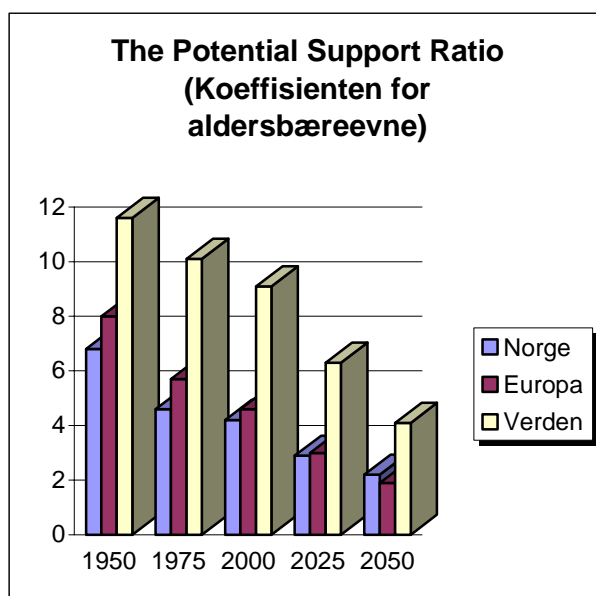
andelsmessig holde seg nesten stabil og bare ha en svak nedgang de neste 50 år. For Europa vil imidlertid denne aldersgruppens andel av befolkningen bli redusert fra 62 til 49 prosent, og det faktiske antallet personer i yrkesaktiv alder går ned fra over 450 millioner til under 300 millioner. Europas forventes samtidig å ha en betydelig befolkningsnedgang.

I Norge er utviklingen langt mindre dramatisk. Befolkningen vokser, og tallet på personer i aldersgruppen 15-59 år reduseres bare fra 2,7 til vel 2,5 millioner, og utgjør i 2050 52 prosent av totalbefolkningen (UN 2001). Dette henger nok sammen med at fertiliteten er relativt høy i Norge sammenlignet med andre land i Europa. I 2000 hadde Norge en fertilitetsrate på 1,85 mot et gjennomsnitt for EU (13 land) på 1,5. Fertilitetsraten for Italia og Spania er nå helt nede på 1,2. (Moum og Strømsheim Wold 2001).

#### *The Potential Support Ratio*

I 1950 var det 11,6 personer i yrkesaktiv alder for hver eldre i verden, i år 2000 var dette tallet redusert til 9,1. I Norge var det i 1950 til sammenligning 6,8 i yrkesaktiv alder pr eldre, mens tallet i år 2000 var 4,2.

Figur 3.5: Potential Support Ratio 1950-2050



Tabell 3.2: Potential Support Ratio (Bæreevnekoefisienten PSR) 1950-2050

Tallet på personer 15-64 år pr person 65 år og eldre

|        | 1950 | 1975 | 2000 | 2025 | 2050 |
|--------|------|------|------|------|------|
| Norge  | 6,8  | 4,6  | 4,2  | 2,9  | 2,2  |
| Europa | 8,0  | 5,7  | 4,6  | 3,0  | 1,9  |
| Verden | 11,6 | 10,1 | 9,1  | 6,3  | 4,1  |

Kilde: United Nations: World Population Ageing 1950-2050 (UN 2001)

Sammenlignet med Europa har Norge i utgangspunktet færre i yrkesaktiv alder pr eldre. Dette forandrer seg imidlertid, slik at i 2050 har Norge en PSR på 2,2, mens den i Europa er nede på 1,9. Forandringene skjer altså raskere, og de demografiske utfordringene er større ellers i Europa enn de blir i Norge fram mot år 2050. Ser vi utviklingen i verdenssammenheng endrer

PSR seg fra vel 9 til 4 personer i yrkesaktiv alder for hver eldre (65+). Ser vi historisk på det, har både Norge og Europa allerede vært gjennom og tilpasset seg en like stor endring de siste 50 år som de vi får se de kommende 50 år. Globalt er utviklingen og omstillingsbehovet betydelig mer dramatisk.

#### *Faktisk yrkesaktivitet*

Langt fra alle personer i yrkesaktiv alder er sysselsatt i inntektsgivende arbeid. Arbeidsledighet, utdanning, arbeid i hjemmet, sykdom, uførhet eller tidlig pensjonering kan være årsaker til dette. Det kan derfor være store variasjoner i faktisk sysselsettingsandel både over tid og landene mellom. I år 2000 var yrkesfrekvensen (antall sysselsatte og arbeidsledige i prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (her 15-64 år) i Norge 81 prosent. Blant kvinner var den 77 prosent og blant menn 85 prosent. Norge ligger høyt på alle indikatorer for yrkesfrekvens sammenlignet med gjennomsnittet for OECD-landene, som har en yrkesfrekvens på 70 prosent, fordelt med 61 prosent for kvinner og 81 prosent for menn. Lavest ligger Italia med en yrkesfrekvens på 60 prosent, av dette 46 prosent for kvinner og 74 prosent for menn (NOU 2001:29).

The Potential Support Ratio er en rent demografisk indikator som ikke avspeiler faktisk yrkesaktivitet, men bare beskriver forholdet mellom størrelsen av to aldersgrupper i befolkningen. Ved å korrigere for dette vil vi kunne få en mer presis indikator, som vi kaller den faktiske koeffisienten for aldersbæreevne. Den er definert som anslått antall yrkesaktive personer over 20 år delt på anslått antall yrkespassive personer i alderen 67 år og over (Nico Keilman 2003). Denne indikatoren har ingen øvre aldersgrense for yrkesaktive, og gir derfor muligheter til fange opp framtidige endringer i yrkesaktivitet blant eldre.

I dag er denne faktiske bæreevnekoeffisienten på 3,9. Det går altså 3,9 yrkesaktive på hver yrkespassiv person over 67 år i Norge. Hvis dagens yrkesaktivitet holder seg stabil i årene framover, vil det i 2050 med 95 prosent sannsynlighet stå mellom 1,5 og 3,3 yrkesaktive bak hver yrkespassiv person over 67 år. (Keilman 2003)

#### *Eldreomsorgskoeffisienten*

Den norske utgaven av The Potential Support Ratio eller bæreevnekoeffisienten, benyttes som en viktig indikator ved planleggingen av framtidig pensjonssystem. Det er vanlig å anta at finansieringen av framtidige pensjoner i betydelig grad er avhengig av hvordan PSR utvikler seg. Litt forenklet kan vi si at dersom det blir stadig færre som skal finansiere og stadig flere som skal motta pensjon, kan vi få betydelige problemer, spesielt dersom tilleggspensjonene vokser, slik tilfellet er i Norge. Utviklingen i PSR vil spesielt ha betydning for vurderingen av om pensjonssystemet bør være fondsbasert eller bygd på prinsippet "pay as you go" (Moum og Wold 2001, Keilman 2003 og Pensjonskommisjonen 2002). I denne oppgaven skal vi se nærmere på hva denne brøken for forholdet mellom yrkesaktive og eldre representerer som utfordring for den kommunale helse- og sosialtjenesten, og hvordan den kan utformes for mest presist å kunne benyttes i planleggingen av eldreomsorgen.

I forhold til eldreomsorg har det vært vanlig å ta utgangspunkt i utviklingen i tallet på eldre over 80 år som mål på endringer i behov for pleie- og omsorgstjenester (Hjort og Waaler 1995, Romøren 2001, St meld nr 50 (1996-97)). Både i forhold til rekrutteringsmuligheter og finansiering av eldreomsorgen, vil det være mer presist å vekte tallet på eldre i aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over, ut fra hva de faktisk forbruker av slike tjenester, og se det i forhold til faktisk yrkesaktive. Denne nye indikatoren har jeg valgt å kalle eldreomsorgskoeffisienten.

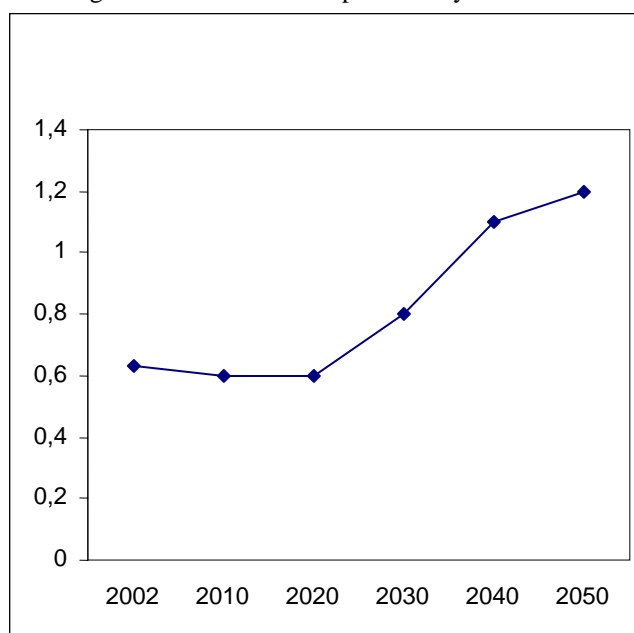
I 1998 forbrukte hver person i aldersgruppen 80-89 år 4,1 ganger så mye som hver person i aldersgruppen 67-79 år, mens aldersgruppen over 90 år brukte 10,6 ganger så mye (Brathaug et al.2001). Vi vekter derfor disse aldersgruppene i forholdet 1 til 4,1 til 10,6.

Beregningen nedenfor er gjort under forutsetning av at denne fordelingen av gjennomsnittlig forbruk av pleie- og omsorgstjenester holdes konstant på 1998-nivå. Den høye yrkesaktiviteten i Norge gjør at potensialet for ytterligere prosentvis vekst i faktisk yrkesaktivitet er svært liten. Framskrivningen av tallet på yrkesaktive har derfor i denne beregningen som forutsetning en konstant yrkesprosent på 2002-nivå, tilsvarende 73,5 % av aldersgruppen 16-74 år.

I 2002 var 408.000 personer 67-79 år, 175.000 var mellom 80 og 89 år, mens 27.000 var over 90 år. Vektet ut fra forbruk av pleie- og omsorgstjenester tilsvarer aldersgruppene over 67 år 1.489.000 67-79åringer. Det var samtidig 2.361.000 yrkesaktive i alderen 16-74 år. Ser vi disse gruppene i forhold til hverandre, gir det en vektet omsorgskoeffisient på 0,63 i 2002. Eldreomsorgskoeffisienten vil med utgangspunkt i SSBs befolkningsframskriving kunne utvikle seg slik i årene framover:

*Figur 3.6: Eldreomsorgskoeffisienten 2002-2050*

Eldre vektet ut fra forbruk av omsorgstjenester og sett i forhold til tallet på faktisk yrkesaktive.



Kilde: - SSB befolkningsframskriving for 2005-2060. Alternativ MMMM.  
- Statistisk Sentralbyrå: Økonomisk Utsyn. Økonomiske analyser 1/2002

Den faktiske omsorgskoeffisienten er nærmest stabil på 2000-nivå fram til 2020, men stiger med 33 prosent til 0,8 i 2030. For hele perioden fra 2002 til 2050 forventes imidlertid omsorgskoeffisienten å stige med 100 prosent til vel 1,2. Det blir en spesielt stor utfordring at tallet på eldre over 90 år firedobles på 50 år.

I forhold til Potensial Support Ratio gir omsorgskoeffisienten et noe mer presist mål på omfanget av de utfordringene vi står overfor i forholdet mellom økte behov for eldreomsorg og ressurstilgang som en følge av demografiske endringer. Ettersom omsorgskoeffisienten ikke øker før etter 2020, ser det på denne bakgrunn ut til at tilgangen på yrkesaktive holder

tritt med veksten i behovet for eldreomsorg de første 15-20 årene. Eventuelle problemer i forhold til finansiering og rekruttering kan derfor ikke tilskrives demografiske forhold. Det er først fram mot 2030 det blir betydelige utslag på den faktiske omsorgskoeffisienten, som altså mer enn fordobles i siste halvdel av 50-årsperioden.

### *Kvinnens plass*

Sammen med enkelte nordiske land skiller Norge seg ut med både høy yrkesdeltakelse blant kvinner og relativt høy fertilitet sammenlignet med andre land i Europa. I andre enden av skalaen ligger Italia med både lavest fertilitet og lavest yrkesdeltakelse blant kvinner i Vest-Europa. Norske kvinner klarer altså i større grad enn andre europeiske kvinner å kombinere høy yrkesdeltakelse med å føde barn. Det var særlig den unge generasjon kvinner på 1970-tallet som la grunnen for dette og som førte til at yrkesdeltakelsen blant kvinner i løpet av et par tiår steg til dagens nivå. Etter hvert som 70-tallskvinne er blitt eldre, har nye kvinnegenerasjoner fulgt etter dem ut på arbeidsmarkedet, slik at det nå er høy yrkesdeltakelse blant kvinner i hele aldersspennet fra 20-66 år. I boka "Scenarier 2000" beskrives denne norske kvinnerevolusjonen slik:

*"I løpet av en tiårsperiode ble den hjemmевærende husmor forvandlet fra norm til unntak. Kvinner strømmet til utdanningsinstitusjonene, og på arbeidsmarkedet tok en ekspanderende offentlig velferdssektor imot den kvinnelige arbeidskraften med åpne armer."* (Hompland, red. 1987)

Over tid har ikke bare kvinnene tilpasset seg arbeidslivet. Arbeidslivet og hverdagslivet har også tilpasset seg kvinnene og lagt forholdene bedre til rette for å kunne kombinere produksjon og reproduksjon. På den annen side er den reserven kvinner representerer for arbeidsmarkedet i mange land i Europa allerede i stor grad tatt ut i Norge. Det er derfor ikke så mye mer å hente ut til et arbeidsmarked som i hvert fall på omsorgssektorens område etter hvert får behov for ytterligere tilførsel av arbeidskraft.

### *Yrkesaktivitet ingen hindring.*

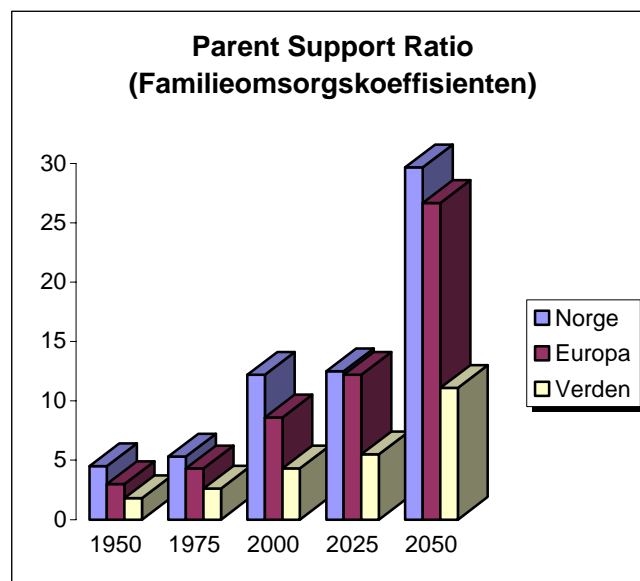
Sammenlignet med andre land har Norge en svært høy sysselsettingsgrad. Det er derfor grunn til å tro at Norge har mindre å gå på i retning økt sysselsetting i tiårene som kommer, og at yrkesaktiviteten derfor vil holde seg noenlunde stabil både i forhold til alder og kjønn (Moum og Straumsheim Wold 2001). Kvinners yrkesaktivitet er rett nok fortsatt litt lavere enn menns, og kan gi rom for en viss økning spesielt i de eldste aldersgruppene. Potensialet bør imidlertid være mye større i andre land i Europa. Med økt levealder kan det også ved behov bli spørsmål om å ta ut noen av de økte leveår i økt yrkesaktivitet. Fortsatt er det også grupper av arbeidsledige, uføretrygdede og ikke minst deltidsarbeidende som hvis behovet er der, vil gå ut i arbeid.

Samlet gir dette et bilde som både i forhold til fordeling av finansieringsbyrde og rekruttering til eldreomsorgen er langt mer oversiktlig og mindre krevende omstillingsmessig enn de utfordringer de fleste land i Europa står overfor. Det ser ut til at de norske kvinnenenes tidlige inntog på arbeidsmarkedet på 70- og 80-tallet, samt ordninger som gjør det mulig å kombinere yrkesliv og barnefødsler, har gitt Norge noen fortrinn i møte med de demografiske utfordringer. Det ser heller ikke ut til at høy yrkesaktivitet har gått ut over frivillig omsorgsevne, selv om oppgavefordelingen nok har endret seg noe.

### 3.4 DEN TREDJE DEMOGRAFISKE UTFORDRING: THE PARENT SUPPORT RATIO

Familieomsorgskoeffisienten eller The Parent Support Ratio er forholdstallet mellom personer 85 år og de som er i alderen 50-64 år, og blir i internasjonal sammenheng benyttet som indikator på familiebasert omsorg for eldre. Globalt var det færre enn 2 personer 85 år og over for hver 100 personer 50-64 i 1950. I 2000 var det 4 per 100, og i 1950 vil det bli 11. Målt med familieoeffisienten ser muligheten til å basere seg på familieomsorg ut til å bli sterkt svekket både i Norge og resten av Europa, ettersom tallet på personer over 85 år nærmer seg 30 pr 100 i alderen 50-64 år. I Norge ligger familieoeffisienten i dag på 12,2, og det skjer heller ikke på dette området større endringer før etter 2025.

Figur 3.7: The Parent Support Ratio 1950-2050



Tabell 3.3: Parent Support Ratio (Familieomsorgskoeffisienten) 1950-2050

Tallet på personer 85 år+ pr 100 personer i alderen 50-64 år

|        | 1950 | 1975 | 2000 | 2025 | 2050 |
|--------|------|------|------|------|------|
| Norge  | 4,5  | 5,3  | 12,2 | 12,5 | 29,7 |
| Europa | 3,0  | 4,3  | 8,6  | 12,2 | 26,7 |
| Verden | 1,8  | 2,6  | 4,3  | 5,5  | 11,1 |

Kilde: United Nations: World Population Ageing 1950-2050 (UN 2001)

Med det omfanget den familiebaserte omsorgen har, vil dette kunne bety en svært alvorlig utfordring for den offentlige omsorgen. I tillegg til å ta sin andel av veksten i tjenestetilbudet, kan den offentlige omsorgen også bli nødt til å ta den familiebaserte omsorgens andel av veksten i omsorgsbehovet og erstatte potensielle frivillige omsorgsgivere i aldersgruppen 50-64 år. Det er likevel grunn til å understreke at en svært stor andel av den familiebaserte omsorgen ytes av personer som bor i samme hushold, som oftest ektefeller. De fanges stort sett ikke opp av Parent Support Ratio. I forhold til familieomsorg er kanskje utviklingen i tallet på enpersonshushold, sivilstand og utjevning i kjønnsbalansen mellom eldre menn og kvinner kanskje derfor av like stor interesse. Den familiebaserte omsorgen har også både vist

seg stabil over tid og samtidig fleksibel i forhold til svingninger i behov (Gautun 1999, Langsether og Hellevik 2002).

Utslaget på The Parent Support Ratio er likevel så stort at det er all grunn til å vurdere nærmere om familieomsorgens andel av det samlede offentlige og private omsorgsarbeidet vil bli betydelig redusert. Når det blir så mange flere eldre pr potensiell omsorgsgiver i aldersgruppen 50-64 år, påfører dette sannsynligvis den kommunale helse- og sosialtjenesten enda en ekstra utfordring, om vi ønsker å opprettholde samme standard som i dag på omsorgstilbudet til den enkelte. Balansen mellom familiebasert og offentlig omsorg kan altså bli forrykket. Framveksten av den offentlige eldreomsorg kan ses som uttrykk for at familieomsorgen ikke kunne håndtere et økt omsorgsbehov som følge av en sterk vekst i tallet på eldre de siste 30 år. Det er derfor rimelig å forutsette at lignende demografiske endringer de kommende tiår først og fremst vil gi seg utslag vekst i den offentlige omsorgen.

#### *Yrkesaktivitet og frivillig omsorg*

Undersøkelser viser at det ikke trenger å være en negativ sammenheng mellom yrkesaktivitet og det å ta del i omsorg for familie.

*”I virkeligheten viser det seg at yrkesaktive, både menn og kvinner, i like stor grad som ikke yrkesaktive stiller opp for foreldrene” (Gautun 1999)*

Det er heller ingenting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige omsorgsapparatet går inn med hjelp fra hjemmetjenestene.

*”Velferdsstaten har erstattet familiens forsørgingsplikt, både ved alderdom, sykdom og uførhet. Dette har kanskje likevel ikke svekket familiesolidariteten slik det ofte hevdes.” (Langsether og Hellevik 2002)*

Eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester får faktisk mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp/hjemmesykepleie. Her er det mer samspill enn et konkurranseforhold. En studie av dette samspillet mellom offentlige tjenester og familieomsorg i perioden 1965-1995 viser at familieomsorgen kjennetegnes av stabilitet og ikke nedgang. En del kan tyde på at deltakelse i slikt omsorgsarbeid faktisk har økt de siste 30 årene (Lingsom 1997). Økningen har imidlertid ikke stått i forhold til veksten i omsorgsbehov som følge av at det er blitt flere eldre, og arbeidsdelingen mellom offentlig og frivillig omsorg har endret seg.

Den offentlige omsorgen har altså ikke vokst fram fordi familie, venner og frivillige svikter sine nærmeste, men fordi det har vært behov for å flytte en del av omsorgsarenaen fra familien og den private sfære, og organisere en del av omsorgsarbeidet på en annen måte. Drivkraften var først og fremst å legge forholdene til rette for at arbeidslivet kunne ta i bruk kvinner i en periode med stor etterspørsel etter arbeidskraft. Dette falt i tid sammen med at behovene og forventningene knyttet til en sterkt økende eldrebefolkning vokste seg ut av det som kunne løses i familiens og de frivillige organisasjoners rom.

### **3.5 DEMOGRAFISKE LØSNINGER PÅ DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER?**

Finnes det demografiske løsninger på de utfordringer demografiske endringer stiller oss overfor på eldreomsorgens område? Kan økt fruktbarhet, innvandring, utvandring eller andre forhold tilføre den yrkesaktive befolkningen flere ressurser eller bidra til å mildne konsekvensene av den aldringen vi ser også i den norske befolkning?



### *Flere barn*

Norske kvinner har klart å kombinere høy yrkesdeltakelse med relativt høy fertilitet. De kom tidlig inn på arbeidsmarkedet og har gjennom likestillingskrav bidratt til å etablere ordninger både i arbeidslivet og på hjemmearenaen som gjør det mulig å ønske seg og faktisk sette barn til verden. Det er grunn til å tro at dette har gitt oss et fortrinn i møte med de demografiske utfordringer. Det viser kanskje også at det finnes virkemidler, og at det er mulig å føre en velferdspolitik som i noen grad kan påvirke de demografiske faktorene. Men kan høyere fødselstall redde oss? Hva må til om vi skal kompensere for økningen i tallet på eldre? Flere barn og høyere fertilitet vil gradvis kunne øke tilgangen på yrkesaktive, men det er en svært langsiktig løsning som ikke under noen omstendighet kan rekke å gi tallet på personer i yrkesaktiv alder nødvendig vekst på denne siden av den eldrebølgen vi får etter 2025 (Schaumann 2001). Dersom høyere fødselstall på lang sikt skulle kunne motvirke økningen i antallet eldre, måtte barnetallet øke til 2,7 barn pr kvinne i gjennomsnitt. Dette anses å være et helt urealistisk fruktbarhetsnivå. (Keilman 2003) I forhold til fruktbarhet og fødselstall er det også grunn til å understreke at de virkemidler en har til rådighet i et demokratisk samfunn av vår type, er svært begrensede.

### *Innvandring*

En annen nærliggende mulighet er å se på om aldringen i befolkningen kan løses ved å regulere inn- og utvandringen til landet. På dette området er det noe større muligheter for å bruke politiske virkemidler. Kan innvandring dempe effekten av "eldrebølgen"? Nettoinnvandringen til Norge har de siste 25 årene både bidratt til å øke og forynge landets befolkning. En beregning gjort for perioden 1971-1995 (Carling 1997) viser at Norges befolkning besto av 171.000 flere personer og i gjennomsnitt var et halvt år yngre enn den ville vært om landets grenser hadde vært lukket. Norge hadde i denne perioden flere innflyttere enn utflyttere, og nettoinnvandringen utgjorde en stadig større del av folketilveksten. Det er spesielt mange unge voksne og små barn som flytter inn, mens det er svært få gamle. Det er derfor spesielt forholdet mellom barn/unge (0-19 år) og gamle som påvirkes av nettoinnvandringen, mens andelen i yrkesaktiv alder blir nesten uendret på kort sikt.

I forhold til befolkningens aldring har imidlertid fallet i fruktbarhet i perioden 1971-95 hatt mye større betydning enn både flyttestrømmer og dødelighetsutvikling (Carling 1997). FNs studier av dette spørsmålet fra andre land viser at nettoinnvandringen måtte økes langt utover det som er realistisk, om den skulle holde tritt med aldringen:

*"The levels of migration needed to prevent population ageing are many times larger than the migration streams needed to prevent population decline. Maintaining potential support ratios would in all cases entail volumes of immigration entirely out of line with both past experience and reasonable expectations."* (UN 2000)

Spørsmålet har også en etisk side som kan bli et svært reelt problem om alle land som har økonomi til det, forsøker å kjøpe seg ut av endringene i alderssammensetning gjennom omfattende og stortilt arbeidsinnvandring. Aldringen i befolkningen er i stor grad et globalt fenomen. Arbeidsinnvandring til Norge for å dekke behovet for arbeidskraft i omsorgssektoren, vil uten videre gå på bekostning av utviklingen i land som i de aller fleste tilfeller har betydelig større utfordringer knyttet til endringer i alderssammensetning og omsorg for eldre enn det Norge har. Dette gjelder både om vi ser Norge i forhold til et "fritt" europeisk arbeidsmarked eller vurderer spørsmålet i en mer global sammenheng. Her framstår nok mange utviklingsland, spesielt i Afrika med en annen alderssammensetning. Men sett i forhold til de aktuelle årsakene til dette (fattigdom, underernæring, høy spedbarnsdødelighet, HIV/AIDS-epidemi mv), blir imidlertid ikke de etiske problemer med å kjøpe seg ut av

aldringsutfordringen gjennom omfattende arbeidsinnvandring mindre (UN 2001). I en situasjon med knapphet på arbeidskraft, vil det likevel være rimelig å regne med en økende internasjonal konkurranse om kvalifisert arbeidskraft også på helse- og sosialsektorens område de neste tiårene.

En restriktiv politikk har gitt en svært begrenset arbeidsinnvandring til Norge de siste årene (NOU 2001:29). Økt nettoinnvandring til Norge gir på ingen måte løsningen på de utfordringer aldringen av befolkningen representerer. Innvandringen har imidlertid så langt gitt et bidrag til å dempe "eldrebølgen" og forynge befolkningen, og kan derfor fortsatt vurderes som et av mange virkemidler i en framtidig politikk for å bøte på en stadig større ubalanse mellom aldersgruppene i befolkningen. Sett i forhold til disse utfordringene framstår dagens innvandringspolitikk som altfor restriktiv.

#### *Utvandring av eldre*

Mobiliteten avtar med økende alder. Tradisjonelt har det derfor vært svært få eldre blant de som flytter både inn og ut av landet. Seniorutvandringen til den spanske solkysten og langtidsferierende eldre i Syden begynner likevel å få et omfang som gjør at noen har kalt dette fenomenet "den største utvandringen siden utvandringen til Amerika". Kan det tenkes at denne utvandringen av seniorer (50+) og pensjonister får et omfang som vil merkes i forhold til det framtidige tallet på eldre som oppholder seg i Norge, og på den måten kan bidra til å dempe "eldrebølgen" på norsk jord? De fleste stiller seg slik at de ikke mister norske pensjonsrettigheter, og enkelte norske kommuner er allerede i gang med å bygge ut eldreomsorgstilbud i dette området. Kravet om økt offentlig norsk engasjement er allerede flere ganger reist i Stortinget. Problemet er også her at norske seniorer blir innvandrere og langtidsturister i land som kommer til å få betydelig større utfordringer både i forhold til fruktbarhet og aldring i befolkningen enn Norge har. Det er derfor lite sannsynlig at land i Syd-Europa vil påta seg et tilleggsansvar for omfattende pleie- og omsorgstjenester til eldre innvandrere eller langtidsturister fra Nord-Europa.

#### *Flere eldre menn*

Befolkningsprognosene tyder på at kjønnsfordelingen vil jevne seg noe ut over tid, slik at den lave andelen menn etter hvert vil øke. Mannsandelen blant de som er 80 år og over er f.eks. i SSBs prognoser beregnet å øke fra 33 pst i dag til over 40 pst i 2050. Menn står altså for en vesentlig del av den sterke veksten i tallet på eldre. I perioden fram til 2030 øker tallet på menn og kvinner med om lag like mange personer. Dette kan gi en positiv effekt på etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester, ettersom kvinner gjennomsnittlig har behov for slike tjenester en betydelig lengre periode enn menn.

Mens menn over 80 år har gjennomsnittlig 1,9 år med alvorlig funksjonstap og behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester, har kvinner hele 3,8 år, eller dobbelt så lang periode (Romøren 2001). Mens kvinner altså kan forvente seg betydelig lengre levealder enn menn, blir kjønnsforskjellen mindre når vi ser på "active life expectancy". De fleste eldre pasienter er altså kvinner, og de er også pasienter lengre enn menn (Hagestad 2003). At det er menn og ikke kvinner som står for den andelsmessige største veksten i tallet på eldre vil altså under ellers like forhold, kunne ha betydelig modifierende effekt på veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Fram mot 2030 kan denne kjønns effekten beregnes til redusere behovsveksten med over 10 prosent. Det er derfor ikke urimelig å anta at veksten i behov ikke er like sterk som veksten i tallet på eldre.

Det er imidlertid mange andre forhold som kan virke inn på dette. Når menn lever lengre, kan det medføre at perioden med behov for pleie- og omsorg øker, og at den gjennomsnittlige pleieperioden også i noen grad utjevnes kjønnsmessig. Dette kan f.eks. skyldes at sykdommer som i dag gir tidlig og brå død blant menn, blir avløst av et sykdomsbilde som gir lengre og mer omfattende pleiebehov. Forholdet mellom offentlig og privat omsorg kan også forrykkes ved en jevnere kjønnsfordeling, ettersom kvinnene i dag står for en vesentlig del av den frivillige omsorgen mellom ektefeller. Dette kan likevel kanskje i noen grad oppveies ved større deltakelse fra mennenes side, både pga forlenget levealder og endringer i kjønnsrollemønsteret. Ser vi i utgangspunktet på den betydelige beregnede endringen i kjønnsbalansen for de eldste aldersgrupper, er det likevel grunn til å forvente at dette vil gi en gevinst i forhold til en ren framskrivning av behovet for pleie- og omsorgstjenester ut fra veksten i tallet på eldre. Denne kjønnsseffekten bidrar til at veksten i behovet for pleie og omsorg sannsynligvis ikke er proporsjonal med veksten i tallet på eldre over 80 år.

#### *Økning av pensjonsalderen*

I forhold til pensjonsordningene, og for så vidt også finansieringen av eldreomsorgen, kan spørsmålet om å øke pensjonsalderen for å endre forholdstallet mellom pensjonerte og yrkesaktive, være en aktuell problemstilling. Når levealderen øker, kan en jo tenke seg at dette i noen grad kan tas ut i yrkesaktiv innsats, og ikke bidra til å forlenge pensjonisttiden. Et interessant spørsmål kan f.eks. være hvilken pensjonsalder som er nødvendig for å holde seniorkoeffisienten konstant. Dersom vi legger til grunn den maksimale verdien vi hittil har hatt på seniorkoeffisienten (0,24 rundt 1990), må pensjonsalderen øke med nesten 5 år fram til 2050. Dette er en beskjeden økning i internasjonalt perspektiv, og viser at utfordringen i Norge på dette området er betydelig mindre enn i andre land vi ofte sammenligner oss med. I Frankrike, Italia, Japan, Canada, Storbritannia, Tyskland og USA må økningen i pensjonsalder til sammenligning være mellom 10 og 15 år fram til 2050 (Keilman 2003).

### **3.6 DET DEMOGRAFISKE MORATORIUM**

De store endringer i befolkningens alderssammensetning skjer først om 15 år. FN anbefaler å benytte denne perioden til å bygge opp tilbudet og forberede eldrebølgen (UN 2002). Enkelte har kalt denne perioden et demografisk moratorium eller en tenkepause som kan utnyttes til å forberede og planlegge det aldrende samfunn. (St meld nr 25 (2005-2006); Schaumann 2001).

#### *Den minste eldrebølgen i Europa*

Demografiske endringer framstår som en betydelig utfordring for planlegging av framtidig eldreomsorg med konsekvenser både i forhold til:

- behovsvekst
- rekruttering
- finansiering

Først og fremst innebærer veksten i tallet på eldre at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke. Framskrives behovet i takt med veksten i tallet på eldre over 80 år, slik det er vanlig å gjøre (Romøren 2001, St meld nr 50 (1996-97), Hjort og Waaler 1990, Gautun 1999) vil økningen være på over 60% fram til 2030. Etter at det de siste tiårene har vært en sterk vekst i tallet på eldre over 80 år, kulminerer denne veksten rundt 2007. Deretter holder tallet på eldre over 80 år seg ganske stabilt fram til etterkrigskullet kommer. Dette "demografiske moratorium" bør gi oss både tid og muligheter til å planlegge og forberede en situasjon med rask og kraftig behovsvekst, både i forhold til finansiering, investeringer i anlegg og rekrutterings- og utdanningstiltak.

Vekstutfordringen modifiseres sannsynligvis også noe ved at det blir relativt flere menn i de eldste aldersgruppene. Utfordringen modifiseres også noe ved at den andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder vokser, selv om den andelsmessig altså ikke holder tritt med utviklingen i tallet på eldre over 80 år i siste halvdel av perioden fram til 2050. Det er i hovedsak denne gruppen som må bære både finansieringsbyrden og bidra med personell til omsorgstjenestene.

I forhold til utviklingen i den yrkesaktive befolkning ser det ikke ut til å foreligge løsninger av demografisk art. Det er lite aktuelt i et samfunn av vår type å øke fødselshyppighet og barnetall gjennom direkte tiltak eller øke innvandringen i det omfang som må til for å opprettholde forholdstallet mellom yrkesaktive og eldre på dagens nivå. Det er likevel grunn til å anta at det vil bli internasjonal konkurranse om fagpersonell med høy kompetanse på helse- og sosialsektoren. De største mulighetene ligger nok i å endre de faktiske aldersgrensene i forholdet mellom eldre og yrkesaktive. Om samfunnet har behov for mer arbeidskraft, vil det kanskje ikke være unaturlig å ta ut en del av den økende levealder i økt yrkesaktivitet og ikke i økt pensjonstid.

Selv om aldringen i befolkningen og demografiske endringer framstår som et av vårt samfunns store framtidsutfordringer, spesielt i forhold til finansiering av pensjoner og helse- og sosialtjenester, er det grunn til å peke på at:

- endringene er mer dramatiske og utfordringene betydelig større i de fleste andre land vi kan sammenligne oss med
- tilpasningene er kanskje ikke større de neste 50 år enn de har vært i de 50 år som har gått, i hvert fall om vi ser på den prosentvise endring i forholdet mellom yrkesaktive og eldre
- vi har fått en mange års pustepause som kan benyttes aktivt til å gjøre alt klart til ”etterkrigsgenerasjonens” geriatriiske prosjekt.

Eldrebølgen i Norge blir den minste i Europa.

## 4. DE NYE GAMLE

*"We are now seeing a different kind of elderly"*  
Jeremy Seabrook i "A world growing old"  
(Seabrook 2003)

### 4.1 BABY-BOOMERNE

"The Baby boomers" defineres ofte som generasjonen født mellom 1945 og 1965. Det er de som passerer 80 år i 2025 til 2045, og som derfor vil være framtidens brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Denne generasjonen har vært i fronten for sosiale forandringer på hvert trinn av livsløpet. Det er derfor sannsynlig at de også kan bli annerledes enn tidligere generasjoner også i møte med alderdommen. Vil de redefinere betydningen og meningen med det å bli gammel? To engelske undersøkelser (Huber and Skidmore 2003; Harkin and Huber 2004) konkluderer med at denne "Baby-boom-generasjonen" skiller seg klart ut fra de som har gått foran. To tydelige karakteristika er deres individualisme og liberalisme. Det er ingen homogen gruppe. Det er store forskjeller både i velstand, levealder, utdanning og bakgrunn. Men som kulturell konstruksjon går det an å snakke om en viss homogenitet, ikke minst i forhold til noen tydelige spørsmål de setter i fokus:

1. Kombinasjonen av velstand, god helse og mer fritid gjør at baby-boomerne ser på seniortilværelsen som en periode de kan "leve igjen" og få oppfylt sine personlige ønsker og ambisjoner. De vil derfor veksle mellom å ha helt fri i perioder, arbeide deltid eller ta utdanning.
2. Og de vil oppleve. Baby-boomerne vil f eks fortsatt dominere populærkulturen i forhold til musikk og underholdning så vel som nye moter og design. Det har ingen eldre generasjon gjort før dem.
3. Sykdom, skrøpelighet og død framstår imidlertid som et stort og uuttalt spørsmål. Mens de er åpne og liberale i forhold til det meste ellers, er frykten for avhengighet og isolasjon i alderdommen fortrent. Baby-boomernes energi og penger ser ut til å gå til alt som kan vedlikeholde følelsen av ungdom og vitalitet.

Slik kan kanskje sunnhet, vitalitet og helse bli denne generasjons svøpe, når det kommer til sykdom, funksjonshemming og død. Fortrengning og segregering kan bli resultatet av dette sterke fokus på det friske og sunne. Det er egentlig paradoksalt at det nye synet på alderdommen som en sunn og rik fase av livet, skal føre til at vi forneker og avviser aldringen som en naturlig prosess som uunngåelig ender med døden.

*"Rather than regressing to into youth, our ageing society could reclaim, some of the benefits of growing older: wisdom, finesse and accumulated experience",*  
konkluderer Harkin og Huber i en rapport de kaller "Eternal Youths: How the baby boomers are having their time again." (Harkin and Huber 2004)

#### *Nye tider – nye eldre*

Den danske organisasjonen Ældre Sagen har fått gjennomført en fremtidsstudie basert på intervjuer med personer i aldersgruppen 40-74 år med 10 års mellomrom i 1987 og 1997. Hovedkonklusjonen i undersøkelsen er at framtidens eldre vil bli friskere og mer ressurssterke enn tidligere:

*"Fremtidsstudiet viser at fremtidens eldre kommer til at adskille sig fra nutidens eldre. Fremtidens eldre vil i endnu højere grad have et bedre helbred, en bedre økonomi, en bedre uddannelse og være politisk og samfunnsmessigt engageret. Og de*

*vil i høyere grad end nutidens eldre forvente – og være vant til – at bestemme over egen tilværelse.” (Ældre Sagen 2001)*

Undersøkelsen tegner også et bilde av et A- og B-lag, der en mindre gruppe eldre enten helsemessig, sosialt, økonomisk eller teknologisk blir hengende etter majoriteten. B-laget har en overvekt av kvinner og enslige, og har ellers kjennetegn som høy alder, dårlig helse, lav husstandsinntekt og kort skolegang. Det er grunn til å anta at resultatene fra denne danske studien også i hovedtrekk er overførbare til norske forhold. For å teste det vil jeg sammenholde konklusjonene med data og undersøkelser om den norske eldrebefolkning.

## 4.2 MATERIELLE OG UTDANNINGSMESSIGE RESSURSER

### 4.2.1 Bedre inntekt og høyere bostandard

Ved utgangen av 2002 var det 624 000 alderspensjonister i Norge. Om lag 35 prosent av dem var minstepensjonister (mottok sært tillegg). Blant minstepensjonistene var hele 87 prosent kvinner. Årsaken til at snart alle minstepensjonister er kvinner, ligger i lav yrkesdeltakelse og yrkesinntekt hos de kvinner som i dag er alderspensjonister. Tallet på minstepensjonister er synkende ettersom det er stadig flere av de nye pensjonistene som har opptjent tilleggspensjoner. Kvinnene kommer først for fullt når den generasjonen kvinner som i ung alder gikk ut i yrkeslivet på 70-tallet blir pensjonister. Til nå har den økte yrkesaktiviteten blant kvinner ikke resultert i at deres pensjoner har holdt tritt med mennenes. Mens gjennomsnittlig alderspensjon for menn økte med 54 prosent for menn i perioden 1984-98, økte den bare med 36 prosent for kvinner.

63 prosent av minstepensjonistene var enslige i 2002. Det er først og fremst enslige minstepensjonister som tilhører lavinntektsgruppen. Tre av fire enslige minstepensjonister er inntektsfattige, om vi legger EU sin lavinnteksdefinisjon til grunn. Den ekstraordinære økningen i minstepensjonen som kom i 1998, bidro til å redusere andelen enslige minstepensjonister under lavinntektsgrensen noe. (Statistisk Sentralbyrå 2004; Lyngstad 2001).

#### ØKONOMI

På plussiden:

- Alderspensjonistene har lite gjeld, mange av dem er gjeldfrie. Dette gjelder også minstepensjonistene
- Mange sitter med betydelige oppsparte midler, også minstepensjonister.
- Forbruket er mindre enn for andre husholdninger, og mange pensjonister sparer en del av inntekten

På minussiden:

- Et lite mindretall av pensjonistene har økonomiske problemer i den forstand at de ofte har problemer med å betale løpende utgifter. Dette gjelder først og fremst enslige minstepensjonister
- 10 prosent av alderspensjonistene har utgifter til sykdom mv som gjør at de trenger grunnstønad,
- 37 prosent av enslige minstepensjonister må ha bostøtte, og 6 prosent mottar sosialhjelp

(SSB 2004)

I følge levekårsundersøkelsen bor mer enn 4 av 5 alderspensjonister i bolig som husholdningen eier (selveier, andels- eller aksjeeier). Med det er andelen som eier selv kommet opp på samme nivå som for befolkningen ellers, mens den bare var 69 % i 1987. Det er stadig flere alderspensjonister som bor alene. Hele 47 prosent bodde alene i 2001, mot 37 prosent i 1987. Når det gjelder boligstandard bor de fleste pensjonister i dag romslig, og nesten alle har nå bad. Blant minstepensjonistene er det litt færre som eier boligen selv, og blant aleneboende minstepensjonister er det bare 46 prosent som eier selv. Selv om flesteparten av alderspensjonistene er selveiere, er det forholdsvis få (10-15 prosent) som har boliglån. De gjennomsnittlige utgiftene til renter og avdrag er derfor svært små. For alderspensjonister som leier, er fortsatt husleiene i gjennomsnitt lavere enn for andre husholdninger, men de er fordoblet siden 1987. Det er ofte utgiftene til strøm, brensel, vedlikehold, forsikringer og kommunale avgifter som bekymrer pensjonistene mest, f eks når strømprisene endrer seg (Statistisk Sentralbyrå 2001).

Framtidens pensjonister ser ut til å kunne få et bedre inntektsgrunnlag ettersom flere får full opptjeningstid og bedre pensjonsgrunnlag. Dette gjelder ikke minst eldre kvinner. Det er derfor god grunn til å vente seg nye generasjoner eldre med større økonomisk handlefrihet enn tidligere. Samtidig ser det ut til at de også møter alderdommen med mer gjeld, et annet forbruksmønster og et høyere utgiftsnivå ikke minst knyttet til bolig (Ugreninov (red) 2005).

#### **4.2.2 Høyere utdanningsnivå**

Utdanningsnivået blant alderspensjonistene er naturlig nok betydelig lavere enn for befolkningen for øvrig. Mens 16 prosent av hele befolkningen i 2001 bor i husholdninger der hovedinntektstaker bare har grunnskole, bor nesten halvparten av alderspensjonistene i en slik husholdning. Hele 2/3 av aleneboende minstepensjonister har grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Andelen med lavt utdanningsnivå er synkende, ettersom nye alderspensjonister med høyere utdanning kommer til hvert år. I aldersgruppen 50-66 år var det i 2001 bare hver femte person (21 %) som hadde grunnskole som høyeste utdanning. Ikke mer enn fem år tidligere gjaldt dette hver fjerde person i aldersgruppa. Denne raske endringen henger sammen med at de yngre senioren, som ble født i årene etter krigen, var de første årskull der mange fikk videregående utdanning.

Med 68'erne ble det heller ikke lenger uvanlig å ta utdanning på høyskole og universitet. For hvert nytt kull som runder 50 år, stiger derfor andelen med utdanning utover grunnskolenivå. Tilsvarende utslag vil vi få blant alderspensjonistene når etterkrigskullet i stort antall går over i pensjonistenes rekke. Mens det i 1980 var fire ganger så mange med bare grunnskole som høgskole/universitet, er det nå flere som har høgskole/universitet enn grunnskole som høyeste utdanning i den voksne befolkningen. (Statistisk Sentralbyrå 2003a; Statistisk Sentralbyrå 2003b; Statistisk Sentralbyrå 2004).

Framtidens eldre vil derfor ha betydelig høyere utdanningsnivå enn dagens alderspensjonister. Dette er en ressurs som kan få betydning både for framtidig deltakelse i arbeid og samfunnsliv, for evnen til egenomsorg og sunn livsstil, og som de eldre selv sannsynligvis også vil ta i bruk i forhold til å ivareta egne interesser. Utdanningsnivå er en sentral indikator som ser ut til å henge sammen med flere levekårsforhold. Helseundersøkelsen fra 1995 viste at jo lavere en persons utdanningsnivå er, jo større er risikoen for at personen vurderer sin helsetilstand som dårlig eller svært dårlig. Det er også slik at personer med utdanning på hovedfagsnivå kan forvente å leve halvannet år lenger etter en kreftdiagnose enn personer med utdanning på grunnskolenivå (Barstad, A 2001). Det er altså interessante sammenhenger

mellom utdanningsnivå og helse, både i forhold til sykkelighet og det å mestre en situasjon med sykdom og funksjonstap.

### **4.3 HELSE – LEVEALDER OG FUNKSJONSTAP**

Forekomsten av sykdom og skader øker kraftig med stigende alder, og en betydelig andel eldre får et svært sammensatt sykdomsbilde (multisykkelighet) med varierende grad av funksjonsnedsettelse. En stor andel av samfunnets samlede kostnader går til helsetjenester og omsorg for aldersgruppen over 75 år. Det forventes derfor at et økt antall eldre vil skape større etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester. Hvor sterk denne økningen blir, avhenger av i hvilken grad økt levealder innebærer flere leveår *uten* sykdom og funksjonsnedsettelse, eller om folk lever lenger enn før *med* sykdom og nedsatt helse. Dersom det siste er tilfellet, vil behovet for pleie- og omsorgstjenester øke ettersom antall eldre øker.

#### **4.3.1 Endringer i sykdomsbildet**

Det generelle sykdomsbildet endrer seg over tid. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer, som er den vanligste dødsårsaken i Norge, er kraftig redusert i løpet av de siste tiårene. Andre sykdommer og plager ser ut til å øke i utbredelse, slik som muskel- og skjelettlidelser, astma, allergier og kreft. Selv om både helseundersøkelsene og levekårsundersøkelsene viser en økning i andelen med langvarig sykdom i totalbefolkningen siden 70-tallet, øker ikke andelen sykdomstilfeller som påvirker den enkeltes evne til å utføre daglige gjøremål, og som gir seg uttrykk i smerter, angst, søvnproblemer og aktivitetsbegrensning.

Fortsatt er det betydelige forskjeller i helsetilstand etter sosioøkonomisk posisjon, målt både i forhold til inntekt, utdanningsnivå, yrke, klassetilhørighet eller kombinasjoner av disse. Klarest ser vi dette kanskje i Oslo, der forskjellene mellom de dårligst og best stilte bydelene i forventet levealder for menn er hele 11 år.

Sykdom eller funksjonshemming er årsak til ulike praktiske og sosiale problemer for mange. Problemene tiltar med økende alder. Bevegelsesevnen i eldrebefolkningen ser imidlertid ut til å være bedret de siste 15 årene. Ettersom helseproblemer hos eldre ofte er undervurdert og underdiagnostisert, er andelen eldre med komplekse helseproblemer sannsynligvis likevel større enn det som går frem av offentlig statistikk (St meld nr 30(200-2001); SOU 2003:91; Barstad, A 2001). Statens Helsetilsyn meldte i sin rapport "Scenario 2030" at

*"de store folkesykdommene, som ikke minst rammer eldre mennesker, får en økning på 40-60 prosent i antall tilfeller fram til 2030. Så å si all økning i sykdomsforekomst kommer i aldersgruppen 65 år og over."*(Statens Helsetilsyn 1999)

Rapporten bygger på en analyse av endringer i sykdomsutvikling på 9 forskjellige sykdommer, som konkluderer med at både pleiebehovet og sykehusinnleggelse vil øke med minst 60 % fram til 2030, og "at pleie- og omsorgsproblemet vil bli enda mer dramatisk fra 2030 til 2050." Det blir vist til at nedgangen i hjerte-kardødelighet og andre dødelige sykdommer nødvendigvis vil kunne gi en kumulativ økning av pleietrengende med kroniske tilstander som aldersdemens, katarakt og muskel-skjelettsykdommer.

#### **4.3.2 Tre teorier om levealder og sykkelighet.**

Internasjonal forskning gir imidlertid ikke noe entydig bilde av sammenhengen mellom levealder og sykkelighet, og det er utviklet teorier som både kan gå i retning av en økning og en reduksjon av antall spreke leveår i alderdommen:



- teorien om *sammentrengt sykkelighet* (komprimeringshypotesen) som forutsetter at folk holder seg friskere lenger, samtidig som levealderen ikke lenger vil øke nevneverdig (Fries 1980). Dette fører til redusert hjelpebehov.
- teorien om *utvidet sykkelighet* som forutsetter at levealderen fortsatt vil kunne øke betraktelig, men til gjengjeld føre til at folk lever flere år med funksjonstap. Nedgang i dødelige sykdommer erstattes med langvarige kroniske lidelser. Dette vil samlet medføre økt behov for behandling og pleie.
- teorien om *utsettelse av sykkelighet* forutsetter at folk blir friskere lenger, men fordi levealderen øker, blir tiden med sykdom og funksjonstap omtrent den samme. Den blir bare forskjøvet i tid. Dette innebærer et uendret og noenlunde stabilt hjelpebehov.

(Seshamani and Gray 2004; Felder 2003; Daatland og Solem 2000; St meld nr 34 (1999-2000); Botten, Hagen og Waaler (2000); Thorslund og Parker (2005))

Forsøk på å teste komprimeringshypotesen har til nå ikke gitt entydige resultater. Noen finner grunnlag for å hevde at bedret helse blant eldre forkorter levetiden med funksjonstap. Andre finner at forlenget levealder også forlenger perioden med funksjonstap, eller at den skrøpelige perioden er like lang, men utsettes i tid.

#### 4.3.3 Tre ulike undersøkelser

Tre ulike undersøkelser fra de siste årene illustrerer at alle tre hypoteser kan finne belegg i de siste årenes utvikling av sykkelighet og funksjonsevne:

1. Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har i rapporten ”*Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg?*” framskrevet utgiftene til pleie og omsorg under ulike forutsetninger om endringer i Eldres funksjonsevne. Dersom funksjonsevnen ikke endrer seg, anslås det at demografiske faktorer alene vil føre til at utgiftene som andel av BNP vil øke med 40 pst. fram mot 2030. Data fra levekårs- og helseundersøkelsene i perioden 1985-98 tyder imidlertid på at det kan ha skjedd en forbedring av Eldres funksjonsevne. Legger en til grunn en fortsatt forbedring av Eldres funksjonsnivå i samme takt som de siste 10-15 årene antyder, vil pleie- og omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres eller reduseres noe fram mot 2030 til tross for økningen i antall eldre. Rapporten gir ikke entydige svar, men illustrerer at det er flere mulige utviklingsløp. Det understrekes også at framskrivningene bygger på svært få variabler for å beskrive funksjonsevne. Resultatene støttes imidlertid av undersøkelser gjort i andre land, og er lagt til grunn i OECDs arbeidsrapport ”How Should Norway respond to ageing?” (Botten, Hagen og Waaler 2000; Antolin og Suyker 2001)

2. Den svenske SWEOLD-studien tyder på at aldergruppen 77-98 år har dårligere helse i 2002 enn i 1992. Selv om levealderen øker, innebærer ikke det at flere forholdsvis friske år blir lagt til livslengden. Tvert imot innebærer lengre levealder mer sykkelighet. Spesielt stort utslag gjorde undersøkelsen i forhold til menn:

*”Cirka en tredjedel av männen mellan 77 och 84 år ansåg att de led av ohälsa år 1992, tio år senare var det över hälften i samma ålder.”*

Studien bygger på svar og tester fra et representativt utvalg på nærmere 700 personer, og gir derfor ikke grunnlag for sikre konklusjoner i forhold til om funnene bryter en langsiktig positiv trend (Thorslund 2003). En dansk studie for perioden 1987-2000 (Brønnum-Hansen 2005) viser at selv om perioden med funksjonssvikt avtar, skjer det likevel en økning i antall år med langvarig sykdom og kroniske tilstander. Det kan altså være tale om både sammentrengt uførhet og utvidet sykkelighet på en og samme tid.

3. I sin Larvik-undersøkelse har Tor Inge Romøren fulgt befolkningen over 80 år gjennom ulike hjelpetiltak, sykehus- og sykehjemsopphold fra 1981 fram til døden. Ved å sammenligne de som døde i en alder av over 90 år på 1980-tallet med dem som døde i samme alder på 1990-tallet, fant han at den siste generasjonen av 90-åringene levde 1,2 år lenger. Likevel var tiden med store skrøpeligheter før død den samme for begge grupper. Larvikundersøkelsen tyder dermed på at når levealderen øker, blir perioden med skrøpeligheit verken kortere eller lengre. Den forskyves bare i tid. I forhold til framtid, konkluderer Romøren sin undersøkelse med at analysene av funksjonstap i høyere grad vil motstå faren for å bli avleggs enn analysene av familieomsorg og tjenestebruk:

*”Selv om også nye generasjoners kropp forandrer seg, slik de alltid har gjort, skjer det bestandig betydelig saktere enn deres sosiale omgivelser. Nye fødselskull vil ha vært helsemessig mindre utsatt gjennom livet. De har i høyere grad levd med antibiotika og vaksiner, de har hatt bedre arbeidsmiljø og mindre fysisk slit. Flere vil overleve til høy alder, trolig også flere potensielt skrøpelige. Men flere vil også være sprekere. I hvilken retning balansen mellom disse gruppene vil tippe i ulike perioder, om det vil skje en sammentrengning av sykkeligheten, om den blir som nå, utvides, eller rett og slett svinge, er etter mitt skjønn et åpent spørsmål...”*

(Romøren 2001; Daatland og Solem 2000)

Romøren bruker uttrykket ”Levealder uten funksjonstap” synonymt med ”Active life expectancy”, og kaller den perioden individer lever med funksjonstap før død for ”levetid med funksjonstap”. Han finner med utgangspunkt i en hel eldrebefolkning i et geografisk avgrenset område (Larvik), at levetid med alvorlig funksjonstap gjennomsnittlig er 2,8 år. Han finner også at levealder uten funksjonstap er nesten den samme for begge kjønn, og at det kvinner vant i lenger levealder sammenlignet med menn, derfor var en tid fylt med funksjonstap. Levetid med alvorlig funksjonstap var 3,2 år for kvinner og 1,8 år for menn. Når det gjelder tjenestebruk mottar kvinner gjennomsnittlig institusjonsomsorg dobbelt så lenge som menn, og varigheten av perioden med hjemmetjenester er også betydelig lengre.

De fem viktigste medisinske tilstander som er assosiert med 75 % av all tid med funksjonstap i den undersøkte befolkning var (rangert etter viktighet):

1. Aldersdemens
2. Leddsykdommer
3. Lårhalsbrudd og andre skader
4. S sammensatte tilstander
5. Hjerneslag

(Romøren 2001)

Av disse framstår aldersdemens som den største utfordringen.

#### **4.3.4 Utgangspunkt for planlegging**

I planleggingssammenheng vil en nøktern vurdering være å legge til grunn en forholdsvis stabil og uendret periode med alvorlige funksjonstap på slutten av livet, i hvert fall i et mellomlangt tidsperspektiv. Slike endringer tar tid. Det er videre forhold som kan føre til at denne perioden med stort hjelpebehov både kan bli kortere og lengre, men disse faktorene ser delvis ut til å oppheve hverandre. Endringer i sykdomsbildet vil sannsynligvis både gi eldre flere friskere år og forlenget levealder, men samtidig erstatte dødelige sykdommer med mer kroniske og langvarige lidelser.

Tar en utgangspunkt i den eldre befolkning og legger et helsepolitisk perspektiv til grunn, bør det medisinske fokus rettes mot de sykdommer som gir langvarige funksjonstap. I en slik sammenheng bør demenslidelser og multisykelighet gå foran det meste. Dette innebærer i så fall en betydelig omprioritering i norsk helsevesen.

Fortsatt er det betydelige forskjeller i helsetilstand og dødelighet etter sosioøkonomisk posisjon, noe som understreker betydningen av utdanning og sosial og økonomisk likhet. Den tydeligste av alle faktorer som er studert i forhold til funksjonstap og tjenestebruk på slutten livsløpet, er betydningen av kjønn. Dette er i dobbelt forstand et kvinnespørsmål, ettersom langt flere kvinner enn menn når høy alder, og kvinner har dobbelt så lang periode med funksjonstap og behov for tjenestetilbud som menn. Alderdommens helseproblemer bør derfor vurderes ut fra og ses i et kvinneperspektiv.

Det er ellers grunn til å regne med at framtidige generasjoner kan ha mer ressurser å møte alderdom og funksjonstap med, både av økonomisk, materiell, utdanningsmessig og politisk art. Kombinert med bedre teknologi, diagnostisering og behandlingsmuligheter kan dette gi seg utslag i økte krav og kostnader. Det kan derfor bli av avgjørende betydning hvordan den eldre befolkning tar i bruk sine egne ressurser. Den viktigste strategien vil være å rive aldersbarrierer, hindre den framtidige seniorbefolkningen i å stille seg utenfor, og fremme fortsatt aktivisering og deltakelse i samfunnsmessig sammenheng på alle områder (Hagestad 2003). Dette vil sannsynligvis også ha betydelige forebyggende effekter sosialt og helsemessig. Seniorbefolkningens deltakelse eller tilbaketrekning framstår på denne bakgrunn som et tema av stor betydning både for pensjonsordninger, helse, familieomsorg og pleie- og omsorgssystem i framtida.

## **4.4 HOLDNINGER OG VERDIER**

Det er vanlig å si at en blir mer konservativ med årene, og eldre beskrives ofte som bærere av mer tradisjonelle verdier med respekt for Gud, konge og fedreland. De er gode på sparing, ønsker seg trygghet og har kanskje mindre toleranse og åpenhet for kulturelt mangfold og moderne frigjorthet. For å finne ut om slike forestillinger stemmer, blir sentrale problemstillinger derfor:

Skiller eldre seg ut når det gjelder plassering i verdilandskapet i forhold til andre grupper i befolkningen? Endrer dette bildet seg over tid, og i hvilken retning går det i så fall? Hva tar eldre med seg av verdier og holdninger inn i alderdommen, og i hvor stor grad endrer disse seg av å bli gammel?

### **4.4.1 Eldre som tradisjonelle idealister**

I følge Norsk Monitor går det viktigste kulturelle skillet mellom en moderne verdiorientering (åpenhet, endring, mangfold og sans for det nye) og en tradisjonell verdiorientering (stabilitet, trygghet, skikk og bruk og hold fast ved det som har vært). Langs denne dimensjonen er det likevel stor variasjon. Den kommer best til uttrykk ved også å skille mellom en materialistisk orientering (med vekt på materielle vilkår, økonomisk vekst) og en idealistisk orientering (med vekt på åndelige verdier, nærhet, omsorg, miljø og helse). På den måten deles befolkningen i fire segmenter, som hver rommer omtrent en fjerdedel av befolkningen:

Figur 4.1: Verdiorientering - Norsk Monitor

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Moderne<br>Materialister       | Moderne<br>Idealister       |
| Tradisjonelle<br>Materialister | Tradisjonelle<br>Idealister |

Kilde: Hellevik (1996)

1. De tradisjonelle idealistene, kjennetegnet med "gudsfrykt og nøysomhet", der avholdenhet er en dyd og forbruk og nytelse ses på som laster. Stikkord for denne gruppen: "Yte og ofre".
2. De tradisjonelle materialistene, kjennetegnet med "gjør din plikt, krev din rett", der materiell trygghet og økonomisk vekst går foran personlig utvikling og miljøspørsmål, og det er viktig å rette seg etter overordnede. Stikkord: "Eie og trygge".
3. De moderne idealistene, kjennetegnet av toleranse, individualitet og skepsis til autoriteter, der selvrealisering, likestilling og vennskap går foran økonomiske interesser. Stikkord: "Yte og mestre".
4. De moderne materialistene, kjennetegnet av å ha fokus på konsum og forbruk framfor produksjon, der det er viktigere å nyte øyeblikket enn å bekymre seg for framtida, og bylivets gleder betyr mer enn naturopplevelser. Stikkord: "Eie og nyte".
5. I tillegg til disse 4 kulturene, befinner om lag en femtedel av befolkningen seg i det kulturelle i krysningspunktet, eller det vi kan kalle sentrumssegmentet.

Det moderne materialistiske hjørnet er befolket av unge menn, mens kvinnene har inntatt hjørnet for de moderne idealister. Der er det også mange med høy utdanning. De to tradisjonelle segmentene domineres av eldre og personer med mindre utdanning. Ser vi på aldersgruppen 70 år og over, plasserte de fleste seg på den tradisjonelle siden av streken i 1995, flest som idealister, men nesten like mange som materialister. Alder ser ut til å slå spesielt sterkt ut i forhold til dimensjonen moderne - tradisjonell, men aldersforskjeller ser også ut til å ha betydning for materialisme/idealisme-dimensjonen.

En tredje dimensjon som også er beskrevet i Monitor-undersøkelsene er forholdet radikal - konservativ. Her er imidlertid aldersforskjellene svært beskjedne når vi sammenligner de eldste og de yngste. Årskullene født mellom 1942 og 1961 skiller seg imidlertid ut med en markert mer radikal verdiorientering. Dette er et fenomen som ofte knyttes til studentopprøret i 1968, og blir derfor ofte kalt sekstiåtttereffekten. Mange er spente på hvordan dette vil slå ut når denne generasjonen blir pensjonister. Det er mange forventninger om at de ikke kommer til å repetere sine forgjengere, men skape en nye måter å være gammel på (Hellevik 1996; Schiefloe 2003; Hellevik 2001a; Hellevik 2001b).

## BABY BOOMERS

Den amerikanske pensjonistorgansasjonen AARP har fått utført en undersøkelse (AARP 1999) om hvordan amerikanske baby-boomere ser på pensjonisttilværelsen. Den støtter på mange måter de oppfatninger som har dannet seg av en generasjon som er tilfreds, uavhengig, optimistisk, men noe selvopptatt. Baby-boomerne mener de vil leve lenger og ha bedre helse enn tidligere generasjoner. Men de vil samtidig unne seg mer og trenge mer penger for å leve komfortabelt. Ulike levekår gjør imidlertid at baby-boomerne møter alderdommen på forskjellig måte:

- **The Strugglers** (9%) har ikke hatt økonomi til å spare og ikke vært i posisjon til å forberede pensjonsalderen
- **The Anxious** (23%) prøver til tross for dårlig økonomi å legge noe til side, men frykter å stå uten arbeidsinntekt og er bekymret for høye utgifter til helse og pleie
- **The Enthusiasts** (13%) ser fram til pensjonisttilværelsen, da de skal slippe å arbeide og ha både tid og økonomi til å leve
- **The Self Reliants** (30%) har gode inntekter og høy utdanning, og er motiverte for fortsatt arbeid og et aktivt liv ut fra egen faglig og personlig interesse
- **Today's Traditionalists** (25%) stoler først og fremst på velferdsordningene og helse- og omsorgsapparatet og fester tillit til at fellesskapsordningene skal være tilgjengelige om de trenger det.

Undersøkelsen konkluderer med at Baby-boomernes inntog i pensjonistenes rekker vil endre amerikanernes oppfatning av hva det vil si å bli gammel. De kan i hvert fall ikke vente seg at "one-size-fits-all"- løsninger lenger er gangbare.

Undersøkelsen understreker også at det er en sterk grad av polarisering, og at gruppene "The Strugglers" og "The Anxious" også er de som stoler minst på trygdeordninger og helse- og omsorgssystemet.

*"The existence of the Struggler and the Anxious segments today will undoubtedly pose societal challenges tomorrow" (AARP 1999)*

I en rapport basert på Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon (NorLag) peker resultatene i retning av at morgendagens omsorgstjenester vil møte brukere "som er mindre beskjedne, stiller større krav og vil bestemme mer selv":

*"De kan i noe større grad forventes å ha individualistiske verdier med vekt på personlige prestasjoner, nytelser og opplevelser, og de vil legge mindre vekt på tradisjonellistiske verdier som konformitet og beskjedenhet." (Slagsvold og Solem 2005)*

### 4.4.2 Først menneske – så gammel!

Spørsmålet om eldrebefolkningen så tydelig plasserer seg i de to tradisjonelle segmentene fordi de er blitt gamle (livsfaseforklaringen), eller om nye generasjoner eldre tilfører alderdommen sine egne og dermed stadig nye verdier (generasjonsforklaringen), er av stor betydning for hva vi kan se for oss i framtida. Skyldes aldersforskjellene generasjonseffekter, vil vi få en gradvis endring etter hvert som gamle generasjoner avløses av nye. Har de derimot med livsfaseeffekter å gjøre, kan vi forutsi ganske stor stabilitet i verdier og oppfatninger. Er gamle egentlig bare "unge som er blitt eldre", som har tatt med seg verdier og holdninger fra oppvekst og tidligere liv inn i alderdommen? Eller er rollen og livet som gammel en helt egen livsfase, som en sosialiseres inn i og påvirkes så sterkt av at det gir mening å snakke om de eldres holdninger, verdier og atferd?

På den ene siden skjer det så store og egentlig dramatiske forandringer i livet som gammel, at det ikke kan gå ubemerket hen, men må sette sine spor og kanskje endre fokus: Kroppslige og kognitive aldersforandringer, endring i sosiale roller i familie og arbeidsliv og andre forventninger fra samfunnet rundt. Sykdom og tap av ektefelle, jevnaldrende venner og tidligere kollegaer, tap av arbeid og med det ofte status og yrkesidentitet. Og til slutt i mange tilfeller egen sykdom og funksjonstap. Alderdommen har i hvert fall på denne måten sine egne utfordringer og tema, ikke minst i sluttfasen av livet.

På den annen side blir vår personlighet i stor grad formet i unge år, og vil være preget av egen oppvekst og oppdragelse. Eldre vil derfor møte alderdommens tema og utfordringer med den ballast de har med seg og de livserfaringer de har gjort i sin tid, sammen med sin generasjon. Fortsatt lar vi oss også påvirke av tiden og samfunnet rundt oss i like stor grad som av at vi er blitt gamle. Selv om vi kanskje har mer livserfaringer å møte "tidsånden" med, er det på mange måter derfor riktig å si: Først og fremst menneske – så gammel!

Det er kanskje først når vi kommer til den siste fasen med store kroppslige forandringer og møtet med døden, at mer livsfasebetingede forhold kan bli dominerende. Men selv da gjør vi ulike valg. Hvordan vi f.eks. forstår og takler smerte, angst og avhengighet eller spørsmål om økonomi og arv, er både individuelt og kulturelt betinget. Det samme er spørsmålet om de siste dager først og fremst er noe helsevesenet bør ta seg av bak lukkede dører, eller om døden bør gis rom i hjemmets og dagliglivets omgivelser.

#### **4.4.3 I moderne og materialistisk retning**

Om vi har data fra bare et tidspunkt, er det ikke mulig å skille generasjonseffekter og livsfaseeffekter fra hverandre. For å kunne danne oss et bilde av hva som ligger bak aldersforskjellene, er det nødvendig å følge årskull av personer over tid, for å se om det skjer endringer med alderen eller om ulike generasjoners (kohorters) særpreg ligger fast. Undersøkelser som Norsk Monitor med intervjuer annethvert år over en lengre periode, har gjort det mulig å gjennomføre slike kohortanalyser på materialet fra 1985-99 (Hellevik 2001a; Hellevik 2001b). I forhold til verdidimensjonen moderne – tradisjonell, viser analysen at en nok blir mer og mer tradisjonell jo eldre en blir. Alle aldersgrupper beveger seg imidlertid i moderne retning. Denne generasjonseffekten (med mulige periodeeffekter) er noe sterkere enn livsfaseeffekten. På den bakgrunn kan vi forvente en styrking av moderne verdier i årene framover som følge av generasjonsutskiftingen.

En tilsvarende analyse av verdidimensjonen materialistisk – idealistisk, konkluderer med at det har skjedd en endring i materialistisk retning, og at de mer idealistiske eldre blir erstattet med mer materialistiske yngre. Også her gir generasjonseffekten grunn til å vente en fortsettelse av denne trenden. Det er klare tegn på at forskjellene mellom yngre og eldre er et uttrykk for generasjonsforskjeller, og at dette vil påvirke den kulturelle utviklingen framover:

*"For materialisme-idealisme-dimensjonen forsterkes generasjonseffekten av en periodeeffekt som også går i materialistisk retning, mens en livsfaseeffekt bidrar til å avdempe virkningen av aldersforskjellene når det gjelder moderne-tradisjonell-dimensjonen (Hellevik 2001a).*

Når det gjelder dimensjonen radikal - konservativ, er det bare små utslag på målingene over tid. Dette kommer til uttrykk som en svak konservativ tendens i befolkningen som helhet. Når kohortene født mellom 1942 og 1961 blir eldste generasjon, og dagens eldste og mer konservative generasjon faller fra, skjer det sannsynligvis en bevegelse i radikal retning i eldrebefolkningen. Denne vil imidlertid være av midlertidig karakter, ettersom årskullene som

kommer etter igjen er mer konservative i utgangspunktet. Det er likevel grunn til å anta at ”sekstiåttreffekten” i noen grad kan komme til å prege bildet mer og mer i perioden fram til 2030, først i forhold til pensjonisttilværelsen generelt og deretter i forhold til omsorgsspørsmålene som er sentrale for denne oppgaven.

På grunn av ulik historisk forankring kan vi derfor på ingen måte anta at dagens femtiåringer vil bli som dagens åttiåringer om tredivye år. ”Livsløyper må alltid plasseres i et historisk landskap,” sier gerontologen Gunhild O Hagestad (Hagestad 2003). Mens livsfasene og inndelingen av dem forskyves i tid, forandres de også ”innvendig” ved at nye generasjoner beveger seg inn i dem. De kommer ikke tomhendte, men bærer med seg sine vaner, erfaringer og livsstilsmønstre fra en fase over til den neste. Samspillet mellom alle disse ulike faktorene knyttet til livsløp, livsfaser og de ulike generasjonenes historiske forankring og erfaring vil være vesentlige drivkrefter i utviklingen framover (Frønes og Brusdal 2000).

#### **4.4.4 Individualisering eller fellesskap**

En av de mest sentrale verdimeslige tema for framtidig eldreomsorg, er kanskje spørsmålet om individualisering versus fellesskap. Det er en vanlig oppfatning at familiebånd og lokalsamfunn oppløses og at det blir mindre fellesskap og mer egoisme. Dette er en bekymring som også har kommet til uttrykk innenfor samfunnsforskningen, der vi fortsatt står oppe i en debatt om konsekvensene av individualisering. I Monitor-undersøkelsene endrer ikke verdiforekomsten seg vesentlig over tid for spørsmålet om individualitet. Riktignok vektlegger yngre individualitet sterkere enn eldre, men dette ser ut til å være en livsfaseeffekt. En undersøkelse gjort ved Statistisk Sentralbyrå (Marthinussen 1999) tyder også på at fellesskapsverdiene står sterkere enn antatt, og at disse verdiene ikke dør ut med de eldste generasjonene. Selv om den eldste aldersgruppen var mer likhetsinnstilt, var de f eks klart mindre kollektivorienterte enn de yngre. Kollektivorienteringen var sterkest blant kvinner under 40 år. Forestillingen om forvitring av sosiale bånd og endring av samfunnet i retning av mer individualistiske verdier får altså ikke uten videre støtte i senere års norsk forskning. (Gautun 2003; Schiefloe 2003)

Ut fra datamaterialet i den danske verdiundersøkelsen er en kommet til tilsvarende konklusjoner. I en sammenligningsundersøkelse av tre kohorter verdsetter nok dagens eldre sosial likhet og statens rolle i ansvaret for den enkelte noe høyere enn morgendagens og fremtidens eldre, som i større grad framhever enkeltmenneskets frihet. Men når det kommer til spørsmålet om solidaritet med de eldre og den balanse det er i det danske samfunn mellom enkeltindividets og statens ansvar for den enkelte, er det ingen generasjonskløft (Thomsen 2003).

### **4.5 DELTAKELSE OG NETTVERK**

Jo eldre vi blir, jo skrøpeligere blir av naturlige årsaker ofte vårt sosiale nettverk. Tap av ektefelle, søsken og jevnaldrende venner innebærer at uerstattelige personer i det sosiale nettverket forsvinner, og at den som blir igjen mister den de har bodd og levd sammen med og de som har vært deres nære fortrolige gjennom et langt liv. Det er nok derfor ikke alderen i seg sjøl, men livssituasjonen som gjør at opplevelsen av ensomhet er høy blant de eldste eldre.

Levekårsundersøkelsene viser at flere og flere bor alene, også i de eldste aldersgruppene. Samtidig er det likevel blitt færre sosialt isolerte de siste 20 årene, spesielt blant eldre kvinner. Flere har også fortrolige venner enn før. Mindre stabile relasjoner internt i husholdningene kompenseres til en viss grad av nære fortrolige venner utenfor husholdningen. Det er mer

nabokontakt på bygda enn i byen, men det er likevel flere på bygda som mangler en fortrolig venn (Sosialt Utsyn 2000).

### *Ensomhet*

Risikoen for ensomhet er først og fremst knyttet til familiesituasjon og helse, viser en fersk undersøkelse basert på den norske NorLAG-studien (Slagsvold og Daatland 2006). Enker og enkemenn er de mest ensomme, og de som plages med psykiske problemer er langt mer ensomme enn andre. Risikoen for ensomhet øker også ved fysisk helsesvikt, men ser ikke ut til å ha sammenheng med graden av deltakelse i organisasjoner og sivilsamfunn. Den beste medisin mot ensomhet er ut fra denne studien ekteskap eller samboerskap. Det er de nære relasjonene til familie og venner som har avgjørende betydning.

Den danske ÆldreSagens framtidsstudie viser at familien faktisk har fått stigende betydning, og at et tydelig trekk de siste to tiårene er vennenes økte betydning i Eldres sosiale nettverk ved at de:

*” ..kommer mer sammen med vores venner, og i højere grad går i teatret, dyrker sport og rejser med dem samt hjælper hinanden med praktiske ting under sygdom og vanskeligheder”*

Studien peker også på at det er påfallende forskjell på hva folk tror om andres ensomhet, og i hvilken grad de selv opplever seg som ensomme (Ældre Sagen 2001).

### *Politisk deltakelse*

Valgstatistikken viser at eldre mennesker er trofaste ved valgurnene. De har imidlertid vært mer tilbakeholdne med annen politisk deltakelse og aktivitet, enten det er partipolitisk aktivitet og representasjon eller mer utadrettede politiske aksjonsformer. Dette er nok i betydelig grad et livsfasefenomen, ettersom dagens eldre slett ikke er ukjente med streiker og demonstrasjoner, faner og flagg (Daatland et al 2003). Men i den grad det også kan være et generasjonsfenomen, er det ikke umulig at 68-generasjonen vil ta i bruk mer direkte politiske virkemidler for å få gjennomslag for sine interesser i alderdommen, slik de for så vidt har gjort gjennom hele livsløpet. De siste årene har vi også sett at pensjonistene har gått ut på gaten og stått bak aksjoner knyttet til pensjonsspørsmål eller en bedre eldreomsorg. Det er grunn til å anta at vi vil se mer av det i framtida.

En dansk undersøkelse av tre kohorter av nåværende og kommende eldre konkluderer med at det er mye som taler for at de kommende eldre vil stå sterkere. De har bedre utdannelse, bedre helse og både menn og kvinner har gjennom sin tilknytning til arbeidslivet fått en bred berøringsflate med samfunnslivet:

*”Man kan således kun vente en engageret og aktiv kommende ældrebefolkning, der er parat til at benytte forskellige kanaler til at artikulere deres interesser”* (Thomsen 2003)



## 5. OMSORGSSCENARIER

*”Informasjonen har verdi bare i det øyeblikk den er ny. Den lever bare i dette øyeblikket, den må uten tap av tid utlevere seg til det og forklare seg for det. Annerledes med fortellingen: den brukes ikke opp. Fortellingen bevarer sin kraft samlet og er i stand til å utfolde den selv etter lang tid.”*  
Walter Benjamin i essayet ”Fortelleren” (Benjamin 1975).

Den moderne eldreomsorgens historiske utviklingstrekk og morgendagens utfordringer knyttet til demografi og en stor seniorbefolknings preferanser, behov og ressurser, blir springbrettet for denne oppgavens omsorgsscenarier. I dette kapitlet vil jeg med bakgrunn av teoridelen i innledningen gjøre rede for mine metodiske grep og tilnærming, og utvikle grunnelementene i de scenariefortellingene som utgjør resten av denne oppgaven.

### 5.1 TIDLIGERE SCENARIER OM ALDRING OG OMSORG

Som en innfallsvinkel til å finne en metodisk tilnærming til å utvikle omsorgsscenarier for de nye eldre, har jeg valgt å se nærmere på hvordan metodeutfordringene er løst i 3 tidligere norske scenarieproduksjoner der aldring og omsorg inngår. I disse ”omsorgsscenariene” møtes gerontologien og framtidsforskningen, to tverrvitenskapelige forskningsområder med nær tilknytning til samfunnsplanlegging.

#### 5.1.1 ”Scenario 2030”

Statens Helsetilsyn kom i 1999 med utredningen ”Scenario 2030” om sykdomsutviklingen for eldre. For perioden fram til 2030 konkluderer utredningen med at

- de store folkesykdommene øker 40-60 prosent i antall tilfeller
- så å si all økning i sykdomsforekomst skjer i aldergruppen over 65 år
- rekrutteringen til pleieyrkene øker ikke i takt med sykdomsutviklingen blant eldre

Rapporten karakteriserer rekrutteringsproblemet som det mest dramatiske funnet og oppfordrer til handling:

*”Å tilpasse seg slike dramatiske endringer tar tid. Derfor må myndigheter, utdanningsinstitusjoner og fagfolk starte denne prosessen allerede nå. Den relativt moderate utviklingen de første 10 årene må benyttes til den kraftige opprustningen som det blir behov for 2010 til 2030. Her kreves langsiktige løsninger, for alt tyder på at utviklingen blir enda mer påtrengende i perioden 2030 til 2050”* (Statens Helsetilsyn 1999).

Rapporten gir inntrykk av å benytte seg av framtidsstudier og scenarieskriving som metodisk tilnærming. Den bygger imidlertid på en ren framskriving av kvantitative data om befolkningsutvikling, sykdomsforekomst og personellrekruttering og stiller opp bare ett framtidsbilde. Dette bildet er til gjengjeld forholdsvis dystert og blir stående som en utfordring om tilpasning for både helse- og utdanningssystemet.

Av metodekapitlet går det fram at rapporten i hovedsak bygger på prognoser:

*”Framtiden ligger i nåtida. Prognoser om framtiden tar som utgangspunkt dagens situasjon og kunnskaper og oppfatninger om den dynamikk som styrer utviklingen. For en befolknings helse og for en organisasjon som helsetjenesten vil det på kort sikt dreie seg om relativt marginale endringer, dvs. at bildet i morgen blir omtrent som i dag.”*

Det understrekes imidlertid at alle prognoser når som helst kan bli kullkastet ved sjokkhendelser, både i form av krig og katastrofer eller vitenskapelige gjennombrudd. Både i forhold til medisinsk utvikling, økonomisk utvikling og endringer i sosiale forhold er en tidshorisont på 30 år lang tid. Det blir understreket at hovedpoenget ikke er å angi forventede tall fram til 2030, men sette søkelyset på kreftene i dagens utvikling og på mulige konsekvenser. Rapporten velger å ta "utgangspunkt i det relativt godt forutsigbare", og bare antyde andre muligheter basert på "mer spekulative faktorer."

Rådet er imidlertid entydig fra forskerens side:

*"Det er viktig at man i politikken forholder seg til slike framskrivninger i overensstemmelse med forutsigbarheten. Man må planlegge etter det mest sannsynlige, men samtidig ha et beredskap for avviksmuligheter gradert etter forventet effekt der Forventning = Sannsynlighet x Virkning"* (Statens Helsetilsyn 1999)

### 5.1.2 "Scenarier 2000"

20 år etter introduksjonen av framtidsforskningen i Norge kom prosjektet og boka "Scenarier 2000", som på mange måter var et gjennombrudd for scenariemetoden brukt i norsk sammenheng. Boka tegnet tre framtidsbilder av Norge under titlene Omsorg, Forvitring og Fornyelse (Hompland red. 1987). Omsorgsscenariet beskriver en voksende offentlig omsorgssektor delfinansiert av gode oljeinntekter, der omsorgsoppgavene i økende grad profesjonaliseres. I takt med at kvinnene tar høyere utdanning og går ut i arbeidslivet, blir offentlig sektor et instrument for å avlaste privatsfæren. "Livsfaseklemmen", "kjønnsvippe" og "de gamle eldre" eller "den femte generasjon" er begreper som er blitt stående etter "Scenarier 2000", og dette prosjektet danner på mange måter skole for seinere norsk scenarioskriving.

Omsorgsscenariet i "Scenarier 2000" bygger også på tilgjengelig kunnskap og prognoser om befolkningsutvikling, "eldrebølgen", rekruttering mv. I motsetning til Statens Helsetilsyns endimensjonale perspektiv, fanget imidlertid "Scenarier 2000" opp et annet viktig trekk som skulle forandre omsorgstjenestene i Norge og sette sitt preg på det norske samfunnet i årene som kom: Kvinnene tok utdanning, gikk ut i arbeidslivet og fikk innpass på stadig flere arenaer, og offentlig sektor måtte inn og avlaste hjemmene for omsorgsbyrder, både i forhold til barn og eldre. Spenningen mellom kvinnelig yrkesaktivitet og løsningen på samfunnets omsorgsoppgaver var "driveren" som ledet fram til omsorgsscenariet

"Scenarier 2000" definerer scenarier som en skissering av internt konsistente, men kvalitativt forskjellige framtidsbilder som viser og drøfter de prosesser som kan føre dit. Et scenario opptrer derfor aldri alene. Til grunn for prosjektet lå det en oppfatning om at enkeltmennesker eller organisasjoner kan møte og påvirke framtida, og ikke bare tilpasse seg usikre omgivelser. Poenget med scenariene er å vise hva som kan skje, ikke hva som kommer til å skje. Scenarier skal skape innsikt og forståelse, ikke tro, slår prosjektet fast (Hompland 1987).

"Scenarier 2000" kombinerer harde og myke fagtradisjoner hva innholdet angår, med inspirasjon både fra amerikansk og fransk skole. Her er det hentet stoff både fra økonomi, politikk, feminisme og sosiokulturelle forhold. Når det gjelder form framstår de tre scenariene som skoleeksempel på "fransk" scenarioskriving.

*"Et scenario er vellykket om det skaper debatt foran et strategivalg, mislykket om det brukes til å begrunne eller legitimere et bestemt valg,"* oppsummerte Andreas Hompland erfaringene med "Scenarier 2000" (Selstad 1991).

### 5.1.3 "Scenarier 2012"

"Kommune-Norges Framtid – Scenarier 2012" (Dølvik mfl 1991) definerer scenarier som en beskrivelse av alternative framtider som:

- bygger på både hendinger og handlinger
- beskriver troverdige utviklingsretninger
- representerer mulige valg
- analyserer en vifte av alternativer

Boka tegnet tre scenarier for kommune-Norge 175 år etter at formannskapslovene kom, under verdibegrepene: Effektivitet, Likhhet, Demokrati. I effektivitetsscenariet blir markedet modellen og kommunene følger samme utvikling som private bedrifter. I likhetsscenariet slår staten tilbake og sikrer innbyggerne rettigheter gjennom statlige garantier, mens demokrati-scenariet tillegger det lokale folkestyret flere oppgaver som skaper et mangfold av løsninger.

I denne studien tas omsorgstemaet opp som en av 4 hovedutfordringer kommunene vil møte: Omsorg, arbeid, kultur og miljø. Omsorgsutfordringen beskrives både som demografisk problem (mange eldre/få forsørgere) og som nye krav og forventninger til omsorgstilbudet, og det blir pekt på at styrkeforholdet mellom generasjonene vil skifte mye de neste åra, som et resultat av oppgang i fødselstallene i årene etter krigen og tilsvarende nedgang etter 1968.

Studien analyserer så hvilke løsninger de ulike scenarier kan tilby i forhold til omsorgsutfordringen. Effektivitetsscenariet gir tilbud i private institusjoner, med høy standard til de som kan betale for det. Omkostningene er større sosial ulikhet. Likhhetsscenariet finansieres av staten gjennom kommunale tilbud der standarden er noe lavere, men alle har lik rett til hjelp. Demokratiscenariet baserer seg på kommunale og kooperative løsninger, der lokale prioriteringer fører til synlige forskjeller mellom kommunene.

*"Hensikten med scenarioanalyser er først og fremst å lære noe om konsekvensene av handlingsvalg. Det må derfor lages et knippe av scenarier, som hver for seg kan representere mulige valg og troverdige utviklingsretninger. Det er sammenlikningen av resultatene i de ulike scenariene som gir ny innsikt" (Dølvik et al 1991).*

Studien har så langt fanget opp hovedtemaene i den aktuelle debatt om utfordringene i norsk eldreomsorg, og avspeiler de politiske hovedløsninger som blir anvist. Debatten går fortsatt langs de linjer som ble trukket opp i "Scenarier 2012", og treffer godt også når vi vurderer det 13 år seinere. Kanskje er det fordi løsningene er forholdsvis sikre og forutsigbare. Debatten om privatisering og forholdet mellom statlig og kommunalt forvaltningsnivå har gått i mange år før denne studien ble til, og det er ikke vanskelig å spå at den vil bli ytterligere tilspisset i årene som kommer. Men det verdibaserte fokuset prosjektet hadde valgt, var godt egnet til politisk debatt og veivalg.

Scenariestudien "Kommune-Norges Framtid" brakte ikke noe revolusjonerende nytt, men framstår som en systematisk og i god forstand traust framstilling av allerede aktuelle problemstillinger. Det var likevel ikke mange som ville spå at mer stat ville være noen løsning, da denne scenariestudien ble lagt fram. Mens oppgavefordelingen på 80- og 90-tallet stort sett bare gikk i retning kommunesektoren, er det verdt å merke seg at staten faktisk "har slått tilbake" i forhold til å ta sterkere statlig styringsgrep om deler av helse- og omsorgssektoren de siste årene, litt på tvers av utviklingen ellers i Europa. Slik har vi fått litt av alle de tre scenariene om Kommune-Norges Framtid.

#### 5.1.4 En inngang og flere utganger

Vi vet ganske mye om den generasjonen som blir eldre de neste tiårene, og det er mye som tyder på at vi kan stå overfor store kapasitetsmessige utfordringer på omsorgstjenestens område i hele den vestlige verden som følge av den demografiske utviklingen. Budskapet i Statens helsetilsyns utredning "Scenario 2030" er på denne bakgrunn rimelig underbygd. Utredningen kan likevel knapt kalles et scenario. Scenarieskiving som metodisk tilnærming starter heller der Statens Helsetilsyn slutter, med å tegne flere framtidbilder som utforsker mulige løsninger på en krevende samfunnsmessig utfordring. Det er ikke bare en framtid, det er flere. Det handler ikke om å forutsi hvordan framtida blir, for så å kunne tilpasse seg. Det handler om å åpne opp for flere muligheter og løsninger. I stedet for å bli fanget i den deterministiske fella, bør vi sikre oss ved å se om det går an å grave flere utganger fra revehiet.

Helsetilsynets utredning har likevel sin plass i det framtidforskere kaller et basis-scenario, slik det er gjort i kommunestudien "Scenarier 2012". Utgangspunktet for et slikt grunnscenario er å beskrive hva som vil skje hvis alt fortsetter som før, noe som i og for seg er helt utenkelig, selv om det i enkelte vitenskapstradisjoner anses som mest sannsynlig.

I scenarieskiving lages det ofte et referanse- eller basisscenario. Et slikt scenario vil som oftest være en slags trendforlengelse bygd på "business as usual" eller "mer av det samme". En av scenarieskivingens grunnleggere, Herman Khan betegner denne scenariotypen som "surprise-free" i den forstand at det ikke legges inn noen nye overraskende hendelser (Selstad 1991, Fauske 1989). Dette basisscenariet forankrer scenarieskivingen i tradisjonell kunnskap fra historie og nåtid, og brukes deretter som referanse og springbrett for utbredningen av mulighetenes scenarier. Ofte beskriver basisscenariet en problematisk situasjon eller en framtidig utfordring, slik omsorg gjør i studien "Kommune-Norges Framtid". Det står derfor ofte i kontrast til de mer løsningsorienterte og mulighetssøkende scenariene. På denne måten vil scenariene både begrunnes i og utfordre den fortolkning som ligger i grunnscenarioet, og det vil oppstå en dynamikk mellom dem.

*"En framtidstudie med grunnlag i analyser av reelle muligheter begrunner nødvendigheten av et basisscenario samtidig som de forbedrer basisscenariet"*  
(Fauske 1989).

#### 5.1.5 Alternative prognoser

Med utgangspunkt i rapporten "Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg?" (Botten mfl 2000) som beregner utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030, drøfter Regjeringens Langtidsprogram 2002-2005 også framtidige behov for pleie- og omsorgstjenester:

*"Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har fremskrevet utgiftene til pleie- og omsorg under ulike forutsetninger om endringer i Eldres funksjonsevne. Gitt at funksjonsevnen ikke endrer seg, anslås det at demografiske faktorer alene vil føre til at utgiftene som andel av BNP vil øke med 40 prosent fra 1998 til 2030. Hvis en derimot legger til grunn en fortsatt forbedring av Eldres funksjonsnivå i samme takt som i de siste 10-15 årene, vil pleie- og omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres eller reduseres noe fram mot 2030 til tross for økningen i antall eldre."*

Her blir det lagt fram et noe annet framtidsbilde. Fortsatt bygger undersøkelsen på framskrivinger av kvantitative data med utgangspunkt i endringer i demografi, sykkelighet og dødelighet. Men ved å ta forbedringene i Eldres funksjonsevne i betraktning, og fremskrive disse, kan resultatet bli betydelig mindre dramatisk.

Disse og lignende rapporter og planer (Antolin og Suyker 2001; St meld nr 50 (1996-97); St meld nr 25 (2005-2006)) reiser spørsmålet om hvilke metoder som egner seg best for å kunne si noe meningsfylt om behovet for omsorgstjenester 30 år framover, og planlegge eldreomsorgen for den nye seniorgenerasjonen. Kanskje er det ikke de demografiske endringene eller forhold ved de eldre selv som alene skaper det største behovet for eldreomsorg. Den moderne eldreomsorgen vokste fram i 70-tallets Norge og er et forholdsvis nytt fenomen, som like gjerne kan ha sammenheng med samfunnsmessige forhold som kvinnefrigjøring og behov for arbeidskraft.

Kanskje er det heller ikke forholdet mellom antall yrkesaktive og antall pensjonister som er avgjørende for om vi løser framtidens omsorgsoppgaver. Pensjonskommisjonen framholder at det om 50 år bare vil være to yrkesaktive bak hver pensjonist, mens det i dag er tre, og at endringen i dette forholdstallet, krever et nytt pensjonssystem. Sosiolog og pensjonistrådgiver Harald Engelstad kommenterer dette slik i en kronikk i Dagbladet:

*”Det er i alle fall påfallende at det bare brukes om den usikre fremtiden, og ikke om fortiden som vi kjenner. Mener hofføkonomene at vi bør tilbake til femtiårene da vi hadde ca fem yrkesaktive bak hver pensjonist? Norge har jo gått fra fattigdom til rikdom i samme periode. Vi har over dobbelt så mange over 67 år i dag enn i 1950. Hvorfor skal fremtiden være så skremmende når vi ved tilbakeblikk har fått det bedre og bedre økonomisk jo færre yrkesaktive det er blitt bak hver pensjonist, og flere og flere pensjonister” (Engelstad 2003).*

## **5.2 TI KJENNETEGN**

Med utgangspunkt i teori om framtidstudier og sett i lys av tre ulike scenarieproduksjoner, har jeg forsøkt å utlede ti sentrale kjennetegn eller krav til scenarioskriving som mulighetenes kunst. Disse ti kjennetegn har jeg deretter prøvd å anvende og legge til grunn ved utformingen av denne oppgavens omsorgsscenarioer.

### **5.2.1 Tre eller fem (alternativene)**

Framtida skrives i flertall. Ut fra en åpen holdning til hva framtida kan by på, blir det meningsløst å lage bare et scenario, slik Statens Helsetilsyn har gjort i ”Scenario 2030”. Dette er ekspertenes scenario, deres diagnose og advarsel der elendigheten framskrives, og der budskapet er: Her er det intet handlingsrom. Her har vi ikke noe valg. Og der resepten allerede ligger klar: Tilpasning, først og fremst ved en kraftig ressursmessig satsing på helsevesenet. Ellers går det galt.

Utredningen illustrerer godt at framskrivninger av problemforekomster som oftest ender i mørket. Velger vi bare et scenario, er det nesten i alle tilfeller ”worst case” som blir valgt. Det fungerer som et vekkerop, og kan forsvares når klokken er ”fem på tolv”. Velger en to, blir ofte det andre utopia. Ut fra et slikt mønster er faren stor for at det tredje blir et grått gjennomsnittsscenario mellom de to ekstreme. Dette vil være i strid med intensjonen om å vise mulighetene.

”Scenarier 2000” og Kommune-Norges Framtid har begge valgt å skrive ut 3 scenarier. Ved ethvert meningsfullt fenomen finnes det alltid mange forslag til hvordan det skal fortolkes. Det er derfor nødvendig å være åpen for andre fortolkninger og praktisere metodologisk toleranse, ikke minst når vi beveger oss inn i framtida. Derfor er det også nødvendig å skrive flere scenarier.

Scenariene skal gi oversikt, bidra til å skape en viss orden og systematikk både i forhold til trender og interesser, hendelser og handlinger. Da er ofte 3 et godt tall. Blir det mer enn fem, blir det pedagogisk vanskelig å nå gjennom, og litt for mange å holde orden på.

### **5.2.2 For kort og for langt (tidsperspektivet)**

Et kort tidsperspektiv gir større sannsynlighet for å treffe godt, men kan ende opp med uinteressante og rene selvfølgeligheter. Et lengre tidsperspektiv gir større spenning, og gjør scenarioskriving til det det er - men skaper også større fallhøyde.

Tidsperspektivet må i stor grad avveies ut fra hva som er tema for scenarioskrivingen, hva som er saken. I vårt tilfelle skal scenariene gi utgangspunkt for planlegging av en ”tung” sektor som krever lang tid å omstille, med en arkitektur som varer i svært mange år og med et personale der oppbygging og eventuell endring av kompetanse tar mange år. Samtidig vet vi mye om de som blir eldre, de lever nå og kan studeres som kohort. Vi har gode demografiske data, gode data om levekår, utdanning, økonomi mv som gir muligheter til å strekke tidsperspektivet mange år fram i tid.

På området aldring og omsorg er det derfor både mulig og meningsfullt å operere med et langt tidsperspektiv. Statens Helsetilsyn har antakelig truffet godt med sitt 30-årsperspektiv. I 2030 er dagens store etterkrigskull blitt over 80 år, og den generasjonen som på mange måter har satt sitt preg på samfunnet gjennom sine ulike livsfaser, vil kanskje også sette sitt preg på eldreomsorgen. Det gir kanskje også mening å bruke år 2000 som vippepunkt – og se på historien om framveksten av den moderne eldreomsorgen på 1970 tallet, for å trekke 30 års samtidshistoriske linjer som bakgrunn for å se om lag 30 år fram i tid. Det vil kanskje ellers være et morsomt poeng å starte der ”Omsorg 2000” sluttet.

### **5.2.3 Fortid og nåtid (forankringen)**

”Studer fortiden om du vil forstå fremtiden”, skal den kinesiske mesteren Konfutse ha sagt. Det er både sant og ikke sant at framtida ligger gjemt i historie og nåtid. Men vi må bygge på den virkeligheten vi først og fremst kan vite noe om, den som allerede har vært og den som er nå. Scenarioskrivingens basis er derfor god historisk kunnskap og innsikt i fagfeltet, med analyse av lange utviklingslinjer og trender, både innenfor det tema som beskrives og den samfunnsmessige kontekst. Gjennom å forstå langsiktige og dyptgående samfunnsforandringer, kan vi også vite mer om mulige framtider. Historieløshet fører til at scenariene mister sitt ankerfeste og blir ren fiction. Det er ikke uten grunn at historikere har begynt å spille en større rolle i tolkningen av framtiden (Myrdal 2001).

Samtidig må en ikke bli fanget av historien, men ha et åpent forhold både til hendelser og handlingsvalg som gjør at framtida kan bli helt annerledes, og at fortida også kunne ha vært annerledes. Det er på den bakgrunn ikke uvanlig å operere med et joker-scenario. I vår sammenheng kan det for eksempel handle om den omsorgsrevolusjon som ville inntreffe den dagen det er utviklet en effektiv medisin mot Alzheimers sykdom og eventuelt andre demenslidelser.

I forhold til aldring og omsorg har vi mye kunnskap både om aldringsprosessen, om sykdom og funksjonssvikt, endringer i sykdomsbildet over tid, sosiale og geografiske forskjeller i levealder og bakgrunnen for og utbyggingen av den offentlige eldreomsorgen. Det bør derfor

være mulig å forankre omsorgsscenarier historisk, enten det festes i empiriske kvantitative data eller meningsbærende materiale.

#### **5.2.4 Trender og drivkrefter (utviklingen)**

For å komme på sporet av framtida med bakgrunn i historie og samtid, inngår analyser av trender og utviklingstrekk som sentrale element i grunnarbeidet. Disse må ses i sammenheng med den samfunnsmessige kontekst de opptrer i, og avkles sin karakter av å være skjebnebestemte resultat av utviklingen, for å bli håndterlige i forhold til vår intensjon om å utforme flere mulige scenarier. Det blir nødvendig å komme bak og se hvilke interesser og samfunnskrefter som ligger under. Innenfor rammen av det tema som er valgt, må vi forsøke å skille mellom det som framstår som hendelser og handlinger, hva det er vanskelig å gjøre noe med og hva det er mulig å påvirke både av indre forhold og i omgivelsene.

Redusert institusjonsomsorg ser for eksempel ut til å være en trend i norsk eldreomsorg, der de underliggende drivkreftene kan forstås både i lys økonomisk rasjonalitet og ideologisk strid mellom fagmiljøer i helsevesen og sosial omsorg. For øyeblikket ser det ut til at institusjonskritikerne har fått ”økonomene” på sin side. Det skjer samtidig både en desentralisering og en internasjonalisering av omsorgen. Slike trekk kan forstås ut fra utviklingen i medisinsk teknologi og ses som et forvarsel om at globaliseringen av økonomien også vil merkes i omsorgssektoren.

Scenarieskriking krever altså noe mer enn *framskriving* av trender og utviklingstrekk, slik Statens Helsetilsyn i hovedsak har gjort i sitt ”Scenario 2030”. På et eller annet tidspunkt kulminerer slike linjer, på et eller annet tidspunkt er det andre trender som tar over. Av og til skjer det fullstendige brudd og all tidligere forståelse kullkastes.

Spennende blir det når ulike trender og utviklingslinjer krysser hverandre, slik de gjorde da veksten i tallet på eldre falt sammen med kvinnefrigjøring, jamfør beskrivelsen i ”Scenarier 2000”. Kommunal omsorg ble da et instrument for å avlaste hjemmet. I scenariene for ”Kommune-Norges framtid” spiser både stat og marked seg inn på samme arena.

Da står vi overfor nye utfordringer som det blir scenarienes oppgave å skissere ulike bidrag til løsninger på. For å få det til må de bakenforliggende drivkrefter synliggjøres og bærerne av endring identifiseres:

*”Det måste också (när samhällsstudierna gäller samhällsprocesser) var möjligt att urskilja bärare av de förändringar som studeras. Kraven på gestalt, slutligen, kan sägas vara ett krav att sätta kött på benen: de studerade tendenserna fogas samman så att helheten kan urskiljas”(SOU 1986:33).*

#### **5.2.5 Aktører og konstellasjoner (handlingen)**

Scenarier er bygd rundt ”plots”, som beskriver ”intrigen” eller bærer handlingen og driver fortellingen framover. ”Each level – political, economic, social – has its own version of what scenario-planners call: logics: the plot which ties together the elements of the system” (Schwartz 1991). Begrepet er hentet fra litteratur- og filmvitenskap, og scenariene sammenliknes ofte med ”dreieboken”. Der ser vi kulissene, hvordan framtidsscenen er utstyrt og hvordan hendelser og handlinger er plassert i tid og rom. Peter Schwartz nevner flere eksempler på mulige scenarieplot:

- Winners and losers
- Challenge and response
- Evolution

- Revolution (discontinuity)
- Generation

Neste trinn i scenarieprosessen blir å slippe aktørene inn på scenen og se hvordan de vil oppføre seg og handle i forhold til rådende interesser, trender og drivkrefter. Det blir viktig å danne seg en oppfatning av hvilken styrke de ulike aktørene vil ha, og hvordan de vil relatere seg til hverandre. Vil de bygge allianser eller konkurrere, inngå ”strategisk partnerskap” eller forsøke å slå hverandre ut. Hvordan blir konstellasjonene?

På eldreomsorgens område er det for eksempel mulig at den framtidige omsorgen vil bli til i skjæringspunktet mellom den nye seniorgenerasjonen som får økt innflytelse fordi de blir mange og ressurssterke, og fagpersonalet i helse- og sosialsektoren som får økt makt fordi de blir få og ettertraktet på arbeidsmarkedet. Dette kan bli en ny versjon av plot’et i omsorgsscenariet i ”Scenarier 2000” som var bygd rundt spenningen mellom eldrebølgen og kvinnefrigjøringen. Et generasjonsplot eller et med ”winners or losers”.

Den nye seniorgenerasjonen vil få bedre økonomi, høyere utdanning, bedre helse og større innflytelse enn tidligere eldre. På bakgrunn av menneskets evne til selvdefinering, skal vi ikke se bort fra at de nye senioren vil nekte å gå inn i de eldroller og forventninger som ligger foran dem, og definere seg selv på nytt. Vi bør tvert i mot være åpne for at dette vil skje nettopp med den nye seniorgenerasjonen, som tidligere både har stått for studentopprør og kvinnefrigjøring. Det er ikke usannsynlig at nettopp de vil omdefinere eldrollen og skape seg en ny senioridentitet. Et plot for “The black-panthers revolution”.

### 5.2.6 Baklengs og forlengs (fortellingen)

Scenarier skal fortelles både baklengs og forlengs. Det er en svært vanlig teknikk å starte med slutten og så skrive seg bakover til nåtid. I vår sammenheng vil det si å starte med å tegne framtidbilder av 2030 og deretter skrive veien dit – baklengs i tid. Utsiktpunktet er altså ikke fra nåtid mot framtid, med fra framtid mot nåtid. Å gjøre et stort sprang, innebærer å rive seg løs og ikke være for bundet av dagen i dag. Det krever bruk av fantasi, spekulasjon og intuisjon, og bildene males med bred pensel. Kanskje vil en være like mye dikter og forfatter som forsker i denne fasen av prosessen, i hvert fall vil det være mye inspirasjon å hente fra ulike kunstarter når det gjelder form og uttrykk.

Deretter må en komme ned på jorda og ”kontrollere”, ved å se om det er mulig å gå veien forlengs og nå fram til framtidbildene ut fra dagens situasjon. Går dette i hop, kan scenariene forankres og festes fast i historie og nåtid. Først da er det konsistens og hold i dem. Det kan være nødvendig å gjenta denne prosessen flere ganger, bevege oss mellom samtid og framtid, og på den bakgrunn forkaste, skrelle av eller justere, måle opp på nytt og ”gå opp løypa”. Dette kan være like vanskelig som det er for tunnelborere å møtes på samme punkt når de starter fra hver sin ende av et fjell.

*”En framtidsstudie ”måste ha en förankring i atminstone någon existerande och urskiljbar tendens, värdeuppsättning eller föreställningsram. Den måste hänga i hop, dvs nuet og framtiden måste vara sammankopplade på ett möjligt sätt” (SOU 1986:33).*

### 5.2.7 Tverrfaglig og bredt (metodene)

”Det är mångvetenskap och tvärvetenskap som gäller. Att samhällsanalys måste vara ett centralt professionellt inslag, och inte något som man klarar av i fotnoter eller genom allmänt tyckande, torde de flesta erkänna numera.”... ”En genomtänkt



framtidstudietmetode kombinerades med ett övertygande inifrån-kunnande.”  
(Ingelstam 2001)

Aldring kan forstås både biologisk/medisinsk, psykologisk, sosiologisk og ved hjelp av antropologi som et kulturelt fenomen. Å forstå omsorgstjenestene krever også tverrfaglig tilnærming i en sektor der helse- og sosialfagene møtes og der alle forvaltningsnivåer i samfunnet er involvert. Scenariemetode har sin styrke i en slik tverrfaglighet, der flest mulig faglige tilnærminger prøves ut og kombineres og flest mulig sammenhenger belyses og analyseres. Dette er helt nødvendig om en ønsker å tegne meningsfylte framtidbilder om aldring og omsorg, og der det er helt umulig å forstå det som skjer uten å se det inn i en samfunnsmessig kontekst.

Utredningen fra Statens Helsetilsyn har sin åpenbare svakhet i en altfor snever og ensidig faglig tilnæringsmåte til å kunne gi et troverdig bilde eller scenario for 2030. Scenarieskiving er en tverrfaglig tradisjon som låner metoder og verktøy fra ulike fagdisipliner med utgangspunkt i et mer pragmatisk hermeneutisk ståsted.

### **5.2.8 Åpent og demokratisk (politikken)**

Demokrati og scenarier hører sammen. Å åpne framtidssrommet og beskrive mulighetene, legger til rette for dialog og politisk debatt om alternativer. Men scenariene må ikke låses til å tjene bestemte politiske eller økonomiske interesser. Det er likevel vanskelig å unngå en viss normativitet. Scenarieproduksjon skjer i virkelighetens verden, med så ulike oppdragsgivere som oljeselskapet Shell, OPEC, UNESCO, miljøbevegelsen, regjeringer og departementer, og i vårt tilfelle Statens Helsetilsyn og Kommunenes Sentralforbund. Bak ”Scenarier 2000” sto det en hel rekke samarbeidspartnere fra privat og offentlig virksomhet. I Skandinavia er det også en viss tradisjon for brukerdeltakelse og aksjonsforskning i forbindelse med scenarieskiving.

Scenarier lages ikke ”for skuffen” – de skal tjene til offentlig debatt – de skal skape oppmerksomhet – og da vil som oftest de som skriver dem, noe med dem. De mest vellykkede scenarier setter dagsorden i samfunnsdebatten. Likevel bør scenarieskiving etter min oppfatning ha som hovedformål å presentere alternativer og muligheter, og ikke angi hva som er den eneste eller beste muligheten. Det krever både bevissthet og tilbakeholdenhet.

Helsetilsynets ”Scenario 2030” er ikke ment å være normativt, men gir ikke egentlig noe reelt valg i det hele tatt for de som skal ta beslutninger, om de da ikke har tenkt å forsømme de eldre. ”Kommune-Norges Framtid” trekker opp alternativene markert, stat eller lokalt sjølstyre med utgangspunkt i 3 grunnleggende verdier. Dette prosjektet slipper heller ikke unna spørsmålet om interesser, ikke minst fordi det er Kommunenes Sentralforbund som har initiert prosjektet.

Selv om denne oppgaven ikke er laget på direkte oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, er den likevel allerede brukt som grunnlagsmateriale i arbeidet med regjeringens Stortingsmelding om framtidens omsorgsutfordringer, og fungerte som en forutgående øvelse for dette arbeidet.

### **5.2.9 Muligheter og løsninger (utveiene)**

De beste scenarier er mulighetssøkende, konstruktive og løsningsorienterte. De er utviklingsscenarier som beskriver mulige utveier og skisserer alternative måter å gripe saker an på. I en slik forståelse er det altså ikke nok å tegne ett framtidsbilde og la det stå og blinke

et sted langt inn i framtida. Et scenario må vise vei og ha betydning i forhold til det neste skritt vi velger å ta på veien. Et scenario skal kunne gi retning. Flere scenarier skal peke ut flere utveier og flere retninger.

Mange ”worst case-scenarier” er skrevet for å vekke, og lar seg kanskje forsvare når det er spørsmål om hele klodens framtid. Scenarier der miljø og klima eller konsekvensene ved bruk av atomvåpen inngår, har hatt sin funksjon, men innebærer at mange forbinder selve scenariebegrepet med skrekk og håpløshet. Som oftest er dette framtidbilder som sier at dersom ingenting gjøres, går det galt. De gir sjelden hjelp til hva som må gjøres. Nytteverdien i forhold til planlegging og politikk blir derfor begrenset. I forhold til dramatiske problemstillinger som dette trengs konstruktive og ofte radikale scenarier som viser hva som virkelig må til om vi skal overleve (Ingelstam 2001). Scenarier merket ”Emergency Exits.”

Helsetilsynets ”Scenario 2030” inngår i en dystopisk tradisjon, selv om enkelte vil hevde at det kanskje også bygger på ”utopiske” forestillinger om helsevesenets betydning for folk og samfunn, når de ikke ser andre løsninger enn å blåse opp den offentlige omsorgssektoren kraftig med mer penger, personell og kompetanse. Både de som steller med økonomi og arbeidskraft og de som steller med utdanning, vil spørre: Finnes det ingen andre muligheter? Blant brukerne skapes det også stor usikkerhet, og svært mange ser svart på både at det ikke finnes nok helsetilbud og at de selv skal bli avhengig av det. Finnes det ikke andre løsninger? Det blir denne oppgavens utfordring å finne flere utveier og utforske flere muligheter.

#### **5.2.10 Konsistent og vakkert (kunsten)**

*Godet's nøkler til framtida.*

*“A scenario approach can only be credible and useful if it meets our five prerequisites: Relevance, importance, coherence, plausibility and transparency. In other words, one must ask the right questions, formulate the right hypotheses clearly and ascertain the coherence and probability of possible combinations. These are the keys to the future” (Godet 1999).*

Det er vanskelig å tenke seg scenarioskriving uten innslag av gestaltning. Å skape framtidbilder eller gestaltede framtider er alltid resultat av en kreativ prosess. ”Framtidsstudier får i det här avseendet ett innslag av konst i vid og ursprunglig bemärkelse” (SOU 1986:33). Dette gir mange muligheter til å arbeide med andre uttrykksformer enn den tradisjonelle vitenskapelige rapporten. Og dette er ikke bare noe som legges til etterpå eller brukes som innpakning for å gjøre forskningsresultater lettere tilgjengelige, men det inngår som en sentral del av prosessen i scenariemetoden. Derfor tegnes det bilder, lages ikoner, illustrasjoner og metaforer. Visualisering er viktig både i selve prosessen og i presentasjonsformen. Framtida spilles ut imaginært på lerret og scene, og de dramatiske elementene forsterkes. Ulike kunstneriske uttrykk tas i bruk og fortellingen er selve grunnformen.

Samtidig skal det være sammenheng, Scenariene skal holde, være logiske, konsistente og plausible. Holdbare og vakre på samme tid. De skal med andre ord være i pakt med det holistiske kriteriet, slik det er formulert av Hans-Georg Gadamer: ”Alle detaljenes harmoni med helheten er kriteriet på korrekt forståelse” (Gilje og Grimen 1993). Scenariet må ha indre sammenheng eller koherens, der delene henger sammen eller harmonerer i en helhet. Denne oppgaven tilstreber nok å legge størst vekt på en slik sammenheng i det tekstlige, og er litt mer forsiktig i forhold til illustrasjoner og visuelle uttrykk.

## 5.3 TRE OMSORGSSCENARIER BLIR TIL

### 5.3.1 ”Hvem – Hva – Hvor”

Manus, scene og rollebesetning er hovedspørsmål i enhver teateroppsetning. Hvem som tildeles hovedrollene, hvor scenen legges og hva som utspiller seg er også hovedspørsmålene ved oppbyggingen av omsorgsscenariene i denne oppgaven. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de som mottar og de som yter omsorgstjenester som hovedrolleinnhavere i disse scenariene. Scenen der de møtes er forskjellige og rollene tar etter hvert ulik retning. Slik blir også konstellasjonene mellom de som yter og de som mottar svært forskjellige. Scenariene spiller seg ut i perioden fram mot 2030 med perspektiv helt til 2050 og med historiske linjer tilbake til framveksten av den moderne eldreomsorg. Med årtusenskiftet som vippepunkt, forsøker vi altså å se like langt framover i tid, som den moderne pleie- og omsorgstjenesten har sin historie. Jeg har valgt å være opptatt av både tjenestetilbudet og hvordan det blir til.

### 5.3.2 Mange og innflytelsesrike - eller få og etterspurte?

Hvem tar styringa over framtidens eldreomsorg? Hvordan kan hovedaktørene, de som gir og mottar tjenester, skaffe seg makt og innflytelse til å utforme framtidens pleie- og omsorgssektor? Dersom vi ser på endringene i den faktiske omsorgsbrøken (tallet på eldre med behov for omsorg og tallet på sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren) som et uttrykk for maktforhold, ser vi at begge parter har et potensial for å skaffe seg økt makt og innflytelse. Fagpersonalets mulighet ligger i at de kan bli få og svært etterspurte, og de eldres mulighet i at de kan bli mange og innflytelsesrike. De eldre kan få makt fordi de blir mange, og de som yter omsorg fordi de blir få. Hvordan de forholder seg til hverandre, kan bli avgjørende for hva som skjer. Kommer de i et motsetningsforhold, kan de lett bli nøytralisert og spilt ut mot hverandre. Da vil det bli et spenningsforhold mellom telleren og nevneren i ”The Potential Support Ratio” som faktisk kan medføre redusert innflytelse.

Klarer de derimot å slå seg sammen og forene sine interesser, er deres makt- og innflytelsesmuligheter svært store, på bekostning av andre aktører. Både politikernes, byråkratens og kanskje også de kommersielle interessenes betydning og makt vil kunne bli tilsvarende redusert, om de ikke vil innrette seg etter og tjene helse- og sosialtjenestens fagfolk og brukere. Helse- og sosialsektoren har allerede i dag rekrutteringsproblemer. Et voksende behov for omsorgstjenester, gir økt etterspørsel etter arbeidskraft med slik fagkompetanse. Det gjør det mulig å stille krav om bedre lønns- og arbeidsvilkår slik fagforeninger vanligvis gjør. Men det gjør det også mulig å komme i posisjon til å ta del i styringa av hele sektoren, og stille krav til eierskap og lederskap. Et sentralt spørsmål blir derfor hvordan helse- og sosialtjenestens omsorgsytere vil ha det. Vil de utnytte sin nye posisjon kommersielt og gå ut i markedet for å øke sin inntjening, vil de presse fram løsninger de på lang sikt ser seg tjent med i mer offentlig regi, eller vil de rett og slett forsøke å overta det hele?

På den andre sida ligger maktpotensialet hos de eldre både i at de blir mange, og som vi har sett vil de også ha både økonomiske, utdanningsmessige og andre ressurser til å sette makt bak sine krav. De kan slå seg sammen og bruke sin politiske makt som en stor og innflytelsesrik velgergruppe, ved selv å delta i folkevalgte organ eller opptre som pressgruppe på ulike måter. De kan også bruke sin økonomiske makt som en stor og velsituert kundegruppe, utnytte sin styrke som forbrukere og kjøpe seg det de trenger. Svært mye avhenger av om de eldre og faggruppene i denne sektoren velger samme strategi. Vil de satse på å bruke stemmeseddelen eller pengeseddelen?

Tradisjonelt har de eldre spilt sine viktigste roller som borgere og pasienter i forhold til omsorgstjenestene, med mulighet til innflytelse både gjennom det politiske systemet og de rettighetene de har som pasienter i henhold til lovgivning og omsorgsyternes fagetiske prinsipper og retningslinjer. Med markedsorientering og internasjonal tilpasning har rollen som kunde og forbruker blitt stadig mer aktuell. Rollen som bruker er også kommet til. Jeg har valgt å skille mellom rollen som kunde eller forbruker og rollen som bruker. Brukerbegrepet skal assosieres med brukerstyring, medvirkning, myndiggjøring, ansvar og eierskap. Mer direkte brukerdemokrati kommer i tillegg til eller som avløsning i forhold til mer tradisjonelle politisk styrte ordninger. Brukerstyring er også noe mer og noe annet enn fritt kundevalg og etterspørselskraft på omsorgsmarkedet.

Tabell 5.1: Tjenestemottakers rolle

|             | Tradisjonell     | Moderne         |
|-------------|------------------|-----------------|
| Kollektiv   | <b>”BORGER”</b>  | <b>”BRUKER”</b> |
| Individuell | <b>”PASIENT”</b> | <b>”KUNDE”</b>  |

Over tid ser det ut til at det går en bevegelsen fra borgerrollen til de tre andre rollene: Bruker, pasient og kunde. At politiske partier ikke lenger mobiliserer sosiale grupper i samme grad som før, fører til at politikken abdiserer som problemløser på flere områder, slik Makt- og demokratiutredningen peker på (NOU 2003:19). Rettsliggjøring og individualisering fører til at makt overføres både fra politikk til rettssal, fra politikk til marked og fra politikk til sivilsamfunn, og gir mottakerne av omsorgstjenester andre roller og andre arenaer å forholde seg til. I likhet med borgeren, forutsetter brukerrollen organisert kollektiv handling og samhandling. Rollene som pasient og kunde er mer individuelt orienterte, og mottakeren er mindre opptatt av hvordan tjenestene organiseres og blir til, og kanskje mer opptatt av selve produktet og kvaliteten på dette. Pasienten forholder seg imidlertid direkte til den profesjonelle omsorgsyteren etter modell fra lege/pasientforholdet, mens kunden først må forholde seg til den som selger tjenestene.

### 5.3.3 Profesjonsstyrt, markedsstyrt eller brukerstyrt?

Noe av hensikten med denne oppgaven er å finne mer ut om hvor denne bevegelsen bort fra politisk styrte omsorgstjenester kan føre oss, og utforske alternativene og de mulighetene de eventuelt kan gi i møte med framtidens omsorgsutfordringer.

Dagens politisk styrte kommunale pleie- og omsorgssystem har flere utfordrere. Et nærliggende alternativ er at disse tjenestene blir profesjonsstyrt og at de ansatte helt eller delvis tar over og eier og driver omsorgstjenestene selv. Et annet alternativ er at de som gir og de som mottar tjenester enten slår seg sammen i en slags kooperasjon, eller at begge ser seg tjent med å møtes på et marked for slike tjenester. Et tredje alternativ er at de eldre selv tar over og eier og driver pleie- og omsorgstjenestene gjennom sine egne organisasjoner.

Selv om det i dag kan se ut som lokaldemokratiet svekkes, slik det går fram av maktutredningen (NOU 2003:19), kan det likevel godt tenkes at dagens kommunalt drevne og politisk styrte omsorgstjeneste vil overleve. Dagens velferdsordninger har mange varme og sterke forsvarere. Det er også store muligheter for at både fagfolk og brukere hører med blant dem, og at de vil bruke sin økte innflytelse til å sikre et slikt lokalt forankret eldreomsorgstilbud også i framtida. Et mulig scenario kan derfor også være at den kommunale omsorgstjenesten vil bli fornyet og videreutviklet slik at den viser seg robust nok til å møte utfordringene i tiårene som kommer.

Når jeg har valgt å konsentrere meg om alternativene, er det derfor ikke bare for å forsøke å finne nye utveier og bedre løsninger, men også for å kunne bli kjent med og teste ut noen av de viktigste utfordrerne til dagens modell. De som ønsker å opprettholde og forsvare dagens ordning i møte med morgendagens utfordringer, bør kjenne til og ikke være fremmede for å ta opp i seg elementer fra andre modeller. Ellers kan systemet fort rakne og plutselig bli erstattet av andre løsninger, slik vi etter min oppfatning opplevde i forbindelse med den såkalte ”sykehusreformen”.

Tabell 5.2: Tjenestemottakers rolle innenfor ulike styringsmodeller.

X = Hovedrolle og I = Birolle

|                        | <b>Borger</b> | <b>Pasient</b> | <b>Kunde</b> | <b>Bruker</b> |
|------------------------|---------------|----------------|--------------|---------------|
| <b>Politisk styrt</b>  | <b>X</b>      | <b>I</b>       | <b>I</b>     | <b>I</b>      |
| <b>Profesjonsstyrt</b> | <b>I</b>      | <b>X</b>       | <b>I</b>     | <b>I</b>      |
| <b>Markedsstyrt</b>    | <b>I</b>      | <b>I</b>       | <b>X</b>     | <b>I</b>      |
| <b>Brukerstyrt</b>     | <b>I</b>      | <b>I</b>       | <b>I</b>     | <b>X</b>      |

Jeg har derfor valgt å bygge scenariene i denne oppgaven rundt rollene:

1. pasient
2. kunde
3. bruker

og ut fra 3 ulike perspektiv på eierskap og driftsform:

1. fagstyrt/profesjonelt
2. markedsstyrt/kommersielt
3. brukerstyrt/kooperativt

Alle tre representerer alternativ til dagens kommunale folkestyrte ordninger, der borgeren har den sentrale rollen. Tjenestemottakerne har imidlertid flere roller samtidig i forhold til pleie- og omsorgstjenestene. Selv om den kanskje mest framtreddende rollen innenfor et markedsstyrt system er å være kunde/forbruker, er du også pasient og kan gjøre deg gjeldende både som borger og bruker. I tabellen nedenfor er dette forsøkt uttrykt ved at hovedrollen er merket med X, mens birollen er merket med O. Det er altså ikke slik at disse rollene er rendyrket innenfor

ulike styringsformer. I oppbyggingen av scenariene har jeg likevel valgt å ta utgangspunkt i 3 av disse hovedrollene (X) knyttet til 3 ulike styringsmodeller.

#### **5.3.4 Rettighet, vare eller tjeneste.**

Dette gir den pleie og omsorg som ytes noe ulik karakter, avhengig av om den gis som rettighet, vare eller tjeneste. Og den som mottar den vil ha ulik innvirkning på utformingen av ”produktet”, enten mottakeren opptrer som borger, pasient, kunde eller bruker. Utviklingen av pasientrettigheter vil stå sentralt i en profesjonsstyrt modell der svært mye likevel er overlatt til fagutøvere. Å være utstyrt med etterspørselskraft vil være viktig i markedstiltæringen, der en er mer opptatt av det ferdige produktet som tilbys enn hvordan det blir til. Eierskap og brukerstyring over ”produksjonsprosessen” gir derimot grunnlag for innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i den siste tiltæringen.

#### **5.3.5 Integrering eller tilbaketrekning**

Et hovedtema for de nye seniorgenerasjonenes diskusjoner vil være spørsmålet om tilbaketrekning eller deltakelse, integrering eller segregering. Det gjelder også i forhold til hvordan omsorgstilbudet er bygd opp. Skal det være en del av den allmenne helse- og sosialtjenesten, eller skal den organiseres særskilt for eldre. Er det lokalsamfunnet som fortsatt er scenen for pleie- og omsorgstjenestens utøvere og mottakere, eller utvikles tilbudene på tvers av kommunegrenser og landegrenser til egne seniorområder og internasjonale seniorbyer? Skjer mer og mer i eget hjem og tilpassede boligløsninger eller er det fortsatt institusjoner som er hovedløsningen for de som har størst behov for pleie og omsorg? Dette vil være valg både de eldre selv og samfunnet omkring må foreta.

Et nyere utviklingstrekk er at seniortilværelsen blir knyttet til drømmen om et liv i en form for ”luksuseksil” der de eldre kan nyte sitt otium i tilrettelagte omgivelser på varmere breddegrader. Kravet om utbygging av sykehjem og pleietilbud i Syden er allerede kommet. Vil et slikt seniorsamfunn med sunnhet og velvære i fokus ha plass til sykdom, demenslidelser og funksjonshemminger? Dette kan føre til at atskillelsen skjer i flere trinn: Først når seniorbefolkningen trekker seg ut av arbeidsliv og samfunnsliv, og flytter sammen i tilrettelagte boområder. Dernest når de pga sykdom og funksjonstap må flytte videre til egne pleie- og omsorgssentra eller helseinstitusjoner.

Noen av kritikerne kaller dette ”eldreapartheid” i luksusutgave. De vil heller bevare samfunnets mangfold og ha plass for folk med sykdom og funksjonstap uansett alder. Og de vil i økende grad trekke de eldre med i arbeidsliv og samfunnsliv. Andre mener segregering både gjør den produktive del av samfunnet mer effektivt, og skaper en godt tilrettelagt og sosialt sett rikere tilværelse for de eldre. Det er bedre å bo og leve sammen med andre seniorer i tilpassede boligområder enn å være ensom og bo alene i storsamfunnet. Det er også tryggest og mest effektivt å samle de som krever mye omsorg på et sted.

## 6. SCENARIO 1: GERIATRIHOSPITALET

**Dette er først og fremst helseprofesjonenes og pasientenes scenario. Helsevesenet overtar ansvaret for eldreomsorgen, og geriatrien blir en stor medisinsk spesialitet. Helse, rehabilitering, medisinsk behandling og sykepleie står i fokus, og det blir satset på helseforskning, kompetanseoppbygging og medisinsk teknologi. Stikkord er profesjonalisering, institusjonalisering og spesialisering.**



*Seniorene lever sitt liv. Så lenge som mulig.*

*Deretter er det helsevesenet. Slik slipper de å bekymre seg. Den tida kommer tidsnok at de trenger hjelp. De har betalt inn til felleskassen gjennom et langt liv. Da er det trygt å vite at helsetilbudet står klart når de trenger det. Da kan de få lov å være pasienter med krav på behandling og pleie. I første omgang kan det være for å fikse hofter, skifte ut utslitte kroppsdeler eller stramme opp utseendet ved hjelp av plastisk kirurgi, slik at de kan fortsette å leve sitt liv enda en stund. Deretter vil det for mange bli nødvendig å få den beste og mest profesjonelle hjelp i siste fase av livet. Det gir trygghet å vite at det da er en plass som venter, og som har kompetanse og alt moderne utstyr som trengs. Det er deres forsikring.*

## 6.1 PLUSSGENERASJONEN



"To add life to the years, that have been added to life." (UN 1991)

Plussgenerasjonen ble den kalt. Den skulle ikke bare få livslengden påplussset. Den skulle også gjøre de nye leveårene til plusstid. Livskvalitet er stikkordet. "Å legge liv til årene som er blitt lagt til livet" var mottoet for FN's prinsipper for eldre, slik de ble utformet i 1991. En grunnleggende forutsetning for dette var at forlenget levealder kunne gi flere år med god helse. Derfor ble det satset stort på å bygge ut og utvikle helsetilbudet til eldre. Dette var seniorbevegelsens hovedkrav til samfunnet.

Plussmerket (+) ble etter hvert brukt som seniorenens symbol, og i ulike varianter og farger tatt i bruk som seniororganisasjonenes logo både i Norge og internasjonalt. Dette hadde nok først og fremst sitt utspring i demografibetegnelser som 50+ og 80+. Seniorene ville imidlertid bruke plusstegnet som et positivt uttrykk for at senioren både har mye å tilføre andre generasjoner og at de vil leve "det gode liv". Geriatrien tok i bruk det røde plusstegnet, som ga assosiasjoner til helsevesen og sykehus fordi det lignet det røde korset som i det kulturelle mangfolds navn var fjernet. Slik ble seniorbevegelsens plusslogo og helsevesenet røde merke på en symbolsk måte forenet.

## 6.2 DEN STORE HELSEREFORMEN

Helsevesenet skulle komme til å overta hele eldreomsorgen, sammen med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebar at den kommunale virksomhet nærmest



ble halvert og at det statseide helsevesenet nesten ble fordoblet i løpet av et døgn. Derfor ble det hele kalt "Den store helsereformen".

Utviklingen mot et samlet offentlig helse- og omsorgsvesen drives fram av flere forhold:

#### *Felles fagdepartement*

Spesialisthelsetjenesten, sykehusene og de kommunale helsetjenestene og omsorgstjenestene ble samlet i et felles Helse- og omsorgsdepartement allerede i 2004. Meningen med dette var å få et samlet statlig grep på disse tjenestene, for å legge grunnlaget for bedre samhandling mellom forvaltningsnivåer og ulike styringsstrukturer. Det var imidlertid vanskelig å forene to så ulike systemer. De statlige styringsvirkemidlene var forholdsvis detaljerte i forhold til spesialisthelsetjenestene, mens departementets virkemidler i forhold til de kommunale helse- og sosialtjenestene var svært begrensede. De økonomiske virkemidlene lå i Kommunaldepartementet, og av hensyn til lokaldemokrati og kommunalt selvstyre var det lite aktuelt å bruke annet enn mer rammepregede økonomiske og juridiske virkemidler.

#### *Gråsoneproblemer.*

Kritikken mot et helsevesen som ikke framsto helhetlig, og med betydelige prioriteringskonflikter mellom forvaltningsnivåene ga seg synlige uttrykk i "svarteperspill" om de mest ressurskrevende pasientene. Allerede ved årtusenskiftet ble ansvaret for sykehusene overført fra fylkeskommunene til statlige helseforetak. Sykehusreformen skapte imidlertid større avstand mellom spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Ulike finansieringssystemer førte til at det som var lønnsomt for sykehusene var ulønnsomt for kommunene.

Samarbeidsklimaet ble dårligere og gråsoneproblemene i vekslingsfeltet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vokste. Flere utvalg ble nedsatt for å se på samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, komme med forslag til forbedringer og klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen (NOU 2005:3). Dette arbeidet førte imidlertid ikke fram. Etter hvert fant både helsebyråkrater og helsepolitikere denne situasjonen uholdbar, og mente det var nødvendig å skaffe seg mer direkte styring. De ønsket i første omgang å overta sykehjemmene som mer og mer hadde fått medisinske funksjoner og lignet små lokale hospital. Kommunene mente imidlertid at om staten skulle overta, måtte de overta hele sektoren.

#### *Desentraliseringen av velferdsoppgaver møter veggen.*

På kommunal side motsetter en seg etter hvert en utvikling der kommunene overtar ansvaret for tjenestetilbudet til stadig nye brukergrupper. Dette blir både økonomisk og faglig svært krevende og innebærer spesialisering og stadig høyere kompetanse. For mange blir dette til slutt et spørsmål om å tilpasse kommunestrukturen for å tilfredsstille statlig pålagt velferdsproduksjon på en mest mulig effektiv måte, eller å utvikle kommunen som demokratisk arena og lokalsamfunn på sine egne premisser. Helse- og sosialsektoren har vokst seg svært stor, og utgjør etter hvert mer enn halvparten av den kommunale virksomhet. I tillegg til de andre velferdsoppgavene tar dette nesten kvelertak på de kommunale utviklingsoppgavene knyttet til næringsutvikling, kultur og lokalsamfunn (Fimreite et al. 2002; Vike 2002). Diskusjonene om ny kommunestruktur ender stort sett med folkeavstemninger som gir solide nei-flertall til kommunesammenslåing. Folk vil beholde kommunen sin. Det innebærer at kommunene må avlastes for de mest krevende velferdsoppgavene, spesielt på helse- og sosialområdet. Det blir behov for nye løsninger.

## Ansvar uten makt

*"Det kommunale selvstyre har mistet mye av sitt innhold gjennom kombinasjonen av rettighetslover, statlige pålegg og budsjettknapphet. Dette resulterer i makt uten ansvar og ansvar uten makt."*

Makt- og demokratiutredningen (Østerud, Engelstad og Selle 2003)

## Autonomi eller effektivering

*"Hva kan kommunene gjøre og hva vil vi at de skal kunne gjøre? Skal de først og fremst være effektive "effektiverere" av kollektiv behovtilfredsstillelse eller skal de også være politiske arenaer for det lokale fellesskap, og går det å kombinere de to rollene?"*

*Den endring i politisk makt og administrativ kompetanse vi har beskrevet gjør at vi sannsynligvis må tenke nytt om kommuneinstitusjonens plass i vårt politiske system..... Vi er muligens kommet dit i utviklingen av velferdsstaten at sentralnivået selv vil ta på seg det direkte administrative ansvaret for de viktigste velferdsoppgavene. Nasjonale politikere vil ikke lenger verken kunne eller ønske å "fraskrive seg ansvaret" med henvisning til det lokale selvstyrets mangelfulle prioriteringsvilje. Bokstavelig likhet i tjenesteproduksjonen synes å bli et "ufravikelig" og "berettiget" krav."*

Fra Makt- og demokratiutredningens rapport 50 (Fimreite et al.2002)

### *Nye "lettsykehus"*

Diskusjonen om framtida for lokalsykehusene ved bygging av nye større og mer sentraliserte sykehusenheter, ga muligheter for å tenke nytt og løfte en del av de tunge kommunale pleie- og omsorgsoppgaver inn i en slags halvannenlinjetjeneste, som i utgangspunktet ble til gjennom samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Slik ble det rom for bygge ut og lokalisere geriatrike sentra ved siden av de distriktpspsykiatrike sentra som allerede var etablert. Her ble det også plass til ulike team som holdt på med habilitering og rehabilitering av ulike pasientgrupper som i hovedsak hadde vært et kommunalt ansvar etter reformperioden for funksjonshemmede på 90-tallet.

### *"Partnerskapet" går i oppløsning.*

Det avtalebaserte samarbeidet eller "partnerskapet" mellom kommunene og helseforetakene om felles ansvar og drift av dette mellomnivået går etter hvert opp i liminga. Kommunene mener "halvannenlinjetjenesten" benyttes mer til å redusere sengetall og kapasitet ved sykehusene enn til å avlaste kommunene for mer spesialiserte oppgaver. Når det kommer til stykket oppleves ikke partnerskapet som likeverdig og gjensidig. Det hele skjer i for stor grad på statens og sykehusenes premisser. Avtalene går derfor i oppløsning i den ene helseregionen etter den andre. Etter dette blir det en periode åpnet for større konkurranse mellom de regionale helseforetakene, der kommunene sto fritt til å inngå avtaler uavhengig av helseregion med de sykehus og helseforetak de ønsket å samarbeide med. Dette ble ingen suksess. Det var bare enkeltkommuner som lå i grenselandet mellom to helseregioner som viste interesse for denne formen for "fritt sykehusvalg".

### **Mot en justert oppgavefordeling?**

*"En grunnleggende premisse for forbedrings- og utviklingsarbeid i helsetjenesten nå, synes å bygge på en politisk beslutning om at dagens forvaltningsnivåer og hovedarbeidsdeling ligger fast. Et nøkternt blikk på status og utviklingstrekk i helsetjenesten de siste årene, reiser også berettiget tvil om hvorvidt kommunene økonomisk og kompetansemessig vil bli satt i stand til å løse oppgaver de har etter dagens oppgavedeling på en tilfredsstillende måte. Begge disse forhold tilsier etter vår mening at en justering av oppgavedeling må vurderes.*

*Vi mener at det er behov for å drøfte en utvidelse av spesialisthelsetjenestens ansvarsområde til å omfatte alle som er i behov av 24-timers helsemessig oppfølging. I det inkluderes rehabilitering av personer med adferdsproblematikk som krever døgnkontinuerlig oppfølging. Løsningen innebærer å samle det faglige, organisatoriske og finansielle ansvar, men tilsier ingen sentralisering. Et slikt grep kan snarere understøtte utvikling av styrkede desentrale tjenester. Vi er etter hvert overbevist om at det trengs både faglig og finansiell styrke for å få det til. I en slik ordning kan det kommunale tjenestetilbudet tydeligere innrettes mot å yte tjenester med sosialfaglig forankring for å gi innbyggerne en god, trygg og aktiv hverdag. Helsetjenesten vil være godt tilgjengelig i lokalmiljøet, selv om ansvaret er plassert på et annet forvaltningsnivå."*

Norsk Sykepleierforbund i sitt hørings svar til Nasjonal Helseplan 29.06.2006 (NSF 2006)

### *Et helhetlig og grenseløst helsevesen.*

Etter hvert blir det nødvendig å samordne hele virksomheten og få et helhetlig helsevesen under en ledelse. Konfliktene mellom samarbeidspartnerne om lokaliseringsspørsmål, økonomi og prioritering gjør det helt nødvendig å få klare linjer både i forhold til finansiering og organisering. Løsningen blir en samlet helse- og omsorgssektor drevet som statlige helseforetak. Dette gir profesjonell ledelse, felles finansieringssystem og styrket helsefaglig kompetanse, slik de ansatte i sektoren har ønsket seg i mange tiår. Eldreomsorgen har alltid hatt lav anseelse og status i helsevesenet. Nå blir omsorgssektoren tatt inn i varmen og geriatrien akseptert på linje med andre spesialisthelsetjenester. Det bidrar til å løse rekrutterings- og kompetanseproblemene og høyne kvaliteten på tjenestetilbudet. Økonomene har likevel advart mot å overføre oppgaver fra kommune til stat, og Finansdepartementet har i regjering etter regjering holdt igjen og hindret en slik reform, som mange har ment var overmoden. Avgjørende har det nok derfor vært at pensjonistenes organisasjoner har presset fram denne omsorgsreformen som altså halverer kommunal virksomhet og fordobler størrelsen på det statlige helsevesen.

### *"Likhet uten grenser"*

Pensjonistene har brukt sin innflytelse og fått politisk oppslutning. For dem har nok det viktigste argumentet vært at alle har krav på et likt helse- og omsorgstilbud uansett hvor de bor eller ønsker å flytte. Ulikhetene i tilbud mellom kommunene er blitt forsterket i møte med de demografiske utfordringene. Særlig ble presset stort på kommuner der den sterke veksten i tallet på eldre ble kombinert med utflytting og nedgang i folketall. Og mange har opplevd at kommunegrensene har vært et reelt hinder for å flytte f.eks. til barnas hjemkommune når de blir skrøpelige og trenger hjelp. Å få plass på sykehjem i en annen kommune har i praksis vært nesten umulig. Økt mobilitet blant eldre krever en grenseløs omsorgstjeneste som kan gi et likt tilbud til alle på tvers av kommunegrensene. "Likhet uten grenser" har derfor vært overskriften på den kampanjen og det prosjektet pensjonistorganisasjonene har drevet i samarbeid med en hel rekke pasientorganisasjoner, og som til slutt har ført fram.

## **6.3 DEN NORDISKE MODELLEN TILPASSES EUROPA**

Tidligere skilte de nordiske lands helse- og sosialtjeneste seg fra resten av Europa, blant annet ved å ha en godt utbygd lokalt forankret omsorgstjeneste som avlastet både familien og sykehusene i forhold til omsorgsoppgaver. Dette ga seg utslag i at eldres forbruk av

legetjenester og sykehus var høyere i land som Spania, Tyskland og England, mens forbruket av hjemmetjenester og sykehjemsplasser var betydelig høyere i Norden (Daatland og Herlofsen 2004; OECD 2006).

Hvor aktiv velferdsstaten, familien, frivillige organisasjoner og private kommersielle aktører var innen pleie- og omsorgssektoren varierte svært mye mellom de ulike europeiske landene. Mens den nordiske modellen var kjennetegnet av en godt utbygd offentlig pleie- og omsorgstjeneste, hadde familien et betydelig større ansvar i Sør-Europa. I sør- europeiske land med en konservativ velferdsmodell, hadde familien et lovregulert ansvar overfor gamle foreldre, og et svakere utbygd lokalt omsorgstilbud utenom det familien tradisjonelt kunne gi. Også i Tyskland hadde familien et juridisk ansvar for å sørge for sine eldre og pleietrengende. Her ble imidlertid en stor del av omsorgstjenestene drevet av humanitære organisasjoner og finansiert gjennom sosialforsikringsordninger, som i tillegg ga mulighet til å velge å motta kontantstøtte istedenfor tjenester. I Storbritannia var markedet og kommersielle private aktører mer fremtredende i omsorgssektoren. Både familieansvar og marked var i mindre grad regulert i en mer liberalistisk velferdsmodell.

### *Nordifisering?*

Integrasjonsprosessen i Europa fikk etter hvert også stor betydning for velferdsordninger og helse- og sosialtjenester, og de ulike velferdsmodellene i Europa ble tilpasset og harmonisert med sikte på større likhet for alle europeiske borgere og felles rettigheter på tvers av landegrensene. Den nordiske modellen ble i denne prosessen framhevet som moderne og robust både i forhold til økonomisk og demografisk bæreevne. Det ble vist til at de nordiske land hadde klart å få til en kombinasjon av høy kvinnelig yrkesaktivitet og høyere fødselstall, noe som ble satt i sammenheng med likestillingspolitikk, velferdsordninger og godt utbygde omsorgstjenester. Både sør og øst i Europa var kvinnenes stilling både i samfunn og yrkesliv en helt annen og fødselstallene katastrofalt lave. De nordiske velferdsordningene fikk derfor etter hvert tilslutning i disse landene, ikke minst i politiske og økonomiske kretser, og ønsket om større likestilling ble drevet fram gjennom EU. De patriarkalske og sterkt familiebaserte strukturene og tradisjonene forsvant imidlertid ikke på grunn av EU-regelverk og toppstyrte politiske prosesser, men fordi kvinnene i likhet med de nordiske kvinnene vil ha forandring, og ikke lenger fant seg i kjønnsdiskriminering.

Den liberale markedsorienterte velferdsmodellen overlevde heller ikke denne integrasjonsprosessen på helse- og omsorgsområdet. For å skape trygghet for befolkningen og sikre velferdsordninger, var det nødvendig å ha offentlig styring. Høye transaksjonskostnader og et omfattende tilsyns- og kontrollbyråkrati knyttet til konkurranseutsetting og anbud på eldreomsorg, hadde ført til at lønnsomheten ved markedsløsninger på dette området var vanskelig å dokumentere (Socialstyrelsen 2004). Offentlige helse- og omsorgstjenester med de skandinaviske land som forbilde ble dermed svaret i land både med konservative og mer liberale tradisjoner. Mange snakket derfor om en nordifisering av omsorgsfeltet, slik enkelte eksperter på området tidligere hadde spådd (Grindheim 2005).

### *Helseorientering og institusjonalisering*

Svært få land i Europa hadde imidlertid effektive demokratisk styrte lokale forvaltningssystemer som kunne påta seg så omfattende oppgaver som eldreomsorgen krever. Resultatet ble derfor at ansvaret for omsorgstjenestene ble knyttet sammen med sykehus og helsevesenet i det enkelte land, og tok form etter dette. Utbyggingen skjedde i form av store og effektive institusjoner for "long-term care", gjerne i nærheten av mer spesialiserte sykehus, mens den lokale helsetjenesten med lege- og sykepleietjeneste bisto så langt de kunne med

medisinsk oppfølging og behandling til innleggelse fant sted. Hjemmehjelp, praktisk bistand i dagliglivet, aktivitetstilbud og sosiale spørsmål ble ikke ansett for å være en offentlig primær oppgave og ble forutsatt løst av den enkelte ved kjøp av tjenester eller gjennom familie og lokalsamfunn.

### **Forløper Bethesda Geriatriche Klinik Ulm**



I Ulm i Tyskland er funksjonene ved det gamle diakonale sykehuset i samarbeid med statlige myndigheter for få år siden endret til et senter for geriatri. Den nybygde geriatrike klinikken fikk 90 akutt-geriatrike senger, i tillegg til dagklinik med 24 ambulante terapiplasser "i romslig lys arkitektur og moderne medisinsk-terapeutisk utrustning".

All behandling blir planlagt individuelt av multiprofesjonelle terapiteam, og gjennomført og overvåket "utfra den mest aktuelle geriatrike og medisinske kunnskap fra aldersforskningen" (Bethesda Ulm 2006). Ved siden av spesialutdannede leger og sykepleiere, arbeider fysioterapeuter, ergoterapeuter, musikkterapeuter, logopeder, nevropsykologer, sosialarbeidere, sjelesørgere og fagpersonell på ernæring.

Klinikken er et universitetssykehus knyttet til universitetet i Ulm og samarbeider med andre kliniske spesialiteter om forskning og utdanning i sammenslutningen "Geriatrichen Zentrum". Den eies og drives av den evangeliske kirkes Diakoniker Bethesda. Diakonale organisasjoner er en betydelig aktør i helse- og sosialsektoren i Tyskland.

På denne måten skjedde det en gjensidig påvirkning i den europeiske integreringsprosessen. Land med både konservative og mer liberalistiske velferdsmodeller adopterte de nordiske landenes forholdsvis omfattende offentlige ordninger på eldreomsorgens område. De kommersielle selskapene trakk seg ut, mens de humanitære organisasjonene sluttet seg sammen på tvers av landegrensene og ble tunge aktører. På den andre siden ble ansvaret for eldreomsorgen overført fra kommunene og samorganisert med spesialisthelsetjenesten på linje med resten av Europa, og det offentlige ansvaret avgrenset til helsemessige forhold og medisinsk behandling og pleie. Avinstitusjonaliseringen av eldreomsorgen i Norden ble stoppet og avløst av store moderne helseinstitusjoner for eldre etter tysk mønster.

## 6.4 REINSTITUSJONALISERING

Avinstitusjonalisering hadde vært et av de mest markante utviklingstrekk ved omsorgstjenestene fra midten av 1980-tallet og helt fram mot 2010. Sykehjemsreformen, reformen for utviklingshemmede og den såkalte ”stille reformen” innenfor psykiatrien, førte til at tallet på institusjonsplasser var blitt redusert, at tjenestetilbudet ble desentralisert og i stor utstrekning basert på hjemmetjenester og omsorgsboliger. Et stort antall omsorgsboliger ble bygd opp ved årtusenskriftet med Handlingsplan for eldreomsorg, samtidig som de gamle aldershjemmene ble nedlagt og eneromsreformen gjennomført på sykehjemmene. Tanken bak en slik politikk var først og fremst å sørge for at alle samfunnets sektorer tok sitt ansvar både for eldre og mennesker med funksjonssvikt. På den måten skulle boligsektoren ta seg av botilbud til alle, samferdselssektoren ta seg av transporttilbudet for alle, og helsevesenets oppgaver avgrenses til å gi helsetjenester. I institusjonene var det helsevesenet som tok seg av det hele – botilbud, mat, transport, sosiale og kulturelle tilbud, aktiviteter ved siden av behandling og pleie. Integrering, normalisering og et mest mulig selvstendig liv for den enkelte, var det overordnede mål.

Det var hele tiden stor strid om institusjonsnedleggningen, spesielt i forhold til eldreomsorgen, og reaksjonen på denne utviklingen hadde bygd seg opp gjennom mange år. Når helsevesenet nå overtok hele eldreomsorgen, tok det derfor ikke lang tid før ressursene på ny ble satt inn i forhold til utbygging av institusjonstilbudet. Dette hadde støtte både hos pensjonistene, blant helsepersonell og i opinionen. Det var blitt for mange ”omsorgsboliger uten omsorg”, og denne løsningen ga ikke den trygghet pårørende ønsket for sine nærmeste.

### Flere sykehjemsplasser

”Norsk Pensjonistforbund krever at handlingsplanen for eldreomsorgen videreføres slik at målet om å gi alle pleie- og omsorgstrengende heldøgns tilbud blir virkeliggjort. Sykehjem må prioriteres framfor omsorgsboliger og det må bygges 12.000 nye sykehjemsplasser.”

Norsk Pensjonistforbund i sitt krav til statsbudsjettet for 2007

### *Distriktsgeriatrike sentra (DGS)*

Gamle lokalsykehus ble rehabilitert og bygd om, og nye institusjonsbygg ble satt opp for å gi plass ”distriktsgeriatrike sentra” (DGS), som skulle være det ”manglende mellomledd” i et helhetlig helsetjenestetilbud til eldre. DGS’ene rommet geriatrik spesialisthelsetjeneste og hadde direkte tilgang på andre spesialisthelsetjenester, gjennom sin direkte tilknytning til sykehusene. Samtidig hadde de både det administrative og faglige ansvaret for lokale sykehjem og hjemmetjenestetilbud. Etter hvert fant en det rasjonelt å bygge ut sengeavdelingene ved de distriktsgeriatrike sentra. Hele veksten i sektoren ble tatt ut her.

### *Spesialisering*

Både ved de distriktsgeriatrike sentra og de lokale sykehjem, fikk en etter hvert til en spesialisering, som både kunne effektivisere tjenestetilbudet, skape mer spennende fagmiljø og gi den enkelte pasient et tilbud tilpasset sin diagnose eller lidelse. Det ble etablert egne avdelinger for alderspsykiatri, aldersdemens med alvorlige atferdsavvik, egne rehabiliteringsavdelinger for slagpasienter, langtidsavdelinger for pasienter med MS og Parkinson, smerteavdeling for pasienter med kreft og egne palliative avdelinger for omsorg ved livets slutt. Alle disse avdelingene sto gjennom den geriatrike spesialisthelsetjenesten i forbindelse med de respektive spesialitetene ved sykehusene.

### Geriatrisk senter i Drammen

Drammen geriatriske kompetansesenter er et samarbeid mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud og Høyskolen i Buskerud som skal bidra til å bedre samarbeidet mellom ulike deler av helsetjenesten og gi eldre et mer helhetlig behandlingstilbud. Senteret skal samtidig fremme forskning og kompetanseutvikling og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet.

Senteret er planlagt drevet fra høsten 2006 og vil tilby følgende:

- Poliklinikk og dagavdeling som skal stå for utredning og behandling.
- En forsterket korttidsavdeling med 23 plasser bemannet som en indremedisinsk sengepost
- Ambulerende sykepleierteam med beredskapsoppgaver rettet mot omsorgstjenestene i hele byen
- Tverrfaglig ambulerende geriatrisk team som skal bistå personalet ved alle kommunens sykehjem og hjemmesykepleien

Kommunens rehabiliteringsenhet og alle kommunens somatiske avlastnings- og kortidsplasser overføres senteret. Sykehuset Buskeruds medisinske klinikk overtar samtidig det faglige og administrative ansvaret for legetjenesten både ved Geriatrisk kompetansesenter og alle kommunens sykehjem.

(Drammen kommune 2006)

### *Det nye demenssykehjemmet*

Svært mange av de lokale sykehjemmene ble avsatt og ombygd til rene demensinstitusjoner. Det ble lagt vekt på å innrede små skjermede avdelinger som er romslige og lett å orientere seg i, med gode utearealer og sansehager. Enda viktigere er det å bygge opp fagmiljøer med kvalifisert helsepersonell. "Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens" har i mange år formidlet slike grunnleggende krav og gjennomført løpende undersøkelser i forhold til i hvor stor grad tilbudet er tilpasset pasienter med demens. Av undersøkelsen fra 2004/2005 gikk det fram at bare om lag 20 prosent av sykehjemsplassene var tilrettelagt for personer med demens, definert som "små og oversiktlige boenheter med stabilt personell" og "et kvalifisert helsetjenestetilbud med nødvendig legetilsyn og kvalifisert sykepleie" (Eek og Nygaard 2006). Etersom  $\frac{3}{4}$  av sykehjemspasientene hadde denne diagnosen enten som hoved- eller bidiagnose, ble dette nå hovedmønsteret for utbygging av de nye sykehjemmene. De skulle først og fremst bygges, innredes og bemannes som spesialinstitusjoner for mennesker med demens, etter de faglige krav blant annet "Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens" hadde stilt i en årrekke:

- Sykehjem beregnet på langtidsopphold med gode hjemlig pregede privatreal
- Små og oversiktlige avdelinger som er lette å orientere seg i og som har god lydisolasjon
- Tilgang på sikrede utearealer med terapeutiske hager
- Et stort antall små skjermede enheter med forsterket bemanning
- Godt kvalifiserte fagteam med spesialutdannet personell

### *Geriatoriet*

De nye distriktsgeriatriske sentra (DGS) ble knyttet opp til de store og mer sentraliserte sykehusene via medisinsk avdeling, med tilgang til andre spesialiteter blant annet innen kirurgi og nevrologi. Omfattende bruk av telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi hadde gjort det mulig å gi effektiv bistand til diagnostisering og behandling, herunder foreta omfattende kirurgiske inngrep på avstand. Dette foregår i selve det medisinske hjertet av senteret eller i det en kaller et geriatorium.

Fra dette geriatoriet koordineres samarbeidet mot ulike medisinske spesialiteter i forhold til eldre med multisykdommer, og her drives det geriatriisk forskning og fagutvikling i tett samarbeid med det geriatriiske FOU-nettverket og sentrale forskningsinstitusjoner. I tillegg til leger med geriatri som spesialitet, har geriatoriet et tverrfaglig team med laboratoriepersonell og spesialutdannede sykepleiere, fysioterapeuter, logopeder, sosionomer og psykologer. Det har et eget moderne laboratorium med diagnosestasjon og er utstyrt for alt fra smertebehandling til fjernkirurgi. Alt er koblet opp mot sentrale sykehusfunksjoner. Geriatoriet betjener både sengeavdelingene ved det distriktsgeriatriiske senteret, og driver poliklinisk og ambulant virksomhet i samarbeid med den lokale helsetjenesten.

#### *Ny medisinsk teknologi*

Geriatoret er blant annet blitt muliggjort som et resultat av telemedisinsk utvikling og ny avansert kommunikasjonsteknologi og billeddiagnostikk. Det har også skjedd behandlingsteknologiske gjennombrudd på flere andre områder, som ikke minst har forbedret mulighetene til tidlig diagnostisering og forebyggende behandling av forstadier til kroniske sykdommer. Kunnskap om samspillet mellom genetiske og miljømessige risikofaktorer har ført til mer effektive og målrettede screeningundersøkelser i forhold til kreftsykdommer og hjertelidelser og en rekke andre alvorlige sykdommer. Og alle har etter hvert som sikkerhet fått "mobile sensorer" til måling og overvåkning av temperatur, puls, blodtrykk, blodsukker osv. For pasienter som er under behandling kan disse sensorene kobles opp mot helsetjenesten, og informasjonen kan også benyttes direkte til individuell dosering av legemidler. Utviklingen i forhold til stamcelleterapi har gjort regenerativ medisin svært aktuell i forhold å behandle det som før ble sett på som en uavvendelig biologisk aldringsprosess (Jeune, Avlund og Kirk 2006).

#### **Et paradigmeskifte**

*"Udviklingen af de nye behandlingsteknologier er komplekse og forutsetter konvergens i viden og teknologi mellom bio-, info- og nanoteknologi. Hvis det bliver mulig at tilbyde genetisk terapi og regenerativ medicin i behandlingen af udbredte kroniske sygdomme inden 2030, vil der være tale om et reelt paradigmeskifte i behandlingen."*

Fra rapporten "Det aldrende samfund 2030"(Jeune, Avlund og Kirk 2006)

## **6.5 ANTI-AGEING**

Helsevesenet er også i Norge blitt involvert i det som i USA lenge har vært en milliardindustri: Anti-ageing. Folk vil leve lenge, men ikke bli gamle. Helsekost, rynkekremer og klesmoter følges av hormonterapi, plastisk-kosmetisk kirurgi, fettsuging, rynkefjerning og viagra. Stadig flere eldre får hjelp av kirurger til å fikse på kropp og utseende. En fjerdedel av de om lag 9000 som gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i 2003 var over 50 år (Statens Helsetilsyn 2004). I en artikkel i Helsetilsynets tilsynsrapport for 2003 peker sosialantropolog Ida Samuelsen på at sett med øynene til de som velger å få utført kosmetiske inngrep, henger dette sammen med et ønske om å forme og gjenerobre sin egen kropp:

*"Det kan synes som om det er flere måter man kan komme i utakt med seg selv på, men oftest vil aldring være en hovedårsak. Det synes å herske en oppfatning om at når du blir eldre – noe som vanskelig kan unngås – så er du ikke lenger deg selv. Det aldrende ansiktet blir en maske som det ungdommelige og egentlige selvet skjuler seg bak. Ved hjelp av kosmetiske inngrep kan man finne tilbake til seg selv, man kan holde seg naturlig ung til man dør."* (Samuelsen 2003)



Seniormarkedet er stort, og seniorerne ønsker både å reparere eller skifte ut utslitte kroppsdeler og organer, og fikse funksjonsevne og utseende. Genforskning, bioteknologi og annen medisinsk teknologi har bidratt med nye muligheter (Sinclair and Guarente 2006). Utviklingen på dette området har imidlertid kommet ut av kontroll, med svært mange useriøse aktører og mange uheldige resultater.

Istedenfor å overlate dette til spekulative kommersielle interesser, har det offentlige helsevesenet i Norge valgt å få både kontroll med og inntektene av seniorenes ”jakt på evig ungdom”. Slik skjer helsedelen av denne ”anti-ageing”-virksomheten innenfor mer medisinsk-faglige forsvarlige rammer. Seniorerne er imidlertid blitt noen av de største forbrukerne av kosmetisk kirurgi og hormonbehandling. Genterapien har for alvor gjort sitt inntog, og det forskes aktivt på det som i media blir omtalt som å finne selve ”ungdomskilden”. Foreløpig er det imidlertid ingen som har funnet anti-ageing medisinen som kan stoppe eller reversere aldringsprosessen. Aldringen kan i noen grad maskeres og dekkes til, og det kan være godt for manges selvfølelse og tilfredshet. Fortsatt forsøker derfor helsevesenet å kombinere sitt kurative og terapeutiske arbeid med vanlig forebyggende folkehelsearbeid der livsstil og sunt kosthold står i sentrum.

Norge samarbeider internasjonalt med European Society of Anti-Aging Medicine (ESAAM) som ble etablert som en paraplyorganisasjon for nasjonale Anti-Aging virksomheter i Europa. Det samarbeides om utdanning, forskning, kvalitetssikring og tilsyn, og det er etablert europeiske kvalitetsstandarder og godkjenningprosedyrer.



På verdensbasis er organisasjonen World Anti-aging Academy of Medicine (WAAAM) en viktig aktør. De presenterer Anti-aging som den raskest voksende medisinske spesialitet i det 21. århundre og som ”the next great model of health care for the new millennium” på grunn av dens muligheter til å forsinke aldringsprosessen og redusere byrdene av degenerative alderslidelser i en raskt voksende eldre befolkning:

*”The science of anti-aging medicine is truly multi- disciplinary. Not only represented by advances in the fields of biochemistry, biology, and physiology, the field is enhanced by contributions from mind/body medicine, sports medicine, molecular genetics, and emerging medical technologies. Anti-aging medicine is evidence-based, clinically sound health care.” (WAAAM 2006)*



## Forløperen Aesthetic Clinic

Aesthetic Clinic etablerte sin virksomhet i Oslo i 1999. De siste årene har Aesthetic Clinic utvidet sin virksomhet, og er i dag den største aktøren i Skandinavia innen kosmetisk medisinske behandlinger. Nettverk består av mer enn 80 Anti-Aging Klinikker, og 12 spesialiserte medisinske medarbeidere. Det er også etablert klinikker i Tyskland, og det tysk-skandinaviske samarbeidet skal ha en viktig funksjon i forhold til oppdatering og kompetanseutvikling på feltet.



Aesthetic Clinic forsøker å forene kosmetisk medisin, kosmetisk kirurgi med Anti- Aging medisin, som de presenterer slik på sin nettside (Aesthetic Clinic 2006):

*” Ved hjelp av Anti-Aging medisin kan ethvert menneske styre sin egen alderdom og med rett behandling bevare et yngre utseende i lang tid, være lengre seksuell aktiv og få generellt mer ut av livet. Anti-Aging omfatter alle medisinske behandlinger, som motvirker eller gjør alderdomsprosessen langsommere. Målet er å være sunn og frisk så lenge som mulig.”*

Behandlingen koster kr 3.000 pr gang og kan bestå av bl a hormonsubstitusjon, smertebehandling, aktiviserings- og muskelterapi, ernærings- og livsstilsrådgivning, stressbearbeiding og forynging av utseendet med Botox-injeksjoner, rynkebehandling eller hudfornyelse.

## 6.6 PALLIATIV OMSORG

Palliativ behandling og omsorg står sentralt. Å gi profesjonell medisinsk bistand og omsorg mot livets slutt er blitt en hovedoppgave for geriatrien. Palliativ behandling ble tidlig utviklet som en del av kreftomsorgen, og Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerte i denne sammenheng ”Palliative care” som:

*”... an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (WHO 2002).*

Palliativ omsorg ser på døden som en normal prosess, men forsøker å dempe symptomer og smerte og tilbyr støttesystemer som gir hjelp til å leve så aktivt som mulig fram til død. Den palliative tilnærmingen omfatter både fysiske, følelsesmessige, sosiale og åndelige sider av livet, og økt livskvalitet er et nøkkelbegrep i denne sammenheng. Nå er behandlingsmetoden overført til geriatrien og tilpasset mange ulike tilstander og sammensatte lidelser. I motsetning til kreft, som ikke sjelden har et noenlunde forutsigbart forløp, legges det i større grad vekt på at den palliative behandlingen skal starte tidlig og skje parallelt med annen kurativ behandling.

Ved siden av å hjelpe pasienter som er i en avklart terminal fase, går helse- og omsorgssystemet nå inn og gir støtte og bistand til mennesker med alvorlige kroniske sykdommer eller langvarige og sammensatte problemer over mange år, selv om det er umulig å predikere noe tidspunkt for livets slutt. Dette er spesielt viktig f eks i forhold til demenspasienter, som trenger å bearbeide angst og sorg over tap av funksjoner og forberede et langvarig sykdomsforløp mens de ennå har mulighet og kapasitet til det. At palliativ omsorg kan skje samtidig med livsforlengende behandling var lenge medisinsk omstridt, men er nå akseptert og blitt en naturlig og viktig del av helsevesenets virksomhet (Davies and Higginson 2004).

### **Forløper Hospice Lovisenberg**

Hospice Lovisenberg er et tilbud om smerte- og symptomlindrende behandling til pasienter i livets slutfase. Arbeidet baseres på hospicefilosofien, som innebærer en helhetlig omsorgstanke rundt pasient og pårørende for å avhjelpe behov og problemer av fysisk, psykisk, sosial, åndelig og eksistensiell karakter.

Medikamentell smerte- og symptomlindring er en viktig del av behandlingen på Hospice. Sentralt står også kunnskap om ernæring, leie, hvile/ aktivitet, drenasje, fysioterapi, massasje, lymfødembehandling, tid til samtale, tilstedeværelse, omtanke, trygghet, og ikke minst " de gylne øyeblikk," fylt av både alvor, latter og humor.

Hospice Lovisenberg drives av Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, som er Norges største private sykehus. Avdelingen består av en dagpost og en døgnpost med 12 senger, og har Helse Øst som opptaksområde.



### ***Dødshjelp***

Den palliative tilnærmingen til døden var at den verken skulle bidra aktivt til å forkorte eller unødvendig forlenge livet (Davies and Higginson 2004). De etiske retningslinjene bygde på det grunnleggende prinsippet om livets ukrenkelige verdi, men ga aksept for passiv eutanasi eller dødshjelp. Livskvalitetsbegrepet som etter hvert sto svært sentralt både i "plussgenerasjonens" verdigrunnlag og som mål for helsevesenets virksomhet, la grunnlaget for endrede holdninger til aktiv dødshjelp. Krav til livskvalitet ble sett som forutsetning, og det ble etter hvert akseptert for at helsevesenet kunne medvirke til å avslutte pasienters liv i spesielle tilfeller, når de selv etter lengre overveielse ønsket det.

"Det finnes bedre og mer verdige måter å dø på enn å sulte seg i hjel, slik enkelte tidligere valgte å gjøre det", ble det gitt uttrykk for både blant seniorbevegelse og i en del av helsevesenet. Politisk skapte spørsmålet mange års debatt i Norge, men fikk etter hvert oppslutning i alle de største politiske partier med unntak av partier preget av verdikonservatisme. Nederland hadde helt fra 1990-tallet hatt lovbestemmelser som tillot aktiv dødshjelp og testet ut og utviklet prosedyrer som flere land etter hvert overtok og innarbeidet som en del av helselovgivningen i eget land. Disse reglene og prosedyrene ble også lagt til grunn i Norge. Ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmuligheter hadde gjort spørsmålet om å fravelge livsforlengende behandling eller aktivt avslutte livet til et allment spørsmål svært mange mennesker måtte ta stilling til på slutten av livet. Retten til å dø fredelig og naturlig og få en verdig livsavslutning, vil derfor bli et av det lange livs vanskelige utfordringer.

## **7. SCENARIO 2: SENIORKOLONIEN**

**Dette er først og fremst konsumentenes og entreprenørenes scenario. Her møtes seniorer utstyrt med stor etterspørselskraft og de som kan tilby en moderne seniortilværelse med personlig design helt fram til livets slutt, inkludert hjelpetilbud ved funksjonstap og sykdom. Scenariet bygger på retten til å kunne trekke seg tilbake i trygge og behagelige omgivelser, nyte pensjonistlivet og være sikret god omsorg etter å ha gjort sin innsats for familie og samfunn.**

**Stikkord er marked, internasjonalisering, fysisk tilrettelegging og security for seniorer, og et omsorgstilbud preget av individuell tilpasning, fritt leverandørvalg og modulbaserte spesialtilbud tilpasset ulike brukergrupper.**



*Seniorene flytter. I tide.*

*Med seg har de boligkapital fra store eneboliger, rekkehus og romslige leiligheter i drabantbyer, fine villstrøk og byggefelt. Og de vil ha best mulig tilrettelagte boliger og omgivelser, nærservice og lett tilgjengelig kommunikasjon. Sentral beliggenhet og kort avstand til helsevesen og omsorgstilbud. Det har de funnet. Seniorboliger har overtatt den sentrale bykjernen i de store byene, havneområdet i byene langs kysten, og nybygde seniorlandsbyer ligger idyllisk til i den nordiske skjærgården eller ved innsjøene i innlandet. De som reiser lenger, har bosatt seg i europeiske seniorbyer, som har vokst fram langs hele Middelhavet og på turistøyene utenfor Afrika.*

## **7.1 SVALEGENERASJONEN**

Svalereder blir de kalt, de nye seniorboligene som er blitt anlagt på takene av store hoteller, kulturhus, kjøpesentra og kontor- og forretningsbygg, ikke bare i de store byene, men også i mindre kommunesentra på landet. Skal du få øye på den nye eldregenerasjonen må du se opp. Ta heisen, finne takterrassene. Der er aldersgrensen 50+. Dette er seniorland. I god høyde over bakken, med utsikt over landskapet og grønne sansehager på takene. Her har svalegenerasjonen anlagt sine kolonier.

Taksvaler er de blitt, de nye eldre, og om vinteren trekker de mot syd. De har kjøpt seg inn med andeler i internasjonale seniorbyer som er etablert både i Sør-Europa og Nord-Afrika. Mange fortsetter trekkfugltilværelsen, men noen av dem slår seg til i syd. For godt. Her bor det seniorer fra hele Europa, og byene har også trukket til seg rike kinesere og japanere. I mange år var det atskilte områder og bydeler med navn fra de land beboerne kom fra. Paris Süd, Suomi, Arkhangelsk, Berlin og China Town. Etter hvert begynner de å finne hverandre på kryss og tvers av nasjonsgrensene og flytter til hverandres byer. Byene har likevel beholdt navnene og videreutviklet særpreget gjennom arkitektur og design.



## **7.2 DEN GRENSELØSE OMSORGEN**

En av de sterkeste drivkreftene bak utviklingen av dette scenariet er den økende mobiliteten blant nye generasjoner eldre og de utfordringer dette stiller dagens kommunale omsorgssystem ovenfor. Samtidig skjer det en internasjonalisering av tilbydersiden og arbeidsmarkedet for fagpersonell i helse- og sosialsektoren, som endrer rammebetingelsene for lokalbasert eldreomsorg. Når både brukere, fagpersonell og tilbydere beveger seg på kryss og tvers av kommunegrensene og landegrensene, må omsorgstilbudet organiseres på en annen måte. Vi snakker om ”den grenseløse omsorgen.”

### *Mobilitet*

De nye eldre er mer mobile enn tidligere eldregenerasjoner. De krysser grenser både på sesongbasis og mer permanent, men regner likevel med å få del i det eldreomsorgstilbudet de etter et langt yrkesliv har innbetalt skatter og avgifter for å finansiere. Og det vil de ha der de oppholder seg. Bevegelsene har to tydelige retninger: De vil på den ene siden flytte og bo sentralt med nærhet til servicefunksjoner og kommunikasjoner og samtidig på den andre siden oppholde seg i lange perioder i fritidsboligen enten i Norge eller på sydlige breddegrader.

En undersøkelse fra 2006 om seniorennes boligplaner og boligønsker for eldre år (Ytrehus og Fyhn 2006), konkluderte med at selv om et flertall fortsatt vil være bofaste, sier nesten 40 % at de regner med "å flytte innen ti år eller ikke utelukker å flytte." I tillegg vil den sesongbaserte flyttingen bli mer og mer omfattende, først og fremst knyttet til fritidsboligen i Norge, men også i Syden:

*"Det at så mye som seks prosent av 50-åringene allerede nå har Syden-bolig, samt at hver femte person i denne aldersgruppen ønsker seg denne type flytting, kan være en indikasjon på at vi vil komme til å få en betydelig og økende gruppe blant eldre i varmere land i framtida."* (Ytrehus og Fyhn 2006)

Det vil i stor grad være seniorennes flyttebevegelser i tidlig senioralder som blir bestemmende for hvor de skal få sitt tjenestetilbud, hvordan det skal utformes og hvem som skal stå for det. Hvordan seniorenne innretter livet påvirker også rammene for utforming av tjenestetilbudet. Omsorgstjenesten må følge sine brukere. De trekker både mot byen og fritidsområdene. Der ønsker de fleste av dem også å være når behovet for praktisk bistand og personlig assistanse melder seg. Kanskje de til og med ønsker assistanse til fortsatt å kunne bevege seg mellom blokkleiligheten og fritidsboligen, også når sykdom og funksjonstap melder seg.

### *Urbanitet*

I NIBR-undersøkelsen "Slik vil eldre bo" oppsummeres hovedretningen i de framtidige eldres boligpreferanser (Brevik og Schmidt 2005) som "dragningen mot det urbane". Det skulle vise seg at denne trenden bare forsterket seg i årene fram mot 2030. Seniorenne kjøpte opp dyre leiligheter med sentral beliggenhet både i forhold til butikker, service, kulturtilbud og kommunikasjoner. Tilgjengelighet handlet ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestol. Det handlet om tilgjengelig til det meste - "access to society". Når summen av disse ønskene ble realisert, innebar det samtidig at sentrale boligområder mer og mer antok form som rene seniorsamfunn eller små seniorkolonier, med sikkerhetssjekk ved porten, felles lobby og egen vaktmestertjeneste.

#### **Dragningen mot det urbane**

"En viktig fellesnevner for seniorennes ulike orienteringer synes å være dragningen mot det *urbane*. Urbant i den forstand at en ønsker å bo sentralt med nærhet til byfunksjoner og offentlige kommunikasjoner. Urbant ved at en ønsker å bo tett i forskjellige former for blokkbebyggelse. Urbant i den forstand at en ønsker bofellesskap, fellesskapsløsninger og service umiddelbart nært boligen. Det er *sentralitet, bo- og servicekonsentrasjon, fellesskap og nærhet* som er hovedelementene i preferansebildet. Det er disse bevegelsene som tydeligst komponerer hovedretningen for seniorennes uttalte ønsker. Det meste kan subsummeres under begrepet *urbanitet*." (Brevik og Schmidt 2005)

De motsetningsfylte ønskene om både urbanitet og fritidstilværelse, blokkleilighet og hytte, natur og kultur, pensjonisttilværelse og pulserende byliv, fikk etter hvert sin optimale løsning

ved å innføre bymessig bebyggelse i de mest attraktive fritidsområdene ved sjøen og på fjellet. Seniorbyene langs Middelhavets strender kunne tilfredsstillende begge deler, med blokkbebyggelse og restauranter, butikker og opplevelsestilbud omkranset av gode parkanlegg, golfbaner og strandpromenader. Det samme konseptet ble i ulike avskygninger brukt i turistbyene langs hele Skagerakskysten og i de store hytteområdene fra Hallingdal til Åre. Boligblokker med takterasser og balkonger som henger utover bryggekannten, og terrassehus som omkranser alpinanleggene.

#### *Utfordrer kommunene*

Eldre med behov for omsorgstjenester som bor halve året i en hyttekommune eller er langtidsurister i vintermånedene med egen leilighet i Kroatia og Spania opplever etter hvert kommunegrensene og landegrensene som unødige og kompliserende hindringer. De mobile seniorene blir en utfordring for et system som nærmest er basert på at de som skal ha kommunale tjenestetilbud må holde seg i ro i sin egen hjemstedskommune. Riktignok er det et lovverk som fastslår at det er oppholdskommunen som har ansvaret, men dette fungerer dårlig i et system der de økonomiske rammebetingelsene i form av skatteinntekter og statlige overføringer er knyttet til de som bor i kommunen.

Når folk etter hvert reiser til Polen for tannbehandling, kombinerer ferieopphold i Thailand med laserbehandling for å bedre synet eller får behandling for øresus i Estland, forventer de også at om ikke det kommunale omsorgstjenestetilbudet følger med dem dit de drar, bør de i hvert fall få finansiert et tilsvarende tilbud der de ønsker å oppholde seg. Dette ble tidlig varslet fra nordmenn som hadde slått seg til i Alfaz del Pi på spanskekysten: Det var helt tilfeldig og bare noen få kommuner som bisto sine innbyggere med finansiell hjelp til omsorgstjenester. Og advarslene var tydelige på politisk hold: Dersom ikke kommunene klarer å løse dette ved å gi tilskudd eller betale tjenestetilbud i utlandet i stedet for selv å yte tjenester, vil kravet om statlig finansiering over Folketrygden raskt melde seg.

Kommunene klarte ikke å løse dette, og enda vanskeligere var det å få til oppgjørsordninger kommunene imellom. Det ble mange tvistesaker og et unødig komplisert byråkrati. Etter flere år med debatt og "svarteper-spill", fikk sentrale politikere nok. Og hele prosessen endte med en statlig ordning der folk enten kunne motta et offentlig drevet tjenestetilbud som ble direkte finansiert av den statlige ordningen, eller få et tilskudd til selv å kjøpe tjenester av andre leverandører. Saken hadde en klar parallell til sykehusreformen ved årtusenskiftet, der det ble opplevd som om fylkesgrensene sto i veien for "fritt sykehusvalg", fjerning av sykehuskøer og en optimal utnyttelse av den samlede sykehuskapasiteten i landet. Selv om det har vist seg at det egentlig er svært få som nyter seg av retten til fritt sykehusvalg, var dette likevel et sterkt argument for å gjennomføre en omfattende forvaltningsreform. På samme måten er det nok også med de kommunale omsorgstjenestene. Fortsatt ønsker de fleste å få sitt tjenestetilbud i hjemkommunen, men det er sterke og taleføre grupper som vil ha det annerledes, og det blir nødvendig å finne løsninger som gir betydelig større fleksibilitet enn det kommunene alene kan gi.

#### *Fritt brukervalg*

På denne måten ble det også lagt et grunnlag for "fritt brukervalg", der brukerne selv kan velge om de vil motta et kommunalt tjenestetilbud eller gå til private leverandører. Slik sprekker det "offentlige monopolet" på omsorgstjenester, og flere aktører kan komme inn på markedet. Det er en rekke småbedrifter drevet av tidligere kommunalt ansatte hjemmehjelpere, vaktmestere og sykepleiere som selger praktisk hjelp og enkel sykepleie på hjemmetjenestebasis. Og det er større bedrifter som både etablerer mer tradisjonelle

institusjoner på privat basis eller blir operatører for vakt hold, renhold, transport, restaurantvirksomhet og helse- og sosialtilbud ved senioranlegg som bygges ut av større entreprenører. Fra å utføre bare om lag 2 % av eldres omsorgen ved årtusenskiftet, står private aktører etter hvert for mer enn halvparten av tjenesteproduksjonen. Det er fortsatt problemer med å etablere tilfredsstillende lokale leverandørmarkeder i mindre bygdekommuner i innlandet og langs kysten, men nå er ikke lenger brukerne avhengig av kommunal finansiering, og kan kjøpe sitt tilbud både andre steder i Norge og i utlandet.

### *Internasjonalisering*

Internasjonaliseringen skjer ikke bare ved at brukerne beveger seg over kommunegrensene og landegrensene. Utviklingen av det indre markedet i Europa omfatter etter hvert også helse- og sosialtjenester, og leverandørmarkedet blir internasjonalt. Store internasjonale selskaper involverer seg i denne utviklingen, og trekker med seg erfaringer på produksjon og drift både fra amerikansk og japansk eldreomsorg. Japanerne bidrar med nye og kostnadseffektive produksjonsmåter og utvikler og tar i bruk ny omsorgsteknologi. Amerikanske selskaper etablerer seg i Europa med sine modeller for "Senior Living Communities" og "Senior Cities" slik vi blant annet finner mange av i Florida.

Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell blir også mer og mer internasjonalt. Det blir stor etterspørsel etter fagpersonell på dette området, og knappheten på leger, sykepleiere, sosialarbeidere og omsorgsarbeidere bidrar til høyere status og betydelig bedring i lønns- og arbeidsvilkår. Dette fører til at mange flere søker seg over i helse- og sosialsektoren og at nye grupper rekrutteres til slike yrker. Det tar imidlertid svært mange år før menn finner seg til rette i omsorgsyrkene. Generell mangel på arbeidskraft bidrar også til sterkere konkurranse med andre bransjer og sektorer.

### *Omsorg som eksportvare*

Interessant er det at Norge etter hvert faktisk eksporterer mer enn de importerer i dette markedet. Omsorg er blitt en nordisk eksportprodukt. Dette har sammenheng med flere sammenfallende forhold som har gitt de nordiske land konkurransefortrinn nettopp på omsorgssektoren:

#### *- Kompetanse på omsorg.*

I motsetning til store deler av Europa, utviklet de nordiske land allerede fra 1970-tallet et offentlig omsorgstjenestetilbud som avlastet både familien og sykehusene, og utviklet faglig kompetanse på et område mer patriarkalske land løste innenfor familiesfæren.

#### *- Kvinnepolitikk*

Norske kvinner er i arbeid og føder fortsatt barn. Kombinasjonen av høyere fertilitet og svært høy yrkesaktivitet blant kvinner har både gjort at folketallet fortsatt øker, og sikrer tilgang på framtidig arbeidskraft. Land som både har nedgang i folketall og en sterk økning i tallet på eldre, ser at kvinnepolitikken og velferdspolitikken er avgjørende både for demografisk og økonomisk bæreevne (Strøm 2006).

Omsorgssektoren har spilt en sentral rolle i dette.

#### *- Demografiske fortrinn*

De nordiske landene er av de heldigst stilte i Europa med hensyn til demografiske utfordringer. Omsorgsbehovet vil øke kraftigere som følge av aldring og tilgangen på arbeidskraft til omsorgssektoren vil sannsynligvis være vanskeligere i nesten alle land omkring oss. Dette har gitt de nordiske landene betydelige komparative fortrinn og har bidratt til å gjøre omsorgssektoren til et svært interessant eksportmarked (Ylva Søvik 2006).



Norske omsorgsbedrifter har derfor etablert seg i Sør-Europa. De betjener både skandinaviske, tyske og russiske kunder i seniorbyer langs Middelhavet og samarbeider med blant annet spanske, franske, italienske og kroatisk myndigheter om utbygging av omsorgstjenestetilbud for landets egne innbyggere. Utdanning og videreutdanning av helse- og sosialpersonell til Community Care og SeniorCare er også blitt en vekstnæring, og norske høyskoler har etablert en rekke utdanningstilbud i utlandet for sykepleie og sosialt arbeid.

### 7.3 KUNDEVALG OG OMSORGS-SHOPPING

Fritt brukervalg eller ”kundevalg” forutsetter at den enkelte tjenestemottaker blir utstyrt med økonomisk etterspørselskraft og får ”penger i handa”, for selv å kunne sette sammen sitt tjenestetilbud. En periode var det blitt utstedt en slags ”voucher” eller omsorgssjekk som kunne innløses i tjenester hos både offentlige og private tjenesteleverandører. Mange mente dette smakte av formynderi og minte for mye om fortidens sosialkontor, der de av frykt for at folk skulle bruke pengene til andre formål, fikk utdelt rekvisisjon for å handle på butikken.

Rundskriv S 1/2030

**Statens Seniorverk**  
Postboks 2030 Dep  
0031 Oslo

**Seniorverkets stønadssatser  
for omsorg og pleie**

Folketrygdens grunnbeløp G =kr 245.635 (2030)

2 G: Funksjonsnivå 1 IPLOS-score\* 1,00-1,49  
(Nokså selvhjulpen)

4 G: Funksjonsnivå 2 IPLOS-score\* 1,50-2,24  
(Noe selvhjulpen)

6 G: Funksjonsnivå 3 IPLOS-score\* 2,25-3,24  
(Nokså hjelpetrengende)

8 G: Funksjonsnivå 4 IPLOS-score\* 3,25-3,99  
(Mye hjelpetrengende)

10 G: Funksjonsnivå 5 IPLOS-score\* 4,00-5,00  
(Svært hjelpetrengende)

For å motta slik stønad må, stønadsmottakerens funksjonsevne være varig nedsatt. Plassering i funksjonsnivå kan tidligst revurderes etter et halvt år. Stønad kan utbetales direkte til tjenesteleverandør, der dette er en kommune eller kvalitetsgodkjent privat virksomhet. Alternativt kan stønaden utbetales direkte til den enkelte bruker (eventuelt verge/hjelpeverge), som kan disponere det til familiebasert omsorg eller annen hjelp. Tilskuddsbeløpet utgjør i så fall 80 % av stønadssatsen.

-2-

\* IPLOS-score er uttrykk for et vektet gjennomsnitt av 17 funksjonsvariabler som beskriver en persons evne til å utføre daglige gjøremål og grunnleggende egenomsorg, syn, hørsel og hukommelse samt evnen til samhandling med andre. Gjennom en registrering av funksjonsnivået for hver variabel på en skala fra 1 (personen er selvhjulpen – trenger ikke bistand) til 5 (personen klarer ikke å utføre den aktuelle funksjonen selv og er helt avhengig av personbistand) gir dette en beskrivelse av en persons behov for bistand til å klare de ulike funksjonene.

**Funksjonsevne**

1. Fungere sosialt
2. Skaffe seg varer og tjenester
3. Ta daglige beslutninger
4. Ivareta egen helsetilstand
5. Bevege seg innendørs
6. Almennelig husarbeid
7. Vaske seg
8. Kle på og av seg
9. Lage mat
10. Spise
11. Gå på toalett
12. Bevege seg utendørs
13. Syn
14. Hørsel
15. Hukommelse
16. Kommunikasjon
17. Styre egen adferd

#### *Finansiering*

Finansieringen av eldreomsorgen var etter hvert blitt overført til Statens Seniorverk som fikk ansvar for å utforme og forvalte et stønadssystem som sikret at ”pengene fulgte brukeren”, uavhengig av bostedskommune og uavhengig av tjenesteleverandør. Statens Seniorverk

innførte en stønadsordning med 5 tilskuddssatser, basert på en tverrfaglig vurdering ut fra den enkeltes diagnose og funksjonsevne. Satsene var knyttet til Folketrygdens grunnbeløp G (kr 62.892 i 2006), og bygde i stor grad på IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) som etter mye bråk og utsettelser endelig ble innført som statistikkssystem i 2010 (Sosial- og helsedirektoratet 2005; Sosial- og helsedirektoratet 2006). Nå ble IPLOS-data ikke lenger bare benyttet som styringsinformasjon og til forskningsmessige formål, men brukt som grunnlag for å utmåle stønadssatsene.

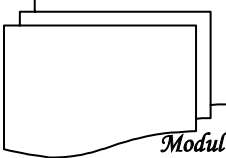
Statens Seniorverks 5 stønadskategorier fikk sitt motsvar i mange tjenesteleverandørers tilbud. De utarbeidet modulbaserte pakketilbud der de grunnleggende standardelementene ble finansiert gjennom stønadssatsene, mens en rekke valgfrie tilbud og tilleggstenester måtte finansieres på annen måte. For å forenkle denne prosessen med å sette sammen de ulike elementene i et tilbud og kvalitetssikre produktet, har tilbyderne utviklet standardpakker med muligheter for å bygge på ekstratenester ut fra egne individuelle behov.

De fleste tilbyr en grunnpakke som inneholder:

- ombygging og tilpasning av bolig i forhold til tilgjengelighet og arbeidsmiljøkrav for firmaets ansatte
- montering av teknologipakke og utstyr for smarthus, sikkerhet og kommunikasjon
- praktisk hjelp til rengjøring, innkjøp og tørrmåltider
- profesjonell hjelp til hygiene, bading, stell av hår, fotpleie, make-up og eventuelt massasje
- personlig assistent en time i uken for aktiviteter etter eget ønske
- middagsservering i eget hjem eller i felleslokaler
- tilgang til firmaets brukergruppe worldwide med muligheter for å utveksle erfaringer om på nær sagt alle livsområder og interessefelt, eller bare få nye venner på bildenettet

Grunnpakken kan bygges på med utstyr for personlig overvåkning, legehjelp, sykepleie og ulike terapitjenester etter spesielle takster. Her er det alt fra fysioterapi og økonomisk veiledning til familieterapi og samtale med psykolog. Alternativmedisinen har også blomstret opp med markedstilpasningen, og mange bruker tradisjonell kinesisk medisin, akupunktur, healing og nyere former for astrologi som har fått et visst oppsving etter nye oppdagelser av liv i verdensrommet. De fleste tilbydere har også avtale med store sykehus og internasjonale medisinske fagmiljø som kan gi spesialiserte behandlingstilbud innenfor de mest moderne behandlingsformer. Etter hvert har de fleste lokale tilbydere sluttet seg sammen i større internasjonale kjeder som kan tilby hele spekteret av tjenester. Velger du startpakke, knytter du deg derfor i praksis til en slik kjede.

SENIORCARE, som er blitt en av de store omsorgskjedene på markedet, har utarbeidet en oversikt over sitt modulbaserte tilbud, der hver modul tilsvarer et trinn i Seniorverkets stønadssatser (ekskl. ekstra boutgifter):



**SENIORCARE**  
**OMSORGSMODULER**

*Modul 1: vask og renhold, vaktmester, personlig assistent og varm middag brakt på døren*

*Modul 2: dagsentertilbud med aktiviteter, fysioterapi, hår- og fotpleie, kafeteria mv*

*Modul 3: sykepleietjeneste morgen og kveld, og utvidet personlig assistent for hjelp ved alle måltider og til personlig hygiene*

*Modul 4: heldøgns pleie- og omsorgstilbud med tilsyn inntil hver 3. time på natt*

*Modul 5: heldøgns pleie- og omsorgstilbud med døgnskøntinuerlig tilsyn*

Botilbudene har ulik størrelse og standard, og boutgiftene kommer i tillegg. De som av ulike grunner ønsker eller må flytte fra opprinnelig bolig, kjøper seg som oftest inn med andel i seniorlandsbyen eller senioranlegget. Finansieringen skjer ved bruk av egen boligkapital eller oppsparte midler. De som står uten slik kapital og har for lave pensjonsinntekter til å betale forholdsvis høye husleier, må ty til andre private eller offentlige botilbud med enklere standard.

Det er ellers tilleggstilbud om bl.a.

- vakthold og trygghetspakke med kommunikasjonsutstyr
- hente- og bringetjeneste
- musikk- og kulturopplevelser
- arrangørbistand til familiebegivenheter og selskaper

Omsorgskjeden SENIORCARE samarbeider med ulike livssynsorganisasjoner og kulturinstitusjoner for å kunne gi et best mulig individuelt tilpasset tilbud, og driver for øvrig eget begravesbyrå.

Istedenfor totale modulbaserte pakkeløsninger, er det mange som benytter seg av mindre vaktmesterfirma, hjemmehjelps- og hjemmesykepleiebedrifter, vaktelskap og privat drevne dagaktivitetstilbud, og setter sammen tilbudet selv i kombinasjon med hjelp fra familien, som de også har penger til å betale litt for. Slik ”omsorgsshopping” som det populært kalles, er imidlertid krevende for de fleste, og spesielt for de som har sykdommer som medfører kognitiv svikt. De som ikke har god hjelp fra familie til å administrere dette, kan imidlertid engasjere egne brukeragenter som forhandler fram og setter sammen tilbud fra flere leverandører. På den måten kan en unngå å bli totalavhengig av et selskap og utnytte konkurransen i omsorgsmarkedet for å få mer ut av pengene.

#### Forløper



Private Hjemmetjenesters Landsforbund består av 19 medlemsbedrifter over hele landet. Her samarbeider bedrifter som Hverdagshjelpen A/S på Nesodden og Bo-Nær Servicesenter i Namsos med Seniorstøtten i Oslo og Tromsø Private omsorgstjeneste. Organisasjonen ble stiftet i 2005 med det formål å fremme utviklingen av private omsorgs- og hjemmetjenester, hjelpe gründere i gang med å starte slik virksomhet og være bransjens talerør overfor myndighetene (PHL 2006).

## 7.4 SENIORCITY (“Cruiseversjonen”)

”Cruise Ship Care”

Geriatren Lee A Lindquist ved Universitetet i Chicago foreslår i tidsskriftet Journal of the American Geriatrics Society (Lindquist and Golub 2004) en ny modell for eldreomsorg som hun kaller ”Cruise Ship Care”:

”Cruise ships could be considered as a floating assisted-living facility”, sier hun til The Economist 30.oktober 2004, som presenterer dette som et nytt marked for flytende hoteller. Lee A Lindquist peker på at prisen for et opphold i cruiseskip er konkurransedyktig med et opphold i en hvilken som helst ”assisted living facility” i Amerika,

og at lukseriøse cruise-liners tilbyr mange av de samme fasiliteter som aldershjem på land: Måltider, hjelp til hushold, rengjøring og klesvask, eskorte til måltider, frisør og beauty-salonger, tilgang på heldøgns medisinsk hjelp og til og med underholdningstilbud store deler av døgnet. Bemanningsfaktoren er også høyere enn vanlige aldershjem, med en ansatt på to til tre passasjerer. Cruise-båtene inviterer til fellesskap og muligheter for tette sosiale relasjoner, og de seiler i solfylte og gode klimatiske omgivelser. Lindquist peker på at det vil være mer fristende og attraktivt for barn og barnebarn å besøke besteforeldre som bor på cruisebåt i Karibien, enn i et gamlehjem utkanten av Chicago.

### **M/S The World**

- Skipet fikk 100 av 100 oppnåelige poeng fra US Public Health under den første inspeksjonen. US Coast Guard fulgte opp med å uttale at «never has a ship arrived on the North American Continent and delivered such a commanding performance in all drills of health, security and safety» (Ørjasæter 2005).

Lindquists seniorversjon av luksusskipet M/S TheWorld ble ikke realisert, men konseptet er ikke ulikt en del av de modeller som vokser fram. Om seniorboligene ikke ligger om bord på et skip, skal de gjerne være omgitt av vann, enten de henger med terrassene utover kaikanten i tidligere havneområder i byene, eller bygges i strandkanten på øyperler i Syden. Tryggheten sikres med avskjerming mot omverdenen, og familie og venner oppholder seg her på besøksbasis. Servicefaktoren er høy og ”mannskapet” er internasjonalt.

### **Forløper**

#### **Sunrise Senior Living Community**

”Sunrise Senior Living” er operatører for 370 ”senior living communities” med 40.000 beboere i 34 amerikanske stater samt i Canada og England. De er nå også i ferd med å etablere seg i Tyskland. På nettguiden SeniorOutlook.com er ”Senior Housing Facilities and Services” inndelt i flg kategorier:

- Adult Day Care
- Independent living
- Assisted Living
- Nursing Homes
- Continuing Care Retirement Community
- Alzheimer’s Care
- Active Adult Communities

Flere av disse seniorsamfunnene finner vi i Florida. Her ligger blant andre ”Good Samaritan Village” i Kissimmee som tilbyr nesten alle kategorier, og som blir drevet av den evangeliske kirke. Her er det aktivitetshus for kunst og håndverk, innendørs og utendørs badebassenger, fiskevann, store parkanlegg, bibliotek, tennisbane, fitness-senter, restaurant og cafeer. Det tilbys praktisk hjelp til vask, matlaging/ombringing, transportservice, dietter, massasje, 24-timers sykepleie og ulike helsetjenester og terapitilbud i forhold til de fleste sykdommer og funksjonsforstyrrelser av både somatisk og psykisk art.

Ikke langt unna ligger Fountainview på West Palm Beach nær badestrender og golfbaner, butikksentra, museer, kunstgallerier og helsesentra. Dette er hva de kaller ”A Sunrise Senior Living Community”. De som bor her må være over 55 år, og stedet er først og fremst innrettet med sikte på en aktiv seniortilværelse med lett tilgjengelig service. Det er transportservice, rullestoltilgjengelighet, beatysalong og fitness-senter, tennisbane, parkanlegg, swimming pool, hjelp til måltider, vask, aktivitetstilbud, helseklinikk, trenings- og rehabiliteringstilbud og vakt- og alarmtjeneste (SeniorOutlook.com 2004).

### *Pensjonistliv under spansk sol*

Det nærmeste en kommer det en kan kalle "floridifisering" av seniorlivet og eldreomsorgstilbudet i Norge, er det som utvikler seg på den spanske solkysten. Om lag 50.000 nordmenn har allerede i dag valgt å bo i Spania hele eller en stor del av året. Mange av dem er alders- eller uførepensjonister og halvparten av pensjonistene planlegger å bli der for godt (Helset 2004). Dette norske Spania er lokalisert på Solkysten blant annet i området rundt Alicante og Alfaz del Pi. Her er det en stor norsk "koloni" med egne boligområder, kulturinstitusjoner og aktiviteter. Spaniaposten kommer også ut her, og må nesten betraktes som en lokalavis. Et norsk politisk parti har til og med etablert lokallag her (FrP).

Bergen og Bærum kommune har ved hjelp av tilskudd fra Handlingsplan for eldreomsorgen bygd sykehjem i dette området for å kunne sende pasienter som har spesielt nytte av det til Spania for kortere eller lengre opphold. En gruppe mindre norske kommuner har også lagt planer om et felles omsorgsboliganlegg her. Selvaag Gruppen holder på å bygge ut vel 150 seniorboliger i Alfaz del Pi for eldre skandinaver som allerede er bosatt på Costa Blanca. De har kjøpt seg inn i danske Exsos ApS og har etablert et samarbeid å tilby pleie- og omsorgstjenester med dette selskapet som fra før har eldreboliger i Tyskland og Irland.

#### **Forløper Alfaz del Sol**



Selvaag Pluss bygger sine plussboliger med service og opplevelser i Alfaz del Pi på Costa Blanca i Spania. Prosjektet inkluderer blant annet:

- 153 boliger med 2-roms og 3-romsleiligheter
- Lettstelte leiligheter på ett plan, alle med balkong eller terrasse
- Bemannet resepsjon på dagtid
- Inngjerdet område, 24 timers vaktjeneste, samt callinganlegg
- Servicesenter med blant annet minmarked, restaurant, kafé, bar
- Helse- og velværetilbud med frisør, tannlege, lege og fysioterapeut
- Gjesteleiligheter til leie for besøkende
- Aktiviteter og sosiale tilbud gjennom Den Norske Klubben

(Selvaag 2006)

### *Drømmen om palmesus*

Sydenlivet er noe folk i det kalde nord alltid har drømt om, kanskje først og fremst av naturlige og klimatiske årsaker: "Gjev eg var i eit varmare land." I en undersøkelse (Sørbye et al 2004) oppgir 30 % helse og nesten 50 % klimaet som den viktigste årsaken til at de oppholder seg i Spania. Klimaet gir mulighet til å være ute, holde seg i bedre form og ha en høyere livskvalitet enn hjemme i Norge. Forholdet mellom helse og klima ser også ut til å være bundet sammen som motivasjonsfaktor for denne omfattende klimaturismen og utvandringen. Særlig opplever reumatikere og astmatikere en stor helseeffekt, med mindre smerter, enklere hverdag, bedre treningsmuligheter og mindre medisinerbruk. Symptomene lindres, men sykdommen blir ikke borte.

Selv om bare en snau fjerdedel sier de vil dra hjem til Norge hvis de blir sterkt omsorgstrengende, nærer nordmenn i Spania likevel stor bekymring for å komme i en slik



### *”Little Norway” og ”Lugaren”*

Utgangspunktet var Fred Olsen-selskapets Hotell Jardin Tecina og det store 18-hulls golfanlegget som ble anlagt der 25 år tidligere. I 2030 kommer vi inn i en by med karakteristiske hvite kanarihus og palmehager, som nesten gir assosiasjoner til Torbjørn Egners Kardemomme By. På andre siden av den lange moloen ligger sandstrendene ved Playa Santiago. Seniorbyen er organisert som et selvstendig øysamfunn, med kombinasjonen av langtidsturisme, helse- og omsorg og utdanning innen helse- og sosialfag og serviceyrker som hovednæringsgrunnlag. Disse anleggene ligger i Gomera SeniorCity eller ”Little Norway” som den altså kalles på folkemunne. De som betjener seniorbyen, bor enten i San Sebastian på østspissen av øya eller blir skyssset inn med Hydrofoilbåt fra Los Christianos på Tenerife. Det er egentlig blitt et eget lite internasjonalt samfunn med helse- og omsorgspersonell fra Nord-Afrika og Asia, kinesiske og indiske familier som driver restauranter og handelsvirksomhet og musikere og kulturarbeidere fra nesten hele verden. På folkemunne blir denne delen av øya kalt ”The Crew Town” eller ”Lugaren”.

Midt mellom ”Lugaren” og ”Little Norway” ligger flyplassen, med flytårnet som stikker opp som kommandobroen og masta på en av de store, nye båtene. Det hele er nesten som et cruiseskip som har ankret opp, og lar resten av verden seile sin egen sjø. Slik blir også øya markedsført - som ”Et stille cruise”, med assosiasjoner til skipet M/S The World, som fortsatt seiler verden rundt med luksusleiligheter, swimming-pool, restauranter og kulturtilbud nesten hele døgnet.



### *Tilrettelegging og tjenestetilbud.*

Hele seniorbyen er bygd opp på internasjonale standarder om tilgjengelighet. Både boliger, forretningsbygg, veier og transportmidler er tilrettelagt for mennesker med ulike funksjonshemninger. Det er også et høyt servicenivå i forhold til å få praktisk bistand til hus, hage, mat, vaktmester, ledsagertjeneste og hjelp til bading og personlig hygiene. Det er derfor mulig å klare seg lenge hjemme ved å kjøpe slike servicepakker, som ligger inne i prisen allerede ved inngåelse av avtale om bolig, og som kan bygges på etter behov.

Avstandene er små. Det er derfor ingen mellomstasjon mellom egen bolig og hospitalet som ligger sentralt i byen, og som både gir korttids behandlingsopphold, dagtilbud og poliklinisk behandling for en rekke sykdommer og fungerer som hospice med smertebehandling og dødspleie. Hospitalet er også base for leger, psykologer og sykepleiere som rykker ut for akutt hjelp og deltar i døgnavktsystemet som er utviklet i forhold til brann, ulykker, beredskap, politi, sosiale problemer og akuttmedisin.

Hospitalet har også avtale med sykehus og institusjoner i Norden, og tar i mot pasienter til ”ferieopphold” og opptrening/rehabilitering. Hospitalet i Gomera SeniorCity har i likhet med flere helseinstitusjoner på sydlige breddegrader spesialisert seg på reumatikere og hjerte- og lungesyke, men har også en egen psykiatrisk enhet for pasienter som sliter med sorg og depresjoner. Dette er pasientgrupper som forventes å ha spesielt nytte av omgivelser med ”lys og varme” under rehabiliteringsopphold.

#### *Universitetssamarbeid og partnerskapsavtale.*

Høgskolen i Gomera ligger på en egen campus med undervisningslokaler og studentby nærmere flyplassen. Den drives i samarbeid med det svenske Universitetet i Umeå, som tidlig på nittennittallet fikk et forsprang på fjernundervisning nettopp i helse- og sosialfagutdanning, og tidlig kom inn på det internasjonale utdanningsmarkedet gjennom det svenske EU-samarbeidet. Flere nordiske Universitet og høyskoler ble etter hvert involvert i arbeidet med å rekruttere helse- og sosialpersonell til Spania, som i tillegg til egne problemer med alderssammensetning i befolkningen, også har satset stort på næringsutvikling innen helse- og seniorturisme. Dette ble seinere en del av den partnerskapsavtalen som ble inngått mellom RegionNor (hele det nordlige Norden), Kanariøyene og Valenciaområdet på den spanske solkysten. Felles interesser knyttet til turisme, helsetilbud og utdanning la grunnlaget for denne avtalen, som etterhvert ble utvidet til også å omfatte miljø, fiske og havbruk.

## **7.5 SENIORSENTRUM (“Penthouseversjonen”)**

### *På taket av Oslo.*

Ved årtusenskiftet slo to familier i senioralder seg til i et gammelt industrilokale på Rodeløkka i Oslo, som en gang ble tegnet av den kjente funkisarkitekten Arne Korsmo. Her bygde de leiligheter, kontorarealer, galleri og verksted. På taket fikk de en storslått 300 kvadratmeters terassert hage med sjøutsikt. De hadde drømt om hage og havutsikt, men ville samtidig ha leilighet midt i byen.

*”I begynnelsen hadde vi ville drømmer om et vannspeil hvor vannet skulle renne over kanten på huset og gi en følelse av å forsvinne rett ned i havet. Men man må jo begrense seg litt”, sa en av beboerne den gang (Dagbladet Søndag 2004).*

Dette var ikke det første industrilokalet som ble bygd om til boliger, forretninger og restauranter og kulturformål. Gamle byidentiteter fra tidligere industri og håndverk ble pusset opp og brukt til å profilere nye designede bylandskap, der det var lov å legge inn vannspeil og kunstige fossefall. Aker Brygge i Oslo og Solsiden i Trondheim står fortsatt som monumenter fra denne tidsperioden. Seinere er det ikke bare industrilokaler og gamle møller i sentrum som har gitt tapt. Også hoteller, kontorlokaler, banker og forretningsbygg er ombygd til bolig- og kulturformål. Postgirobygget har fått ny fasade og er sammen med det gamle SAS-hotellet like ved bygd om til seniorformål. I de første etasjene er det restauranter, helsetjenester og servicefunksjoner, mens seniorleiligheter med små felleslokaler og mer uformelle møtepunkt fyller resten av etasjene. Det er lagt lokk over alle veier og jernbanelinjer i området, med ny høyhusbebyggelse over det hele, som reiser seg som en vegg bak Operaen når du kommer inn sjøveien. Herfra strekker seniorland seg fra dette kommunikasjonsknutepunktet i sentrum både i vestlig og nordøstlig retning.

Ser du bykjernen ovenfra, er det nesten heldekkende parklandskap å se så langt takene rekker. Byggene er bundet sammen med broer og "tubes", og det er god tilgjengelighet med rulletrapper og nye heissjakter som er bygd utenpå de fleste bygg. Her er seniorland lokalisert



i 6-10 etasjers høyde over bakken. Her tar den nye seniorbefolkningen heisen ned til den øvrige verden, til parkeringshuset, undergrunnsbanen og flytoget, til matvareforretninger, kafeer og restauranter. Her går de tørrskodde i konserthuset eller på kino ”i bare tøflene”. For å komme inn og ut av dette området må du imidlertid passere usynlige gjerder og elektroniske sperringer og ta deg gjennom overvåkede porter og innganger.

### Forløper Selvaag Pluss som pioner

Selvaag Pluss utvikler og driver boligprosjekter med service- og opplevelsestilbud for seniormarkedet både i Norge og i Spania. I Norge bygger de flere større seniorprosjekter blant annet i Oslo, Kristiansand og Stavanger, og snart er det bygd over 1.000 slike sentralt beliggende plussleiligheter med fellesarealer og servicetjenester. Det første prosjektet ”Hovedgårdstunet” ligger i Kristiansand.

#### Boliger med service og opplevelser

*”Ideen er å bringe noe av den servicen vi kjenner fra hoteller inn i boligprosjekter. Resepsjon med vertskap, fellesarealer og tilbud om en lang rekke tjenester vil gi beboerne en bekymringsfri hverdag med mange muligheter. Servicetilbudet vil blant annet omfatte vaktmestertjeneste, renhold, gjesteleiligheter og selskapslokaler. Undersøkelser selskapet har gjort, viser stor interesse for slike tilbud. I noen prosjekter blir det restaurant og roomservice. Opplevelsestilbudet skal tilpasses etterspørselen på hvert sted, men ideene spenner fra kulturutflukter og matkurs til speed-dating og utlån av sportsutstyr. Beboerne kan velge mellom ulike servicenivåer, og deltar i fellesskapet i den grad de ønsker selv.” (Selvaag 2006)*

#### \* Hinna



I den nye bydelen Hinna ved Stavanger, bygger Selvaag Pluss 128 boliger ved bryggekanten ikke langt fra fotballklubben Vikings Stadion. Bygget har felles takterasse med utsikt over Gandfjorden og inneholder bemannet resepsjon og fellesområde med salong, kjøkken, treningsrom og gjesterom.

#### \* Løren Torg



I et eget kvartal bygges 108 plussleiligheter med 2-4 rom og balkong som har bemannet resepsjon og fellesområder med salong, selskapsrom, kjøkken, treningsrom og gjesterom. Leilighetene har felles takterasse og gårdshage og sentral beliggenhet over et senter med butikker og spisesteder.

Tilsvarende plussprosjekter er tidligere bygd på Frogner og bygges nå på Tjuvholmen og Stovner sentrum. (Selvaag 2006)

### *Stor omsorgstetthet og god tilgjengelighet*

I denne verdenen blir omsorgstjenestene forsøkt lokalisert. Hjemmetjenestene trenger ikke lenger kjøre rundt i terrenget med firehjulstrekk. Her er det korte avstander mellom kundene. Både boliger og omgivelser er tilgjengelig for funksjonshemmede. Det betyr også stort sett at forholdene er tilrettelagt for de som skal yte praktisk hjelp, pleie og omsorg, og at det ikke går lang tid fra alarmen går til hjelpen er på plass. Seniorboligene har alle innebygd avansert overvåkings- og alarmutstyr, som i prinsippet styres av beboerne selv. Utstyret kan både kobles opp mot helsetjenesten for medisinsk overvåkning og mot vaktelskapet som står for sikkerheten. Fortsatt har en likevel i tillegg bygd ut forholdsvis mange institusjonsplasser som er lokalisert sammen med helsetjenestens øvrige lokaler. Disse brukes både som ”trygghetsplasser” ved midlertidig sykdom eller angst, korttidsplasser for avlastning og opptrening, eller til langtidsopphold, ofte for å skjerme det øvrige bomiljøet, spesielt fra personer med demens, forvirringstilstander og psykiske lidelser.

### *Entreprenører og driftsoperatører*

Eiendomsselskap og entreprenører har stått for utbyggingen av anleggene. De har alliert seg med vaktelskap og internasjonale operatører som står ansvarlig for praktisk hjelp, personlig service og helse- og omsorgstilbud. De gir 24-timers sykepleie, huslege med døgnvakt, dagtilbud med fysioterapi, opptrening og rehabilitering og gir hjelp med transport, rengjøring og matlaging. Har du kjøpt deg inn i en seniorbolig, har du både vaktmester og kultur- og aktivitetskoordinator. Det øvrige helse- og omsorgstilbudet er utviklet som ulike standardpakker som er tilpasset en forsikringsordning etter tysk mønster med 4 hovedkategorier. Grunnpakken består av praktisk hjelp til mat, vask og personlig hygiene inkl frisør og fotpleie, mens høyeste kategori gir plass i den lokale heldøgnsinstitusjonen.

## **7.6 SENIORLANDSBYEN (”Folkeversjonen”)**

### *Rekreative seniorlandsbyer*

Siden begynnelsen av 1990 årene er det oppført 175 seniorbofelleskap i Danmark med omkring 3500 boliger. Interessen for slike bofelleskaberne er sterkt stigende, og bare de færreste steder i landet kan tilbudet matche etterspørselen. Nesten 2/3 av københavnere mellom 60 og 70 år vurderer å flytte i seniorbofelleskap, viser tall fra Ældre Sagen og Københavns Kommune (Pedersen 2000).

En ny undersøkelse viser at eldre er spesielt positive til seniorbebyggelser som er langt større enn de som til nå er bygd. Antropologen Max Pedersen, som har utført undersøkelsen, sier:

*”Det overrasker og er en helt ny trend. I Danmark hersker på mange områder en tankegang om, at småt er godt. Det er også riktig nok. Småt er godt og småt er overskueligt. Jeg troede, at den tanke var temmelig indgroet, og at de fleste ældre ville foretrække et mere intimt bofællesskab på 20-30 personer. Jeg havde slet ikke forventet, at de ældre i vores undersøgelse vil kunne leve med 100 boliger i et fællesskab og 25 pct. af dem i meget store fællesskaber med 200-500 boliger. (Grove 2003)*

Max Pedersen ser at de store bofelleskapenes fordeler er at det blir råd og muligheter for flere og bedre fellesfasiliteter, slik at seniorlandsbyens beboerhus kan bli et fullverdig rekreasjonsenter.

## Forløper Holbæk Seniorlandsby



Utenfor København ligger Holbæk Seniorlandsby med snart 50 boliger i "et meget smukt, let kuperet terræn, som grænser op til åbne marker og med udsigt til Bramsnæsvig, ca 4 km fra Holbæk centrum og meget tæt på både golfbane og marina, og en spadseretur på 10 - 15 minutter gennem Dragerupskoven til fjorden."

Hvert hus er medejer af fællesbygningerne på 728 kvm som rommer restaurant, oppholdsstue, gjesteværelser, verksteder, hobbyrom, minimarked og helsehus med fysioterapi, legekontor og mosjonscenter. Landsbyen ligger på et 25.000 kvm. stort areal som er utlagt til felles rekreativt område (Se <http://www.seniorlandsbyen.dk/>).

## Helgøya seniorlandsby



En av de mest populære seniorlandsbyene i Innlandet er bygd på Helgøya midt i Mjøsa mellom Gjøvik og Hamar. Her var det i forrige århundre landbruk og institusjonsdrift. Den siste institusjonen, Toftes Gave, ble nedlagt i 1995 i forbindelse med reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det er derfor både historie og tradisjon å knytte an til, når seniorboliger og fellesanlegg bygges ut på begge sider av den gamle broen som binder øya til fastlandet. Rundt dette sundet har det vokst fram en hel seniorlandsby med tett trehusbebyggelse, gangpromenade langs stranda, båthavn, restauranter og småbutikker.

Etter at Helgøya ble mellomstasjon for tunnelforbindelsen som binder den nye Mjøsbyen sammen fra øst mot vest, er øya blitt et nytt kommunikasjonsknutepunkt både for InterCitytog og biltrafikk, med kort avstand til Gardermoen. Skibladner-turismen har etter hvert fått sitt naturlige utgangspunkt her, og bidratt til utbygging av Mjøs museet og en kultur- og opplevelsespark som har gjort området attraktivt utover sin vakre beliggenhet. Seniorlandsbyen har derfor trukket til seg svært mange aktive seniorer. Det er lagt inn

servicetilbud og omsorgstjenester i kategori 1 og 2 (grunnpakke+dagtilbud) slik at det går an å bo hjemme ”så lenge som mulig”. Området har imidlertid ikke et fullverdig heldøgns hjelpetilbud, og heller ikke tilbud til pasienter med aldersdemens. De som trenger det må derfor regne med å flytte til institusjonstilbud som ligger i de gamle sentraene på Gjøvik, Hamar og Moelv. Det nye Sentralsykehuset Innlandet ligger imidlertid ikke langt unna, der det er plassert på Ringsaker.

Slike seniorlandsbyer har ellers vokst fram i større kommunesentra over hele landet. En del av småbyene langs Oslofjorden og Sørlandskysten framstår som nesten rene seniorbyer. Noen steder er landbrukseiendommer med attraktive tomteareal blitt bygd ut til nye tette landsbyer, andre steder har utbyggingen skjedd bokstavelig talt på taket av kjøpesentra, hoteller eller kontorbygg. Disse parasitt- eller vortebyggene som noen har kalt det, framstår ikke akkurat som noen arkitektoniske perler. Men det er praktisk å bygge på allerede eksisterende serviceinstitusjoner, som tilpasser og utvider sin virksomhet og sitt utvalg av tjenester. Enkelte steder er også konkursrammede kjøpesentra og gamle rådhus etter bølgen av kommunesammenslåinger, bygd om og tatt i bruk til seniorformål.



## DET KONGELIGE SENIORDEPARTEMENT

Oslo 1.april 2020

### Pressemelding Forbered seniorlivet - ny forskrift om seniorbolig

**- Du må selv ta ansvaret for at du har en bolig som er tilpasset seniorstandard. Kommer du til å trenge hjelp og omsorg hjemme, er du selv også ansvarlig for at boligen er lagt til rette for de som skal yte deg hjelp, sier seniorminister Bo Huseby.**

Seniordepartementet har utarbeidet ny forskrift med definisjon og kravspesifikasjoner til seniorbolig, som bygger på internasjonale kvalitetsstandarder. Seniorstandard skal først og fremst sikre god tilgjengelighet ved ulike typer funksjonstap, ikke bare i boligen, men også i dens omgivelser.

For å kunne motta hjelp i eget hjem, må boligen være utstyrt med moderne hjelpemidler og tilrettelagt i tråd med grunnleggende arbeidsmiljøkrav. De som ikke har en bolig som tilfredsstiller seniorstandard, må ved hjelpebehov regne med midlertidig eller permanent flytting til egnet offentlig botilbud på egen bekostning.

Alle nye seniorboliger som bygges skal tilfredsstille seniorstandard allerede fra forskriften trer i kraft fra nyttår. Det samme gjelder kravene til nye boligers utstyr og arbeidsmiljø. For gamle boliger utsettes virkningstidspunktet i 5 år, og tar til å gjelde fra 2025.

Forskriften skal følges opp med en informasjonskampanje. Det vil også bli gitt et stimuleringsstøttestilskudd til ombygging og tilrettelegging av eldre boliger i denne 5-årsperioden. Det lønner seg derfor å foreta investeringer i bolig nå. Det vil spare deg for store utgifter seinere, og er en av de viktigste forberedelsene du kan gjøre for seniorlivet.

For nærmere opplysninger kontakt: Seniorrådgiver Gro Block Rekkebo Telefon 20002030.

## 7.7 ORGANISASJONENE I NY ROLLE

Både fagforeninger og pensjonistorganisasjoner er preget av at de må forholde seg til internasjonale aktører som eiere og operatører for senioranlegg og omsorgstjenester. Fagforeningene har derfor for lengst gått inn i internasjonale sammenslutninger, som både påvirker internasjonal arbeidslovgivning og forhandler lønns- og arbeidsvilkår for ulike faggrupper i helse- og sosialsektoren med internasjonale selskaper som driver i denne bransjen. Det har tatt mange år å omstille seg fra å ha nasjonale og kommunale myndigheter som arbeidsgivermotpart, til å måtte forholde seg til private internasjonale firma og et såkalt fritt internasjonalt arbeidsmarked. Fagpersonell i helse- og sosialsektoren blir imidlertid mer og mer ettertraktet på arbeidsmarkedet. Det gir tyngde og en god forhandlingsposisjon, forutsatt at faggruppene står sammen på tvers av profesjoner og landegrenser.

Tradisjonelle pensjonistorganisasjoner og seniorbevegelse har også funnet hverandre på tvers av landegrensene, og opptrer både som politisk pressgruppe og ikke minst som forbrukerorganisasjon. De samarbeider med forbrukerbevegelsen over hele verden, og har tatt modell av og samarbeider med den store amerikanske pensjonistorganisasjonen AARP.

### Forløper AARP

AARP presenterer seg som den ledende non-profit medlemsorganisasjonen for folk over 50 år i USA. Organisasjonen har mer enn 35 millioner medlemmer. Det betyr at nesten halvparten av alle innbyggere over 50 år er medlemmer i AARP. Ettersom mange av medlemmene ikke er pensjonister, har organisasjonen endret navn fra American Association of Retired Persons, og beholdt bare AARP. De er derfor nå en seniororganisasjon. Organisasjonen har 1800 ansatte og hele 160.000 medlemmer som deltar som frivillige medarbeidere. Organisasjonen har som oppgave å drive informasjon om saker som angår eldre, være advokater for medlemmene i juridiske saker og forbrukerspørsmål, promotere lokale servicetjenester og tilby medlemmene en rekke produkter og tjenester (AARP 2003).

Den nye seniororganisasjonen forhandler fram gode rabatterte tilbud for sine medlemmer på alt fra forsikring, reiser og utdanning til det meste innenfor seniorsegmentet av merkevarer på moteklær, matvarer, biler og kulturtilbud. De fungerer også selv som kultur- og reiselivsopratører. I forhold til seniorbyer over hele Europa gir de juridisk rådgivning og forhandlingsbistand til egne medlemmer, og gjennomfører løpende forbrukerundersøkelser og tester både på anlegg og tjenestetilbud. De har lokalkontorer i alle seniorcities og tillitsvalgte i alle seniorlandsbyer, og forsøker å danne uavhengige beboerforeninger og skape en form for demokrati i seniorland. Disse seniorsamfunnene har mange steder fått en slags status som "fristat", og ordner selv opp i en rekke ting som ellers lokale myndigheter måtte tatt seg av. Derfor blir relasjonen mellom beboerne og de som eier og driver infrastruktur og tjenestetilbud av ganske avgjørende betydning. Seniororganisasjonen representerer i denne sammenheng forbrukerne og skal bidra til å sikre deres innflytelse gjennom et slags forhandlingsdemokrati.

## 7.8 FRA GENTRIFISERING TIL GERONTOFISERING

Byforskere brukte lenge begrepet gentrifisering på det fenomen at deler av middelklassen pusset opp og oppgraderte gamle og slitte arbeiderklassebydeler sentralt i de store byene, slik at prisene steg og de opprinnelige beboerne måtte flytte fordi de ikke lenger hadde råd til å bo der (Sæter 2004). Nå er det de eldre som har tatt over, dels fordi de som var pionerer for denne utviklingen er blitt gamle, og dels fordi de nye eldre har flyttet etter. Gentrifiseringen er dermed avløst av det jeg har valgt å kalle gerontofisering. Gerontofisering betegner den nye

utviklingen av de mest attraktive områdene langs Middelhavskysten i Europa og de sentrumsnære bystrøkene, der seniorbefolkningen har overtatt. Her er det ferdig designede leiligheter med fjordutsikt og god tilgjengelighet til kommunikasjonsmidler og kultur- og serviceinstitusjoner. Det er lukkede byområder som er skjermet mot støy og ”urene” grupper i befolkningen, eller såkalte ”Gated Communities”. De sikres mot kriminelle eller fremmede som kan skape utrygghet. Områdene kjennetegnes derfor av murer eller høye gjerder og porter med adgangstegn, koder og overvåkningsutstyr. Det er etter hvert innført aldersgrense vanligvis på 50 år for å bo der, og yngre må være sammen med dem eller godkjennes for å slippe inn. Det er ansatt egne vektere, sikkerhetsfolk og servicepersonell.

Nå er det ikke bare de gamle industribydelene som bygges om, det er også de store kontor- og administrasjonsbyggene, hotellene og forretningsgårdene som blir omgjort og lagt ut til seniorboliger og ulike fasiliteter som gjør livet enklere og bedre for denne aldersgruppen. De som er kritiske kaller det for seniorghettoer eller luksusghettoer for den nye overklassen. Mange unge mener seniorkoloniene er både eksklusive og ekskluderende, og at de eldre har tatt med seg penga og stukket av. Faktisk er dette en av de mest alvorlige konfliktene som går i 2030-tallets samfunn. På den ene siden svalegenerasjonen som har trukket seg tilbake for endelig ”å leve og nyte sitt otium” slik deres foreldre hadde drømt om. På den andre siden den nye unge generasjon som mener seniorenne er rike, egoistiske og selvopptatte livsnytere, som bør klare seg sjøl også når de trenger hjelp og omsorg.

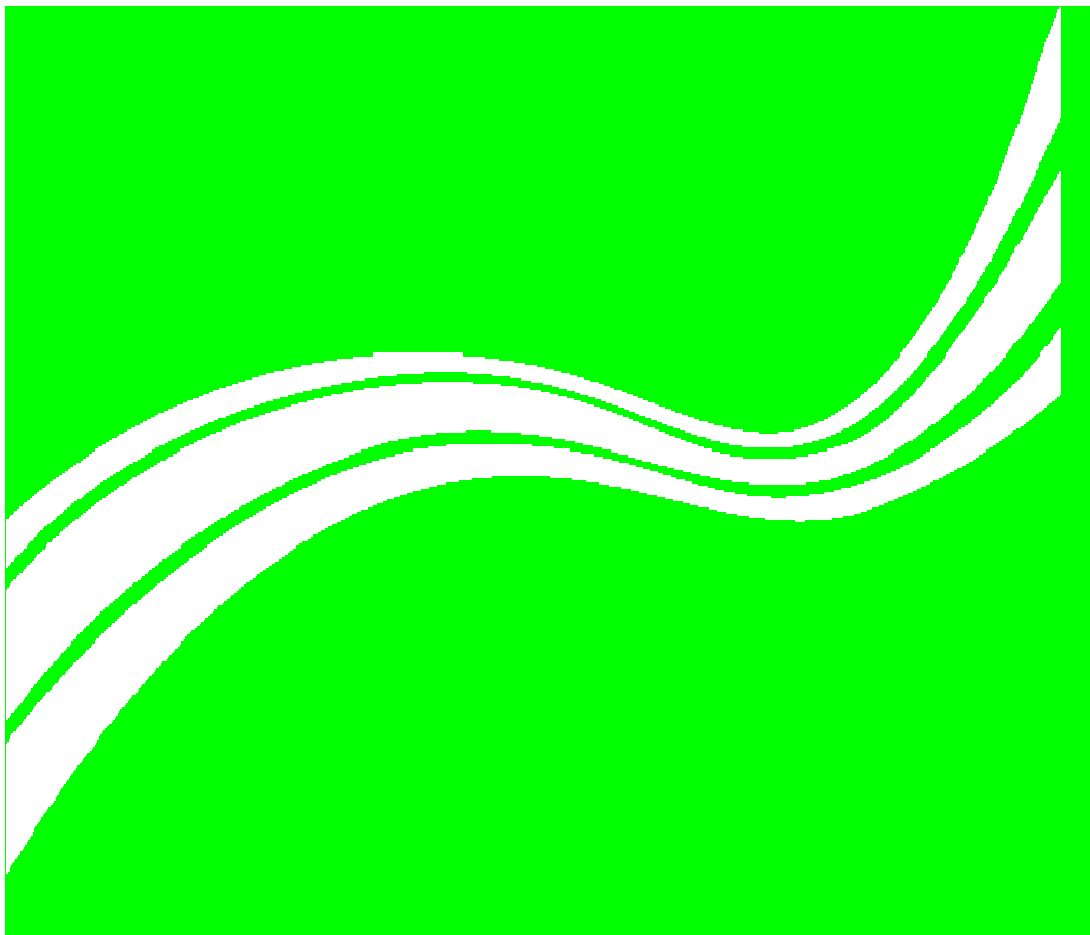
Mange er likevel glade på de eldres vegne, og mener de fortjener dette. Dessuten gir det trygghet å vite at de eldre bor i fellesskap med andre på samme alder. De nye seniorsamfunnene er et godt middel mot ensomhet. Enker, enkemenn og fraskilte finner hverandre lett, og nye ekteskap og samboerforhold innledes. Å ha noen å bo sammen med er forresten noe av det sunneste vi kan gjøre, i følge helsestatistikken. Mer organisert ”seniorsjekking” blir derfor initiert og sponset av Senjordirektoratet.



## **8. SCENARIO 3: OMSORGSFELLESSHAPET**

**Dette er først og fremst brukernes scenario.**

**Her er det de som har tatt over gjennom sine organisasjoner og representanter de selv har oppnemnt til å ivareta sine egne interesser når de får behov for omsorg og pleie. Brukerinteressene er på denne måten involvert både gjennom eierskap og i driften av virksomheten. Den er brukerstyrt og brukereid, eller drives i samvirke mellom brukere, ansatte, pårørende og lokalsamfunn. Arbeidsformene er ofte prosjektorienterte. Scenariet bygger på prinsippene om aktiv aldring, der deltakelse, fellesskap og nettverksbygging på tvers av generasjonene står i fokus. Stikkord er non-profit foretak, samvirke, bofellesskap, kollektiv, personlig assistanse, mestring, forebygging, bistand og omsorg preget av mangfold og flerfaglighet.**



*Seniorene finner sammen og de blir. De trekker seg ikke tilbake.*

*De er innstilt på å ta del i samfunnsliv og kulturliv. Mange ønsker også å fortsette i arbeidslivet. Framtidssamfunnet er avhengige av dem. Og de vil være med på å tilrettelegge "et samfunn for alle aldre". Der ingen skal glemmes bort, der tilgjengeligheten for folk med ulike skavanker blir atskillig bedre og der folk fortsatt møtes på tvers av generasjoner og andre skillelinjer.*

*Derfor må de ha innflytelse. Dette krever nettverk, samhold og organisering, og det krever at noen står fram som aktivister. Denne generasjonen bærer med seg erfaringer fra utallige organisasjoner, aksjoner og bevegelser og tar i bruk hele arsenalet av virkemidler fra kvinnebevegelsen, miljøbevegelsen og forbrukerbevegelsen. Her er det gamle fredsaktivister, miljøvernere, kvinnefrontere og fagforeningsfolk. Ikke så mange av dem går i spissen lenger, men er gode konsulenter for eldreaktivister og grå pantere, som aldri har gått i tog før. De er kritiske til helseindustrien og andre som spekulerer i den kjøpesterke eldregruppen, og de vil ikke la seg styre verken av politikere eller kommersielle interesser. De vil helst styre sjøl.*

*Selvfølkelig trenger de helsehjelp, ikke minst på slutten av livet. Men det er deres egen helse- og sosialtjeneste. Helsevesenet skal ikke lenger få overta styringen med deres liv. Og de som arbeider der har brukerne som oppdragsgivere, og baserer sitt arbeid på prinsippet om å tilføre brukerne myndighet og innflytelse, eller det de på fagspråket kaller "empowerment". Slik forenes brukernes og fagfolks interesser i en kraftfull allianse.*

## **8.1 BØLGEGENERASJONEN**

Hele den internasjonale seniorbevegelsen har tatt bølgen som logo. Slik hadde de klart å snu et begrep som hadde luktet dårlig og gitt det nytt innhold.

### *Eldrebølgen*

Nå var slagordet: "Ta eldrebølgen". Slik ble bølgen stående som uttrykk for den samlede kraft i en stadig voksende sammenslutning av eldre, som gjør seg gjeldende både lokalt og globalt. Og de slår inn over alle samfunnssektorer, politiske partier, organisasjoner, næringsliv og kulturliv. Alle får merke bølgebevegelsen. De nye seniorene er villige til å bruke både stemmeseddelen, pengeseddelen, andelsbrevet og medlemskortet for å få det slik de vil ha det.

Det var demografene som først begynte å snakke om eldrebølgen. Den første bølgen kulminerte rundt 2007 og den andre og virkelig store eldrebølgen ville komme når etterkrigskullet "the babyboomers" eller 68-generasjonen ble gamle. Fra 2025. Etter hvert ga begrepet assosiasjoner om en forferdelig "tusenårsbølge" som skulle skylle inn over land og folk og rive grunnlaget unna pensjonsrettigheter og velferdsordninger som møysommelig var bygd opp etter andre verdenskrig. En tsunami mot velferdssamfunnet.

### *Senioristene*

Pensjonistorganisasjoner og seniorbevegelse så seg grundig lei på denne krisebeskrivelsen. For det første mente de vi burde være glade for at folk lever stadig lengre, og at mange gamle var et resultatet av at vi hadde lyktes med å skape bedre levekår og sosiale forhold. For det andre ville de ikke være med på at gamle ble betraktet som en "forsørgerbyrde" for samfunnet. Økonomenes "forsørgerbrøker" og inndeling av befolkningen i produktive og uproduktive fikk hard medfart. Seniorene kunne da forsørge seg sjøl. De hadde betalt inn til Folketrygden i mange år, nedbetalt boligene sine og var faktisk bedre situert enn de aller



fleste. De hadde ikke bare god økonomi, men også god utdanning, og var helsemessig i stand til litt av hvert. Om bare samfunnet ville ta dem i bruk.

Som mange grupper før dem, snudde de begreper og symboler og bidro til å gi alderdommen nytt innhold. Bølgen ble selve symbolet på de nye seniorennes styrke. På samme måte som kvinnebevegelsen på 70-tallet hadde sine feminister, kvinnegrupper og organisasjoner, fikk også den nye bølgegenerasjonen sin bevegelse og sine aktivister. "Seniorister" ble de gjerne kalt, de som krevde mer enn pensjon og sykehjems plasser, og som ble de nye eldres fortropper. Seniorismen ville bekjempe aldersdiskriminering og alderssegregering på alle samfunnsområder, og sette sitt preg på alle samfunnets sektorer. Slik har de fulgt samme spor som andre grupper som har vært utsatt for diskriminering. Og det er entusiastene, de moderne idealister som fører an. De er det mange av i 68-generasjonen. Og kvinnene er i flertall. Slik tas erfaringene fra tidligere tiders kvinnebevegelse i bruk på nytt i seniorbevegelsen. Litt mer pragmatiske i form og uttrykk, men tydelige nok i kamp mot "ageisme" og alderssegregering.

### *Seniordesign*

I arbeidslivet blir de trukket inn som rådgivere og veiledere/mentorer for yngre ledere. De beholder sitt tak på kulturlivet og musikkindustrien og det er ikke lenger bare ungdom som er trendsettere i motebransjen. Seniordesign er blitt et stikkord for en ny funksjonalisme som preger både arkitektur, boliger og kjøretøy. Lett tilgjengelighet og sosiale møteplasser er bærende ideer i denne nye funksjonalismen, som framstår med enkle linjer, tydelig språk og et robust uttrykk.

I arbeidet med fysisk tilpasning og tilrettelegging av boliger, forretninger og kommunikasjonsmidler har yngre funksjonshemmede kanskje vært de viktigste alliansepartnere. Det var de som mange år tidligere gikk foran under slagordet "Et samfunn for alle", og ville fjerne funksjonshemmende barrierer, enten de var av fysisk, kulturell eller sosial art. I allianse med en sterk seniorbevegelse ble det satt makt bak kravene, og universell utforming var blitt et selvfølgelig krav enten det gjaldt bygningslovgivning, samferdsel eller utdanning. Det er derfor umulig å avgrense seniorsamfunnet fra det øvrige. Seniorene er overalt. De har valgt en strategi der de ønsker å påvirke og gjennomsyre samfunnet gjennom aktiv deltakelse.

Som bølger som slår inn over land.

## **8.2 SIVILSAMFUNNSSTRATEGIEN**

Eldreomsorgen står overfor svært store utfordringer. Tilliten til at de kunne møtes med den samme gamle kommunale oppskriften, var sterkt svekket. Det var ikke nok bare å tilføre flere ansatte og flere sykehjems plasser. Det ville åpenbart bli rekrutteringsproblemer, og kommunene så mørkt på mulighetene til å finansiere et stadig mer kostnadskrevende tjenestetilbud. Mange forhold bidro til at det ble nødvendig å finne alternative løsninger:

### *Tillitssvikt og motstand*

Sviktende generell tillit til velferdsstatens ordninger og kommunenes tjenestetilbud, og mindre oppslutning om kommunene som arena for lokaldemokrati, avløses av sterke brukerorganisasjoner og et ønske om mer direkte demokrati. Dette gjelder ikke minst i forhold til barnehager og eldreomsorg, hvor mange ikke lenger vil sitte og se på at politikerne ikke var i stand til å innfri valgløfter og ta styring med utviklingen. Kommunesammenslåing skapte også mange steder motstand mot sentralisering av sykehjemstilbud og kommunale tjenester. Folk tok derfor sakene i egne hender og etablerte organisasjoner som kunne overta.

### *Gjøkunge*

Eldreomsorgen hadde etter hvert bokstavelig talt vokst ut av det kommunale fellesskapets oppgaveportefølje. Den var blitt kommunenes gjøkunge. Det som hadde startet med deltidsansatte hjemmehjelpere, en husmorvikar og noen få aldershjems plasser 50-60 år tidligere, hadde vokst til å bli kommunenes uten sammenligning mest dominerende oppgave og tok etter hvert over halvparten av kommunenes økonomiske og personellmessige ressurser. Slik overskygget den øvrig kommunal virksomhet og truet med å kvele kommunenes utviklingsoppgaver innenfor næringsliv, kultur og utdanning. Kommunene ble derfor etter hvert sterkt opptatt av å få "skilt ut" og satt bort en del av oppgavene knyttet til produksjon av velferdstjenester. Det var imidlertid ikke aktuelt for regionene å overta oppgaver fra kommunene. De hadde mer enn nok. Der utgjorde det øvrige helsevesenet uten sammenligning allerede den mest dominerende oppgaven. Da fantes det egentlig bare to veier å gå, enten å sette oppgavene bort til private kommersielle selskaper eller forsøke å involvere familie og sivilsamfunn.

### *Privatiseringen oppgitt*

En del kommuner hadde allerede fra årtusenskiiftet prøvd ut privatisering gjennom konkurranseutsetting og anbuds løsninger. Dette hadde vakt til dels sterke reaksjoner i befolkningen, og ble etter hvert en løsning som manglet politisk legitimitet. Bestemor skulle ikke settes ut på anbud. Folk ville ikke ha "stoppeklokkeomsorg" med anbudsbestemte tidsskjema. Omsorg er ikke en hvilket som helst vare. Erfaringene viste også at det var lite å hente økonomisk på omsorgsmarkedet. Når de konkurransemessige effektiviseringsfordelene ble veid opp mot transaksjonskostnader og økt byråkratisering i forhold til utforming av anbudsvilkår, dokumentasjon og tilsyns- og kontrolloppgaver, ble de økonomiske resultatene mindre gunstige enn mange hadde ventet seg (Dønnum og Kolle 2005; Johnsen et al 2004). I en rapport konkluderte den svenske Sosialstyrelsen allerede i 2004 med at deres resultater pekte mot "att konkurransutsättningen av äldreomsorgen inte medför lägre kostnader" (Socialstyrelsen 2004).

Interessen avtok også fra næringslivets side. De store aktørene bakket ut. Flere større selskaper hadde "brent" seg. Fortjenestemarginene var små. Dels hadde de derfor gått med økonomisk tap, og dels hadde noen uheldige enkeltepisoder blitt en opinionsmessig belastning i forhold til øvrig virksomhet (Gedde-Dahl og Kagge 2005). Bare de små lokale hjemmetjenestebedriftene overlevde denne prosessen, sammen med de store humanitære organisasjonene, som i større og større grad hadde funnet nye og mer lokale arbeidsformer. De var også som skapt for å tilpasse seg det som skulle komme.

### *Nye former*

Utviklingen må også ses som en reaksjon på tendensene til individualisering og sosial forvitring. Etterkrigskullet, som nå hadde passert 80 år, skilte seg fortsatt verdimeessig og holdningsmessig ut ved å være noe mer idealistiske enn tidligere generasjoner og noe mindre individualistiske enn de som kom etter. Dette preget også deres engasjement som seniorer. De hadde imidlertid alliansepartnere i den nye småbarnsforeldregenerasjonen som hadde vokst fram. De var sine besteforeldre "opp av dage", ble det sagt. Gang på gang ble det understreket at fellesskapstradisjonene og solidariteten ikke gikk i oppløsning, men måtte finne nye og moderne former. Selv om de tradisjonelle, landsomfattende organisasjonene ikke spilte samme rolle som før og selv om troen på velferdsstaten og kommunen som uttrykk for fellesskaps løsninger var svekket, fant demokratiet andre og mer direkte former og la grunnlaget for nye fellesskapsordninger. Disse krevde imidlertid større grad av aktiv

deltakelse og forpliktende engasjement fra den enkelte, enn å slippe stemmeseddelen i en valgurne hvert andre år, betale sin skatt og være passive mottakere av velferdsstatens tjenester og ytelser.

#### *Et fornyet boligsamvirke*

Resultatet av disse utviklingstrekk ble et mangfold av lokalt baserte non-profit virksomheter som først og fremst ble til i samarbeid mellom brukerorganisasjoner, boligbyggelag og velforeninger. Pensjonistorganisasjoner og seniorbevegelse var viktige pådrivere og fikk med seg fagforeninger, handelsstand, humanitære organisasjoner, kirker og trossamfunn. Enkelte steder deltok til og med idrettslag, sangkor og ungdomsklubb som støttespillere. Ikke mange land i verden kan måle seg med den norske befolkning med hensyn til tallet på medlemsskap og engasjementer i foreninger og organisasjoner. Nå kom denne formen for sosial kapital til nytte, og var nok en av forutsetningene for satsingen på lokalsamfunnet.

Den tunge aktøren i denne utviklingen ble et fornyet og utvidet boligsamvirke. Allerede ved årtusenskiftet hadde Norske Boligbyggelags Landsforbund (NBBL) 750.000 medlemmer, 91 boligbyggelag og 4.750 borettslag. De hadde lang erfaring som medlemseid og medlemsstyrt virksomhet, og stilte denne til disposisjon for dagens og framtidens brukere av omsorgstjenester. Alle boligbyggelag av noen størrelse deltok i og ble automatisk en del av det nye omsorgssamvirket. Sentrale strategier klarte å bygge allianser mellom boligsamvirket og lokale initiativ og grupperinger, og det ble etablert nye samvirketiltak på omsorg og service. De sikret at virksomheten både ble profesjonelt drevet, samtidig som det direkte bruker- og medlemsdemokratiet lokalt fikk stort armslag. De små hjemmetjenestebedriftene knyttet seg etter hvert til borettslag og seniororganisasjoner, og ble samarbeidspartnere på de premisene samvirketiltakene fungerte ut fra.

#### *Samspill med familie og sivilsamfunn*

De nye aktørene knyttet seg tett opp til den frivillige og ubetalte omsorgen utført av familie, venner og frivillige, som fortsatt utfører en nesten like stor andel av omsorgsoppgavene som det offentlig finansierte tjenestetilbudet. Familie og frivillige medarbeidere blir involvert på en annen måte enn tidligere og arbeidsdelingen forhandles fram og blir satt i system, ofte med felles turnus og avtaler. Slik blir frivilliges innsats synliggjort og verdsatt, og familien trukket inn på en forpliktende måte. De får samtidig større spillerom, og oppgavene blir definert og avgrenset med rett til opplæring og avlastning.

På denne måten møtes den formelle og mer uformelle delen av sivilsamfunnet i felles innsats på velferdsområdet i et tett samspill med familie og husholdninger. I tidligere tradisjonell velferdsstatsforskning ble samfunnet stort sett delt i tre, staten, markedet og familien. (Esping-Andersen 1990). Seinere er det blitt vanligere med en firedelt oppdeling der sivilsamfunnet har fått sin plass og blitt et synlig alternativ både for den politiske høyre- og venstresiden. Det er gjort mange forsøk på å definere sivilsamfunn, som i stor grad framstår som en restkategori. I realiteten skjer det en stadig interaksjon mellom de fire sektorene eller sfærene. Mange virksomheter og aktiviteter kan ikke plasseres i bare en av dem. Slik består for eksempel eldreomsorgen både av offentlig finansiering, uformell omsorg utført av familie og frivillige, og små lokale organisasjoner og samvirketiltak som til forveksling ligner næringsvirksomhet. I norsk sammenheng gir ord som folkebevegelse, frivillig sektor, ideelle organisasjoner, sosiale nettverk og samvirke innhold til begrepet sivilsamfunn (Berglund et al. 2005).

Sivilsamfunnet har imidlertid endret seg sterkt de siste tiårene. Lokale foreninger er i stor grad frikoplet fra det som en gang var moderorganisasjonen, og livslange trofaste medlemskap er erstattet med deltakelse i prosjekter og avgrensede, men ofte intensive aktiviteter og aksjoner. Lokale grupper og aktiviteter orienterer seg mer horisontalt enn vertikalt, og samarbeider mer med andre lokalt framfor nasjonalt. De er i mindre grad livssyns- eller ideologistyrte og fanger i større grad opp mangfoldet i livssyn, politiske holdninger og kulturelle uttrykk (Selle 1991; Lorentzen 2005). Mye av den nye virksomheten skjer også på tvers av generasjonene.

#### *Nettverksutvikling og sosial brobygging*

I det politiske liv har det nok vært en tendens til å ta for gitt at sivilsamfunnet uten videre kan ta seg av oppgaver det offentlige ikke lenger har råd til å opprettholde. Forsøkene på innstramming og effektivisering av offentlig sektor hadde behov for en slik kategori som kunne ta seg av resten. Men svært mange ser at "det er ittno' som kjem ta seg sjøl". Sivilsamfunnet må organiseres og utvikles med omfattende stimulerings tiltak og systematisk nettverksbygging. Det gir til gjengjeld også resultater. Tidligere viste driften av lokale eldresentra at 1 ansatt koordinator utløste 8 frivillige årsverk (Daatland et al 2000). Dette ble forsøkt tatt ut i full skala ved organiseringen av nye sosiale og kulturelle tiltak. Som en del av det kommunale utviklingsarbeidet, ble det ansatt egne nettverksutviklere og samfunnsarbeidere med metodebakgrunn fra sosialt arbeid og kultursektor. Kommunen finansierte også slike koordinatorstillinger knyttet til lokale prosjekter og sentra styrt og drevet av brukere og deltakere.

Nettverksarbeid ble sett på som en helt nødvendig virksomhet for å vedlikeholde og utvikle de grunnleggende sosiale forutsetningene for et samfunn.

*"Sosial kapital er en viktig del av samfunnets infrastruktur. Den krever investeringer av tid, oppmerksomhet og innsats for å fornyes og ivaretas"*  
(Norges Forskningsråd 2005; Wollebæk og Selle 2005)

De nye nettverksarbeiderne kalte metoden de utviklet for sosial brobygging eller "bridging" etter Robert Putnam som ga begrepet sosial kapital gjennomslagskraft og påviste sammenhengen mellom graden av engasjement i foreningsliv, et fungerende demokrati og økonomisk utvikling (Putnam 1993). Putnam skilte seinere mellom sosial kapital som virker som interne bånd og fungerer ekskluderende (bonding social capital) og sosial kapital som fungerer brobyggende overfor mennesker og grupper med andre kjennetegn og knytter sammen mennesker på tvers av sosiale, økonomiske, kulturelle og religiøse grenser (bridging social capital) (Putnam 2000). Derav navnet sosial "bridging", som nytt metodebegrep i sosialt arbeid. Sosial kapital har etter hvert også sklidd inn i dagligtale og blitt et mye brukt politisk begrep. Folk bruker uttrykket "å samle seg sosial kapital for å ha noe å tære på i alderdommen" og bevisstheten om betydningen av sosial kapital utløser økonomiske midler til kulturell og sosial aktivitet både fra det offentlige og fra næringslivet. Det blir sett på som langsiktige investeringer.

#### *Den tredje vei*

Det vi ser er ikke strømlinjeformet, verken organisasjonsmessig, ideologisk eller utseendemessig. Det er gammelt og nytt om hverandre, mangfoldet blomstrer og det dukker opp et konglomerat av dels nye organisasjonsformer og tiltak. Ansatte og frivillige, ungdommer og pensjonister, sosialarbeidere og kommunikasjonsrådgivere, kulturarbeidere og sykepleiere jobber side om side.

Langs det mange kaller "Den tredje vei".

### 8.3 ACTIVE AGEING

”Active ageing” er blitt selve hovedbegrepet både for en sterk seniorbevegelse og for den europeiske seniorpolitikken i møte med de store demografiske utfordringene. Også dette var strategiske begreper og tilnæringer som ble utformet ved årtusenskiftet og som etter hvert satte et sterkere og sterkere preg på politikken.

#### Sju prinsipper for aktiv aldring

Den engelske professoren i sosialpolitikk Alan Walker deltok i utredningen av EUs politikk for Active Ageing, og utformet i den sammenheng sju prinsipper for aktiv aldring:

1. Gjelder all aktivitet som gir mening og velvære både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet, og er ikke begrenset til betalt arbeid eller produksjon.
2. Aktiv aldring omfatter alle eldre, også de som av ulike grunner er skrøpelige eller avhengige.
3. Aktiv aldring er først og fremst et forebyggende konsept og involverer derfor alle aldersgrupper gjennom hele livsløpet.
4. Å opprettholde solidariteten på tvers av generasjonene er et grunnleggende trekk ved aktiv aldring. *”Active ageing is intergenerational: it is about all of our futures and not just about older people. We are all stakeholders in this endeavour.”* (Walker 2002)
5. Aktiv aldring innebærer både rettigheter og plikter.
6. En strategi for aktiv aldring må fremme deltakelse og myndiggjøring (empowerment).
7. Et konsept for aktiv aldring må respektere kulturelle ulikheter og fremme mangfold.

Disse prinsippene må bygge på et partnerskap mellom den enkelte borger og samfunnet. I dette partnerskapet er statens rolle først og fremst å gjøre det mulig, legge til rette og motivere innbyggerne til aktiv aldring.

(Walker 2002; Walker 1999 min oversettelse)

Den tidligere livsfaseinndelingen som hadde fungert i industrisamfunnet, der barn og unge gikk på skole, voksne var yrkesaktive og gamle var pensjonister som skulle nyte sitt otium, gikk i oppløsning. OECD definerte aktiv aldring som:

*«Muligheten for mennesker, ettersom de blir eldre, til å leve produktive liv i samfunnet og økonomien. Dette betyr at de kan gjøre fleksible valg i måten de bruker tiden gjennom livsløpet – til læring, til arbeid, til fritid og til å gi omsorg»* (OECD 1999).

Det ble på denne måten lagt grunnlag for større fleksibilitet, der eldre kunne ta utdanning og gjøre ”senior karriere”, og yrkesaktive kunne ta ut et år pensjon midt i livet. Det tok imidlertid mange år før dette ble realitet. På eldreomsorgens område ble det i den nasjonale rapporten fra Norge til prosjektet ”Active Ageing and European Health care sector” i 2005 gitt uttrykk for at en sto overfor to store utfordringer (Helgøy 2005):

*However, two main challenges still remain. The focus on health care and the ‘white clothed heroes’ might have neglected the social needs for elderly. Thus an important precondition for being active is ignored in the policy. Another policy challenge is how the elderly make use of their good health and the possibilities to live an active age. The trend of the elderly to segregate and to live outside the productive sphere is perceived as a problem in the Norwegian policy debate.*

Rapporten hadde registrert myndighetenes frykt for at eldre med sjenerøse pensjoner ville trekke seg tilbake og leve atskilt fra resten av samfunnet de siste 20-30 år av sitt liv, enten det var med å spille golf på spanskekysten eller etablere små seniorghettoer med kjekke leiligheter i luksusklassen i sentrum av store norske byer.

Det var imidlertid umulig å gjennomføre gjennomgripende strukturelle forandringer på dette området så lenge det var industriens og primærnæringens menn og kvinner som utgjorde flertallet blant pensjonistene. Dette berørte i stor grad pensjonsspørsmål og opparbeidede rettigheter. Med såkalte "frie yrker" og kunnskapsyrker ble det etter hvert annerledes. De hadde ikke samme behov for gå ut av et slitsomt yrkesliv og kunne slutte seg til tanken om en aktiv yrkesmessig og samfunnsmessig deltakelse også i alderdommen. Etter hvert ble det sterk oppslutning om "Aktiv aldring" i seniorenes rekker. På samme måte som det var et sammenfall av interesser mellom kvinnebevegelsen og samfunnets behov for arbeidskraft på 1970-80-tallet, var det nå et sammenfall i interesser mellom seniorer og samfunn. Og det var faktisk de samme kvinnene det i stor grad dreide seg om.

#### *Aktiv omsorg*

På eldreomsorgens område ble også "aktiv omsorg" et begrep. De tradisjonelle helseprofesjonene ble utfordret. De nye eldre ville ikke bo på sykehjem. De ville ikke institusjonaliseres. De ville ha mer enn bare passiv pleie og medisinsk behandling. En rekke undersøkelser viste at det var på det sosiale og kulturelle området den tradisjonelle eldreomsorgen hadde kommet til kort (Helsetilsynet 2003; Nygård 2004; Førde et al 2006). Omsorgstjenesten måtte derfor få en ny og mer aktiv profil, der aktivitet og psykososiale forhold fikk større vekt.

Et mer aktivt omsorgskonsept innebar sterkere fokus på dagligliv, måltider, trivsel, kultur, gode opplevelser, samtaler og sosialt samvær og sterkere vekt på aktivitet, opptrening, rehabilitering, selvhjelp og egenmestring. En innså tidlig at dette krevde større faglig bredde med sterkere innslag av aktivitetører, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og kulturarbeidere, og utdanningsmyndighetene la til rette for en gradvis utbygging av studieplasser. Samtidig åpnet dette også for rekruttering fra andre sektorer med serviceorientert personell fra hotell- og restaurantnæringen, reiselivet og skolesektoren, og ga større rom for alternativ behandling for de som ønsket det. En slik tverrfaglighet la godt til rette for involvering av familie og frivillige i lokalsamfunnet i et tettere samspill med fagpersonell enn tradisjonelt helsepersonell var vandt til. Nettverksarbeid og "sosial bridging" ble i denne sammenheng viktig arbeidsmetodikk og faglig tilnærming i arbeidet med eldreomsorgens mest bistandskrevende brukere. Det ble videre satset stort på dagaktivitetstilbud som skulle gi en meningsfull, aktiv og interessant hverdag både for de som bodde hjemme og de som hadde flyttet til en eller annen form for bofellesskap.

En forutsetning for en mer aktiv omsorgspolitik, var at de boligmessige og fysiske omgivelsene ble lagt til rette. Det ble derfor først og fremst investert i egen bolig og eget nærmiljø, for å bedre tilgjengeligheten og fjerne barrierer for en aktiv tilværelse selv med nedsatt funksjonsevne. Tradisjonelle institusjonsløsninger ble i stor grad erstattet med mindre bofellesskap med gode privatareal og fellesareal som kunne være samlingspunkt i nærmiljø og arena for kulturelle aktiviteter.

#### **8.4 BOKOLLEKTIVET ("Hippieløsningen")**

Noen av 2030-tallets 80-åringer bodde i kollektiv i sin ungdom. Mange flere drømte om å gjøre det. Alle de bofellesskap og kollektiv som har vokst fram etter at den offentlig styrte omsorgsboligbølgen tok slutt rundt 2010, har gjort det mulig å realisere gamle drømmer om å bo i kollektiv.

Husbanden forberedte seg allerede ved årtusenskiftet på at flere eldre vil gå sammen i bofellesskap i framtida, og samlet internasjonal erfaring og fulgte norske pionerprosjekter for å forberede seg på en slik utvikling (NRKPuls 2003). De statlige ordningene ble lagt om. Det ble ikke lenger definert som et offentlig ansvar å ordne med botilbud til pleie- og omsorgsformål. Folk måtte sjøl ta ansvar for å tilrettelegge boligen med stimuleringstilskudd fra Husbanden, eller eventuelt betale fullt ut hva det kostet å bo på sykehotell eller flytte inn i et bo- og servicesenter. Det ble stilt tilgjengelighetskrav for å få bostøtte, og private bofellesskapsløsninger kom heldig ut både skattemessig og i forhold til bostøtteordningen. De fleste valgte derfor å ordne dette sjøl, og legge boforholdene til rette for alderdommen.

Folk var etter hvert også blitt bekymret for om det offentlige tjenestetilbudet ville bestå, og begynte å se seg om etter alternativer. For mange ble bofellesskapene et slikt alternativ. Noen slo seg sammen med venner de hadde i lokalmiljøet, andre fant hverandre gjennom organisasjoner og på nettet ut fra felles interesser. Det var korsangere, fotballsupportere, golfspillere og frimerkesamlere som fant sammen for endelig å kunne dyrke sin lidenskap sammen med andre som hadde samme interesse. Det var folk fra menigheter og trossamfunn som laget sine egne små bofellesskap med felles huskapell, det var homofile, kristne sosialister, humanetikere og gamle ml'ere som bygde kollektiver på sterke bånd fra tidligere kampfellesskap. De fleste fant seg likevel bare et kollektiv når det ble ledig leilighet et sted det så hyggelig ut.

#### *”Guds fred” på Grünerløkka*

Noen av dem som var tidlig ute, var restene av de som kalte seg ”Jesusfolket”, og radikale kristne som var med i bevegelsen av kristne sosialister på 1970-tallet. De hadde kollektiverfaring fra denne perioden, hvor de også drev ”Alternativ jul”, sosialt arbeid på gata og var engasjert internasjonalt i Sør-Amerika og det sørlige Afrika. I mellomtiden hadde mange av dem vært samfunnets støttespillere som pastorer, prester, diakoner, ministre og pop-artister. De hadde vært generalsekretærer og støttespillere for en rekke organisasjoner (alt fra fagforeninger og miljøorganisasjoner til nødhjelps- og misjonsorganisasjoner), drevet folkehøyskoler og deltatt i internasjonalt hjelpearbeid. I motsetning til mange andre kristne miljøer, var nok skillmissraten høy. Mange hadde levd et forholdsvis ”nomadisk” liv og behovet for å finne sammen med noen i alderdommen var desto større. Og mange hadde nok bevart drømmen og bar fortsatt opplevelsene fra dette brennende ungdomsfellesskapet i seg.

Nå hadde de funnet hverandre igjen og brukte sine entreprenør-egenskaper på å etablere nye bokollektiv. Et av dem ble liggende i ombygde lokaler etter Paulus sykehjem, som Kirkens Bymisjon tidligere drev på Grünerløkka. Nå var det praktiske, godt tilrettelagte små leiligheter og en rekke fellesfunksjoner her (åpen restaurant, bibliotek, trenings- og behandlingsrom, et lite kapell/film- og konsertlokale, vaktmestertjeneste, døgnvakt etc). Kollektivet som nå både eies og drives av beboerne, leier også ut hybler til studenter, og fellesfunksjonene er åpne for folk som bor i området. Kollektivet ble kalt ”Guds Fred” etter det miljøet som vokste fram rundt Trefoldighetskirken i Oslo under den såkalte ”Jesusvekkelsen” på 70-tallet. Mindre kollektiv med samme ”ideologiske” opphav dukket opp i Stavanger (faktisk ved den gamle nedlagte Misjonshøyskolen) og ved tidligere folkehøyskoler på ulike steder som Seljord, Stord og Gjøvik.

## Forløpere

### **ViveNova.**

På Hamar har fire vennepar i senioralder slått seg sammen for å bygge borettslaget ViveNova. Alle selger sine eneboliger for å kunne ta del i bofellesskapet. De stoler ikke på at staten vil ta vare på dem i alderdommen, og har bestemt seg for å ta vare på hverandre:

*"Vi kommer til å spare det offentlige for mange kroner. Vi skal se etter hverandre og støtte opp om hverandre",*

sier de til Hamar Arbeiderblad. Venneparene bygger hver sine boenheter i et tun som bygges sammen med svalgang og et felleshus med storstue, gjesterom, hobbyrom, terrasse, garasje og tekniske rom. Det bygges til sammen 6 boenheter i prosjektet. Beboerne har funnet hverandre gjennom sang- og musikkmiljøet på Hamar (Boligsamvirket 2003; Viover60 2002).

### **SKYBO**

Skyttertunet Bofellesskap på Kongsberg består av 23 godt voksne som har slått seg sammen for å lage en god alderdom. De er i alderen 50 til 83 år, og er fordelt på 13 hus som er bygd med livsløpsstandard. Terskelfritt, rullestoltilgjengelighet på bad, soverom kjøkken og fellesarealer. Boenhetene ligger i tun med felleshuset som selve hjertet i bofellesskapet. Her spiser de felles lunsj en gang i uka, arrangerer felles middager, og treffer alltid naboer. Det er utstyrt med tv-rom, flygel og lagt til rette for fellesaktiviteter. Motivasjonen for å bygge bofellesskapet var at beboerne ikke ville ende opp som ensomme og isolerte, de ville bli gamle sammen med venner. Når en ektefelle dør, vil den som er igjen være en del av et fellesskap:

*"Vi kan oppmuntre hverandre både fysisk og psykisk, og kanskje forsinke hverandres aldringsprosess med mange år".*

De har likevel ikke tenkt å pleie hverandre, det må det offentlige ta seg av på vanlig måte. Men de vil stille opp og gjøre hverdagstjenester for hverandre. Ettersom boligene er tilrettelagte, regner de med å bli populære pleietrengende, som kan utsette sykehjemsplassering i mange år både på grunn av boligutforming og det sosiale fellesskapet de har seg imellom. (NRKpuls 2003; SKYBO 2004)

### *Forsikring mot å bli alene*

Det viktigste for alle som søkte bokollektivene var likevel å skape trygghet og sikre seg mot ensomhet og kjedsomhet. Motivasjonen hos de aller fleste for å bo i et bofellesskap var

- å selv kunne velge hvem de skulle bo sammen med i alderdommen
- å kunne gi og få praktisk hjelp i hverdagen i et gjensidig bytteforhold
- å vite at det var noen der, slik at de kunne passe på hverandre om det skulle skje noe

Å bo og leve sammen med flere, ble sett på som en forsikring mot å bli alene når ektefelle dør, og gruppefellesskap har vist seg effektivt i forhold til å holde aktivitetsnivået oppe.

Det var ingen aldersgrenser, og ofte forholdsvis stor spredning i alderssammensetning. Mange av de nye kollektivene og bofellesskapene ble bygd på flate, fine arealer i utkanten av byer og tettsteder. Her hadde jordvern- og landbruksinteressene måttet vike for seniorpolitikk. Her ble det satset på en form for "omvendt integrering" som ga rom for barnefamilier som ønsket katt og kaniner og store hager der de kunne dyrke frukt og grønnsaker. En del landbrukseiendommer ble derfor splittet opp i små eiendommer med hagebruk. Det ble anlagt felles parkanlegg med sports- og friluftaktiviteter. Disse områdene trakk også til seg kunstnere og kulturarbeidere med verksteder, utstillinger og små konserter, og ble derfor etter hvert attraktive mål for bybefolkningen i helgene. En del av denne omvendte integreringa, var også å leie ut rimelige studenthybler, og tilby dem deltidsjobber som nattevakter/helgevakter i det lokale sikkerhets- og omsorgstjenesteopplegget. Mange studenter tok også gjerne del i kantine- og kafeteriaktivitetene, og bidro til livlige fester og arrangement. Mest populære var imidlertid de bofellesskap som ble etablert i bykjernen og i tidligere kommunesentra. Endringer i næringsliv, statlig forvaltning og kommunestruktur hadde ført til mange forlatte bankbygg og gamle rådhus med den aller beste beliggenhet. Disse bygningskroppene ble ribbet for innmat, bygd om til bolig- og service formål og inntatt av "kollektivbevegelsen" og seniorbefolkningen.



## 8.5 UNIVERSELL UTFORMING ("Planløsningen")

Problemet med forebyggende arbeid er at utgiftene kommer samtidig med helt påkrevde behandlingsoppgaver for tidligere forsømmelser på det forebyggende området, mens resultatene ofte ikke kommer før mange år seinere. På eldreomsorgens område hadde veksten i behovet fra 1970-tallet på grunn av demografiske endringer vært så sterk at en hadde hatt mer enn nok med å holde tritt med behandlingsoppgavene, mens det forebyggende ble neglisjert. Noen så allerede før 2010 at når tallet på eldre over 80 år flatet ut og ville holde seg stabilt om lag 15 år framover, var det tiden for forebyggende innsats, før den virkelige eldreboom'en satte inn. Økonomene så også mulighetene som lå i å utnytte dette "demografiske moratorium" til å redusere den forventede behovsveksten som ville komme fram mot 2030 gjennom forebyggende tiltak og ved å fordele utgiftene over flere år gjennom investeringer i kompetanse og bygningsmasse.

Et av de viktigste virkemidlene for dette var tilrettelegging av boliger, nærmiljø, tekniske hjelpemidler, kommunikasjon og transport, slik at folk kunne klare seg lenger sjøl med funksjonstap, sykdom eller funksjonshemming. Lenge pågikk det en debatt blant økonomer og helsebyråkrater om kostnadene med disse investeringene sto i forhold til nytteeffekten. Mange mente nok det ville være rimeligere å tilrettelegge noen områder enn å endre hele samfunnets infrastruktur. Slik kunne de som hadde særskilte behov flytte og bosette seg der alt lå til rette.

Da denne debatten kom opp i offentligheten, var den i realiteten allerede over. Seniorbevegelsen og representanter for ulike brukerorganisasjoner ville ikke bygge det de kalte "luksusghettoer" for blinde og svaksynte, bevegelseshemmede eller demente. Poenget med tilrettelegging var ikke å bli stengt inne på avgrensede områder, om de var aldri så fine, men tvert i mot kunne bo og leve sammen med andre og ta del i samfunnslivet på alle områder.

### Forløper Barnehage, seniorbofellesskap og familieboliger i samme blokk



Brohuset

Samvirkende Boligselskaber har 47 boligavdelinger med i alt 7.150 familieboliger, 980 ældreboliger og 58 ungdomsboliger, og oppfører blant annet i samarbeid med Fagforeningernes Boligforening 242 familieboliger i Ørestad City i København. Av disse skal det også bli 3 seniorbofellesskap med hver 18 leiligheter og tilhørende felleslokaler og takterasse. Leilighetene i Brohuset og Sejlhuset forventes klare til innflytting i 2007. København Kommune innretter dessuten en barnehage i forbindelse med Sejlhuset.

Kilde: (SAB 2006)

**FORLØPER:  
KALDNES - en bydel for alle aldre**

Tidlig valgte en seg ut forsøksområder som kunne fungere som gode eksempler og såkalte fyrårnsprosjekter. En av disse var Kaldnes bydel i Tønsberg, som allerede tidlig på 2000-tallet hadde markedsført seg under slagordet: "Kaldnes – en bydel for alle". Utbyggingen av dette området skjedde etter hvert i tett samarbeid med brukerorganisasjoner og seniorbevegelsen. Kaldnes Byutvikling AS la ut sitt femte boligbygg bestående av 27 leiligheter med livsløpstandard på Kaldnes Brygge, Dokk 1 – "Ankeret", som det het.

Ved utformingen av "Ankeret" var det "spesielt lagt vekt på å forene moderne materialer og tidsriktig arkitektur, med løsninger tilpasset bevegelsehemmede". Det var trinnfri atkomst direkte fra gateplan eller fra parkeringskjeller via heis, og det var gode balkonger med utsikt over Tønsberg og fjorden. På gateplan ble det næringsarealer med handel og service. Ny gang- og sykkelbro ble også bygd, slik at leilighetene og bydelen ble knyttet direkte til Tønsberg brygge og resten av byen på den andre siden (DnBNOR 2004).

Etterspørselen etter slike boliger viste seg å bli rekordstor. Det ble derfor bestemt at alle boligene heretter skulle bygges med minimum livsløpsstandard, og at hele bydelen skulle få universell utforming og tilrettelegges slik at den eliminerte de fleste funksjonshemmende barrierer. Både Handikapforbundet, SeniorSaken og alle de ulike brukerorganisasjonene ble involvert i dette arbeidet. Utgangspunktet var derfor det aller beste for å bygge dette videre til et av Norges første fyrårnsprosjekt på universell utforming av en hel bydel.

Dette gir resultater på mange områder. I forhold til forbruket av helse- og sosialtjenester viser det seg at:

- folk bor lengre hjemme med ulike funksjonstap og funksjonshemninger, og klarer seg bedre i hverdagen på egenhånd eller med noe assistanse
- pleie- og omsorgstjenestene har en helt annen profil enn i områder som ikke er tilrettelagt: Det er få institusjonsplasser/omsorgsboliger og en høy andel hjemmetjenester
- beboerne i området er noe hyppigere på sykehus og hos lege, men bruker langt mindre pleie- og omsorgstjenester.

Det ble derfor satt i gang et omfattende forebyggingsprogram i offentlig regi som omfattet de fleste samfunnssektorer:

- Bygningsloven fikk bestemmelser som sikret at alle nye boliger som ble bygd var tilrettelagt med livsløpsstandard (brede nok dører, store nok bad, heiser og utvendig tilgjengelighet). Kravene til universell utforming ble innarbeidet i lovverket og omfattet arbeidsplasser, kontorlokaler, forretningsbygg og transportmidler – med frist til 2020.
- Gjennom informasjon og ulike økonomiske stimulerings tiltak ble det også lagt opp til utbedring og tilrettelegging av den totale boligmassen, og det ble lagt stor vekt på at folk sjøl måtte ta ansvar for en hensiktsmessig utforming av egen bolig. Folk som ikke la til rette boligen sin med tilnærmet livsløpsstandard og slik at omsorgstjenesten kunne utføre sitt arbeid der, måtte regne med å flytte om de skulle få hjelp. Forutsetningen for å få hjelp i eget hjem, var at slike grunnleggende forhold var oppfylt.
- Det er en klar sammenheng mellom utdanning, helse og levealder. Det ble derfor sett på som et sentralt forebyggende tiltak å holde det gående med utdanning ved siden av jobb og pensjon. Dette ble brukt til å legge grunnlag for seniorkarriere, enten innenfor arbeidslivet eller i frivillig, kulturelt og sosialt arbeid. Det ble også lagt stor vekt på at utdanning la grunnlag for bedre egenmestring ved sykdom eller funksjonstap.

### *Møteplasser og nettverksutvikling*

I offentlig planlegging ble det lagt fysisk til rette for nye og moderne intergenerasjonelle møteplasser, med god tilgjengelighet, utearealer og offentlige rom som innbød til å etablere kontakt og møte andre. Det ble ansatt nettverksarbeidere som drev sosial ”bridging” på tvers av generasjonene og mellom seniorer. De koblet mennesker med felles interesser, gjorde avtaler, arrangerte selskaper og aktiviteter, drev seniorsentra og ungdomsklubber og åpne hus og rom der folk kunne møtes. Nettverksbygging foregikk både lokalt og internasjonalt med god hjelp av nye elektroniske kommunikasjons hjelpemidler.

Ut fra erkjennelsen om at noe av det sunneste en kan gjøre, er å ha noen å leve og bo sammen med., ble det satt sterkt fokus på å motvirke ensomhet og ufrivillig aleneboertilværelse. Spesielt ved tap av ektefelle og nære venner ble det sett på som en viktig forebyggende oppgave å bidra til å etablere nye nære sosiale relasjoner. Ettersom det er en klar sammenheng mellom god helse, lang levealder og det å ha noen å bo og leve sammen med, ble det drevet mer aktiv kobling av mennesker som ønsket å finne noen å leve sammen med, ikke nødvendigvis bare i parforhold, men i ulike typer bofellesskap. Dette var også en oppgave for nettverksarbeiderne.

## **8.6 OMSORGSSAMVIRKE (”Coop-løsningen”)**

En ny og moderne form for samvirkebevegelse vokste fram uavhengig av tidligere aktører fra landbruk og fagbevegelse. Det ble et samvirke i ny tapning, et omsorgssamvirke. Det ble en annen form for privatisering enn den kommersielle. Det ble brukerstyrt privatisering. Det ble private bofellesskap, brukerkollektiv og brukereide organisasjoner som produserte tjenestetilbudene på ”non-profitbasis”, ofte i samarbeid med andre partnere.

Det sivile samfunn avløser mer og mer den offentlige forvaltning både for eierskap, driftsansvar og tjenesteproduksjon. Den offentlige forvaltning er likevel fortsatt tungt inne i forhold til initiering, koordinering og finansiering, og i mange kommuner drives det et utstrakt utviklingsarbeid på det sosiale og kulturelle området for stimulere til egenansvar og etablere samarbeidsavtaler og ”ordnede forhold” rundt brukerorganiserte tiltak.

Brukerstyrte samvirkeforetak betegnes også som brukersamvirke, brukereid samvirke eller brukerkooperativ. Dette er samvirkeforetak som er etablert for å yte tjenester som normalt produseres av offentlig sektor. Brukerne kan være pasienter, klienter eller pårørende, men også innbyggerne i et lokalsamfunn. Fokuset er å skaffe til veie en god og rimelig tjeneste som er tilpasset den enkeltes behov. Mange foretak under denne kategorien ligger på grensen til ideell virksomhet, og er reelle non-profit foretak uten økonomisk gevinstmotiv. Eksempler fra helse- og omsorgssektoren kan være brukerstyrte andelslag for personlig assistanse (Uloba 2006) eller bofellesskap med ulike typer tjenester. Eksempler fra andre sektorer kan være foreldreide andelsbarnehager og skoler. Brukerstyrte samvirkeforetak har stor utbredelse i helse- og omsorgssektoren i Canada, Japan og Spania. (Løvik et al. 2003)

I Sverige var det like etter årtusenskiftet et førtitalls kooperativ knyttet til eldreomsorgen. De ble drevet enten på kommunale anbud, i egenregi og ikke så sjelden i kombinasjon med frivillig innsats. Enkelte ble drevet av brukerne selv, andre i samarbeid med personalet, pårørende eller velforeninger. Den gang var brukerkooperativene med boliger og hjemmetjenester vanligst i bygdesamfunn, mens personalkooperativ mer vanlig i byer og tettsteder (Socialstyrelsen 2004). Denne bevegelsen vokste kraftig etter hvert som 68-generasjonen enten hadde omsorgstrengende foreldre eller etter hvert selv kom i den situasjon

at de trengte bistand og omsorg. Fra å være et bygdefenomen, der en var vant til ”å ta saken i egne hender” og det var overkommelig å etablere og drive en liten lokal driftsenhet, gikk etter hvert de tunge pensjonistorganisasjonene inn sammen med boligsamvirket, og bidro til en utbygging i helt annen målestokk. En ny og moderne form for samvirkebevegelse vokste fram uavhengig av tidligere samvirkeaktører fra landbruk og fagbevegelse.

#### *Det første äldrekooperativ*



Ingelsgården i Løvvik var Sveriges første eldrekooperativ. Det eies både av beboere og ansatte, og har flere frivillige medarbeidere. Kommunene betrakter beboerne ved Ingelsgården som hjemmeboende og lar de ansatte utføre den hjemmetjeneste kommunen ellers skulle ha utført. Slik foregår samarbeidet her mellom den offentlige og den frivillige sosiale økonomien. Ingelsgården tilbyr de eldre en boform og et miljø med ambisjon om å la de eldre aldres uten å miste innflytelse over sin livssituasjon. I sine vedtekter har Ingelsgården sikret beboerne vedtorett, det vil si at ingen beslutning om kan fattes uten at et flertall av beboerne er enige. De har siste ordet.

Jämtland kalles ”ny-kooperasjonens vugge” i Sverige. Her har befolkningsnedgang og sentralisering/nedleggelse av servicetilbud ført til at folk har tatt saken i egne hender for å opprettholde et tilfredsstillende tjenestetilbud. Nye eierformer og driftsformer vokser fram for å sikre et lokalt tilbud og lokale arbeidsplasser.

I en håndbok om å starte og bygge eldrekooperativ, beskriver forfatterne flere prosjekter der velforeninger, lokale grupper og brukere har gått sammen og dannet eldrekooperativ i Sverige. De mener dette er innledningen på en utvikling innenfor eldreomsorgen, som kan sammenliknes med barnehagesektoren, der det nå er foreldredrevne kooperative barnehager i de fleste svenske kommuner. På samme måte er det de siste årene etablert eldrekooperativ bl.a. i bygdene i Jämtland med boliger og hjemmetjenester, gruppeboliger for aldersdemente i Tunaberg og dagtilbud blant arabisktalende eldre i Stockholm. Her møtes ildsjeler og initiativtakere i lokale utviklingsgrupper, interesseforeninger, boligbyggelag, eldre og pårørende:

*"Gemensamt för dom alle är att de inte tror att samhället i dag, eller i framtiden, kommer att kunna tilgodese behoven på de sätt som man önskar och anser nödvändiga. Men man tror inte heller att marknadskrafter och privata företag är lösningen. I stället vil man med gemensamma krafter, i demokratiska former och i samverkan med kommunen ta ansvar för att utveckla nye verksamheter och arbetsformer." (Johansson 2004)*

I en tilsynsrapport fra seks äldrekooperativ konkluderer Länsstyrelsen i Jämtland med at det som kanskje aller mest skiller eldrekooperativene fra kommunale institusjoner er

vektleggingen av de eldres innflytelse og delaktighet og de ansattes sterke engasjement og interesse:

*”Personal och boende ingår ofta i samma nätverk och de gamla ses därför som individer mer än som ”brukare” eller ”vårdtagare”. Stämningen blir familjär och relationerna blir mer privata än professionella... Att vara anställd och medlem i ett kooperativ och samtidig boende i bygden är att ta del i, leva med och ta ansvar för ”hela konseptet” (Westerdahl 2005).*

Slik kooperativt drevet eldreomsorg beskrives også i svenske offentlige utredninger om ”Vårdens ägarformer” (SOU 2002:31 og SOU 2003:23) og av den svenske Socialstyrelsen:

*”Bland de alternativa driftsformer som utvecklats under 1990-tallet har kooperativt driven vård och omsorg gjort sitt intåg i vården och omsorgen om de äldre... Kooperativ för boende, vård och omsorg om äldre kan drivas av både brukare, personal och samhällsföreningar, byalag eller en kombination därav. Kooperativen utgör en mellanform som innebär att man ibland driver verksamheter på entreprenad, ibland i ”egenregi”, och inte så sällan i kombination med frivilliga insatser” (Socialstyrelsen 2004)*

Ifølge Socialstyrelsen drives vel 10 prosent av all eldreomsorg som er lagt ut på anbud av ”icke vinstdrivande organisationer”. En del av disse er kooperativt drevne. I en rapport utarbeidet av Selskapet for Norges Vel om ”Samvirkemodellen i omsorgssektoren” framheves også den frivillige innsatsen knyttet til de svenske kooperativene:

*”I de studerte brukerkooperativene er nettverkene sterkere, fordi hele lokalsamfunnet ofte er engasjert. Her er det blitt lagt ned mye ideelt arbeid blant annet med bygging/vedlikehold av bygninger og ikke minst å skape et trivelig miljø. Man utnytter også lokalbefolkningens ulike kompetanse på en måte som styrker både tjenestetilbudet og foretaket.”(Løvik et al. 2003)*

Eldrekooperativene bygger altså på sosiale nettverk først og fremst i små lokalsamfunn med stor grad av nærhet og fellesinteresse. Felles interesse er også utgangspunkt der slike fellesskap og aktiviteter oppstår på tvers av lokalsamfunn, slik tilfellet er når arabisktalende eldre møtes til dagtilbud, eller fagforeningen tar initiativ til å bygge eget hjem for gamle sjømenn. Og utgangspunktet er ofte en manglende tillit til at storsamfunnet skal klare å håndtere de lokale utfordringene eller tro på at markedet kan løse problemene. Slik framstår denne bevegelsen som et alternativ. En tredje vei.

### *Gränslös Äldreomsorg*

Prosjektet "Gränslös Äldreomsorg" har hatt som formål å etablere et samarbeid om helse- og sosialtjenester for eldre over grensen mellom bygdesamfunn i Norra Dalarna i Sverige og Engerdal kommune i Norge. Prosjektet er basert på kooperativt eierskap, og tar ellers spesielt sikte på å legge forholdet til rette for at eldre samer som bor i området skal få utøve samisk språk og kultur. Prosjektet illustrerer på denne måten flere mulige framtidige utviklingstrekk:

- Eldreomsorgen blir flerkulturell og i større grad preget av mangfold
- Tilbudet utvikles på tvers av kommunegrenser og landegrenser, gjerne gjennom "partnerskapsavtaler" mellom ulike aktører.

- Nettverk av lokalsamfunn, kommuner, interessegrupper, pårørende og brukere går inn på eiersiden.

(Brustad og Westergård 2004)

### **Forløpere: Boligbyggelag med hjemmetjenester**

Kongsvinger og Omegn Boligbyggelag tilbyr i samarbeid med attføringsbedriften Eskoleia hjemmehjelpstjenester og servicetjenester til sine medlemmer gjennom KOBBL Omsorg og Service AS. De kan gi hjelp til alt fra personlig hygiene og husarbeid til ledsager- og besøkstjeneste. De formidler alarmer, sengeskift og fotpleie, og bistår med håndverkstjenester, renhold og vedlikehold.



Det samme gjør Trondheim og Omegn Boligbyggelag, som har stiftet selskapet TOBB Omsorg. Selskapet kan nå yte omsorgs- og hjelpetjenester til medlemmene i alle tilknyttede borettslag, med til sammen 12 500 husstander. Målet er å hjelpe medlemmene til å bo i egen bolig så lenge som mulig. TOBB Omsorg kan blant annet gi hjelp til personlig stell og hygiene, følge til lege eller annen behandling, gjøre innkjøp eller følge til butikk, ta rengjøring, rundvask, oppvask, klesvask, matlaging, forberede selskap, lese høyt, gjennomgå nyheter, gi sosial kontakt, gjennomføre regelmessig tilsyn og faste besøk eller avlaste pårørende. Tobb Omsorg har også egen samarbeidspartner for matombringing og samarbeider med TOBB Service om reparasjoner og vaktmesteroppgaver.

Disse organisasjonene forener tradisjonsrikt boligsamvirke med nye brukerstyrte eier- og driftsformer i omsorgssektoren, noe som blir understreket av TOBBs direktør på deres nettside:

*"Tjenesteproduksjon i boligbyggelagets datterselskap vil også preges av de verdier og prinsipper som boligsamvirket står for. Organisasjonen er medlemseid og demokratisk styrt av medlemmene. Organisasjonen kan heller ikke selges ut eller flyttes. Siktemålet er å fremskaffe tjenester for medlemmene, ikke maksimering av profitt for investorer."*

(Holm 2006)

## **8.7 SOSIAL ØKONOMI**

Like før årtusenskiftet besluttet EU-kommisjonen å sette i verk spesielle tiltak både på nasjonalt og europeisk nivå for å forsterke den sosiale økonomien. Dette var tiltak både av forskningsmessig, juridisk og økonomisk art, og sosial økonomi ble et prioritert område innefor EUs strukturfondsprogram. Begrepet sosial økonomi kom egentlig fra Frankrike, men ble etter hvert innarbeidet som offisiell term innenfor EU for å betegne økonomisk virksomhet med samfunnmessige formål: Cooperatives, Mutuals, Associations and Foundations (CMAF).

Som forberedelse til den 7.europeiske konferansen om sosial økonomi holdt i Stockholm 2001, utdypet det svenske Kulturdepartementet begrepet:

*"Med social ekonomi avses organiserade verksamheter som primärt har samhällliga ändamål, bygger på demokratiska värderingar och är organisatoriskt fristående från den offentliga sektorn. Dessa sociala och ekonomiska verksamheter bedrivs huvudsakligen i föreningar, kooperativ, stiftelser och liknande sammanslutningar. Verksamheter inom den sociala ekonomin har allmännyttan eller medlemsnytta, inte vinstinteresse, som främsta drivkraft."* (Kulturdepartementet 1999)

Det ble understreket at sosial økonomi hadde kvaliteter som kunne kombinere utføring av velferdstjenester med demokratisk skoloring, sosialt ansvar, engasjement, praktisk solidaritet, personlig utvikling, innovasjon og sosialt entreprenørskap. På den måten blir det ikke bare formålene som er sosiale, midlene er det også. Resultatet blir noe som er vanskelig å oppnå i privat eller offentlig regi: Velfärd, demokrati och tillväxt i skön förening” (Wikström 2000). Den sosiale økonomien ble på dette tidspunktet anslått til å utgjøre om lag 5 % av den europeiske økonomien (Westlund 2001). Etter dette har den sosiale økonomiens andel bare vokst.

Norsk oljeøkonomi gjorde det mulig å fortsette utbyggingen av offentlig sektor, og Norge forholdt seg lenge passiv til utviklingen av den sosiale økonomien i EU på velferdsområdet. Det ble reist spørsmål om Norge og de øvrige skandinaviske land etter hvert kom til å gå hver sin vei (Åhlander 2003). Etter hvert førte erfaringene fra Sverige og påvirkningen fra Europa til stor interesse både i ideell sektor og på høyre- og venstresiden i det politiske liv. Som på de fleste andre områder ble Norge raskt ”flinkeste gutt i klassen” både til å oppfylle EU-landenes retningslinjer og oppfylle kravene til å benytte EUs økonomiske ordninger på dette området. Sosial økonomi festet seg og ble et raskt voksende alternativ både til offentlig sektor og kommersielle interesser. Non-profit-foretak, nye samvirketiltak, stiftelser, andelslag og nye former for brukereide og brukerstyrte virksomheter vokste fram, etter hvert med sterk støtte og tilrettelegging fra det offentlige.

Framveksten av den sosiale økonomien kan forstås på flere måter. De svenske forskerne Westlund og Westerdahl har stilt opp tre hypoteser for å forklare denne stigende interessen:

- *Tomromshypotesen* ser behovet for en sosial økonomi som kan fylle rommet etter en redusert offentlig sektor og tilbakegang for industri og primærnæringer.
- *Innflytelseshypotesen* ser sosial økonomi som svar på det etterindustrielle samfunnets skjerpede konflikt mellom stat og marked om bruken av det økonomiske overskuddet. Der framstår sosial økonomi med nye eierformer som alternativ, der høy utdanning og kompetanse kan kombineres med direkte innflytelse både i forhold til arbeid og velferd.
- *Lokal identitets-hypotesen* ser sosial økonomi som en reaksjon på globalisering, samfunnsforandringer og hurtig teknisk utvikling. Behovet for trygghet og et fast punkt i tilværelsen utløser et sterkt engasjement både for å forsvare lokalsamfunnet og finne utviklingsmuligheter. (Westlund 2001)

Dette kan være mulige forklaringer på at sosial økonomi og sivilsamfunn har fått sine varmeste og mest engasjerte tilhengere på høyre og venstre side i politikken, og på den sterke oppslutningen og deltakelsen i den praktiske utformingen lokalt.

## **8.8 INDEPENDENT SENIOR LIVING**

Unge funksjonshemmede og deres organisasjoner har gått foran. De har krevd like rettigheter og muligheter som andre, og de vil ha fjernet både fysiske og sosiale barrierer som har hindret dem i å ta del i alle deler av samfunnslivet, i tråd med idealene for Independent Living, slik paraplyorganisasjonene for Independent Living- bevegelsen i Europa (ENIL) definerer det:

*“Independent living is a process of consciousness raising, empowerment and emancipation. This process enables all disabled persons to achieve equal opportunities, rights and full participation in all aspects of society”*

Seniorbevegelsen slutter seg etter hvert til denne bevegelsen, for som de sier: Skillet mellom hvem som er funksjonshemmet og hvem som er syk går ikke ved pensjonsalder. De overtar også hovedprinsippene som ideologisk grunnlag for de europeiske seniororganisasjonene (ENIL 1990 og ACT 2006), som fikk disse overskriftene i seniorversjon:

- Antidiskriminering og bekjempelse av ageisme
- Brukermakt, brukerstyring og mer direkte demokrati
- Fjerning av funksjonshemmende barrierer
- Avinstitusjonalisering
- Demedikalisering av alderdommen
- Selvhjelpsgrupper, mestring og likemannsarbeid
- Solidaritet med andre
- Inkludering

Målet er et samfunn for alle med like rettigheter og muligheter, der mennesker i alle aldre og uavhengig av kjønn og funksjonsevne inkluderes i samfunnet på alle områder og nivåer. Institusjoner med segregerte løsninger for botilbud, transport, utdanning, arbeid, kulturtilbud og aktiviteter begrenser muligheten til være en del av samfunnet på lik linje med andre, og setter unødvendige begrensninger i retten til privatliv, selvbestemmelse og aktiv deltakelse.

#### **Forløper: ULOBA**

Et eksempel på et brukerstyrt foretak i Norge bygd på Independent Living- filosofi er ULOBA, Andelslag for borgerstyrt personlig assistanse (BPA), som organiserer praktisk og personlig assistanse til funksjonshemmede der personen selv er arbeidsleder for sine personlige assistenter. ULOBA er en virksomhet skapt av funksjonshemmede, eid av funksjonshemmede og drevet av funksjonshemmede. ULOBA ble opprettet i 1991, og er det eneste andelslaget for brukerstyrt personlig assistanse som finnes i Norge.

Ved utgangen av 2005 hadde ULOBA 530 andelseiere i 93 kommuner og bydeler og mer enn 3000 assistenter. Alle andelseiere har brukerstyrt personlig assistanse og er dermed arbeidsledere for sine egne personlige assistenter. Per 31. desember 2004 administrerte ULOBA ca. 35 prosent av alle ordninger med brukerstyrt personlig assistanse i Norge. Andelslaget bygger sin virksomhet på prinsippene til den internasjonale Independent Living-bevegelsen, og er et ikke-kommersielt sameie. ULOBA drives på nonprofit-basis og representerer med sin andelslagsmodell en tredje vei. (ULOBA 2006)

## **8.9 SESAM**

I Norge utvikles etter hvert en rekke organisasjoner både lokalt og regionalt med ULOBA som modell. De overtar ansvar for en rekke tjenestetilbud på eldreomsorgens område. Brukere og representanter for brukerne går inn på eiersiden og etablerer andelslag og ulike foretak som gir reell brukerstyring og innflytelse over utforming av tilbudet i tett samarbeid med fagpersoner og offentlig forvaltning som slutter seg til målene for Independent Living og finner det faglig frigjørende og meningsfylt å arbeide innenfor en slik ramme.

Det legges ikke skjul på at organisasjonene i starten har betydelige problemer med å drive store og kompliserte bedrifter som dette, og at det ikke alltid er like enkelt for tidligere offentlig ansatte å være arbeidstakere i et slikt system. Med sterk involvering fra fagbevegelse og yrkesorganisasjoner, kommer imidlertid etter hvert avtalene på plass. Dette fører også til etableringen av SESAM.



Pensjonistforbund og seniororganisasjoner, boligsamvirket og en rekke bofellesskap, kollektiv og enkeltpersoner står bak opprettelsen av SESAM eller SENiorSAMmenslutningen, et brukereid og brukerstyrt andelslag, med flg. hovedoppgaver:

- fungere som arbeidsgiver for helse- og sosialpersonell, pedagoger og kulturarbeidere og være driftsorganisasjon for tjenestetilbud som kan sikre andelshaverne en meningsfull og opplevelsesrik hverdag gjennom praktisk bistand, personlig assistanse, aktivitet, omsorg og pleie
- stå som eiere av lokaler transportmidler og utstyr brukt til personell, behandlingsoppgaver og fellesaktiviteter
- formidle tilrettelagte, brukereide botilbud i bofellesskap, kollektiv, sykehjem og omsorgssentra
- formidle opplærings- og kulturtilbud og individuelt tilrettelagte reisemål



SESAM begynte etter hvert også å fungere som forbrukerorganisasjon, som opptrådte på vegne av og sikret sine andelshavere gode avtaler på hjelpemidler og løsninger både i forhold til bolig, kommunikasjon, medisinsk teknologi og spesialisttjenestetilbud. I tillegg forhandlet organisasjonen fram gunstige avtaler på levering av alt fra forsikringer, biler og forbruksvarer til reiser og kulturarrangement både for andelshavere og alle som var medlemmer i en eller annen seniororganisasjon knyttet til SESAM. Det var derfor svært mange som skaffet seg knyttet seg til dette seniornettverket og andelsdokumentet i SESAM ble etter hvert betraktet

som et ”gullkantet papir”. SESAM er fram mot 2030 blitt en kraftfull paraplyorganisasjon for hele seniorbevegelsen, som etter hvert har fått lokale andelslag over hele landet.

## 8.10 DEMENSREFORMEN

Mange år etter reformen for mennesker med utviklingshemming skjer det en ny og omfattende reform i omsorgssektoren, basert på de samme prinsipper og inspirert av Independent Living bevegelsens filosofi: Den nye demensreformen berører i 2030 om lag 90.000 pasienter med en slik diagnose.

Flere sykehjemsplasser ble ikke svaret på den sterke veksten i tallet på mennesker med ulike demenslidelser. Demensomsorgen vokste etter hvert ut av institusjon. Både ansatte, pårørende og brukere ville ha andre omgivelser enn sykehjemsavdelinger med små enerom plassert i lange korridorer. I flere år hadde de kompensert for uhensiktsmessig arkitektur og tradisjonelle driftsformer med å dekorere dører med ulike farger, innrede korridorene med gamle møbler i strid med brannforskrifter, slå ut vegger for å lage rom til aktivitetstilbud og dele avdelingen inn i små gruppenheter.

De fikk støtte fra fagfolk og forskere som mente at de store tradisjonelle sykehjemmene var svært dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens. Omgivelsene forsterket pasientenes forvirring, og var vanskelig å orientere seg i. De små enerommene ga lite rom for innredning med personlig preg, og pasientene bodde tett og forstyrret hverandre. For pasienter med demens var det spesielt viktig å ha få og kjente mennesker å forholde seg til, de trengte større privatareal rundt seg og driftsformer basert på små grupper og små enheter. Sykehjemmene var ikke bygd for beboere med demenslidelse. Likevel hadde nesten  $\frac{3}{4}$  av sykehjemspasientene denne lidelsen. Kritikken mot den institusjonsbaserte demensomsorgen tiltok i styrke. Pårørendeforeninger og brukerorganisasjoner, fagpersonell og forskere la etter hvert sterkt press på politiske myndigheter, og tok etter hvert selv styringen med utforming og etablering av alternative tilbud. Slik ble den mest gjennomgripende reformen siden den såkalte HVPU-reformen på begynnelsen av 90-tallet skapt.

Demensreformen innebar i realiteten at sykehjemmene gikk over til å bli korttidstilbud for avlastning, behandling og opptrening eller palliativ behandling og omsorg ved livets slutt. Langtidsbeboerne, som i hovedsak hadde et sammensatt sykdomsbilde, ofte med en demenslidelse som hoveddiagnose, fikk etter hvert sitt tilbud i mindre bofellesskap med større privatareal, fellesrom og gode opplevelsese- og aktivitetsmuligheter både ute og inne. Her ble det også lagt godt til rette for at både ektefelle og familie kunne bo i perioder og ta del i omsorgen. Demensreformen var imidlertid mer enn dette. Hovedpillarene i reformens tjenestetilbud var:

- Nettverksarbeid
- Dagtilbud til alle
- Hjemmetjenester
- Små bofellesskap

Det ble lagt sterk vekt på nettverksarbeid for å gi ektefelle, familie og venner støtte og oppfølging, involvere alle som ønsker det, og fordele definerte og avgrensede oppgaver. Pårørendeskoler og støttegrupper ble etablert for å gi opplæring og veiledning, og bidra til erfaringsutveksling og ventilerende av følelser og opplevelser. Det ble brukt mye ressurser på tilrettelegging og avlastning, slik at ektefelle og pårørende kunne holde ut og mestre sitt liv.

Et av de viktigste avlastningstiltakene, var at alle fikk dagtilbud, enten de bodde hjemme eller i tilrettelagte bofellesskap. Aktiv dagtid bidro til god døgnrytme og gjorde resten av døgnet mer overkommelig både for pårørende og omsorgspersonalet. Dagtilbudet var basert på filosofien om å "leve i nuet" og kunne gi brukerne meningsfulle hverdagslige aktiviteter og oppleve noen gode øyeblikk. Det var konsentrert om vanlige oppgaver knyttet til matlaging, husarbeid og sosialt samvær. Det var avislesing og nyheter, litteratur og musikkopplevelser, og det ble lagt vekt på å opprettholde og dyrke den enkeltes faglige og personlige interesser.

Døgnbaserte hjemmetjenester med faglig og medisinsk støtte fra den øvrige helse- og sosialtjenesten utgjør basistilbudet både til de som bor i bofellesskap og eget hjem. Ettersom demens er av de mest vanlige lidelsene og uten sammenligning viktigste årsaken til funksjonstap og hjelpebehov, inngår kunnskap om dette som kompetansekrav til alle som arbeider i omsorgstjenesten. Som oftest er demens også bare en del av et sammensatt sykdomsbilde. Fra faglig hold har det derfor vært sterkt framhevet at demensomsorgen ikke må skilles ut fra den øvrige omsorgstjenesten. Reformen har derfor vært kritisk til den særomsorgen som etter hvert utviklet seg ved sykehjemmene, og framhevet behovet for et helhetlig tjenestetilbud basert på individuell tilpasning. Målet for reformen var å bygge ut et helhetlig og integrert tjenestetilbud som en synlig del av et inkluderende lokalsamfunn.

## 9. JOKERSCENARIET: ALZHEIMERREVOLUSJONEN

All framtidforskning må holde åpent for det uventede, for samfunnsmessige omveltninger og miljømessige endringer som på avgjørende vis kan skape andre rammebetingelser og forutsetninger. I en scenarietilnærming velger en derfor ofte å utforme et jokerscenario for å tydeliggjøre usikkerhet og muligheter. Forskningsmessige og teknologiske gjennombrudd kan også være eksempler på endringer som kan snu opp ned på tidligere oppfatninger av hva som er mulig. På vårt område vil en god illustrasjon på dette være hva som ville skje om den medisinske forskning løste "Alzheimergåten" og fant et middel for å forebygge utviklingen av demens.

### Demens

*"Demens (F00-F03) er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelsen i kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også komme etter, svekkelser i følelsesmessig kontroll, sosial atferd eller motivasjon. Demens forekommer ved Alzheimers sykdom, karsykdom i hjernen og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen."*

(Sosial- og helsedirektoratet og KITH 2003).

### 9.1 ALZHEIMERS SYKDOM

Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens. Sykdommen rammer hjernen og fører til mental svikt. Den sveitsiske legen Alois Alzheimer ga den første omfattende beskrivelse av sykdommen, som derfor fikk navn etter ham. Sykdommen er progressiv og utvikler seg gradvis over flere år. Demens brukes som begrep om tilstander som over tid reduserer hukommelsen, gir mental svikt og berører både praktisk funksjonsevne, evne til læring og fører til endringer i både atferd og følelsesliv.

Det finnes ingen kjent spesifikk enkeltårsak til sykdommen, men det antas å være et samspill mellom genetiske faktorer, miljøfaktorer og aldring. Høy alder er viktigste risikofaktor, og forekomsten er nært korrelert med alder. Forandringene i hjernen kommer først til syne i hjernens tinninglapper, og over tid dør hjerneceller og det blir mindre hjernevev. Det finnes ingen behandling som hindrer eller stopper utviklingen av Alzheimers sykdom. Dagens behandling er derfor mer symptombehandling og nyere medikamenter kan bidra til å forsinke utviklingen av sykdommen hos enkelte. Alzheimers sykdom opptrer sjelden før i 60-årsalderen. I aldersgruppen 65-70 år har 1,5 % Alzheimers sykdom. Deretter fordobles forekomsten for hvert 5 års alderstrinn. slik at i aldersgruppen 80-85 år er det 12% som har sykdommen. Totalt regner en med at minst 15% av alle over 75 år og 20 % av dem som er over 80 år lider av demens.

### 9.2 RONALDVAKSINE OG MEDIKAMENTELLE HEMMERE

Arbeidet med å utvikle en vaksine mot Alzheimers sykdom lyktes allerede i 2015. Et mangeårig internasjonalt forskningssamarbeid hadde ført til et sensasjonelt gjennombrudd som skulle snu opp ned på alle prognoser og behovsanalyser for framtidig eldreomsorg. Vaksinen var etter kort tid på markedet og kom etter hvert i omfattende bruk. (BBC 2000 og 2001; Aldre i Centrum 2003; Scientific American 2006). På folkemunne gikk vaksinen under navnet Ronald, etter en av de mest kjente pasientene, den gamle amerikanske presidenten Ronald Reagan som levde med Alzheimers sykdom de siste årene av sitt liv. Sannsynligvis

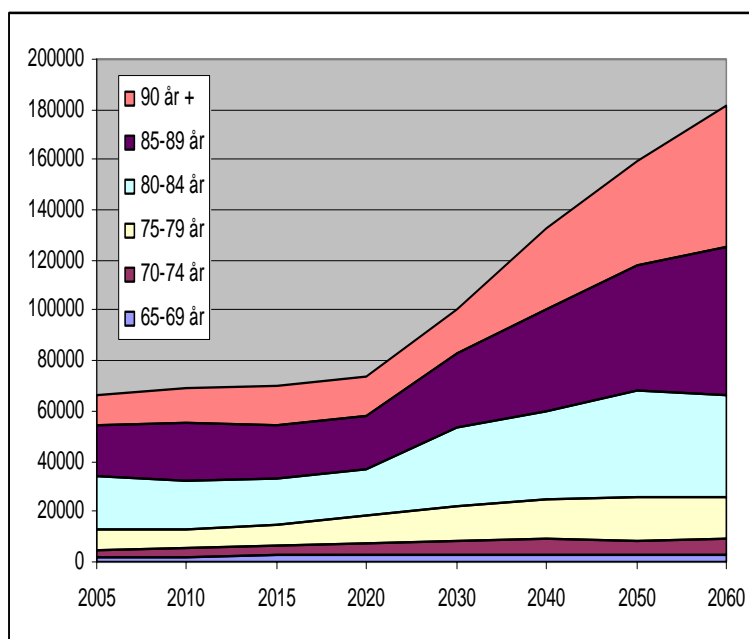
hadde han også fått sykdommen på slutten av sin presidentperiode. Ny genteknologi gjorde det etter hvert mulig å identifisere så godt som alle individer med risiko for å få sykdommen, og vaksinen hadde på begynnelsen av 2020-tallet satt en effektiv stopper for utviklingen av nye tilfeller, i land som hadde råd til å ta det relativt dyre vaksinasjonsprogrammet i bruk.

Samtidig ble medikamenter som demper symptomene på mental svikt og atferdsforstyrrelser og forsinker sykdomsutviklingen hos pasienter med Alzheimer videreutviklet og gjort mer effektive. Disse medikamentene var allerede i bruk før århundreskiftet, men fikk etter hvert stor betydning for de som allerede hadde fått sykdommen, ettersom de nå kunne stoppe utviklingen av den progressive sykdommen. (NBC 4 2003; NNF 2001 ). De såkalte bremserne eller hemmerne ble stoppere.

### 9.3 ELDREBØLGEN KAN AVBLÅSES

Dette har fått store positive konsekvenser for levealderen som i løpet av de siste femten år har gjort et hopp framover, og ført til at alle prognoser for levealder og befolkningsframskrivninger måtte oppdateres. Samtidig har det skapt en omveltning i hele helse- og sosialtjenesten. Dystre behovsvurderinger revurderes. Det som så ut til å bli en nesten uoverkommelig vekst i behovene for helse- og sosialtjenester fram mot 2030 sett ut fra demografiske forhold, har i stedet flatet ut.

Figur 9.1: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060



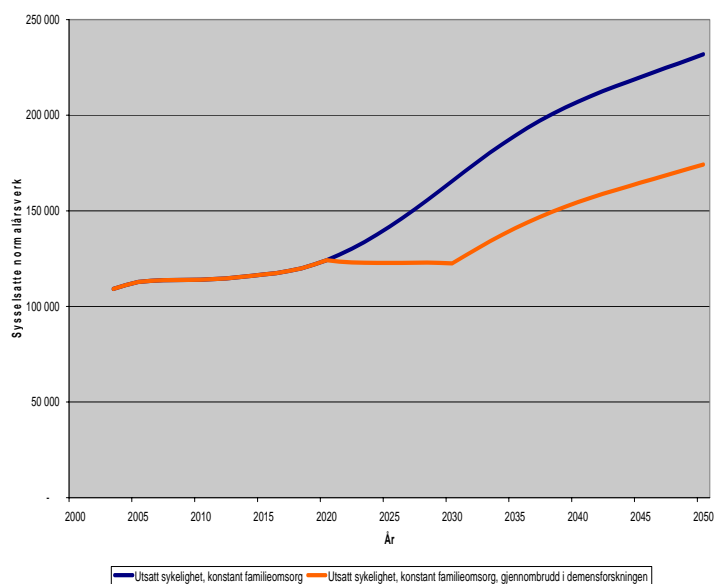
Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens 2005

Rundt år 2000 var det om lag 65.000 personer i Norge som hadde demens, av disse er det mer enn 50.000 som led av Alzheimers sykdom. Framskrivninger som ble utført av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens innebar at forekomsten ville øke til over 90.000 personer i 2030, og nærme seg en fordobling etter 2040. (NNF 2000; Eek 2004; Brækhus et.al 2003; Eek og Nygård 1999; Eek og Nygård 2003).

### Gjennombrudd i demensforskning

For å illustrere hva som kan skje ved et gjennombrudd i demensforskningen fra 2020, har SSB gjort en framskrivning av sysselsettingsbehovet i pleie- og omsorgssektoren. En nøktern framskrivning (basert på et demografisk middelalternativ, utsatt sykkelighet og kontant familieomsorg) der veksten i sysselsettingsbehovet var anslått til over 110 % fra 2005 til 2050, ville ved et eventuelt gjennombrudd i demensforskningen nesten kunne halveres. Istedenfor en økning fra 110 000 årsverk i 2005 til over 230 000 årsverk i 2050, ville sysselsettingsbehovet bli i underkant av 175 000 årsverk i 2050 ved et slikt gjennombrudd, og veksten ville ikke sette inn før etter 2030.

Figur 9.2: Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved gjennombrudd i demensforskningen i 2002.



Kilde: SSB, Økonomiske Analyser 2006 (Langset 2006)

I følge en undersøkelse Statens helsetilsyn hadde fått utført (Statens Helsetilsyn 2003), var demens den viktigste helsemessige årsaken til hjelpebehovene hos pasientene i pleie- og omsorgstjenesten. Vel 42 % av de som bor i sykehjem og 34 % av de som bor i aldershjem hadde demens som viktigste årsak til hjelpebehov. I tillegg var det mange som i tillegg til andre lidelser, også hadde demens som bidiagnose. Det er derfor vanlig å regne at  $\frac{3}{4}$  av de som bor i sykehjem har demens, ofte i kombinasjon med andre lidelser.

Sosial- og helsedirektoratet hadde på bakgrunn av tall fra en svensk undersøkelse, beregnet kostnadene knyttet til demens i Norge til om lag 14 mrd kr i 2000 (St meld nr 25 (2005-2006), noe som tilsvarte om lag 1/3 av de totale utgiftene i hele omsorgssektoren. Nå er sykdommen isteden på vei ut, og har ført til en betydelig årlig reduksjon i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Bekjempelsen av Alzheimer og etter hvert også andre demenslidelser innebærer at perioden på slutten av livet med alvorlig funksjonstap reduseres, og at folk dør av sykdommer som i hovedsak varer langt kortere tid enn denne svært invalidiserende og progredierende lidelsen. Tallet på eldre øker imidlertid mer enn ventet ettersom levealderen øker både for kvinner og menn. Dette opphever noe av reduksjonen i behovet for helse- og sosialtjenester til eldre i årene framover. Alzheimerrevolusjonen har med andre ord ført til at den demografiske "eldrebølgen" virkninger er avlyst på helse- og sosialtjenestens område. Tidligere dystre behovsprogner er lagt i skuffen, det forventede presset på pleie- og omsorgssystemet kom ikke, og det er blitt rom for å prioritere andre samfunnsområder.

## 9.4 CASE DEMENTSEN

I plansammenheng må en holde åpent for de muligheter et slikt jokerscenario som ”Alzheimerrevolusjonen” innebærer, og være rede til å kaste om på alle prognoser og endre alle forutsetninger. Det blir likevel vanskelig å planlegge ut fra eller satse på at den medisinske forskning løser demensgåten, selv om denne muligheten må inspirere til betydelig forskningsinnsats. Slik situasjonen ser ut i dag, vil en av omsorgstjenestens mest typiske brukere i framtida være en eldre kvinne med Alzheimers sykdom. For å teste nærmere ut hva omsorgsscenariene vil innebære for den enkelte, har jeg valgt å plassere inn Alvhilde Dementsen som case i hvert av scenariene:

### Alvhilde Dementsen

#### *Personalialia*

- Født 8.mars 1949 i Skien
- Gift med lektor Bjørn Dementsen født samme sted 1.mai 1950
- To voksne barn, 5 barnebarn og 2 oldebarn

#### *Utdanning og bakgrunn*

- Eksamen artium ved Bø Landsgymnas
- Utdannet ved Musikkonservatoriet i Oslo
- Organist og kordirigent i menigheter i Troms og Telemark

#### *Fritid*

- Studiomusiker og tangentinstrumentalist i flere jazz/rock-band.
- Samfunnsengasjert lokalpolitiker med bakgrunn i 70-tallets kvinnebevegelse.
- En rekke oppdrag som organist og musiker også etter pensjonistalder.

#### *Sykdom*

Den nå 81-årige Alvhilde Dementsen har fått diagnosen Alzheimers sykdom, og har etter noen år med denne lidelsen begynt å miste grepet på tilværelsen. Hukommelse, orienteringsevne og språkevne er sterkt svekket, og hun er ikke lenger å finne ved flygelet. Hun har vært gjennom en depresjonsperiode, og får av og til hallusinasjoner. Hun veksler mellom rastløshet og apati. Med god hjelp klarer hun imidlertid eget personlig stell.

### 9.4.1 Alvhilde i geriatrien

Alvhilde Dementsen fikk konstatert noe som kunne være en begynnende demenslidelse for 5 år siden ved en screeningundersøkelse alle som fyller 75 år får tilbud om. En vanlig legeundersøkelse var kombinert med en enkel test som kunne indikere demens eller andre lidelser med tilsvarende symptomer. I første omgang fikk hun diagnosen MCI eller ”Mild kognitiv svikt”. Alvhilde ble etter noen måneder overført til nærmere undersøkelse ved geriatrien, hvor det ble tatt en rekke prøver, tester og bilder av hjerneaktiviteten. Der kunne de utelukke hjerneslag, svulst, depresjon eller andre årsaker til en tiltagende kognitiv svikt. Det viste seg etter hvert at hun hadde en demenslidelse av typen Alzheimers sykdom, som i startfasen (mild demens) innebar svekkelse av orienteringsevne, hukommelse, læringsevne og motoriske ferdigheter.

Både Alvhilde og ektefellen Bjørn fikk god informasjon om sykdommen, hvordan den kunne utvikle seg, og hva de kunne forvente. For Alvhilde som hadde begynt å merke at hun ikke lenger klarte å henge med musikalsk på samme måte som tidligere, var det godt å få konstatert hva det kom av. Samtidig var det en stor sorg å vite at hun aldri mer kunne regne med å drive som musiker på det nivå hun hadde vært. Tidlig diagnostisering ga muligheter for sorgbearbeiding på et tidlig stadium, og at både pasient og pårørende kunne begynne å forberede seg på det som skulle komme.

Alvhilde ble satt på medikamenter som var en videreutvikling av de såkalte AchE-hemmerne som gir symptomatisk effekt og bedrer kognitiv funksjonsevne, spesielt i forhold til oppmerksomhet og hukommelse og dagliglivets gjøremål, i hvert fall over en periode. Det var også utviklet legemidler som forsinker og reduserer progresjonen av Alzheimers sykdom, og Alvhilde hadde tydelig nytte av dem. Utover dette ble Alvhilde og mannen de første par årene fulgt opp med kvartalsvise samtaler hos spesialsykepleier og halvårlige undersøkelser hos geriater. Etter hvert som sykdommen utviklet seg, ble det imidlertid nødvendig med praktisk hjelp, hjelp til bading og oppfølging av medikamentering fra det lokale geriatrieteamet.

Etter en kort periode som dagpasient, ble så Alvhilde for et år siden innlagt i geriatrihospitalet i en spesialenhet for pasienter med Alzheimer. Enheten har spesialutdannet personell med kompetanse på denne sykdommen, og har pasienter som er i det en kan kalle andre fase i utviklingen av Alzheimers sykdom. Det er pasienter som etter hvert har utviklet ulike former for psykiske og atferdsmessige symptomer som angst, depresjoner, vrangforestillinger, motorisk uro, repeterende handlinger og aggressivitet. Det er derfor nødvendig med gode skjermede arealer, lydisolasjon og tilknyttet uteareal og det blir lagt stor vekt på gruppevise dagaktiviteter, ut fra funksjonsnivå og interesser. "Alzheimerkorridoren". som spesialenheten kalles internt, har 24 romslige enerom med egne bad og fellesrom for aktiviteter, stue og oppholdsrom med matservering. Enheten er skilt fra den andre spesialenheten for demens som bare har pasienter i siste fase av sykdomsutviklingen, med motoriske symptomer som inkontinens, balansesvikt, muskelstivhet og gangproblemer. Her gis det først og fremst pleie til de som er totalt avhengig av hjelp døgnet rundt.

For ektefellen Bjørn Dementsen er det en lettelse å slippe ansvaret han nesten døgkontinuerlig var bundet til. Han savner likevel Alvhilde, og besøker henne nesten hver dag, men vet ikke helt hva han kan gjøre for henne nå når helsevesenet har overtatt. Institusjonen har sine rutiner og opplegg, og de går som oftest best uten andre "blander seg inn", som Bjørn sier det.

#### **9.4.2 Alvhilde i seniorlandsbyen**

Ekteparet Dementsen hadde allerede for 10 år siden flyttet til seniorbyen som var anlagt på det tidligere industriområdet på Herøya utenfor Porsgrunn. De hadde slått seg sammen med flere venner fra sang- og musikkmiljøet i Grenland og klart å kjøpe seg inn i et helt lite kvartal med strandlinje og utsikt over Frierfjorden. Her hadde de hver sine leiligheter med felles takterasse og i Folkets Hus, som de kalte aktivitetsrommet i første etasje, hadde de egen bar, stort flygel og øvingslokale for kor og et lite geriatrik orkester. Alle hadde solgt eiendommene sine og lagt boligformuen sin inn i dette anlegget som entreprenøren Selvaag Pluss sto bak, sammen med lokale investorer og driverselskaper.

Gjennom sitt forsikringselskap fikk Alvhilde og Bjørn Dementsen tilbud om gratis testing ved helsestasjonen Dementia. Både av hensyn til trafikksikkerhet og av hensyn til livsforsikring var det av betydning å gjennomgå en slik test, som kunne gi indikasjoner på kognitiv svikt. Alvhilde og Bjørn tok i mot dette tilbudet. Det ble starten på en diagnostiseringsprosess der Alvhilde ble sendt videre til ytterligere undersøkelser på sykehus og fikk påvist Alzheimers sykdom. I ettertid var ikke Alvhilde overrasket over diagnosen. Hun hadde i lang tid gått og vært redd for at det var noe galt med henne. Hun hadde likevel på ulike måter klart å skjule sine problemer og fortrenge det hele, også for seg selv. Derfor ble hun egentlig litt lettet over å få sykdommen konstatert. Lettet og samtidig svært engstelig for det som skulle komme.



Alvhilde fikk først og fremst medikamentell behandling det første året som dempet symptomene og gjorde at hun med hjelp fra ektemannen Bjørn fortsatt kunne ta del i det gode liv i Herøya Seniorlandsby enda en lang periode. Diagnosen hadde utløst tilskudd fra Folketrygden som de kunne bruke til avlastning og kjøpe seg inn ved dagsenteret flere dager i uka. De siste månedene hadde imidlertid sykdommen ført til rastløs vandring, aggressivitet og angst, og Bjørn klarte ikke lenger med situasjonen.

Ingen seniorby eller seniorlandsby vil heller ha forvirrede, demente pasienter som en del av ”bybildet”, til sjenanse og fare både for seg sjøl og andre. Til det setter de for sterkt preg på sine omgivelser. De er også vanskelige å plassere og behandle sammen med andre pasientgrupper ved langt framskredet sykdom. Det er derfor ofte etablert egne spesialiserte bo- og behandlingstilbud for denne gruppen, på et avskjermet område med avgjerdet sanseparkanlegg rundt. Slik har de også gjort det på Herøya. Her har Alvhilde for kort tid siden fått sitt nye hjem i en mini-institusjon for 6 beboere. De får et fullt ut kvalitetssikret behandlingsprogram. For Bjørn er den en stor fordel at dette bo- og behandlingstilbudet ligger i tilknytning til seniorlandsbyen. Han kan derfor gå ut og inn her når han ønsker. Han er fornøyd med denne løsningen, selv om det blir svært dyrt. De solgte en stor boligeiendom da de flyttet til Herøya. Nå må de også selge hytta i Setesdalen for å finansiere det hele. Men den har de nå likevel ikke bruk for lenger.

### **9.4.3 Alvhilde og demensreformen**

Alvhilde merket først symptomer på at noe var galt da hun ikke lenger klarte å øve inn et nytt preludium på kirkeorgelet og fikk problemer med innstudering av nye sanger i sangkoret hun hadde dirigert de siste 25 år. Hun hadde imidlertid mye gammelt stoff å øse av, og kompenserte med å velge musikkstykker og korsanger hun hadde innøvd tidligere. Det hele ble elegant løst med å arrangere nostalgisk aften i pensjonistforeningen, der sangkoret nå hadde sitt tilhold. Etter påtrykk fra mannen Bjørn, som også hadde registrert at Alvhilde var blitt svært glemsk og hadde problemer med koordinasjon, fant hun etter hvert ut at hun måtte få undersøkt dette nærmere. Hun tok derfor kontakt med lege for litt over to år siden, som etter en foreløpig test sendte henne videre til nevrolog for videre undersøkelser. Undersøkelsene viste ingen tegn til slag eller hjernetumor, og sykehuset konkluderte med at alt tydet på en Alzheimerdiagnose. Faktisk mente legen hennes at hun allerede hadde hatt denne lidelsen en god stund.



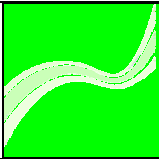
Legen syntes derfor det var nødvendig å sette i gang medikamentell behandling med en gang. Han satte dem også i forbindelse med demensforeningens sosialarbeider som var ansatt for å koordinere samtale- og selvhjelpsgrupper, pårørendeskole og informasjonsvirksomhet. Her var det jevnlig møter og grupper der både brukerne og deres nærmeste utvekslet informasjon og erfaringer, og fikk opplæring av fagpersonell. Etter at det første sjokket hadde lagt seg, stilte de opp sammen på et informasjonsmøte og ble deretter aktive deltakere i denne virksomheten. Hensikten var at de selv skulle skaffe seg kompetanse, slik at de i større grad kunne bearbeide sorg over tapte funksjoner, mestre situasjonen og forberede seg på det som kom til å skje videre. Demensforeningen drev også i samarbeid med seniorsenteret et eget dagtilbud som var tilrettelagt for mennesker med kognitiv svikt, og eide og drev flere bofellesskap ved hjelp av offentlig finansiering. Dagtilbudet Alvhilde deltok i, gjorde det fortsatt mulig å bo hjemme. Ektefellen Bjørn fikk daglig avlastning og hadde fri på dagtid, Alvhilde fikk delta i meningsfulle aktiviteter og opprettholdt en noenlunde vanlig døgnrytme. De fikk i tillegg noe hjelp fra sykepleietjenesten i helgene.

Begge innser nå likevel at sykdommen har kommet til et stadium da det begynner å bli aktuelt å finne andre løsninger, og Alvhilde er blitt lovet leilighet i et av bofellesskapene. Hun kjenner allerede mange av de som bor her fra selvhjelpsgruppen og dagtilbudet. De pårørende kjenner også stort sett hverandre. Her kan Bjørn komme og gå som han vil, delta i dagliglivets aktiviteter og hjelpe Alvhilde sammen med de som arbeider her og de andre pårørende. Den vesle leiligheten gir også muligheter for overnatting.

#### 9.4.4 Alvhilde og Alzheimerrevolusjonen

Etter den årlige organiske prøven alle over 60 år måtte levere helselaboratoriet, fikk Alvhilde Dementsen for 6 år siden etter nærmere undersøkelser konstatert endringer i hjernevevet, som var en klar indikasjon på begynnende Alzheimer. Hun fikk derfor vaksinen som kunne forbygge og stoppe utviklingen av denne sykdommen. Med bare mindre skader på hjernevevet i en avgrenset del av hjernen, kunne Dementsen gjennom rehabiliteringsprogram trene seg opp igjen i forhold til de kognitive problemene som også var blitt identifisert. Alvhilde Dementsen kunne derfor fortsette sin virksomhet som reserveorganist og levde fortsatt et aktivt liv sammen med mannen Bjørn. Hun hadde imidlertid fått en del andre plager som bekymret henne, og var nå til nærmere undersøkelser for dem. Selv om levealderen hadde økt ytterligere de siste årene, var både hun og mannen forberedt på at livet en gang ville ta slutt, og de var i ferd med å passere gjennomsnittlig levealder for mennesker i vår rike del av verden. De hadde likevel snakket mye om hvor glade de var for å slippe en 5-10 årsperiode på slutten av livet med de plager en demenslidelse førte med seg.

Tabell 9.1: CASE DEMENTSEN 2030

|                                |    |    |    |
|--------------------------------|---|--|---|
| <b>ALFHILDE<br/>DEMENTSEN</b>  | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>   |
| Oppdagelse/<br>Diagnose        | Screeningundersøkelser<br><br>Tidlig diagnostisering  | Valgfri testing<br><br>Tidlig diagnostisering  | Selvoppdaget<br><br>Seinere diagnostisering   |
| Hjelpetilbud/<br>Tjenesteytere | Medikamentell<br>behandling kombinert<br>med pleie.<br><br>Helseprofesjoner med<br>oppfølging fra<br>geriatrike spesialister. | Helsefaglig pleietilbud<br>kombinert med kjøp av<br>valgfrie pakketilbud på<br>praktisk hjelp/aktivitet<br><br>Helsepersonell,<br>omsorgsarbeidere og<br>aktiviteter | Psykososialt aktivitets-<br>og omsorgstilbud<br>kombinert med pleie<br><br>Lokal tverrfaglig helse-<br>og sosialtjeneste.<br>Selvhjelpsgrupper<br>Pårørendeskoler |
| Flytting/Botilbud              | Tidlig flytting<br><br>Stor diagnoseinndelt<br>helseinstitusjon   | Seinere flytting<br><br>Avskjermet mini-<br>institusjon  | Sein flytting<br><br>Bofellesskap   |



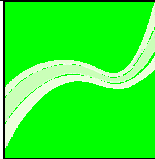
## 10. TRE SCENARIER SETT PÅ TVERS

*”Om vi bare er motstandere av moderniteten i den forstand at vi vil tilbake til gamle dager, kan vi nok være nyttige som ”sand i maskineriet”, bidra defensivt til å utsette sammenbruddet, eller hindre at det rammer oss like sterkt som andre. Men lenger kommer vi ikke ved bare å skrubbe.”*

Ottar Brox i ”Dit vi ikke vil” (Brox 1995)

De tre scenariene Geriatrihospitalet, Seniorkolonien og Omsorgsfellesskapet er utviklet fra samme utgangspunkt og står i hovedsak overfor de samme framtid utfordringer. De går likevel på vesentlige områder i hver sin retning, gjør ulike valg og vektlegger forskjellige interesser og verdier. Setter vi dem opp ved siden av hverandre, kan vi bedre se scenariene på tvers og sammenligne hvordan de forholder seg til historiske utviklingstrekk og takler morgendagens utfordringer. På bakgrunn av scenariebeskrivelsene foran presenteres først noen oppsummerende karakteristika eller kjennetegn som både konstituerer og skiller scenariene fra hverandre og tydeliggjør hvilken retning de peker i. Karakteristikkene er derfor ikke ment å være fullt ut dekkende, men et uttrykk for scenarienes tyngdepunkt og retning.

Tabell 10: NOEN OPPSUMMERENDE KJENNETEGN

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|---|--|
|                   | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>   | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>  | <b>OMSORGS<br/>FELLESKAPET</b>   |
| Samfunnssfære     | Stat   | Marked  | Sivilsamfunn   |
| Rolle             | Pasient  | Kunde   | Bruker   |
| Styringsform      | Profesjonsstyrt  | Markedsstyrt  | Samvirkestyrt  |
| Brukerinnflytelse | Brukermedvirkning  | Brukervalg  | Brukerstyring  |
| Økonomi           | Offentlig økonomi  | Markedsøkonomi  | Sosial økonomi   |
| Formalisering     | Vedtak   | Kontrakt  | Uformell avtale  |
| Faglig tilnærming | Medisin/helse  | Helse/service   | Sosial/kulturell   |
| Ideologi          | Trygghet   | Frihet  | Selvstendighet   |

Siste del av oppgaven vil se nærmere på hvordan de ulike scenariene forholder seg til omsorgstjenestens historiske utviklingstrekk og nye trender, og hvilke strategier de stiller opp i forhold til noen av de store utfordringene eldromsorgen står overfor:

- sterk behovsvekst med konsekvenser for rekruttering, kostnader og finansiering
- ikke tilsvarende vekst i frivillig og familiebasert omsorgsarbeid
- aktivitet og sosiale forhold som omsorgstjenestens størst svakhet

Demensutfordringen er allerede i kapitlet foran testet ut ved hjelp av et ”case”. Scenariene møter i dette kapitlet den mer ideologiske debatten om omsorgens innhold. Det vil også være av stor betydning å finne ut hvem som er de ulike scenarienes vinnere og tapere, og forfølge kvinnespektivet på omsorgstjenesten. Kanskje blir det til slutt kvinnene som avgjør det hele.

## 10.1 UTVIKLINGSTREKK

Utviklingen av eldreomsorgen og de kommunale omsorgstjenestene er i innledningskapitlet nedfelt i noen viktige og tydelige historiske trekk som har bidratt til å gi disse tjenestene retning:

- Fra fylke og stat til kommune (Desentralisering)
- Fra særomsorg til fellesløsninger (Integrering)
- Fra institusjon til hjemmetjenester (Avinstitusjonalisering)

Om disse utviklingstrekkene vil fortsette, og om de lar seg kombinere med mulige nye utviklingstrekk knyttet til forsøk på privatisering (Kommersialisering) og mer brukermobilitet og fri bevegelse av fagpersonell og leverandører over landegrensene (Internasjonalisering), er viktige spørsmål for utformingen av framtidens omsorgstjenester. Det er derfor grunn til å se nærmere på hvordan de tre scenariene håndterer dette møtet mellom historiske og nye utviklingstrekk, for å antyde hva slags retning de ulike scenariene går i.

### 10.1.1 Geriatrihospitalet – både reaksjon og forsvar

Dette scenariet innebærer på mange måter både en reversering i forhold til alle de tre historiske utviklingstrekk og en reaksjon på de nye. Staten tar tilbake store deler av helse- og sosialtjenestene fra det som lenge ble kalt velferdskommunen. Formelt sett er dette å gå tilbake til oppgavefordelingen før kommunehelseloven og sykehjemsreformen på 1980-tallet, men situasjonen er likevel annerledes. Det argumenteres med at oppgavene rett og slett har vokst så mye at de er blitt for store for kommune-Norge, og gått på bekostning av kommunenes utviklingsoppgaver i lokalsamfunnet. Når skole, barnehage og helse- og sosialsektor etter hvert tok nærmere 80-90 prosent av kommunebudsjettet, var det vanskelig å få rom for næringsutvikling, kulturarbeid og investeringer i grunnleggende infrastruktur.

For det regionale helsevesenet er det mer rasjonelt og mest i takt med egne tradisjoner og kompetanse å satse på utbygging av institusjonsomsorgen, skille ut geriatrien som egen spesialitet og dele tjenestetilbudet ytterligere inn på grunnlag av medisinske diagnoser. Dette scenariet bryter derfor på avgjørende måter med tidligere utviklingstrekk, og må ses på som en reaksjon på nedlegging av sykehjem og aldershjem, og den sterke satsingen på alternative boformer og hjemmebaserte løsninger. Scenariet oppleves likevel som et forsvar for den offentlige nordiske velferdsmodellen i møtet med privatisering, kommersialisering og et internasjonalt omsorgsmarked. I forsvarsposisjon velger en på en måte å trekke seg tilbake til tidligere tiders oppgavefordeling med et tydelig statlig ansvar, kanskje fordi en ganske mangfoldig kommunal sektor med utstrakt lokalt selvstyre ikke klarer å holde en entydig linje i spørsmålene om privatisering og kravet om likhet i tjenestetilbud.

### 10.1.2 Seniorkolonien – både inngjerdet og grenseløs

Dette scenariet gir seg i kast med de nye utviklingstrekk og åpner opp for både fritt kundevalg, privatisering og et internasjonalt marked av tilbydere. Svært mange seniorer ønsker å tilbringe hele eller deler av året på varmere breddegrader eller rekreative områder innenlands, men vil ikke være bundet av å bo i Norge eller i sin egentlige bostedskommune for å være sikret omsorg og pleie. De har betalt skatt hele sitt liv, og vil ha muligheten til å skaffe seg de velferdsgoder de er berettiget til, enten de oppholder seg i hyttekommunen eller utlandet.

Scenariet kan på den måten komme på kollisjonskurs med den desentraliserte kommunale modellen dagens omsorgstjenester er bygd på, ved at staten trekker tilbake

finansieringsgrunnlaget for de kommunale omsorgstjenestene, slik at pengene heretter følger den enkelte bruker. De fleste kommuner er likevel tunge aktører på omsorgsmarkedet, dels i konkurranse med private, og dels for å dekke oppgaver og områder der det ikke er grunnlag eller interesse blant de private aktørene. Scenariet fungerer derfor ikke entydig sentraliserende. På samme måte er det i forhold til institusjonalisering. Driftsformene kan ha klare institusjonstrekk når en og samme leverandør står for et totaltilbud, men i mange tilfeller er det mulig å bruke flere leverandører. De store og tradisjonelle alders- og sykehjemmenes tid er imidlertid forbi. Det var det rett og slett altfor få som ville ha, når de kunne velge. Det er lagt mye arbeid i utforming av de nye leilighetene i seniorbyer og seniorlandsbyer, som er lagt til rette for mennesker med nedsatt funksjonsevne og hjelpebehov. På den måten elimineres eller utsettes behovet for institusjonstilbud. Det er også bygd små institusjonsenheter for kortvarig opphold eller mindre bofellesskap for mennesker som trenger avskjerming.

I forhold til integrering bryter imidlertid dette scenariet med det som har vært en tydelig politikk og utvikling fra 1980-tallet. Og bruddet er på en måte dobbelt. For det første trekker hele seniorbefolkningen seg tilbake og etablerer egne seniorsamfunn der du mange steder må være 55år+ for å kunne bo. Det lages til og med fysiske sperringer og sikkerhetsforanstaltninger mot det øvrige samfunn, som understreker atskillelsen. For det andre skjer det også i noen grad en dobbelt segregering ved at de fleste seniorbyer eller seniorlandsbyer vil plassere sine alvorlig syke og forvirrede demente andre steder. De nye seniorsamfunnene er først og fremst etablert for ”det gode liv”.



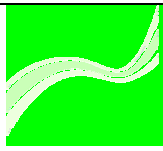
### **10.1.3 Omsorgsfellesskapet – både videreføring og alternativ**

Omsorgsfellesskapet viderefører og videreutvikler mange av de utviklingstrekk som kjennetegner dagens omsorgstjenestetilbud. Det går imidlertid lenger i å utvikle samspillet og nærheten til lokalmiljøet og involvere det sivile samfunn til å ta ansvar og delta. Og det er mer basert på ”direktedemokrati” gjennom brukerstyring og samarbeid om eierskap og drift med ansatte, familie og nærmiljø. Mange steder utvikles dette scenariet i nært samarbeid med kommuner og bydeler som har sett at omsorgsutfordringene har et omfang som krever sterkere engasjement og deltakelse fra det sivile samfunn. De har satset på å bygge ut sosiale møtesteder, fjerne barrierer som hindrer mennesker med nedsatt funksjonsevne i å delta i lokalsamfunnet, og initiert og koordinert sosialt nettverksarbeid. Og de har sluppet til brukere og ansatte og overlatt styringa til de som er mest berørt.

Scenariet framstår som en alternativ form for privatisering, som ikke er markedsbasert eller har økonomisk fortjeneste som motiv, men som tvert i mot drives på non-profit-basis og har sin egeninteresse knyttet til tjenestetilbudets innhold og muligheter. Det hele er likevel avhengig av statlig eller kommunal stykkprisfinansiering eller stønad den enkelte eller en gruppe disponerer til utforming av tjenestetilbudet.

Scenariet er bygd på sterke idealer om integrering og deltakelse fra alle. Når mye gjøres avhengig av sosiale relasjoner og fellesskap, er det imidlertid enkelte som ikke blir inkludert. Gruppefellesskap kan av og til være nådeløse mot de som står utenfor. Da er det en styrke fortsatt å ha lovbestemte rettighetsfestede ordninger. Scenariet er knyttet til sterke internasjonale bevegelser og ideelle organisasjoner, og utvikles på kryss og tvers av landegrensene og kulturelle skiller, også med finansiering fra det europeiske fellesskapet. Det er stor åpenhet i forhold til internasjonalt helse- og sosialpersonell, og like stor skepsis til de store internasjonale selskaper som tilbyr sine tjenester på området.

Tabell 10.1: UTVIKLINGSTREKK

|                               |  |  |  |
|-------------------------------|---|--|---|
|                               | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>   |
| <i>Desentralisering</i>       | Sentraliserende   | Sentraliserende  | Desentraliserende   |
| <i>Integrering</i>            | Segregerende  | Dobbeltsegregerende  | Integrerende  |
| <i>Avinstitusjonalisering</i> | Reinstitusjonalisering  | Deinstitusjonalisering/<br>nyinstitusjonalisering                                  | Avinstitusjonalisering  |
| <i>Internasjonalisering</i>   | Internasjonalt faglig<br>samarbeid- forskning<br>og utvikling                     | Internasjonalisering<br>av kunde-, tilbyder-<br>og personellmarked                 | Del av internasjonal<br>alternativbevegelse   |
| <i>Kommersialisering</i>      | Deprivatisering   | Kommers  | Non-profit  |

## 10.2 NYE FINANSIERINGSORDNINGER

Den norske og nordiske modellen for produksjon av omsorgstjenester til befolkningen er kjennetegnet av at staten delegerer ansvaret til kommunen, og forsøker å påvirke kommunale prioriteringer gjennom finansiering og regulering. Modellen forsvares og begrunnes med at lokale beslutninger er effektive og målrettede. Statlig rammetildeling sikrer makroøkonomisk styring, og lokaldemokratiet øker legitimiteten og utfordrer til lokalt ansvar og deltakelse.

Det er grunn til å tro at det finansieringssystemet vi har for de kommunale velferdstjenestene vil bli utfordret i årene som kommer. Krav om bedre utbygde tjenestetilbud, konkurranseutsetting, økt kostnadseffektivitet og valgfrihet med hensyn til hvem som skal levere tjenesten kan føre til endringer i finansieringssystem og ansvarsforhold. Spesielt etter at sykehusene i Norge gikk over til å bli statlige helseforetak med delvis aktivitetsbasert finansiering, reises det krav om endringer i det kommunale inntektssystemet. Alternative statlige finansieringsordninger for den kommunale omsorgstjenesten kan beskrives som endringer i en eller flere av flg dimensjoner (Hagen 2005):

- rammebasert eller aktivitetsstyrt finansiering
- kommunal eller sentral tildeling og anskaffelse
- rettighetsbasert eller ikke rettighetsbasert

Et grunnleggende problem er at dagens finansieringsordning er lite fleksibel i forhold til flytting. For en sykehjemspasient eller en funksjonshemmet som trenger tjenestetilbud til mer enn en halv million norske kroner i året, er det ikke alltid like enkelt å flytte. Selv om lovgivningen skal sikre slik frihet, står ikke mottakskommunen akkurat klar med åpne armer og et skreddersydd tilbud. I praksis kan derfor være svært komplisert å gjøre sine rettigheter gjeldende utenfor grensene av egen bostedskommune. En slik situasjon lar seg vanskelig forene med et samfunn med økende mobilitet både over kommunegrenser og landegrenser, og der innbyggerne gjennom internasjonale avtaler kan gjøre sine opptjente rettigheter på velferdsområdet gjeldende i hele Europa.

Slik omsorgsscenariene illustrerer, vil finansieringssystemet også bli utfordret på andre måter, ettersom andre ordninger enn ren kommunal drift kan komme til å presse seg fram. Noen kommersielle, noen drevet av borettslag og brukerstyrte organisasjoner, noen av kommunale og interkommunale foretak og noen fortsatt av humanitære organisasjoner og brukerorganisasjoner. Framtidas brukere vil sannsynligvis heller ikke finne seg i bare å leie, de vil på en eller annen måte sikre seg eierskap og styringsrett. Professor Jørn Rattsø hevder at når det offentlige monopol på velferdstjenestene sprekker, vil det få voldsomme konsekvenser for kommunene:

*”Kommunene vil raskt være utspilt. For når den enkelte i større grad kan velge hvordan helse og omsorg (og etter hvert skole) skal dekkes, er det ingen selvfølge at kommunene skal beholde ansvaret for finansieringen. Kommunegrenser er lite relevante når folk skal dekke sine behov – folk finner fram til de helseklinikker og omsorgstilbud de liker best. Og befolkningen blir mer mobil. Kommunefinansiering vil da bare føre til et komplisert oppgjørssystem mellom kommuner som er lite rasjonelt.”*

Han venter at staten må overta velferdsfinansieringen og gi refusjon til de helse- og omsorgsinstitusjoner den enkelte selv velger å benytte seg av (Rattsø 2001).

I Norge står nok fortsatt den kommunale velferdsmodellen sterkt. Det er likevel ikke sikkert den nordiske tradisjonen med en kombinasjon av lokalt sjølstyre og nasjonal standard vil

overleve. I hvert fall ikke uten kamp. Dersom dagens kommunale inntektssystem fortsatt skal være bærebjelken i finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene, må ordningen trolig gjennomgå omfattende tilpasninger og gjøres både mer fleksibel og robust nok til å tåle de framtidige utfordringene. Alternativene står i kø og utfordringene vil komme både fra høyre og venstre.

### **10.2.1 Geriatrihospitalet synkroniserer de økonomiske virkemidlene**

Da sykehusreformen ble gjennomført ved årtusenskiftet, skapte dette dyptgripende forandringer med ringvirkninger også for de kommunale helse- og sosialtjenestene. I fra å ha tilnærmet like finansieringsordninger og budsjettssystem innenfor kommunesektoren med henholdsvis fylkeskommunalt og kommunalt ansvar, fikk sykehus og spesialisttjenester helt andre finansieringsordninger som skulle stimulere til økt effektivitet og sikre fritt sykehusvalg. Disse ordningene var ikke lenger kompatible med det kommunale inntektssystemet. Etter hvert hadde det derfor oppstått et påtrengende behov for å synkronisere disse to økonomiene, ettersom det som fortoner seg som lønnsomt for helseforetakene, av og til viser seg ulønnsomt og medfører store kostnader for kommunene. Kundegrunnlaget er overlappende, spesielt i forhold til pasienter med høy alder. Sykehusreformen løste noen gamle problemer, men skapte samtidig noen nye. SvartePer-spillet mellom første- og andrelinjetjenesten avtok i hvert fall ikke i styrke, og bare få år etter gjennomføringen av sykehusreformen var dette blitt et hett politisk tema.

Om de statlig eide helseforetakene tar over omsorgstjenesten fra kommunene, vil noen av disse utfordringene kunne løses. Finansieringsordningene for hele helse- og sosialtjenesten kan samordnes og gjøres mer like om alt samles på et forvaltningsnivå. Problemet med mobilitet over kommunegrensene kan elimineres og det vil være mulig å beholde et system som i hovedsak kan baseres på rammefinansiering og faglig skjønn. Slik kan dette scenariet framstå som et alternativ til dagens kommunale ordning for de som ønsker å videreføre de offentlige ordningene og unngå prisfastsetting og tilrettelegging for mer privatisering. Svakheterne med en slik løsning er først og fremst at en ved å fjerne seg fra det lokale nivået, gjør beslutninger som er mindre treffsikre og effektive. Lokaldemokratiet øker legitimiteten, sikrer lokal tilpasning og utfordrer til lokalt ansvar og deltakelse, noe som oppfattes som spesielt viktig i forhold til omsorgstjenestene, der familie og frivillige utfører nesten like mang årsverk som den offentlige omsorgen.

Geriatrihospitalet kan altså ut fra de tre dimensjonene ovenfor i hovedsak beskrives som i hovedsak rammefinansiert, regionalt tildelt og anskaffet og basert på faglig skjønn. Ytelsen kommer i form av et konkret tjenestetilbud.

### **10.2.2 Seniorkolonien fjerner grensehindringene**

I den markedstilpassede seniorkolonien har ikke det kommunale inntektssystemet overlevd. I teorien kunne nok dette latt seg kombinere med private aktører, slik en tidligere forsøkte å legge til rette for med konkurranseutsetting og kommunale anbud. Det ble likevel ikke noe fart på privatiseringen før staten overtok finansieringsansvaret og innførte et system med individuelle stønader/refusjonssatser basert på data om diagnoser og funksjonsnivå. På denne måten ble den enkelte utstyrt med etterspørselskraft, og kunne kjøpe tjenester i et fritt og etter hvert internasjonalt marked.

Dette omsorgsscenariet vil ha en aktivitetsbasert finansiering som er tilrettelagt for både kommunale og private tjenesteytere. Tildeling skjer på statlig nivå og anskaffelsen skjer i størst mulig grad lokalt, enten det er kommunen eller private leverandører som tilbyr



tjenestene. Ytelsen er rettighetsbasert og utløser på bakgrunn av diagnose og funksjonsevne en fastprisrefusjon til en kvalitetssikret og godkjent tjenesteyter, eller utbetales direkte som kontantytelse til den enkelte bruker. Et slikt system vil kunne være svært fleksibelt i forhold til mobilitet og fjerne de barrierer som i dag er knyttet til kommunegrenser og landegrenser. Det gir den enkelte bruker stor grad av valgfrihet og kan bidra til å bedre effektiviteten gjennom konkurranse. Modellen kan også bidra til at de som i dag driver ulønnet frivillig og ofte familiebasert omsorg får betalt for dette. På den annen side er dette også noe av problemet. En rettighetsbasert ordning som utløser en økonomisk ytelse på grunnlag av diagnose og funksjonsevne, vil ha et ekstra utgiftspotensiale som tilsvarer alle disse om lag 80-100.000 frivillige årsverkene.

Et annet problem var utviklingen av et betydelig byråkrati som måtte til ettersom stønadene ble fastsatt på grunnlag av grundige utredninger og fordi det var nødvendig med et forholdsvis omfattende tilsyns- og kontrollapparat. Kostnadene knyttet til utredninger, kontrakter, tilsyn og kontroll i dette systemet ble imidlertid vurdert opp mot at konkurranse sørget for et mer effektivt og målrettet tjenestetilbud. Det er for øvrig selve basistjenestene, i hovedsak medisinsk hjelp, sykepleie, behandling og opptrening som blir finansiert på denne måten. Øvrige utgifter må i større grad dekkes av egen lomme. Etter hvert er det derfor blitt mange som har tatt opp egne forsikringer for å være sikret midler om de skulle få en lang periode med alvorlig sykdom og nedsatt funksjonsevne. Et viktig prinsipp i Seniorkolonien egenfinansiering er at det er den enkeltes betalingsvilje som avgjør etterspørselen etter tjenester.

### **10.2.3 Omsorgsfellesskapet styrker nettverket**



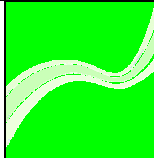
Interessant er det imidlertid at både Seniorkolonien og Omsorgsfellesskapet forutsetter nesten sammen finansieringsformer, og at ønsket om rettighetsbaserte og aktivitetsbaserte finansieringsordninger derfor kanskje vil komme både fra høyre og venstre. Både de som vil ha brukerstyrte samvirketiltak på non-profit-basis og de som vil ha private leverandører og fritt kundevalg, er avhengige av rettighetsbaserte løsninger og vil sannsynligvis se seg best tjent med aktivitetsbasert finansiering fra statens side. Alternativet kan være at kommunene på grunnlag av statlig rammefinansiering selv utvikler rettighetsbaserte kontantytelser som alternativ til tjenestetilbud for den enkelte.

I Omsorgsfellesskapet er det i motsetning til Seniorkolonien den enkeltes betalingsevne som legges til grunn for brukerbetaling og egenfinansiering. Her gjelder det i større grad ”å yte etter evne – og få etter behov”. En skulle kanskje tro at denne kollektive tankegangen også ville gi seg utslag i et forsvar for tidligere tiders kommunale ansvar og krav om statlige øremerkede midler. De nye seniorgenerasjoners nettverk og fellesskap går imidlertid på kryss og tvers av bydeler, kommunegrenser og landegrenser. Omsorgsfellesskapets finansieringsordning bygger derfor på prinsippet om at pengene skal følge brukeren.

Kravet om individuelle stønader kom først som et resultat av samordningen av A-etat, trygdekontor og sosialkontor (NAV). Dette førte til at den kommunale omsorgslønnsordningen og Folketrygdens hjelpestønad ble slått sammen allerede noen år etter årtusenskiftet. I årene som fulgte ble ordningen bygd ut med sikte på at folk kunne velge mellom en stønad eller få tjenesten direkte fra kommunen. Stønadene ble kalt omsorgsstønad og knyttet til Folketrygdloven. På folkemunne ble den kalt kontantstønad, ettersom den lignet på den omdiskuterte kontantstønad til barnefamilier.

Stønaden lå i mange år langt under kostnadene ved et offentlig tjenestetilbud. På den andre siden var det imidlertid mange som tidligere hadde fått frivillig gratis hjelp av familie og nettverk, som nå var satt i stand til å betale noe for dette. Dette var den viktigste grunnen til at ordningen i begynnelsen medførte en betydelig kostnadsvekst. Flere og flere valgte stønaden, og brukte den til å bygge ut sitt eget tjenestetilbud sammen med familie, nettverk og andre brukere. Etter hvert som denne ordningen ikke lenger bare ble et supplement, men begynte å framstå som et alternativ til det kommunale tjenestetilbudet, måtte finansieringsordningene til slutt samordnes. Dette la grunnlaget for en ren statlig aktivitets- og rettighetsbasert ordning. Stønaden kunne selvfølgelig også brukes til å kjøpe tjenester av private leverandører. De fleste ønsket imidlertid verken å la seg styre av politikere eller kommersielle aktører. Sammen med sine nærmeste, ville de ha styring med dette selv når de først hadde fått stønaden i handa, og kunne bruke den slik de ville.

Tabell 10.2: FINANSIERINGSORDNING

|                                   |       |          |  |
|-----------------------------------|--|--|---|
|                                   | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>   | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>   |
| Nivå for tildeling og anskaffelse | Regional tildeling og anskaffelse  | Statlig tildeling og lokal anskaffelse   | Kommunal (eller statlig) tildeling og lokal anskaffelse                             |
| Finansiering                      | Rammefinansiering (kombinert med aktivitetsbasert)                                     | Aktivitetsbasert finansiering  | Aktivitetsbasert finansiering   |
| Rettighetsfesting                 | Ikke rettighetsbasert  | Rettighetsbasert   | Rettighetsbasert  |
| Tildelt ytelse                    | Tjenestetilbud ut fra faglig vurdering   | Økonomisk stønad eller fastprisrefusjon for tjenestetilbud                                 | Økonomisk stønad eller fastprisrefusjon for tjenestetilbud                          |
| Hovedkilde                        | Offentlige tilskudd og overføringer  | Offentlige stønadsordninger supplert med private forsikringer                              | Offentlige tilskudd og overføringer   |
| Egenbetaling                      | Pasientbetaling etter betalingsevne til dekning av botilbud, kost og praktisk bistand. | Egenbetaling basert på betalingsvilje. Tilbud utover basistjenester betales av egen lomme. | Brukerbetaling etter betalingsevne. Eierandeler i lokaler og organisasjon           |

## 10.3 VEKSTUTFORDRINGEN

De demografiske utfordringene innebærer sterk vekst i behovet for omsorgstjenester som følge av aldring. Forutsatt uendret standard vil arbeidskraftbehovet i pleie- og omsorgssektoren ut fra et nøkternt anslag kunne øke med om lag 50 % fram mot 2030 og mer enn fordobles innen 2050 (Langset 2006). Anslaget er basert på et demografisk middelalternativ, at økt levealder gir flere friske leveår og at familieomsorgen holder seg stabil på dagens nivå (se figur 9.2). I tillegg til finansieringsbehovet, gir dette også store vekstutfordringer i forhold til kostnader og rekruttering av både frivillige og lønnede omsorgsytere.

### 10.3.1 Geriatrihospitalet kutter i hjemmehjelpstjenesten

Geriatri-scenariet vil først og fremst møte den sterke veksten i behov med omfattende utbygging av helsetjenestetilbud og institusjoner. Resepten for å redusere kostnader vil først og fremst være å prioritere og konsentrere seg om det grunnleggende medisinske og helsefaglige tilbudet, og overlate de mer praktiske, sosiale og kulturelle oppgavene til familie, frivillige og private aktører. Det innebærer at sykepleietjenesten bygges ut på bekostning av hjemmehjelpstjenester, vaktmesterordninger, eldresentra og matombringing, og at institusjonstilbudet bygges ut til de som har størst behov på bekostning av de som ikke har et heldøgns behandlings- eller pleiebehov. Enkelte kritikere mener dette har ført til at det forebyggende arbeidet blir helt forsømt, og at tidlig intervensjon og hjemmetjenesteløsninger kunne bidratt til å hindre eller utsette mange kostbare institusjonsinnleggelses. Med den sterke pågangen av nye geriatriiske pasienter mener likevel helsevesenet det er riktigst å konsentrere seg om sin primæroppgave som er å gi behandling og pleie til de som har størst og mest akutt behov.

Ved å samle hele helsetjenesten på samme forvaltningsnivå mener en også det har vært mulig å ta ut en samordningseffekt. Denne har det imidlertid vært vanskelig å dokumentere ettersom den har gått med i den omfattende utbyggingen av tjenestetilbudet. I forhold til rekruttering, har geriatri-scenariet sin styrke i å kunne tilby spennende fagmiljø for helsepersonell med høyere utdanning, innenfor en helhetlig helsetjeneste som verdsetter slik kompetanse på en annen måte enn den kommunale eldreomsorgen. Høyere status, profesjonell supervisjon og bedre faglige utdannings- og karrieremuligheter vil være det som trekker til seg fagpersonell og får flere unge til å søke slik utdanning.

### 10.3.2 Seniorkolonien krever betydelig egenfinansiering

I seniorkolonien er det stor etterspørsel etter fagutdannet helse- og sosialpersonell og ansatte med bakgrunn i ulike serviceyrker. Både nasjonalt og internasjonalt har knapphet på personellmarkedet og konkurransen om disse yrkesgruppene ført til høyere lønninger og bedre arbeidsvilkår. En del faggrupper kan få personlige arbeidsavtaler som imøtekommer krav de tidligere ikke drømte om å kunne framsette. Noe av personellbehovet er dekket av personell fra hotell- og restaurantfag og reiselivsnæring, og du finner ansatte med bakgrunn både fra transportsektor, byggebransje og vakselskap. Slik har seniorkolonien også klart å rekruttere flere menn inn i omsorgssektoren.



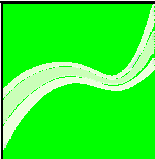
Den markedsorienterte seniorkolonien hovedgrep for å holde kostnadene nede i møte med vekstutfordringene, har for det første vært å satse på at konkurranseutsetting og privatisering gir effektiviseringsgevinster. For det andre har en valgt å ta i bruk seniorennes egen boligformue og forvente betydelig egenfinansiering av en ny generasjon eldre som sitter godt i det.

### 10.3.3 Omsorgsfellesskapet strever med rekrutteringen

Omsorgsfellesskapets styrke ligger i muligheten til å forebygge veksten i behovet for omsorgstjenester, dels ved å investere i universell tilpasning av boliger og lokalmiljø og dels ved å utvikle og styrke de sosiale nettverk i familie og lokalsamfunn. Dette scenariet er mindre sykdoms- og behandlingsorientert, og mer opptatt av å spille på ressursene hos den enkelte og sørge for meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosiale aktiviteter helt til det siste. Scenariet mobiliserer også på en helt annen måte til frivillig ansvar og innsats. Samvirket mellom brukerne, de ansatte og det sivile samfunn om eierskap og drift av tjenestetilbudene innebærer at det skjer mye som ikke reflekteres i offentlige budsjetter.

Det er større bredde i rekrutteringsarbeidet, ettersom det i tillegg til ansatte med helse- og sosialfaglig bakgrunn også er plass til kulturarbeidere, folk fra ulike serviceyrker og andre som rekrutteres fra frivillig sektor. Scenariet trenger generalister som kan gjøre litt av hvert, og som kan samarbeide med brukerne og deres nettverk. Omsorgsfellesskapet kan først og fremst tilby meningsfullt arbeid i en sammenheng der det er mulig å realisere faglige idealer i pakt med fagetiske prinsipper. Problemet er likevel at dette ikke er nok. Idealistene søker seg hit, men det er ikke mange nok av dem. Omsorgsfellesskapet strever derfor med rekrutteringen. Det er først når den nye boligkooperasjonen og fagorganisasjonene trår til at det blir mer skikk på lønns- og arbeidsvilkårene.

Tabell 10.3: STRATEGIER I FORHOLD TIL VEKST

|              |  |  |  |
|--------------|---|--|---|
|              | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>   |
| Kostnader    | Samordning og prioritering  | Konkurransetsetting og egenfinansiering  | Forebygging og samvirke   |
| Rekruttering | Høy status og medisinsk fagmiljø  | Bedre lønns- og arbeidsbetingelser   | Faglig meningsfullt arbeid  |

## 10.4 DEN PERFEKTE BLANDING

I dag utfører den frivillige og i stor grad familiebaserte omsorgen fortsatt nesten like mange årsverk som den kommunale omsorgstjenesten. Målt i årsverk er disse hjelpeskildene hver for seg like store som hele spesialisthelsetjenesten (St meld nr 25 (2005-2006)).

Oppgavefordelingen i eldreomsorgen mellom en statlig regionalisert helsetjeneste, en lokal helse- og sosialtjeneste og familie/sivilsamfunn vil av ulike grunner endre seg over tid. På bakgrunn av demografiske endringer, er det f eks rimelig å forvente en sterk vekst i behovet for omsorgstjenester, samtidig som tallet på potensielle omsorgsutøvere i familien ikke øker (jf kap 3). Om familieomsorgen holdes stabil, må i så fall hele denne behovsveksten dekkes av andre. På den annen side ser det ikke ut til at den frivillige familieomsorgen uten videre påtar seg økt ansvar om oppgaveforskyvningen skjer i motsatt retning. Omfanget av familieomsorg holder seg forbausende stabilt både over tid og uavhengig av velferdsregimer, og erstatter ikke uten videre manglende offentlige tilbud. Det ser heller ut til at familieomsorg og offentlig omsorgstjeneste utfyller og forsterker hverandre, og at det er mulig å påvirke både oppgavefordeling og omfanget av uformell omsorg ved å videreutvikle dette samspillet (Daatland og Herlofsen 2004; Lingsom 1997; Gautun 1999).

Etter sykehusreformen ved årtusenskiftet har spesialisthelsetjenesten ressursmessig vokst raskere enn de lokale omsorgstjenestene (SSB 2006a). Om dette utvikler seg til en mer varig trend, kan blandingsforholdet mellom sykehus og kommunal helse- og sosialtjeneste ta en ny retning. Dette blandingsforholdet mellom statlig helsetjeneste, lokal omsorgstjeneste og frivillig omsorg ser også ganske forskjellig ut i våre tre ulike scenarier:

### 10.4.1 Geriatrihospitalet overtar halve kommune-Norge

I Geriatrihospitalet er det den statlige regionaliserte helsetjenesten som dominerer bildet og vokser kraftig på bekostning av den lokale helse- og sosialtjenesten. "Den store helsereformen" fører til at helsevesenet overtar det meste av det som i dag er kommunal eldreomsorg. Selv om en god del tjenester fortsatt blir utøvd lokalt, blir de en del av det regionale helsevesen, og de tyngste og mest krevende oppgavene blir lagt til større helseinstitusjoner. Dette skaper større avstand til lokalsamfunn og familie, og gir dårligere vilkår for et tett samspill både med øvrig kommunal virksomhet og den uformelle omsorgen. Helsetjenesten prioriterer imidlertid helseoppgavene, og ønsker å overlate mer av de praktiske, kulturelle og sosiale oppgavene til andre. De økonomiske ressursene er imidlertid i stor grad bundet. Spørsmålet er derfor om det er noen der til å ta ansvar for de andre oppgavene eller om de blir forsømt. Dette blir til sjuende og sist en utfordring til familien og til det frivillige initiativ.

### 10.4.2 Seniorkoloniens private service- og omsorgstilbud

Seniorkolonien forutsetter også et forholdsvis høyt forbruk av spesialisthelsetjenester og medisinsk oppfølging. Men god tilrettelegging av boliger og omgivelser, kort avstand og god tilgjengelighet til det lokale hjelpeapparat utsetter og hindrer hospitalisering. Det satses derfor mye ressurser på å ha et eget lokalt service- og omsorgstilbud spesielt tilrettelagt for eldre, som i stor grad er privat drevet. I dette scenariet er det derfor det lokale tilbudet som dominerer med betydelig oppfølging fra sykehus og spesialisttjeneste på det medisinske området. Scenariet spiller også på de ressurser som finnes i seniorfellesskapet, ikke minst på det sosiale og kulturelle området. Seniorkolonien setter imidlertid klare grenser i forhold til å utnytte de som bor her, og har klare holdninger til at sykdom og funksjonstap ikke skal ødelegge seniortilværelsen for andre. Det er også et faktum at satsingen på seniorfellesskap har gått på bekostning av fellesskapet med yngre generasjoner, med de konsekvenser dette har



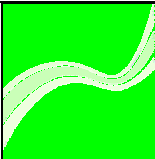
fått for omfanget av familieomsorg. De humanitære organisasjonene har likevel fått et oppsving og er godt representert i seniorkolonien.

### 10.4.3 Omsorgsfellesskapet finner nye former

Omsorgsfellesskapet er i større grad basert på en sammenveving av den lokale helse- og sosialtjeneste og sivilsamfunnet i et kooperativt samvirke, ofte med mange parter involvert. Dette samspillet har medført sterkere engasjement og større deltakelse, og bidratt til å styrke den uformelle omsorgen. Den har imidlertid funnet andre former, og bærer mer preg av gjensidig solidaritet på tvers av generasjonene enn veldedig frivillighet. Det blir lagt stor vekt på forebyggende arbeid og eldreomsorgens sosiale og kulturelle sider. Omsorgsfellesskapet må imidlertid også ha en helsetjeneste. Den bør nok i større grad være desentralisert, og det er aksept for noe mindre vekt på spesialisering, selv på det geriatriske området.

Å finne det optimale blandingsforholdet mellom offentlig og frivillig omsorg og mellom statlig, regionalt og lokalt forvaltningsnivå framstår som en av de mest avgjørende faktorer for å møte framtidig kostnadsvekst og arbeidskraftbehov. Internasjonale sammenligninger tyder videre på at tilgangen på arbeidskraft påvirkes av dette blandingsforholdet (Daatland og Herlofsen 2004; Strøm 2006). Dermed berøres også finansieringsutfordringene. Hittil har det vært et mål å utvikle tjenestetilbudet etter det såkalte LEON-prinsippet på Laveste Effektive Omsorgsnivå. Dette prinsippet blir sterkt utfordret spesielt i geriatriscenariet.

Tabell 10.4 HJELPEKILDE OG OPPGAVEFORDELING

|                                     |  |  |  |
|-------------------------------------|---|--|---|
|                                     | <b>GERIATRI HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS FELLESSKAPET</b>   |
| Statlig regionalisert helsetjeneste | Sterk vekst   | Mindre vekst   | Betydelig reduksjon   |
| Lokal helse- og sosialtjeneste      | Kraftig reduksjon   | Betydelig vekst  | Vekst   |
| Familieomsorg og sivilsamfunn       | Betydelig reduksjon   | Reduksjon  | Betydelig vekst   |

## 10.5 ELDTREOMSORGENS SVAKESTE SIDE

En rekke studier og undersøkelser de siste årene peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Enten det er brukere, pårørende eller ansatte som blir spurt, er det sosial kontakt og aktivitet som får dårligst score og ser ut til å være et gjennomgående problem. Helsetilsynets undersøkelse av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i 2003 konkluderte med at bare 40 % av tjenestemottakerne har tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet (Statens Helsetilsyn 2003). En undersøkelse SINTEF foretok i 2004 fant at ved 8 av 9 undersøkte sykehjem ble tilbudet om sosiale og andre aktiviteter som vurdert som utilfredsstillende ved alle avdelinger (Nygård 2004). Legeforeningens Forskningsinstitutt sin undersøkelse i 2006 om helsehjelp til syke over 75 år konkluderte med at ”de vitale medisinske behov synes å bli prioritert, mens de psykososiale behovene og behovene for fysisk aktivitet dekkes for dårlig” (Førde et al 2006). Og enkelte studier ”fra innsiden” (Malmedal 1999; Hauge 2004) tegner at ganske dystert bilde av dagliglivet på sykehjem, og antyder at dette kanskje like mye kan være strukturelt som faglig betinget. En ”ny sykehjemsmodell” med små bo- og driftsenheter som tar tilbake dagliglivets funksjoner og har eget kjøkken, ser i følge en annen undersøkelse ut til å gi mer gunstige rammebetingelser (Høyland 2003).

Det er de psykososiale forhold som framstår som omsorgstjenestens og kanskje institusjonens største svakhet. Og det handler om alt fra respekt, frihet, integritet og selvbestemmelse til maten, luktene, atmosfæren, hudkontakten, nærheten, bildene, historiene og musikken. Dette handler om de gode øyeblikkene og det vanlige livet, selv når det går mot slutten. I en ny Stortingsmelding (St meld nr 25 (2005-2006)) ser regjeringen på dette som en av de fem største hovedutfordringene for framtidens omsorgstjeneste, og ønsker å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som ”helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud”. Dette krever etter regjeringens oppfatning en annen tverrfaglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. Statens seniorråd foreslår som del av en ny seniorpolitikk å ansette kulturarbeidere på alle sykehjem. Rådet peker på at aktiv bruk av kultur fremmer identitet, livskvalitet og helse. Hvordan vil våre tre scenarier møte denne utfordringen?

### 10.5.1 Geriatrihospitalet kompenserer med kompetanse

Ved å legge sterkere vekt på omsorgstjenestens medisinske side, kan geriatri-scenariet stå i fare for fortsatt å forsømme aktivitet, dagligliv og de mer psykososiale forhold. Det er den helsefaglige tradisjonen og institusjonsløsningene som i sterkere grad enn i andre nordiske land tidlig satte sitt preg på eldreomsorgstilbudet i Norge (Daatland 1997). Den ble i noen grad avløst av litt mer ”danske tilstander” med eneromsreform, omsorgsboliger og sterkere utbygging av hjemmetjenester og aktivitetstilbud etter gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen.

Men Geriatrihospitalet har kommet som en reaksjon på denne nye utviklingen. Mens kritikken av institusjonene som organisasjonsform og boform på 1980-tallet endte med nedlegging av aldershjemmene og utbygging av alternative boformer og hjemmetjenesteorganisering, vendte en nå tilbake til helseinstitusjonen som en trygg ramme for de som trengte lang tids pleie og behandling. Det var ikke strukturene og institusjonsformen i seg selv som skapte omsorgssvikt, overgrep, passivisering og avhengighet, slik institusjonskritikerne hadde hevdet. Dette var etter mange fagfolks syn heller et spørsmål om manglende ressurser, kvalitet og kompetanse.

Geriatr ihospitalet vil på denne bakgrunn kunne forsterke omsorgstjenestens svake side, men må finne måter å kompensere institusjonsorienteringen og den sterke helsefaglige tilnærmingen på. For de nye seniorene vil ha begge deler. De vil både ha en sterkere medisinsk oppfølging, og de vil ha god mat, tilgang på kultur, opplevelser, sosialt fellesskap og aktiviteter. Og de finner seg ikke i manglende oppfølging av de vanlige tingene de trenger hjelp til i dagliglivet. For helsetjenesten er det naturlig å se på dette som et spørsmål om faglig kompetanse. Flere faggrupper blir derfor invitert inn i helsevesenet. Psykologer, sosionomer, sosialpedagoger, ergoterapeuter og fysioterapeuter blir en del av geriatriens tverrfaglige samarbeidsteam, og mange sykepleiere skaffer seg tilleggskompetanse på dette området. Men vil deres inntreden i helseinstitusjonene skape grunnleggende forandringer som sikrer at beboerne får mulighet til ”å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre”, slik det står i sosialtjenestelovens formål?

### **10.5.2 Seniorkolonien er praktisk serviceorientert**

Seniorkolonien er praktisk orientert og serviceorientert på en helt annen måte. Ved siden av fagutdannet helsepersonell, er det mange ansatte med opplæring og erfaring fra hotellfag, restaurantfag, vaktelskap og privat servicenæring. De har dels vært med på etablering av egne hjemmetjenestebedrifter for seniormarkedet og dels har de gått inn i Seniorcity-konseptet. De er vant til å arbeide for at kundene skal ha en god opplevelse, men er kanskje mer opptatt av det som kan gjøre hverdagen lettere i dag enn å drive opptrenings- og rehabiliteringsprogrammer med sikte på framtidens funksjonsevne. Og det har vist seg helt nødvendig i en sektor der de enkle dagligdagse gjøremål er blitt så neglisjert at det på et tidspunkt var nødvendig å lage en kvalitetsforskrift for å sikre at beboere på sykehjem fikk hjelp til av- og påkledning, gå på do og pusset tenner (Sosial- og helsedepartementet 1997).

”Vi kan tilby deg praktisk og personlig assistanse” står det i salgsbrosjyrene. Og det handler om alt fra vaktmesterfunksjoner, transport, catering og matlaging til hjelp med personlig hygiene, trim eller rett og slett å ha noen å slå av en prat med. En del vil nok innvende at produsent – kundeforholdet har sine begrensninger, ikke minst på det kulturelle området. Det blir vel mye kommersiell mediakultur og enkel underholdning. Det er fortsatt mye du ikke kan få kjøpt for penger. Når det kommer til de dypere livsspørsmål, må de fortsatt ivaretas på andre måter. Og det er her seniorfellesskapet kommer til sin rett. Her er det mulig å finne vennskap, kjærlighet og trøst i sorg når de nærmeste går bort. Her er det også muligheter til å finne andre med felles interesser og livssyn. Seniorene har i noen grad etablert sin egen sosiale verden, men den har i en slik sammenheng absolutt sine kvaliteter og muligheter.

### **10.5.3 Omsorgsfellesskapet med sosiale nettverk som fundament**

I omsorgsfellesskapet er de sosiale relasjonene selve fundamentet. Hele scenariet er i stor grad grunnlagt på det forpliktende ansvar som utviklingen av sterke sosiale bånd og gjensidige sosiale relasjoner kan skape. Og det er den gjensidige fellesinteressen og solidariteten som skaper samvirketiltakene, bofellesskapene og de kooperative virksomhetene. Selv om det også her naturlig nok er sterke fellesskap seniorer imellom, har de også klart å videreutvikle de bånd som går på tvers av generasjonene. Seniorene har bokstavelig talt investert i den unge generasjon i form av økonomiske overføringer til studier og etablering. Ikke sjelden ser vi derfor barnebarn gjør gjengjeld og stiller opp for sine besteforeldre.

Omsorgsscenarioet har også vært opptatt av å forebygge alderssegregering og legge til rette for at folk med ulik alder og ulik livssituasjon skal finne hverandre og leve og bo sammen. Det er derfor ikke vanskelig å få plass for en sosial og kulturell faglig tilnærming. Det er godt handlingsrom for nettverksarbeidere og kulturarbeidere som bidrar til å holde liv i, smøre,



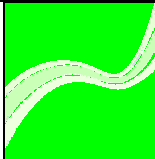


koordinere og videreutvikle de sosiale nettverkene. Alt annet står og faller i stor grad med dette, og hviler på et stadig arbeid med å vedlikeholde og fornye dette sosiale fundamentet.

I omsorgfellesskapet har nok også det gode måltidet og fellesskapet rundt sang og musikk, håndverk, kunst og kultur bredere plass enn opptattheten av matens næringsverdi og vitamininnhold og bevisstheten om kulturens rehabiliterende virkning. Dette scenariet har derfor nettopp sin styrke der dagens omsorgstjeneste har sin svakeste side. Innvendingen mot omsorgfellesskapet vil derimot være at det hele kan tippe over, og at de store pleiebehovene og helsemessige utfordringene som er knyttet til livets siste fase blir neglisjert.

Omsorgfellesskapet trenger åpenbart en helsetjeneste. Det har de innsett og skaffet seg. Men de vil ha styring med den selv, slik at den ikke tar over styringen med hele deres tilværelse. De vil ha en helsetjeneste som bare er helsetjeneste.

Tabell 10.5: DEN PSYKOSOSIALE UTFORDRING

|                  |  |  |                       |
|------------------|---|--|--|
|                  | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESKAPET</b>   |
| Tilnærming       | Medisinsk og helseorientert   | Praktisk serviceorientert  | Sosialt og kulturelt orientert   |
| Rammebetingelser | Helseinstitusjonen  | Seniorfellesskapet   | Sosiale nettverk og samvirke   |
| Strategi         | Kompenserende tiltak:<br>Flere faggrupper med ny kompetanse inn i helsevesenet    | Tilretteleggende tiltak:<br>Praktisk og personlig assistanse                       | Grunnleggende tiltak:<br>- Nettverksutvikling på tvers av generasjoner<br>- Nye boformer og driftsformer |

## 10.6 KAMPEN OM OMSORGENS SJEL

Det er politisk strid om dagens omsorgstjeneste, der særlig fritt kundevalg, flere tjenesteleverandører og individualiserte tjenestetilbud blir satt opp mot den mer kollektive likhetstenkningen og de offentlige ordninger som har preget etterkrigstidas velferdsstat. Professor Rolf Rønning mener det foregår ”en kamp om omsorgens sjel” i norske kommuner, der to ulike tenkemåter står opp mot hverandre. Den dominerende ser ut til å være preget av instrumentell rasjonalitet, der omsorgen ses som en hvilken som helst annen tjeneste eller vare på et marked (Rønning 2004). Opp mot dette står en annen tenkemåte hvor omsorg ses som en relasjon som ikke kan forhåndsbestemmes, og hvor den enkelte omsorgsmottaker ses som unik. Selv om omsorg alltid har vært vanskelig å definere begrepsmessig, er det stort sett fortsatt enighet om at omsorgen har en dobbelt natur: Den er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Den har både en praktisk handlingsside og en kommunikativ side. Et sentralt spørsmål blir derfor hvordan de tre ulike scenariene forholder seg til omsorgens doble natur, og hvor sterk vekt de legger på den ene eller den andre siden av denne dobbeltheten.

### 10.6.1 Geriatrihospitalet – bygger på tillit til helseprofesjonene

Det skulle vise seg at debatten ”om omsorgens sjel” ikke stilnet i årene som kom. I første runde var det de ansatte og fagpersonalet i omsorgssektoren som framsto som motstandsbevegelse mot omstillinger som hadde til hensikt å legge omsorgen ut på markedet eller effektivisere bort omsorgens egenart. Og i ”Geriatrihospitalet” har de likegodt overført eierskapet og driftsansvaret for den kommunale eldreomsorgen til helsevesenet, blant annet for å kunne ha større faglig frihet og utøve sin virksomhet i tråd med egne yrkesetiske prinsipper og retningslinjer. Mens fagorganisasjonene i andre sektorer har fått problemer og mistet en del av sin innflytelse med et fritt internasjonalt arbeidsmarked, har mangelen på helse- og sosialpersonell i hele Europa gjort det mulig for yrkesgruppene på dette området å stille krav ikke bare om bedre lønns- og arbeidsvilkår, men om innflytelse på hele virksomheten. Gjennom sterk kollektiv opptreden har de forhandlet seg fram til løsninger som sikrer dem sterk innflytelse både i forhold til forvaltning av eierskap og styring med driften av helsevesenet.

Helsesektorens fagfolk nyter fortsatt stor tillit i befolkningen, og får også betydelig støtte fra pensjonistenes og seniorenas organisasjoner. Denne tilliten opprettholdes også ved at brukerne og deres representanter er godt representert i alle styrende organer, ved at pasientrettighetene bygges ut og ved at det legges stor vekt på den enkeltes ønsker og behov. Men det er først og fremst selvfølgelig de helsefaglige og medisinske vurderingene som legges til grunn for de avgjørelser som tas, og det er det faglige og profesjonelle skjønn som rår grunnen. Og heldigvis, sier mange, blander nå ikke lenger politikerne seg opp i dette på noen annen måte enn gjennom de forhandlinger som føres om finansieringen av de mer profesjonelt drevne foretakene. Omsorg blir i dette scenariet først og fremst et spørsmål om å få kyndig hjelp utøvd av fagfolk som både bygger sitt arbeid på vitenskapelige metoder og yrkesetiske prinsipper i tråd med humanitære tradisjoner og verdier. Utviklingen har gitt dem større frihet og uavhengighet til å gjøre dette uavhengig av statlige forordninger og skiftende politiske vinder.

### 10.6.2 Seniorkolonien – slik kunden vil ha det

Mange mener at markedsalternativet gjør omsorgen endimensjonal, og at det er vanskelig å levere noe mer enn det som er beskrevet i kjøpsavtalen. Men i Seniorkolonien er det flere tilbydere. Konkurransen gjør at de som ikke kan levere tjenester av god kvalitet, som blir utført slik kundene vil ha det, ganske fort vil spille seg selv utover sidelinja. Det er imidlertid

nødvendig først å avklare på forhånd hva en trenger hjelp til og i hvilket omfang, slik at en kan undersøke flere tilbud og inngå en presis avtale ved bestilling og kjøp av tjenester. Omsorg i ”Seniorkolonien” er kunde- og serviceorientert og avhengig av å levere produkter med garanti for høy faglig kvalitet. For å være konkurransedyktig og gjøre det enkelt for kunden å sammenligne og foreta reelle valg av leverandør, har det vært nødvendig å standardisere og utvikle pakkelsninger. På denne måten er det også enklere å kvalitetssikre produktet og inngå presise avtaler. Pakkelsningene kan tilpasses den enkeltes behov ved påbygning av ekstra tjenester.

Kritikken mot systemet med fritt kundevalg har først og fremst vært at det forutsetter brukere som på forhånd vet hva de vil ha og som er i stand til å ta forholdsvis kompliserte valg. Muligheten til å si at i dag vil jeg heller ha hjelp til å stelle graven etter min ektefelle enn å få hjelp til rengjøring, eller til å be om at rengjøring blir gjort på en bestemt måte, er heller ikke stor om dette ikke står beskrevet i kontrakten. I mange tilfeller er det derfor yngre familiemedlemmer eller andre som representerer tjenestemottakernes interesser som i praksis opptrer som kjøper. Slik sett passer systemet etter manges oppfatning best for yngre funksjonshemmede, som ofte helst bare vil ha service og ellers vil klare seg selv i hverdagen uten for mange pleiere rundt seg. I forhold til Geriatri-scenariet blir det imidlertid lagt større vekt på trivselstiltak og velvære i hverdagen, kanskje på bekostning av faglig velbegrunnede opptreningsprogrammer og behandlingsopplegg. I forhold til ”Omsorgsfellesskapet” er det kanskje først og fremst det relasjonelle elementet i omsorgsbegrepet som blir mindre vektlagt. Relasjonene som inngås er i alle fall av mer avgrenset, kortvarig og forbigående art, og ikke så omfattende og dyptgripende som vi ser i det siste scenariet.

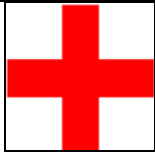

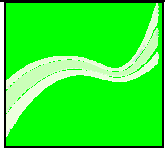
### **10.6.3 Omsorgsfellesskapet – med direkte brukermakt**

Omsorgsfellesskapet forutsetter myndiggjorte brukere i langt større utstrekning enn ”Empowerment”-teoretikerne og -tilhengerne blant helse- og sosialpersonalet hadde tenkt seg før årtusenskiftet. At brukerne skulle ta over, snu helt opp-ned på rollene og bli eiere og arbeidsgivere for de som arbeidet i helse- og sosialsektoren, ble også drøyt for mange. Fagfolkene innenfor denne sektoren fant seg heller ikke i å bli et slags moderne tjenerskap for ”vanskelige” brukere og aldersdemente beboere. Løsningen ble derfor brukereide organisasjoner med profesjonell ledelse og faglig autonomi.

Eierskapet gjør at brukerne kommer i en helt annen posisjon i forhold til utformingen av tjenestetilbudet. Det endrede maktforholdet mellom hjelper og hjelpemottaker skaper en mer jevnbyrdig og gjensidig relasjon der begge parter er avhengig av hverandre. Dette skaper et godt utgangspunkt for en omsorg som ikke oppleves paternalistisk og undertrykkende, og der det blir lettere å leve opp til faglige idealer om å utføre arbeidet på brukerens premisser, vise respekt, ta individuelle hensyn og utvikle tjenestetilbudet i tett samarbeid med brukeren. Det blir på en måte nesten umulig å gjøre noe annet. Til det er brukernes og hjelpernes rolle og skjebne for sterkt innvevd i hverandre.

I Omsorgsfellesskapet er det brukeren som blir oppdragsgiver. Han er ikke bare opptatt av produktet (out-put), men sterkt involvert i hvordan det blir til (in-put). Relasjonen til de som yter omsorg blir preget av at det ikke er noe salgslødd mellom dem, som i Seniorkolonien, men at begge parter er involvert på alle stadier. I forhold til Geriatri-scenariet har maktforholdene først og fremst fått motsatt fortegn, både på godt og vondt vil mange si. Kritikken går da også på at maktforholdene snus helt på hodet og gjør det vanskelig å etablere likeverdige relasjoner. Mange steder blir derfor de ansatte invitert med som medeiere og andelshavere i de nye kooperative foretakene.

Tabell 10.6: "OMSORGENS SJEL"

|                               |  |        |  |
|-------------------------------|---|--|---|
|                               | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>   |
| Omsorgens doble natur         | Mest instrumentell, mindre relasjonell  | Mest instrumentell, lite relasjonell   | Mer relasjonell, mindre instrumentell   |
| Utforming av tjenestetilbudet | Rettighetsbasert<br>Rutineorientert<br>Faglig skjønn                              | Etterspørselsbasert<br>Kunde- og serviceorientert<br>Standardisert<br>Valgfri leverandør | Oppdragsbasert<br>Brukerorientert<br>Personlig utformet på oppdragsgivers ønske     |
| Verdipapir                    | Faglige og yrkesetiske retningslinjer   | Internasjonale kvalitetsstandarder   | FN-erklæring om et samfunn for alle.<br>Independent living                          |

## 10.7 VINNERE OG TAPERE

Hvem blir så A-laget blant seniorbefolkningen, som fører an i utviklingen av våre 3 scenarier. Og hvem blir B-lag og kommer dårlig ut?

### 10.7.1 Geriatrihospitalet som velferdsvokternes scenario

I Geriatrihospitalet er det først og fremst de som har tillit til og stoler på helsevesenets fagfolk og ekspertise som har utgjort tyngdekraften. Leger og sykepleiere nyter stor tillit i befolkningen. Etter at tiltroen til den kommunale eldreomsorgen har sviktet, har de sett på Geriatrihospitalet som en videreføring og nødvendig tilpasning av de tradisjonelle velferdsordningene. De blir derfor kalt “Velferdsvokterne”. Det er de som ofte har hatt større tiltro til staten enn til kommunene, som har vært skeptiske til utbyggingen av hjemmetjenester og omsorgsboliger og som ut fra likhetstankegang heller vil ha store institusjoner med standardløsninger for alle. Du finner dem både i de tradisjonelle pensjonistforeningene, i pasientorganisasjoner, fagbevegelse og bondeorganisasjonene. Både blant personalet og velferdsvokterne er det en utbredt oppfatning at det å la de regionale helseforetakene overta ansvaret for eldreomsorgen har vært en god strategi som har demmet opp for alle nye forsøk på konkurranseutsetting og kommersialisering på området, og sikret profesjonell medisinsk styring. Det gir trygghet for befolkningen og sikkerhet for pasientene. I forhold til verdiundersøkelsene og Norsk Monitor (se kap 4), er det de tradisjonelle materialistene og idealistene som står bak og har ført fram solidaritetsscenarioet. Den amerikanske AARP-undersøkelsen kaller på samme måte denne gruppen av Baby-boomere for “The Traditionalists”.

Kjøene i helsevesenet er imidlertid ikke avskaffet. De som kan det profesjonelle ”språket” og har kunnskap om systemer og ytelser har store fortrinn. Og fortsatt er det de med psykiske lidelser, rusproblemer og sosiale problemer som står bakerst i køen, og utgjør B-laget. Dette gjelder enten de er unge eller eldre. Geriatrien har fått et oppsving som medisinsk spesialitet, og mange helseprofesjoner har tatt spesialutdanning i gerontologi og geriatri. Den tidligere utbredte og erkjente diskriminering av eldre i forhold til spesialisthelsetjenesten har derfor blitt et mindre problem med årene, på samme måten som for kvinner og typiske kvinnelidelser.

### 10.7.2 Seniorkolonien som de moderne materialistenes scenario



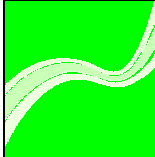
I Seniorkolonien er det kjøpesentermodellen som gjelder, der den enkelte ut fra individuelle behov og ønsker kan “gå i hyllene” og sette sammen sin egen pakke av tjenester. “Shoppingkompetanse” er derfor et fortrinn. Det er kanskje derfor ikke uten grunn at det fortsatt er kvinnene som stort sett ordner opp i dette. Akkurat der stoppet kvinnekampen blant 68-erne. De kom aldri så langt at mannen sto for klesinnkjøpene til familien. Og nå gjelder det å tenke praktisk, være prisbevisst, finne gode kombinasjonsløsninger og utnytte de tilbud som er i markedet. Da er det de vi kan kalle “Shopperne” som fører an. I Norsk Monitor ville denne gruppen bli karakterisert som moderne materialister. AARP peker på at de også kan være ivrige forbrukere med store ønsker og forventninger, og kaller dem “The Enthusiasts”. Dette er de som har sett fram til pensjonisttilværelsen, da de kan trekke seg tilbake og ha økonomi til å leve. Det ønsker de også å gjøre i størst mulig utstrekning om de trenger bistand og hjelp for å få det til. Mange av dem er Shopperne. Det er imidlertid ikke alle som har samme muligheter. Også i forhold til Seniorkolonien er det et B-lag. Det er først og fremst de som ikke har hatt økonomisk anledning til å løse inngangsbillett og kjøpe seg inn. Og det er blitt en ganske stor gruppe av befolkningen. Fortsatt har det derfor vært nødvendig å opprettholde

offentlige ordninger som er målrettet for å sikre de som trenger det mest et garantert minimumstilbud.

### 10.7.3 Omsorgsfellesskapet som de moderne idealistenes scenario

I det brukerstyrte og nettverksbaserte scenariet, er det ikke mangelen på økonomisk kapital, men mangelen på sosial kapital som skaper B-laget. Dette er ikke de ensommes eller sosialt mistilpassedes beste scenario. Uformelle nettverk kan være ganske brutale for de som ikke er innenfor. Og frivilligheten kan ha dårlige vilkår i forhold til de utstøtte og de som stemples som mest vanskelige. Dette har heller vært ildsjelens scenario, de som har ideer og initiativ, liker å ta ansvar og vil være med på å utvikle noe nytt. Vi kaller dem derfor "Nybyggerne". De bygger på kraften i sosiale fellesskap og nettverk som er drevet mer av lyst enn av plikt. I Norsk Monitor blir de karakterisert som de moderne idealister. Den største gruppa i AARP-undersøkelsen er "The Self Reliants" som har gode inntekter og høy utdanning, og er motiverte for fortsatt deltakelse og et mest mulig aktivt liv ut fra egen faglig og personlig interesse. Mange av dem har vært med og lagt grunnlaget for "Omsorgsfellesskapet".

Tabell 10.7: A-LAG OG B-LAG

|   |                             |  |       |
|---|--|--|--|
|   | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>   | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESSKAPET</b>  |
| A-laget<br>De som fører an<br><br>Norsk Monitor | Velferdsvokterne<br><br>De tradisjonelle<br>materialister/idealister   | Shopperne<br><br>De moderne<br>materialister                                       | Nybyggerne<br><br>De moderne<br>idealister   |
| B-laget<br>De som kommer<br>dårlig ut           | De som har lite<br>kunnskapskapital<br><br>De som har<br>diagnoser/problemer<br>av liten faglig<br>interesse | De som har lite<br>økonomisk kapital<br><br>De ingen vil ha som<br>kunde           | De som har lite sosial<br>kapital<br><br>De ensomme,<br>"vanskelige" og<br>mistilpassede |

## 10.8 KVINNEPERSPEKTIVET

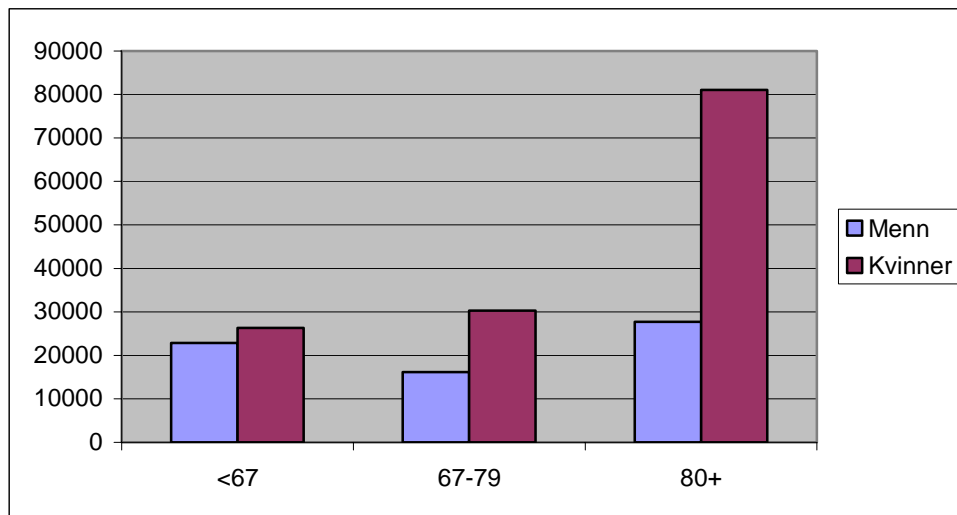
Omsorgstjenesten framstår i dag i stor grad som en kvinneverden. Nesten alle som arbeider der er kvinner, hovedvekten av de som mottar tjenester er kvinner og kvinnene er fortsatt i flertall blant de som yter frivillig omsorg. Hvordan framtidens omsorgstjenester skal utformes, vil derfor fort kunne bli et kvinnespørsmål. Kvinnene kan rett og slett komme til å avgjøre det hele, om de forener sine interesser og opptrer samlet. Hvordan vil så kvinnene bruke sin flertallsposisjon både som brukere, frivillige omsorgsytere og ansatte i omsorgstjenesten, og vil de finne sammen på tvers av disse rollene?

### 10.8.1 Kvinneflertallet

Hovedårsaken til at det store flertallet av eldreomsorgens brukere er kvinner, er at de har lengre levealder enn menn. Fortsatt øker levealderen, men i årene som kommer vil den øke mest for menn. Det vil derfor bli noe bedre balanse i kjønns sammensetningen i løpet av de neste tiårene. Kvinneflertallet vil derfor skrumpe noe inn i brukergruppen. I dag går det 3 kvinner på en mann blant de som er 90 år og eldre. I 2050 vil det fortsatt være om lag 2 kvinner per mann i samme aldersgruppe. Andelen menn i aldersgruppen 80-89 år vil øke fra 35 prosent i 2000 til 43 prosent allerede i 2030. En annen årsak til det store kvinneflertallet på brukersiden i omsorgstjenestene er at eldre kvinner på slutten av livet har en dobbelt så lang periode med alvorlige helseproblemer og funksjonstap som menn (Romøren 2001).

### 10.8.2 Et kjønnsdelt helsevesen?

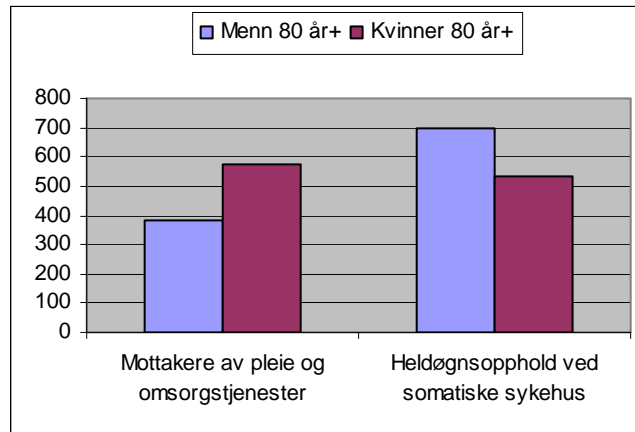
Figur 10.1: Mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2004 fordelt etter kjønn og alder



Kilde: SSBs pleie- og omsorgsstatistikk 2004.

Blant omsorgstjenestens mottakere over 80 år er om lag  $\frac{3}{4}$  kvinner. Den tydeligste faktor som er studert i forhold til funksjonstap og tjenestebruk på slutten av livsløpet er altså betydningen av kjønn. Til tross for dette har eldre kvinner et mindre forbruk av sykehustjenester enn menn. Mens menn 80 år og over hadde 699 heldøgnsopphold og 357 dagbehandlinger i somatisk sykehus pr 1000 innb i 2004, hadde kvinner 80 år og over bare 534 heldøgnsopphold og 196 dagbehandlinger.

Figur 10.2: Eldre mottakere av omsorgstj. og sykehusopphold fordelt på kjønn 2004  
Pr1000 innb 80 år+



Kilde: SSB Statistikkbanken

Det kan altså se ut som om eldre kvinner i stor grad får sitt tilbud i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, mens eldre menn i større grad blir innlagt på sykehus. Både alderdommens helseproblemer og helsetilbudet bør derfor vurderes og ses i et kvinneperspektiv, og det er grunn til å stille spørsmålet om vi har et kjønnsdelt helsevesen.

Et kjønnsperspektiv på medisinsk behandling, forebyggingsstrategier og helsetjenester kan på denne måten synliggjøre forskjeller i behandlingen av menn og kvinner og et behov for kunnskap om årsakssammenhenger og behandlingsbehov for en rekke sykdommer og plager som særlig rammer kvinner. Dette kan både være uttrykk for at kvinner og menn behandles likt til tross for at problemer, ressurser og behov kan være ulike, og at de behandles ulikt på grunn av manglende kunnskap om betydningen av kjønn. En offentlig utredning avdekket allerede på nittitallet (NOU 1999:13) gjennomgående mangler på kjønnsspesifikk kunnskap i medisinsk behandling og forebygging, og mangel på kjønnsperspektiv i utforming av helsetjenestene.

Kjønnsulikhetene i helse-Norge ble erkjent av myndighetene gjennom behandlingen av regjeringens folkehelsemelding (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). At disse ulikhetene ser ut til å bli kraftig forsterket med økende alder er imidlertid lite fokusert. Eldre kvinner blir sannsynligvis diskriminert både fordi de er eldre og fordi de er kvinner. Det er rimelig å se dette i sammenheng med menns og kvinners øvrige levekår. Når det gjelder økonomi er fortsatt de aller fleste minstepensjonistene i Norge kvinner. Sosial utjevning og tiltak for å lette hverdagen for eldre kvinner vil derfor fortsatt framstå som en svært viktig kampsak for framtidens kvinneflertall. Høyere prioritering av eldre kvinners sykdommer og helse- og omsorgstilbud vil være en viktig del av et slikt kvinneperspektiv.

### 10.8.3 Cred, Cash eller Coop ?

Kvinnene er også i stort flertall blant de som arbeider i omsorgssektoren. Det går derfor ikke an å vurdere framtida for eldreomsorgen uten å se den i lys av de kvinnelige sykepleiernes og omsorgsarbeidernes interesser. Her møter de kvinnene som gjennomførte kvinnekampen på 1970-tallet som brukere. Det var de som bidro til å flytte omsorgsoppgaver fra familien til den offentlige arena, og som skaffet seg utdanning og gikk ut i arbeidslivet. Vil nye generasjoner kvinner ansatt i eldreomsorgen finne sammen med etterkrigskullets 80-åringene og gjøre felles sak med dem, eller vil de trekke i hver sin retning når de skal utforme framtidens omsorgstjenester?



Står de sammen, trekker det kanskje i retning av Omsorgsfellesskapet med kvinnekollektivet, søstersolidariteten og kvinnes mer egalitære organisasjonsformer som grunnleggende elementer. Samholdet kan også føre til at de inntar ”mannsbastionene” og satser på at Geriatrihospitalet både kan gi omsorgsyrkene og kvinnesykdommene høyere faglig status. Finner de ikke en felles plattform, kan de likevel møtes på markedet og forhandle om pris.



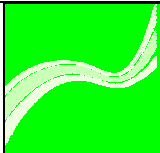
Dilemmaet for framtidens kvinnelige omsorgsutøvere kan derfor bli

- om de skal utnytte knapphet i markedet til å sikre at omsorgstjenestene skal bli høyere økonomisk verdsatt,
- om de skal satse på samordning med spesialisthelsetjenesten for å heve omsorgsyrkens status og kompetanse, eller
- om de skal rive de mannsdominerte hierarkiske strukturene i helsevesenet og bygge nye og mer egalitære organisasjonsformer basert på kvinnekollektivets og søstersolidaritets erfaringer

Vil de satse på å overta makt, men beholde pyramidestrukturene, eller vil de realisere kvinnebevegelsens gamle idealer og gode kollektive erfaringer. Vil de først og fremst ha faglig anerkjennelse, utnytte mulighetene i markedet eller satse på fellesskapet.

Vil de ha credit, cash eller coop? Dette blir kvinnes dilemma. De vil uten tvil kunne skaffe seg makt til å ha avgjørende innflytelse på veien videre.

Tabell 10.8: KVINNEPERSPEKTIVET

|                        |  |  |  |
|------------------------|---|--|---|
|                        | <b>GERIATRI<br/>HOSPITALET</b>  | <b>SENIOR<br/>KOLONIEN</b>   | <b>OMSORGS<br/>FELLESKAPET</b>  |
| Som bruker             | Høyere status for kvinnesykdommer   | Større valgfrihet som forbrukere   | Sterkere innflytelse og eierskap  |
| Som familieomsorgsyter | Frigjør familieomsorgen fra helseoppgavene  | Får betalt for familieomsorg   | Gir god avlastning og tett samspill med omsorgstjenesten                              |
| Som Ansatt             | ”Cred”<br>Hevet faglig status for kvinner i omsorgsykker                            | ”Cash”<br>Høyere markedsverdi på omsorg  | ”Coop”<br>Nye strukturer i pakt med kvinneverdier og kollektive idealer               |

## 10.9 TRE UTFORDRERE

Første del av denne oppgaven trekker opp den moderne eldreomsorgens viktigste utviklingstrekk og utfordringer. Gjennom tre scenariefortellinger og et jokerscenario tegnes deretter forskjellige utviklingsløp drevet fram av ulike drivkrefter og interesser. Til slutt forsøker oppgaven å utforske og utprøve i hvor stor grad scenariene representerer mulige utveier og løsninger, og svarer på de hovedutfordringer eldreomsorgen står overfor i framtida. De tre scenariene representerer alternative modeller som kan bli sterke utfordrere til dagens eldreomsorgstilbud. Sett i forhold til en eldreomsorg med basis i den nåværende kommunalt drevne helse- og sosialtjenesten, har de tre scenariene hver sine sterke sider:

*For brukere og pårørende* vil geriatri-scenariet kanskje først og fremst innebære et mer helhetlig og sømløst helsetilbud, med bedre medisinsk oppfølging på spesialisthelsetjenestnivå og den opplevelse av trygghet mange forbinder med en helseinstitusjon. Seniorkolonien kan bety økt valgfrihet med flere leverandører og tjenestetilbud uavhengig av kommunegrensener og kanskje også landegrensener, mens omsorgsfellesskapets styrke er vektleggingen av en aktiv og meningsfull hverdag, med aktivitet, deltakelse og sosiale relasjoner på tvers av generasjonene.

*For de ansatte* kan geriatri-scenariet innebære økt profesjonalisering med høyere helsefaglig kompetanse og status. Seniorkolonien vil kanskje kunne gi økonomisk uttelling ved å tilby bedre lønns- og arbeidsvilkår etter hvert som det kan oppstå knapphet på helse- og omsorgspersonell. Gjennom Omsorgsfellesskapet vil de ansatte som resultat av endrede maktforhold først og fremst få bedre muligheter til å realisere sine faglige idealer og fagetiske prinsipper og utforme tjenestetilbudet i tett samvirke med brukerne.

I forhold til de vekstutfordringer eldreomsorgen står overfor både i forhold til kostnader, finansiering og rekruttering, vil trolig Seniorkolonien og Omsorgsfellesskapet ha sin styrke i å utfordre til større privat ansvar og på den måten kunne holde kostnadene nede, mens Geriatrihospitalet kanskje står sterkest i forhold til rekrutteringsutfordringen. I forhold til offentlige kostnader kan imidlertid dagens modell fortsatt vise seg å stå sterkt, ettersom overføringene til den frivillige og familiebaserte omsorgen er svært små og tjenestetilbudet gis på laveste effektive omsorgsnivå.

Sett i lys av de sterke tradisjonene vi har i forhold til likhet og rettferdighet, vil nok mange også mene at dagens modell er de øvrige scenariene overlegen. Dersom vi baserer framtidens omsorgstjenester utelukkende på kommersielle tilbud, vil tykkelsen på lommeboka fort bli avgjørende og de som har dårlig økonomi lide. Erstattes de offentlige ordningene av sivilsamfunn, sosiale nettverk og frivillige organisasjoner, vil altfor mye avhenge av ildsjeler og den enkeltes oppsamlede sosiale kapital. Da vil de som er ensomme og de som stemples som vanskelige fort falle utenfor. I et sterkt profesjonalisert helsevesen vil for mye kunne komme til å avhenge av diagnose og faglige preferanser, og kunnskapsrike pasienter ha fordeler.

Scenariene illustrerer imidlertid at om vi holder en knapp på dagens kommunale hjemmetjenesteorienterte tjenestetilbud, må helt grunnleggende spørsmål løses om denne modellen skal gjøres fleksibel og robust nok til å møte framtidens omsorgsutfordringer. Om dagens system skal overleve kan derfor en strategi være å ta opp i seg noen av de elementer som gjør våre tre scenarier til attraktive modeller og løsninger for framtidens brukere og omsorgsyttere, enten de er profesjonelle helse- og sosialarbeidere eller familie og frivillige.

Den ene nøkkelen kan kanskje være større fleksibilitet i forhold til kommunegrenser og landegrenser og i forhold til å slippe til små hjemmetjenestebedrifter og tilbud som supplerer det offentlige. Den andre nøkkelen kan være å finne løsninger som både gir den trygghet bare et godt utbygd helsetilbud kan gi, og samtidig sikrer selvstendighet ved å være uavhengig av det samme helsevesen i forhold til de fleste andre sider av livet. Den tredje nøkkelen vil være å skape endrede maktforhold med sterkere brukerinntflytelse og mer direktemokrati på bekostning av profesjonsmakt og offentlig myndighetsutøvelse.

Den kanskje mest avgjørende faktor i forhold til morgendagens vekstutfordringer vil likevel være i hvor stor grad framtidens ordninger bidrar til å stimulere og videreutvikle den uformelle omsorgen, og er i stand til å involvere alle samfunnets sektorer både på offentlig og privat side i et arbeid med å forebygge konsekvensene av nedsatt funksjonsevne og legge til rette for bred deltakelse. I en slik sammenheng er det avgjørende at eldreomsorgen ikke bare blir sett på som en utgiftspost i offentlige budsjetter, men også blir vurdert ut fra et verdiskapingsperspektiv. Sosiale velferdsordninger er grunnleggende for sosial og økonomisk stabilitet. Sammenliknet med de fleste land i Europa, har Norge både høyere fødselstall og høyere yrkesdeltaking blant kvinner, noe som antas å ha sammenheng med godt utbygde velferdsordninger og en godt utbygd omsorgstjeneste. På den måten kan samfunnets seniorpolitikk og utviklingen av eldreomsorgen ha betydning både for morgendagens demografiske og økonomiske bæreevne.

# LITTERATUR OG REFERANSER

## A

AARP (1999): Baby Boomers Envision Their Retirement: An AARP Segmentation Analysis. Roper Starch Worldwide Inc. Washington DC.

AARP (2003): AARP Vision, History and Mission. Se organisasjonens hjemmeside på <http://www.aarp.org/Articles/a2003-01-13-aarhistory>

ACT (2006): Ten Principles of Independent Living. The Ability Center. Se <http://www.abilitycenter.org/index.html>

Aesthetic Clinic (2006). Hjemmeside. Se <http://www.amgas.no/no>

Aftenposten (2002): Godt pensjonistliv under spansk sol. Reportasje i Aftenposten 27.august 2002.

Antolin, Pablo and Wim Suyker (2001): How should Norway respond to ageing ? Economics Department Working Papers nr.296. ECO/WKP (2001)22. OECD 2001

## B

Barstad, Anders (red) (2001): På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med arbeidet med nytt Langtidsprogram 2002-2005. Statistisk Sentralbyrå, Oslo – Kongsvinger.

Barstad, Anders (2001): Helse. Se Statistisk Sentralbyrå (2001) Kap.4

Baumann, Zygmunt (2001): Flytende modernitet. Vidarforlaget AS, Oslo. (Originalens tittel: Liquid Modernity)

BBC News (2001): Alzheimer's breakthrough raises cure hope. Nyhetsoppslag 1/3-2001

Benjamin, Walter (1975): Kunstverket i reproduksjonsalderen. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Berglund, Anna-Karin (red) et al (2005): Med periferien i sentrum – en studie av lokal velferd, arbeidsmarkeder og kjønnsrelasjoner i den nordiske periferien. Norut NIBR Finnmark-rapport 2005:14.

Bethesda Ulm (2006): Nettside for Bethesda Geriatriche Klinik Ulm. Se <http://www.bethesda-ulm.de/seite.php?ID=98>

Björklund, Eva Marie (2000): Det ska vara roligt at bli gammal också. SOCIAL EKONOMI. Tidskrift för forskning och kooperativutveckling nr 1/mars 2000

Boligsamvirket (2003): Bygger borettslag for alderdommen. Boligsamvirket.no 17.07.2003

Borge, Lars Erik og Marianne Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning.

Botten, Grete, Terje P.Hagen og Hans Th. Waaler (2000): Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne. Skriftserie 2000:6. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo

Brahaug, Ann Lisbet et al.(2001): Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter. Rapport 2001/4. Statistisk Sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger

Brevik, Ivar (2003): Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer. NIBR-rapport 2003:17. Norsk Institutt for by- og regionforskning

Brevik, Ivar og Lene Schmidt (2005): Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17

Brox, Ottar (1995): Dit vi ikke vil. Ikke-utopisk planlegging for neste århundre. Exil

Brunborg, Helge og Inger Texmon (2003): Hvor mange blir vi i 2100? Samfunnsspeilet nr 3/2003. Statistisk Sentralbyrå.

Brustad, Heidi Kveen og Id Anna-Greta Westergård(2004): Gränslös Äldreomsorg. Se <http://www.grenslos.com>

Brunstad, Paul Otto (2003): Seierens melankoli. Et kulturanalytisk essay. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Brækhus, Anne et.al (2003): Hva er aldersdemens? Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Hukommelsesklinikken Ullevål universitetssykehus, Sem.

Brønnum-Hanssen, H (2005): Health expectancy in Denmark 1987-2000. Eur J Pub Health 2005/15.

Buen, Jørund og Knut Erik Solem (2001): Fremtid er makt. Hva fremtidsforskning er, og hva den kan brukes til. Artikkel i tidsskriftet Samtiden nr 1/2001

## C

Carling, Jørgen (1997): Innvandring demper eldrebølgen. Samfunnsspeilet nr 4/1997. Statistisk Sentralbyrå.

Christensen, Tom et al.(2002): Forvaltning og politikk. Universitetsforlaget, Oslo

## D

Dagbladet Søndag (2004): Høyt over byen. Reportasje i Dagbladets Søndagsbilag 22.august 2004.

Dalheim, Elisabeth (2002): Eldre, alene og bedre plass. Statistisk Sentralbyrå, Oslo - Kongsvinger

Dahle, Kjell og Pål Strandbakken (1991): Om fremtidsstudier. Prosjekt Alternativ Framtid, Oslo

Dator, Jim (1993): Futures studies and sustainable community development, University of Hawaii. Se [www.soc.hawaii.edu/future/jl/dator.html](http://www.soc.hawaii.edu/future/jl/dator.html)

Davies, Elizabeth and Irene J Higginson (2004): Better palliativ care for older people. World Health Organization. Se <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>

Den Norske Lægeforening (2001): Når du blir gammel – og ingen vil ha deg. Statusrapport om helsetjenester for eldre. Oslo

DnBNOR (2004): Kaldnes en bydel for alle. Se [www.dnbnor.no/diverse](http://www.dnbnor.no/diverse)

Drammen kommune (2006): Drammen geriatriske kompetansesenter. Se <http://www.drammen.kommune.no/buskerud/drammen/drammenk.nsf/id/BBF0D7091DFAE067C1257169004B83AB?OpenDocument>

- Dølvik, Tor, Sveinung Eikeland, Jon Helge Lesjø og Tor Selstad (1991): *Kommune-Norges framtid. Scenarier 2012*. Kommuneforlaget, Oslo
- Dønnum, Helge og Kari Kolle (2005): *Omstillinger – Hva koster de? Hva krever de? Prosjektrapport. Asplan Analyse*.
- Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (red)(1992): *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Universitetsforlaget, Oslo
- Daatland, Svein Olav (1994): *Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikken tilbud og tjenester*. Rapport nr 1/1994. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo
- Daatland, Svein Olav (red)(1997): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95. NOVA-Rapport 22/97*. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo
- Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (2000): *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget, Bergen 2000
- Daatland, Svein Olav, Odd H Guntvedt og Britt Slagsvold (2000): *Eldresenteret nå og framover*. NOVA Rapport 17/2000.
- Daatland, Svein Olav og K.Herlofsen (2003): *Lost solidarity or changed solidarity. A comparative European view of normative family solidarity*. *Aging and Society* 23 s.537-560.
- Daatland, Svein Olav et al (2003): *Eldre og helse først. Alder, makt og ressurser*. Rapport nr 74. Makt- og demokratiutredningen.
- Daatland, Svein Olav og Katharina Herlofsen (2003): *Den evige krise? Eldreomsorgen og velferdsstaten i europeisk sammenheng*. Tidsskriftet *Aldring og livsløp* nr 3/2003.
- Daatland, Svein Olav (2003): *Hva ligger i navnet?* Artikkel i *Aldring og eldre* nr 4/2003.
- Daatland, S.O og K.Herlofsen (2004): *Familie, velferdsstat og endring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA-rapport 7/04.
- E
- Eek, Arnfinn og Aase-Marit Nygård (1999): *Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. INFO-banken. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.Sem.
- Eek, Arnfinn og Aase-Marit Nygård (2003): *Et hjem for deg – et sted for oss*. Kommunenes botilbud til personer med demens. Tidsskriftet *Demens* nr 1/2003.
- Eek, Arnfinn (2004): *Health and social care provision for persons with dementia in Norway*. Paper til nordisk-japansk konferanse i Stockholm våren 2004. The Norwegian Centre for Dementia Research, Sem.
- Eek, Arnfinn og Aase-Marit Nygård (2006): *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. Landsdekkende undersøkelse. Forlaget *Aldring og helse*.
- Äldre i Centrum (2003): *Forskare hoppfull om vaccin*. Artikkel i *Tidsskrift for aktuell äldreforskning* nr.4 2003, Stockholm
- Engedal, Knut og Torgeir Bruun Wyller (red)(2003): *Aldring og hjernesykdommer*. Akribe forlag, Oslo

Engelstad, Harald (2003): Pensjonskrigen. Kronikk i Dagbladet 22.april 2003.

ENIL (1990): Principles of Independent Living. European Network on Independent Living (ENIL). Se <http://www.independentliving.org/docs2/enildocs.html#anchor862229>

Erikson, Erik H (1986): Vital Involvement in Old Age. Norton, New York

Erlandsen, Hans Chr (2003): Velferdskommune uforenlig med et levende lokaldemokrati. Intervju med Leif Arne Heløe i tidsskriftet Stat & Styring nr 5/2003

Esping-Andersen, Gøsta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

Esping-Andersen, Gøsta (2002): A New Gender Contract. Artikkel i Gøsta Esping-Andersen (red) Why we need a New Welfare State. Oxford University Press.

European Commission DG ECFIN (2006): The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050).

## F

Fauske, Halvor (1989): Sosiologi og Scenario-skriving. Paper til den 15.nordiske sociologkongress. Østlandsforskning, Lillehammer

Felder, Stefan (2003): Adapting health and long term care schemes to the challenges of a long life society. Paper from 4th International Research Conference on Social Security, Antwerp may 2003.

Fimreite, Anne Lise (2002): Velferdsstat og lokaldemokrati – to uforenlige størrelser? Paper presentert i arbeidsgruppen Den skandinaviske velfærdsstat, NOPSAs, Aalborg august 2002. Rokkansenteret, Bergen.

Fimreite, Anne Lise, Yngve Flo og Tommy Tranvik (2002): Lokalt handlingsrom og nasjonal integrasjon. Kommuneideologiske brytninger i Norge i et historisk perspektiv. Rapport 50, Makt- og demokratiutredningens rapportserie.

Folkedal, Gyda og Wenche Nag (1998): Med utsikt fra framtiden. Framtidsforskningen premisser og logikk. FoU Rapport 41/98. Telenor FoU, Kjeller

Freire, Paulo (1974): De undertryktes pedagogikk. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Fries, J.F.(1980): Ageing, natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine 303: 130-13

Frønes, Ivar og Ragnhild Brusdal (2000): På sporet av den nye tid. Kulturelle varsler for en nær fremtid. Fagbokforlaget, Bergen

Frønes, Ivar og Lise Kjølsvold (red)(2003): Det Norske Samfunn. 4.utgave. Gyldendal

Førde, Reidun et al. (2006): Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2006; 126: 1913-6

## G

Gadamer, Hans Georg (1977): Om forståelsens sirkel. Små skrifter. Oslo

Galtung, Johan (1967): Framtidsforskning og framtidssamfunn. Artikkel i tidsskriftet Kontrast nr 8/67. Pax forlag, Oslo

Gautun, Heidi (1999): Eldreomsorg. Endringer i familieomsorgen til eldre ? Fafo-rapport 298. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo

Gautun, Heidi (2003): Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Fafo-rapport 420. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo

Gedde-Dahl, Siri og Gunnar Kagge (2005): Dårlig butikk å drive sykehjem. Artikkel i Næringsliv 24 16.februar 2005. Se <http://n24.no/arkiv/article970547.ece>

Gilje, Nils og Harald Grimen (1993): Samfunnsvitenskapelige forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. Universitetsforlaget, Oslo

Godet, Michel (1999): The art of scenarios and strategic planning: Tools and Pitfalls. Paris. Se [www.cnam.fr/deg/lips/](http://www.cnam.fr/deg/lips/)

Godet, Michel og Fabrice Roubet (1996): Creating the future: The use and misuse of scenarios. Published in Long Range Planning Vol.29, no 2, 1996

Goffman, Erving (1967): Anstalt og menneske, Paludan, København. (Dansk oversettelse av Goffman, E (1961): Asylums. Doubleday Anchor, New York)

Gottfries, C.G (1998): Alzheimers sykdom – behandlingsaspekter. Artikkel i Therapia Medica nr 3/1998

Grindheim, Jan Erik (2005): Europeisering og globalisering av norsk helse- og sosialomsorg. Foredrag i Helse- og omsorgsdepartementet 4.mai 2005. Se <http://www.odin.no/hod/norsk/tema/p30006500/p30006502/048071-990134/dok-bn.html>

Grove, Gorm (2003): Seniorlandsbyer på tegnebrøttet. Månedsmagasinet Opus august 2003. Se <http://www.aegir.dk/gorm/seniorlandsbyer.doc>

## H

Habermas, Jürgen (1969): Vitenskap som ideologi. Artikkelen "Erkjennelse og interesse". Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Habermas, Jürgen (1999): Kraften i de bedre argumenter. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Hagen, Terje P.(2005): Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Skriftserie 2005: 5 HERO, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo

Hagestad, Gunnhild O (1999): Fra alderssegresjon til et samfunn for alle eldre. Foredrag på Den 6. Nordiske Folkehelsekonferanse. Kristiansand august-99.

Hagestad, Gunhild O (2003): Aldring. Artikkel i boka Det Norske Samfunn (se Frønes og Brusdal 2003) Gyldendal.

Harkin, James and Julia Huber (2004): Eternal Youths: How the baby boomers are having their time again. Demos, UK. London

Hauge, Solveig (2004): Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Hegøy, Ingrid (2005): WP 4 National report Norway. Active Ageing and European Health care sector. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen



Hellevik, Ottar (1996): Nordmenn og det gode liv. Norsk Monitor 1985-1995

Hellevik, Ottar (2001a): Ungdommens verdisyn – livsfase- eller generasjonsbetinget? Tidsskrift for ungdomsforskning 1/2001

Hellevik, Ottar (2001b): Befolkningens oppfatninger om det gode liv og det gode samfunn. Kap 2 i Barstad, Anders (red): På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med nytt Langtidsprogram 2002-2005. Statistisk Sentralbyrå 2001/21.

Helset, Anne, M Lauvli og HC Sandlie (2004): Norske pensjonister og norske kommuner i Spania. NOVA rapport nr 3/2004, Oslo

Hjort, P.F. og Waaler H.T.(1990): Eldre i Norge fram til år 2010. Demografi, helse og behov for helse og sosialtjenester. SIFF-rapport

Holm, Tor (2006): TOBB Omsorgs hjemmeside  
Se [http://www.tobb.no/include/default\\_template.asp?Table=Article&Key=11488](http://www.tobb.no/include/default_template.asp?Table=Article&Key=11488)

Hompland, Andreas (red.)(1987): Scenarier 2000. Tre framtidbilder av Norge. Universitetsforlaget, Oslo.

Hovland, BM og O Aagedal (2003): "Det norske Spania – i sol og skygge". Konferanserapport. Diakonhjemmets Høgskole, avd for forskning og utvikling, Oslo

Huber, Julia and Paul Skidmore (2003): The New Old. Why baby boomers won't be pensioned off. Demos, UK. London

Høeg, Dorte m.fl (2001): Ældreomsorg – management eller menneskelighet? Antologi. Videncenter på Ældreområdet, Hellerup

Høyland, Karin (2003): Ny sykehjemmodell gir "smådriftsfordeler". Nordisk Sosialt Arbeid 1/2003

## I

Ingebretsen, Reidun og John Eriksen (2004): National Background Report for Norway 2004 – EUROFAMCARE. NOVA, Oslo

Ingelstam, Lars (2001): Framtidsstudier är svaret – men hur lød frågan ? Artikel i tidsskriftet Framtider nr 4/2001. Institutet för Framtidsstudier. Stockholm

Innst S nr 263 (2001-2002): Innstilling fra sosialkomiteen om avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen

## J

Jeune, Bernard, Kirsten Avlund og Henning Kirk (2006): Sundhed og funktionsevne i det aldrende samfund år 2030. Bakgrunnsnotat til det danske prosjektet "Det aldrende samfund 2030". Det Strategiske Forskningsråd.

Johansson, Eva et al. (2004): Äldrekooperativ – delaktighet och gemenskap. Att starta och driva ett äldrekooperativ. Kommentus Förlag, Stockholm

Johnsen, Åge et al.(red)(2004): Konkurransutsetting i kommunene. Abstrakt forlag.

## K

Keilman, Nico (2003): Pensjonskommissjonen bør ta usikkerhet i befolkningsutviklingen alvorlig. SSB Økonomiske analyser 2/2003.

Keilman, N., D.Q. Pham, A. Hetland (2001): Norway's uncertain demographic future. *Social and Economic Studies* 105. Oslo: Statistics Norway. <http://www.ssb.no/emner/02/03/sos105/>

Kenter, Renate (1998): *The Art of the Possible. The scenario method and the "Third Debate" in international relations theory.* University of Amsterdam. Se [www.deruijter.net/kenter.htm](http://www.deruijter.net/kenter.htm)

Kitterød, Ragni Hege (1996): Mer uformell omsorg fra hushold til hushold. *Samfunnsspeilet* nr 1/1996. Statistisk Sentralbyrå, Oslo

Kleven, H.I. (2001): *Norrøn arverett.* Falken forlag, Oslo

Kuhnle, Stein (2001): Den skandinaviske velferdsstat i det globale konkurransesamfunn. Artikkel i Bay, Hvinden og Koren (red): *Virker velferdsstaten.* Høgskoleforlaget.

Kulturdepartementet (1999): *Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt? Rapport från en arbetsgrupp inom Kulturdepartementet.* Stockholm

## L

Langset, Bjørg (2006): Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050. *Økonomiske Analyser* nr 4/2006. Statistisk Sentralbyrå.

Langsether, Åsmund og Tale Hellevik (2002): Familienettverkets betydning i velferdsstaten. Paper til den 21. nordiske sosiologkongress i Reykjavik. NOVA, Oslo

Lindblom, C.E (1959): *The Science of "Muddling Through".* Fra A. Faludi (red) (1973): *A Reader in Planning Theory.* Oxford

Lindquist, Lee A (2004): *Cruise Ship Care: A Proposed Alternative to Assisted Living Facilities.* *Journal of the American Geriatrics Society.* Volume 52: Issue 11, november 2004.

Lingsom, Susan (1997): *The substitution Issue. Care politics and their consequences for family care.* NOVA-rapport 97:6. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo

Lorentzen, Håkon (2005): *Partnerskap, sivilsamfunn og sosial kapital.* Notat i Norges Forskningsråd: *Sosial kapital. Innstilling fra et utredningsutvalg oppnevnt av NFR.* Mars 2005

Lundby, Knut (red.) (2003): *Flyt eller forførelse. Fortellinger om IKT.* Gyldendal Akademisk, Oslo

Lyngstad, Jan (2001): *Inntekt og levekår for enkeltgrupper.* (Se Barstad, Anders 2001 kap 7)

Lyngstad, Rolf, Anne Marie Støkken og Willy Lichtwarck (red) (1997): *Kommunen som velferdsyter.* Universitetsforlaget, Oslo

Løvik, Arild, Ole Hvamstad og Geir Moe (2003): *Samvirkemodellen i omsorgssektoren.* Det kgl. selskap for Norges Vel. Rapport nr 5/2003.

## M

Malmedal, Wenche (1999): *Sykehjemmet skyggesider. Når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep.* Kommuneforlaget, Oslo.

Marcussen, Jan et al. (2003): *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar.* Liber, Stockholm

Martinsen, Kari og Kari Wærness 1979: Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon. Pax Forlag 1979

Martinussen, Willy (1999): Fellesskapsverdiene står sterkere enn antatt. Samfunnsspeilet nr 4,1999. Statistisk Sentralbyrå

Mathiesen, Thomas (1971): Det uferdige. Bidrag til politisk aksjonsteori. Pax forlag, Oslo

Mirkin, Barry and Mary Beth Weinberger (2000): The demography of population Ageing. Population Division, United Nations Secretariat. New York 2000  
<http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/untech/pdf/untech1.pdf>

Moum, Knut og Ingvild Strømsheim Wold (2001): Har Norge råd til folketrygden? Norges trygdepolitiske utfordring i et europeisk perspektiv. SSB Økonomiske analyser 3/2001.

Munthe, Preben (1990): Befolkningslære. Universitetsforlaget 1990

Myrdal, Janken (2001): Berättelser om vår egen tid ? Aspekter på framtidsstudier. Artikkel i tidsskriftet Framtider nr 4/2001. Institutet för Framtidsstudier. Stockholm

N

Nagel, Anne-Hilde (red)(1991): Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten. Alma Mater Forlag, Bergen

Naustdalslid, Jon (red)(1991): Kommunal styring. Det Norske Samlaget, Oslo

NBC 4 (2003): Alzheimer's Breakthrough Could Halt Disease. New procedyre may even reverse symptoms. Nyhetsoppslag 19/11-2003 om utprøving av systemet COGNISHunt. Se også [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) fra National Institute of Health.

Nordisk Socialstatistisk Komite (2003): Social tryghed i de nordiske lande 2001. NOSOSKO 20:2003, København.

Norges Forskningsråd (2005): Sosial kapital. Innstilling fra et utredningsutvalg oppnevnt av NFR.

NOU 1973:26 Komiteen for eldreomsorgen

NOU 1986:4: Samordning i helse- og sosialtjenesten. Sosialdepartementet.

NOU 1987:23: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Sosialdepartementet.

NOU 1992:1: Trygghet-Verdighet-Omsorg ("Gjærevoll-utvalget"). Sosialdepartementet.

NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge. Sosial- og helsedepartementet

NOU 2000: 21 : En strategi for sysselsetting og verdiskaping

NOU 2001:29 : Best i test? Referansetesting av rammevilkår for verdiskaping i næringslivet.

NOU 2003:19: Makt og demokrati. Arbeids- og adminstrasjonsdepartementet

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Norsk Nevrologisk Forening (2000): Noen ord om Alzheimers sykdom. Brosjyre

NRKpuls (2003): Eldrekollektiv som ungdomskilde NRK Pulsredaksjonen 27.10.2003.

NRK1 (2004): Send gamle til Marokko. RedaksjonEN 08.01.2004

NSF (2006): Høringssvar - Nasjonal Helseplan. Norsk Sykepleierforbund. Se <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=9726>

Nygård, Lars (2004): Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming. RO og SINTEF Helse, Trondheim

Næss, Sturle (2005): "Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene" . Doktorgradsavhandling. Rokkansenteret, Bergen

## O

OECD (1998) Maintaining Prosperity in an Ageing Society. Paris: OECD.

OECD (2006): Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers? ECO/WKP(2006)5. Economics Department Working Papers No. 477. Se <http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>

## P

Pedersen, Max (2000): Nybyggere i den tredje alder. Om seniorbofællesskaber. København : Boligtrivsel i Centrum, København

Pensjonskommissjonen (2002): Mål, prinsipper og veivalg for pensjonssystemet: Foreløpig rapport fra Pensjonskommissjonen. Finansdepartementet 2002

PHL (2006): Private Hjemmetjenesters Landsforbund. Se <http://www.hjemmetjenester.no/>

Popper, Karl (1971): Samfunnsvitenskap og profeti. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Putnam, Robert D (1993): Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton University Press, Princeton

Putnam, Robert D (2000): Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community. Simon & Schuster, New York

Pårørendegruppen for Svage Ældre (2001): Svage ældres vilkår i Danmark år 2000 – en hvidbog. Forlaget Klim, Århus

## Q R

Rattsø, Jørn (2001): Hvordan få mer glede ut av kommunene? Om middelklassens press mot velferdsmonopolet. Artikkel i tidsskriftet Horisont nr 1/2001

Repstad, Pål (red.)(1998): Den lokale velferdsblanding. Når offentlige og frivillige skal samarbeide. Universitetsforlaget, Oslo

Reibnitz, Ute von (1988): Scenario Techniques. McGraw-Hill Book Company, Hamburg

Romøren, Tor Inge (1991): Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparat. Artikkel i boka "Velferdskommunen" (Nagel red 1991)

Romøren, Tor Inge (2001): Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Romøren, Tor Inge og Borghild Svorken (2003): Velferdsstat og velferdskommune. Iverksettingen av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag. NOVA-rapport 12/03.

Rønning, Rolf (2003): Når omsorg blir en vare. Om sammenhengen mellom organisering og kvalitet i hjemmetjenesten. Rapport nr 111/2003. Høgskolen i Lillehammer.

Rønning, Rolf (2004): Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner. Gyldendal Akademisk

## S

SAB (2006): Samvirkende Boligselskabers nettside [www.sab-bolig.dk](http://www.sab-bolig.dk)

Sager, Tore (1994): Communicative Planning Theory. Avebury. Aldershot, England.

Samuelsen, Ida (2003): KOSMETISK KIRURGI – DRØM, MARERITT ELLER MULIGHET? Artikkel i Helsetilsynets tilsynsmelding 2003

Schaumann, Alexander (2001): Det aldrende samfund. Demografi – udgiftstryk – hva kan der gøres? Notat utarbeidet for Teknologirådet 2001. Se [www.tekno.dk](http://www.tekno.dk)

Schiefloe, Per Morten (2003): Forvittringsmyter og sosial kapital. Foredrag på Sosialdepartementets avslutningskonferanse for prosjektet "Handlingsplan for eldreomsorgen". København, januar 2003.

Schwartz, Peter (1991): The Art of the Long View. Doubleday. San Fransisco

Schaanning, Espen (2000): Modernitetens oppløsning. Spartacus Forlag, Oslo

Scientific American (2006): Renewed Hopes for Vaccine to treat Alzheimer's. Nyhetsmelding 13.06.2006 på [www.sciam.com](http://www.sciam.com)

Seabrook, Jeremy (2003): A world growing old. Pluto Press, London

Seim, Sol (1998): Teenagers become pensioners. NOVA-rapport 2/1998. Oslo

Seip, Anne Lise (1994a): Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Seip, Anne-Lise (1994b): Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Selle, Per (red.) (1991). Organisasjonssamfunnet i ei brytningstid. utfordringer i 90-åra. Alma Mater Forlag, Bergen.

Selstad, Tor (1991): Med krystallkule og computer. Prognoser og scenarier i samfunnsplanleggingen. Universitetsforlaget, Oslo

Selvaag (2006): Selvaag Pluss. Presentasjon på nettside. Se [www.selvaagpluss.no/](http://www.selvaagpluss.no/)

SeniorOutlook.com (2004): A guide to Senior Housing. United Advertising Publications, Inc. Se [www.senioroutlook.com/proptypes.asp](http://www.senioroutlook.com/proptypes.asp)

- Seshamani, Meena and Alastair M Gray (2004): A longitudinell study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics* 23/2004
- Shakespeare, William (1975): *As You Like It*. Fra *The Complete Works of William Shakespeare*. New York 1975.
- Sheng Cai, De, Tobias Markeprand og Lars Haagen Pedersen (2001): Demografiske forsørgerbrøker i perioden 1900 til 2100. DREAMgruppen, Danmarks Statistikk 2001
- Sinclair, David A and Lenny Guarente (2006): Unlocking the Secrets of Longevity Genes *SCIENTIFICAMERICAN.COM* February 20, 2006. Se <http://www.sciam.com/article.cfm?articleID=000B73EB-3380-13F6-B38083414B7F0000&sc=I100322>
- SKYBO (2004): Skyttertunet Bofellesskap. Se [www.senior-bolig.net/](http://www.senior-bolig.net/)
- Slagsvold, Britt og Per Erik Solem (red) (2005): *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05.
- Slagsvold, Britt og Svein Olav Daatland (red) (2006): *Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1*. NOVA-rapport 15/06
- Socialstyrelsen (2004): *Konkurrensetsättning inom äldreomsorgen*. Artikelnr 2004-131-25. Stockholm, juni 2004.
- Solem, Per Erik et.al.(1994): *Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Universitetsforlaget, Oslo
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *Rundskriv I-13/97: Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*
- Sosial- og helsedirektoratet og KITH (2003): *ICD-10 versjon 5.0 for år 2003. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Normering av legetjenester*. Rapport IS-1293
- SOU 1986:33 (1986): *Att studera framtiden: betänkande*. Justitiedepartementet. Liber/Allmänna förlag, Stockholm.
- SOU 2002:31: *Vinst för vården. .Idebetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati*. Statens offentliga utredningar. Stockholm
- SOU 2003:23: *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa. Slutbetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.
- SOU 2003:91: *Senior 2005. Äldrepolitik för framtiden*. Socialdepartementet, Stockholm
- Statens Helsetilsyn (1999): *Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030*.Oslo
- Statens Helsetilsyn (2003): *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10/2003
- Statens Helsetilsyn (2004): *Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge*. Rapport fra Helsetilsynet 8/2004.
- Statistisk Sentralbyrå (2001): *På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med arbeidet med nytt Langtidsprogram 2002-2005*

Statistisk Sentralbyrå (2002): Befolkningsframskrivinger. Nasjonale og regionale tall 2002-2050. Se <http://www.ssb.no/folkfram>

Statistisk Sentralbyrå (2003a): Sosiale indikatorer 1980-2003. Samfunnsspeilet nr 4/2003

Statistisk Sentralbyrå (2003b): Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger 2001, Norges Offisielle Statistikk D248.

Statistisk Sentralbyrå (2004a): Økonomi og levekår for ulike grupper, 2003. Rapporter 2004/2. SSB Oslo – Kongsvinger.

Statistisk Sentralbyrå (2004b): Framskrivning av folkemengden 2002-2050. Nasjonale og regionale tall. Norges Offisielle statistikk NOS D 319

Statistisk Sentralbyrå (2005): Seniorer i Norge. Statistiske analyser nr 72

Statistisk Sentralbyrå (2006a): Statistikkbanken

Statistisk Sentralbyrå (2006b): Økonomiske Analyser nr 4/2006

St meld nr 68 (1984-1985): Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste. Sosialdepartementet

St meld nr 50(1996-1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Sosial- og helsedepartementet

St meld nr 28 (1999-2000): Innhold og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000. Sosial- og helsedepartementet.

St meld nr 34 (1999-2000): Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år. Sosial- og helsedepartementet.

St meld nr 30(2000-2001): Langtidsprogrammet 2002-2005 Finansdepartementet

St meld nr 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen. Fra hus til hender. Sosialdepartementet

St.meld. nr. 16 (2002–2003): Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet

St meld nr 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Sosialdepartementet

St meld nr 45 (2002-2003):Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.

St meld nr 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet

Strøm, Steinar (2006): Den nordiske modellen. Artikkel i RØST: Kvinner og Cash 2006-01.

Sundin, Bertil (1972): Individ, Institusjon, Ideologi. Gyldendals Studiefakler S40

Sundt, Eilert (1855): Om Giftermål i Norge. Bidrag til Kundskab om Folks Kaar og Sæder. Utgivet av ”Selskapet for Folkeoplysningens fremme”. Christiania 1855

Szebehely, Marta (red) (2005): Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt. TemaNord 2005:508. Nordiska ministerrådet, København

Sæter, Oddrun (2004): Den nye byklassen. Kronikk i Morgenbladet 27.august-2.september 2004

Søgaard, Kristina L (2002): Aldersbilleder – før, nu og i fremtiden. Artikkel i Fremtidsorientering 3/2002. Instituttet for Fremtidsforskning. Se [www.cifs.dek](http://www.cifs.dek)

Sørbye, Liv Wergeland et.al.(2004): Nordmenn i Spania. Pleie, rehabilitering og omsorg. Rapport nr 3,2004. Diakonhjemmets Høgskole, avd. for Forskning og Utvikling, Oslo

Sørli, Kjetil (2003): Bosetting, flytting og regional utvikling. Artikkel i boka Det Norske Samfunn.(se Frønes og Kjølrsrød 2003) Gyldendal

Søvik, Ylva (2006): Pinlig billig omsorg. Artikkel i RØST: Kvinner og Cash 2006-01

## T

The Economist (2004): Till death us do part. A new market for floating hotels. October 30th, 2004.

Thomsen, Kirsten (2003): De ældre, de midaldrende og de yngre. En undersøkelse af tre kohorter af nuværende og kommende ældre. Institutt for Statskunskab. Arbejdspapir 2003/07

Thoresen, Jøran (2003): Handlingsplan for eldreomsorgen. Virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk. NIBR-rapport 2003:11. Norsk Institutt for by- og regionforskning.

Thorsen, Kirsten og Halvard Dyb (1993): ”Er det noen som bryr seg”. Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgiverne. Rapport 1-1993. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.

Thorslund, Mats (2003): Äldres hälsa allt sämre. Artikkel og intervju bygd på studien SWEOLD i Dagens Nyheter 10.november 2003. Undersøkelsen ennå ikke publisert.

Thorslund, Mats og M.G. Parker (2005): Hur mår egentligen de äldre? Artikkel i den svenske Läkartidningen nr 43/2005.

Torsvik, Marius (2000) Etterspørsel og utgifter til pleie og omsorg. Rapport 2000/21. Statistisk Sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger.

Tunström, Göran (1993): Ventetid. Cappelens Forlag

Tømmerraas, Nils Chr.(2000): Notat fra plenumsmøte i Den Polytekniske Forening 28.november 2000.

## U

Ugreninov, Elisabeth (red)(2005): Seniorer i Norge. Statistiske analyser 72. Statistisk Sentralbyrå.

ULOBA (2006): Andelslag for borgerstyrt personlig assistanse. Se <http://www.uloba.no>

Undheim, Trond Arne (2003): Når forskere forteller fra fremtiden. Artikkel i boka ”Flyt eller forførelse” (Lundby 2003)

UN (1991): United Nations Principles For Older Persons. UN Resolution No 46/91. Se <http://www.un.org/ageing/>

UN (1999): Population Ageing 1999. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs (DESA). United Nations. New York 1999.

UN (2000): Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing populations ? Population Division of the Department of Economic and Social Affairs (DESA). United Nations. New York 2000. Se <http://www.un.org/esa/population/publications/migration/migration.htm>



UN (2001): World Population Ageing 1950-2050. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs (DESA). United Nations. New York 2001.

UN (2002): Building a society for all ages. Rapport fra "Second World Assembly on Ageing", Madrid April 2002. <http://www.un.org/ageing/prkit/secondworld.htm>

## V

Vike, Hallvard et al. (2002): Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Makt- og demokratiutredningen. Gyldendal Akademisk.

Viover60 (2002): Sammen skal vi bygge og sammen skal vi bo. Vi over 60 nr 9/02

Vaage, O.F. (2002): Til alle døgnets tider. Tidsbruk 1971-2000. Statistisk Sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger

## W

WAAAM (2006): What is Anti-Aging Medicine? American Academy og Anti-Aging Medicine. Se <http://www.worldhealth.net/p/96,341.html>

Walker, Alan (1999): The principles and potential of active ageing. Report for The European Commission Conference on Active Ageing, Brussels 15-16 November, 1999. University of Sheffield, UK

Walker, Alan (1999a): The Future of Pensions and Retirement in Europe: Towards Productive Ageing. The Geneva Papers Volume 24, Number 4, October 1999, pp. 448-460. Palgrave Macmillan

Walker, A. (1999b) Managing an Ageing Workforce, Luxembourg, Office for the Official Publications of the European Communities.

Walker, A. (1999c) Attitudes to Population Ageing in Europe, Brussels, European Commission (DG5).

Walker, Alan (2002): A strategy for active ageing. International Social Security Review Vol. 55, s.121-139.

Westerdahl, Gunilla(2005): Kooperativ äldreomsorg i Jämtlands län. Social tillsyn, Januari 2005, Länsstyrelsen, Jämtlands län.

Westlund, Hans Red.(2001): Social Ekonomi i Sverige. Fritzes, Stockholm.

WHO (2002): National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.

Wikström, Berith (2000): Social ekonomi skapar välfärd, demokrati och tillväxt Socioekonomi. Tidskrift för forskning och kooperativ utveckling. Nr 1 mars 2000

Wollebæk, Dag og Per Selle (2005): Hvorfor studere sosial kapital i Norge? Notat i Norges Forskningsråd: Sosial kapital. Innstilling fra et utredningsutvalg oppnevnt av NFR. Mars 2005

Wærness, Kari (1984): The Rationality of Caring. Economic and Industrial Democracy 5, 185-211. Sage, London.

Wærness, Kari (1999): Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs. I Thorsen, Kirsten og Kari Wærness (red): Blir omsorgen borte? Ad notam Gyldendal.

X Y Z Æ Ø Å

Ytrehus, Siri og Anders B Fyhn: Bufast, Bjørvika og Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år. Fafo-rapport 511/2006

ÆldreSagen (2001): Nye Tider – Nye Ældre. Ældresagens Fremtidsstudie. København 2001

Ørjasæter, Lars Ole (2005): Scanship Environmental AS - Tar miljøet på alvor. Sector Media ANS. Se <http://www.axflow.no/data/59/2759/13331/objects/Prosessindustri%20nr1-2006.pdf>

Østerberg, Dag (1967): Framtidsforskningen: En kritikk. Artikkel i tidsskriftet Kontrast nr.8/67. Pax forlag, Oslo

Østerud, Øyvind, Fredrik Engelstad og Per Selle (2003): Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen. Gyldendal Akademisk.

Åhlander, Ann-Mari Sätre (2003): Är välfärdsstaterna Sverige och Norge på väg åt olika håll? Om den nationella politikens roll i glesbygdens utvecklingsprocesser Arbetslivsinstitutet, Stockholm