

OMSORG I GRENSELAND

EN ANALYSE AV HJEMMEHJELPSKLIENTERS FORHOLD
TIL OFFENTLIG OG PRIVAT AVHENGIGHET

ANN ELISE WIDDING ISAKSEN

HOVEDFAGSOPPGAVE I SAMFUNNSVITENSKAP - VÅREN 1984

SENTER FOR KVINNEFORSKNING, BERGEN
SOSIALPOLITIKKGRUPPA, INSTITUTT FOR SAMFUNNSVITENSKAP
UNIVERSITETET I TROMSØ

FORORD

Denne hovedoppgaven er et ledd i prosjektet FAMILIEN OG SOSIALPOLITIKKEN finansiert av RFSP/NAVF. I ett og et halvt år har jeg vært knyttet til dette prosjektet som vit.ass. under ledelse av Kari Wærness, Sosiologisk Institutt, Universitetet i Bergen.

Materialet som legges fram er hentet fra Landås Distrikts-sosialkontor i Bergen. Hele høsten 1981 og forvinteren 1982 fikk jeg anledning til å være på kontorets hjemmehjelps-avdeling. Avdelingens leder, Rolf Kaland, kontorassistent Anne Britt Larsen og ledende hjemmehjelper Unni Haugland har alle sammen på hvert sitt vis bidratt til kunnskapene om hjemmehjelpstjenesten som har gjort denne hovedoppgaven mulig. Jeg skylder dem stor takk for at de påtok seg bryderiet med å ha meg på avdelingen.

Under utskrivningen av oppgaven har Kari Wærness gitt meg kontinuerlig veiledning og den nødvendige oppmuntring når det trengtes mest. Yngvar Løchen har lest og kommentert utkast og stilt en del klargjørende spørsmål. Jeg vil derfor takke dem begge for god og nyttig hjelp.

Medlemmene på Senter for Kvinneforskning ved Universitetet i Bergen har alle vært gode medspillere i det maratonløpet hovedoppgaven har vært.

Min søster Karin har hjulpet meg til å holde språket mest mulig nøkternt og unna det akademiske "kråkemål" så langt det har latt seg gjøre.

Ole Johan Eikeland har lagt dataene inn på file og stått for EDB-behandlingen av materialet.

Elna Seim har maskinskrevet oppgaven.

En spesiell takk til sosialpolitikkgruppa som lot prinsipper være prinsipper, og ga meg lov til å låne et kontor i innspurten.

Tromsø, februar 1984

Ann Elise Widding Kalsen

INNHold

KAP. 1	GENERELL RAMME	
1.1.	Innledning	s. 1
1.2.	Hjelpeordningene for hjemmene - målsetting og finansiering	s. 2
1.3.	Karakteristika ved hjelpeordningene for hjemmene	s. 3
1.4.	Hjemmehjelpstjenesten som inntak til en analyse av omsorgen i nærmiljøet	s. 4
1.5.	Presisering av problemstilling	s. 6
1.6.	Presentasjonsform	s. 6
	DEL I DOKUMENTANALYSE	s. 7
2.1.	Hva kan stortingsdokumenter si oss?	s. 7
2.2.	Kort historikk	s. 8
2.3.	Det offentlige sykehusvesen	s. 10
2.4.	De frivillige, humanitære kvinneorganisasjonene	s. 12
2.5.	Personalproblemer	s. 13
2.6.	Befolkningsprognoser og profesjonsinteresser	s. 14
2.7.	Hvordan drive "god butikk" på en medisinsk og faglig forsvarlig måte?	s. 15
2.8.	Ideologien endres	s. 16
2.9.	Avlastningsprinsippet tøyes	s. 17
2.10.	Hjemmenes moralske ansvar	s. 19
KAP. 3	INSTITUSJONENE SOM MODELL FOR HJELPEORDNINGENE	s. 21
3.1.	Likestilling av pasienter i og utenfor institusjon	s. 21
3.2.	De frivillige organisasjonene	s. 23
3.3.	Stortingskvinnenes skepsis	s. 25
3.4.	Første samlede framstilling av eldreomsorgen til Stortinget	s. 26

3.5.	Diskusjon om eldreomsorgsinstitusjonenes behandlingsideologi	s. 29
3.6.	Sosialkomitéens vurdering av St.m. 22 (1975-76), "Om de eldre i samfunnet"	s. 30
3.7.	Generell politisk enighet i Stortinget	s. 33
3.8.	Arbeiderpartiregjeringens langtidsprogram	s. 36
3.9.	Hjelpeordningene og de uformelle hjelpe- systemene	s. 37
3.10.	Hjelpeordningene - fra hjemmene til institusjonene og tilbake til hjemmene	s. 39
KAP. 4	FAMILIEN OG SOSIALPOLITIKKEN	s. 41
4.1.	Endring i sosialpolitiske prinsipper	s. 41
4.2.	Fra sosialisering til privatisering?	s. 41
4.3.	Profesjonalisering og amatørisering	s. 43
4.4.	Hjelpeordningenes familiemodell	s. 47
4.5.	Et konfliktperspektiv på familien	s. 49
KAP. 5	NORMKONFLIKTER	s. 51
5.1.	Normen om å klare seg selv	s. 51
5.2.	Eldres preferanser av omsorgsytere	s. 53
5.3.	Kvinnegenerasjonene imellom	s. 54
5.4.	Oppsummering	s. 56
	DEL II EMPIRISK ANALYSE	s. 57
KAP. 6	PRESENTASJON AV DATA	s. 57
6.1.	Presentasjon av materialet fra Landås Sosialdistrikt	s. 57
6.2.	Klientenes alder, kjønn og sivilstatus	s. 58
6.3.	Klientenes husholdssituasjon	s. 62
6.4.	Pårørendes hjelpeinnsats	s. 64
6.5.	Antall timer hjemmehjelp pr. uke	s. 66
6.6.	Oppsummering	s. 67

KAP. 7	KLIENTENES HELSE OG FAMILIEFORHOLD	s. 69
7.1.	Beskrivelse av en idealtypisk hjemme- hjelpsklient	s. 69
7.2.	Generelle helsemessige forhold	s. 71
7.3.	Grunner for å søke hjemmehjelp	s. 74
7.4.	Hjemmehjelpstjenesten og de pårørende	s. 77
7.5.	Klientenes hjemmehjelpstjeneste - pårørendes hjemmehjelpstjeneste	s. 81
	DEL III DISKUSJON OG AVSLUTNING	s. 83
KAP. 8	NÆRMILJØOMSORGEN - FOR HVEM?	s. 83
8.1.	Hjemmehjelpstjenesten og det endrede familiemønster	s. 83
8.2.	Til lags å alle kan ingen gjera - familiekvinnens situasjon	s. 84
8.3.	Privat omsorg - i klientenes interesse?	s. 87
8.4.	Nærmiljøideologien - en koloss på kvinneføtter?	s. 88
8.5.	Framtidens eldreomsorg - skal nye problemer løses etter gamle modeller?	s. 91

KAP. 1 GENERELL RAMME

1.1. Innledning

Oppgavens tittel, OMSORG I GRENSELAND, viser til omsorgsarbeidet¹⁾ slik det fordeles mellom den offentlige hjemmehjelpstjenesten og de middelaldrende familiekvinner i ikke-selvhjulpne Eldres hjem. Disse eldre er både klienter i det offentlige hjelpeapparatet og har rolle som hjelptrengende i sitt eget familienettverk. De lever med andre ord i et grenseland mellom offentlig og privat omsorg. Men det formelle og den uformelle hjelpen er imidlertid ikke symmetrisk i den forstand at det ytes like mye hjelp fra begge kanter. Heller ikke ytes det samme slags hjelp og innholdet og verdien av hjelpen er ulikt vurdert fra klientens side.

Det er en utbredt oppfatning at familiene ikke tar vare på sine eldre familiemedlemmer lengre. Og vi hører ofte krav om at de nå må begynne å vise mer omsorg for sine eldre slektninger. Det er et av hovedpoengene i denne oppgaven å vise at slike oppfatninger ikke stemmer overens med faktiske forhold. Det ser derimot ut til at middelaldrende familiekvinner er overbelastet med omsorgsansvar og arbeid for sine eldre og avhengige familiemedlemmer. Det offentlige hjelpeapparatet på sin side utfører en liten del av omsorgen for hjemmeboende avhengige eldre i forhold til den uformelle hjelpen som ytes. Likevel betyr den offentlige hjelpen svært mye for forholdet mellom den hjelpetrengende og dennes familie.

Offentlig eldreomsorg er ikke bare sosialpolitiske tiltak, men også en indirekte familiepolitikk fordi den innebærer spesielle antakelser om forholdene mellom kjønnene og mellom generasjonene. (Land, 1978) Eldreomsorg er også et kvinnepolitisk spørsmål fordi kvinner lever lengst og er i flertall blant de eldste. Dessuten er det kvinner som jobber som lønnede omsorgsarbeidere i den offentlige eldreomsorgen, og de ivaretar også Eldres omsorgsbehov i den private sfære. (Wærness, 1982; Finch og Groves, 1982)

1.2. Hjelpeordningene for hjemmene - målsetting og finansiering

Hjelpeordningene for hjemmene består i dag av husmorvikarvirksomhet og hjemmehjelpstjeneste.*) I forskriftene for de statsstøttede hjelpeordningene for hjemmene lyder §1:

"Hjelpeordningene for hjemmene er en fellesbetegnelse for husmorvikarvirksomhet, hjemmehjelp for eldre, funksjonshemmede og andre, samt annen hjelpevirksomhet som har til formål å yte hjelp til hjem som er i en vanskelig situasjon."

(Forskriftene, s. 1)

Hjelpeordningene finansieres ved at stat og folketrygden yter tilskott til kommunale hjelpeordninger for hjemmene. Det årlige tilskottet utgjør 50% av de samlede nettoutgifter til hjelpeordningene unntatt administrasjonsutgifter. Tilskottet dekkes med en halvpart fra staten og en halvpart av folketrygden. (Forskriftene, s. 1)

Det sentrale forvaltningsansvaret har siden 01.01.1981 vært knyttet til Sosialdepartementet. Tidligere lå hjelpeordningene under Forbruker- og administrasjonsdepartementet, men etter hvert som tiltaket ble mer preget av å være et sosialpolitisk tiltak for hjemmeboende eldre og dessuten ble knyttet til den primære helse- og sosialtjenesten, fikk tiltaket mer karakter av å være et viktig virkemiddel for å nå sentrale sosialpolitiske mål. Blant annet er hjelpeordningene et betydelig ledd i oppfølgingen av den primære helse- og sosialtjenestens målsetting om å satse sterkere på behandling og omsorg i nærmiljøet. (St.m. 120, 1980-81)

Den statsstøttede hjemmehjelpstjenesten er et av de viktigste tiltakene i eldreomsorgen utenfor institusjon. Fram til i dag har vi imidlertid hatt lite systematisk kunnskap om hvordan vekselvirkningen mellom det formelle og uformelle hjelpe-

*) Inntil 1972 hørte også hjemmesykepleietjenesten inn under hjelpeordningenes område. Hvorfor disse ble skilt ut og knyttet til helsetjenesten generelt, kommer vi nærmere inn på seinere.

apparatet virker inn på familiens organisering av hjelp til sine avhengige eldre slektninger. Vi vet også lite om hvordan de hjelpetrengende selv opplever å komme i avhengighetsforhold både til offentlig og privat omsorg.

Hjemmehjelpstjenesten er et samspill mellom staten, familien og klientene. Som Moroney peiker på er det viktig å skille mellom familiens motiv for å søke statlig støtte og statens hensikt med å støtte familien. (Moroney, 1976) I tillegg må en også vurdere mottakernes motiv for å søke statlig hjelp.

I det følgende skal vi ta for oss hjelpeordningene for hjemmene, og i særdeleshet hjemmehjelpstjenesten. Vi skal belyse de intensjonene staten legger i tiltaket og vurdere forholdet mellom idealer og realiteter.

1.3. Karakteristika ved hjelpeordningene for hjemmene

Som et sosialpolitisk tiltak skiller hjelpeordningene seg ut fra andre offentlige omsorgstjenester. Hjelpeordningene plasserer seg i skjæringsfeltet mellom den offentlige og private sfære. Ved at den offentlig ansatte hjemmehjelper arbeider i den enkelte klients hjem blir privathjemmet møtestedet mellom det formelle og det uformelle hjelpesystem. Hjelpen som hjemmehjelperen yter er ikke-profesjonell og ufaglært og er blant de mest etterspurte tjenester som sosialkontoret administrerer. Den er også mer etterspurt enn de profesjonaliserte hjemmesykepleietjenester. (Wærness, 1982)

Husmorvikarvirksomheten er spesielt innrettet på barnefamilier der husmoren midlertidig ikke kan, på grunn av sykdom, fødsel el.l. utføre det daglige stellet av husholdningen. Mens hjemmehjelpstjenesten har vokst raskt de seinere år, har husmorvikarvirksomheten holdt seg temmelig konstant i samme periode. (Wærness, 1982) Dette antar vi først og fremst henger sammen med demografiske endringer slik som synkende barnetall og økende antall eldre i befolkningen.

Hjemmehjelpstjenestens skjæringsfelt er ikke bare mellom det offentlige og det private, men tjenesten som sådan kan også sies å være et tiltak som ligger i grenselandet mellom familie- og sosialpolitikk. Den er familiepolitisk fordi hjemmehjelp har stor betydning for klientens familie og for forholdet mellom klient og familie. Det sosialpolitiske innslaget i hjemmehjelpstjenesten ligger i at samfunnet yter hjelp til den som ikke klarer seg selv.

Hjemmehjelpstjenesten er videre en "kvinne"-tjeneste fordi hjemmehjelperne er kvinner og den overveiende del av mottakerne er kvinner (se side 1). Forholdet mellom yter og mottaker er derfor som oftest en kvinne-til-kvinne relasjon. Derfor må vi forstå samhandlingen mellom klient og hjemmehjelper i lys av kvinners forhold i samfunnet generelt.

1.4. Hjemmehjelpstjenesten som inntak til en analyse av omsorgen i nærmiljøet

De særegne karakteristika ved hjemmehjelpstjenesten legger grobunnen til en forståelse av hvordan det offentlige tenker seg en ansvars- og arbeidsfordeling mellom stat og familie i arbeidet med å dekke hjemmeboende avhengige eldres behov for hjelp og stell. Hjemmehjelpstjenestens formål er blant annet å være et institusjonsutsettende tiltak. Og det er samspillet mellom klientene, deres familie og hjemmehjelperne som danner plattformen for den buffersonen mellom hjem og institusjon som tiltaket skal skape.

I den siste stortingsmeldingen om hjemmehjelpstjenesten (St.m. 120, 1980-81) ble det uttrykt ønske om at tjenesten skulle legge forholdene til rette for nyttiggjøring av uformelle hjelperessurser. En slik sosialpolitisk målsetting defineres av Beckman som en amatørisering av omsorgen. (Beckman, 1981) Med dette mener han at virksomhetene tas bort fra arbeidsmarkedet og at en ikke stiller spesielle utdanningskrav til omsorgsyterne. (ibid.) En antar at omsorg ytt av et nært familiemedlem er mer preget av varme og nærhet

enn omsorg ytt fra profesjonelle omsorgsarbeidere. Uansett om en slik ideologisk holdning er resultat av knappe økonomiske tider eller ikke, berører den viktige moralske og kulturelle prinsipper sett fra klientenes side. Å bli nødt til å ta imot hjelp fra familien fordi en ikke har noen andre, betyr samtidig at en synliggjør sin hjelpeløshet overfor familie og nettverk. En slik åpen kommunisering av avhengighet vil også endre den eldres rolle i familienettverket. For mange er denne rolleforandringen fra å ha vært et selvstendig menneske til å bli avhengig av hjelp så vanskelig at de heller foretrekker å holde sin hjelpeløshet skjult. Dessuten har alle en særegen familiehistorie på godt og vondt bak seg, og det er på sin plass å spørre om en skal være nødt til å bli avhengig av familiens hjelp når en kanskje har levd på kant med sin familie i store deler av sitt voksne liv.

Den uformelle familieomsorgen og dens betydning for den hjelp-trengende har lenge vært et mørkelagt felt i sosialpolitiske diskusjoner. Derfor blir en problematiserende og kritisk diskusjon spesielt viktig i en tid hvor det i økende grad satses på uformell familieomsorg.

Ved å analysere hjemmehjelpstjenestens forbrukergruppe og dens forhold til nettverk og familie vil vi problematisere den hjelp-trengendes rolle i familienettverket. Når man blir det offentlige hjelpeapparatets klient medfører dette ofte konflikter i forhold til egne og samfunnets normer og verdier for uavhengighet. Men hvilke normative og moralske konflikter medfører det å bli sin egen families "klient"? Rokker dette også ved internaliserte normer for personlig uavhengighetsstatus?

En studie av realitetene i nærmiljøomsorgen og hvordan den oppleves av mottakerne og de uformelle hjelperne slik de kommer fram i hjemmehjelpstjenesten, kan være et bidrag til mer systematisk viten om eldre avhengiges forhold til offentlig og privat hjelp.

1.5. Presisering av problemstilling

De sentrale spørsmål i oppgaven er følgende:

- 1) Hvilke hensikter ble tillagt hjelpeordningene for hjemmene fra myndighetenes side? Og hvorfor ble særlig hjemmehjelpstjenesten så populær?
- 2) Hvilke virkninger har hjemmehjelpstjenesten for mottakerne og deres familie?

På den ene siden vil vi se på hvilken familiemodell staten har basert seg på i etableringen av hjelpeordningene. På den andre siden vil vi belyse samspillet mellom mottakerne og deres familie versus den offentlige hjemmehjelpstjenesten.

1.6. Presentasjonsform

Opgaven består av to hoveddeler. Den første delen representerer en analyse av stortingsmeldinger, proposisjoner og innstillinger til Stortinget som alle har hatt hjelpeordningene i hjemmene som tema. Vi har også tatt med plenumsdebattene som ble ført i Stortinget med disse dokumentene som utgangspunkt. Dokumentanalysen er avgrenset til perioden 1958-1980 med en særlig vektlegging på 70-årene da utviklingen av hjelpeordningene kom for fullt.

Hensikten med oppgavens første del er å klargjøre de hensiktene myndighetene hadde med hjelpeordningene. Med dette mener vi at vi vil være observante på hvilke forhold en mente tiltaket skulle virke i. Nærmere bestemt betyr det at vi søker å utkrystallisere myndighetenes familiemodell, og hvordan denne har påvirket tankegangen omkring arbeids- og ansvarsfordelingen mellom staten og familien i omsorgen for hjemmeboende eldre.

Etter å ha klargjort statens intensjoner med hjemmehjelpstjenesten og familiemodellen som knyttes til denne, går vi over til en empirisk analyse av hjemmehjelpstjenestens klienter og deres forhold til offentlig og privat avhengighet. I denne analysen fra Landås Sosialdistrikt i Bergen vil vi også komme inn på pårørendes forhold til hjemmehjelpstjenesten. Avslutningsvis diskuterer vi vekselvirkningen mellom hjemmehjelpstjenesten, klientene og deres familie.

DEL I DOKUMENTANALYSE

2.1. Hva kan stortingsdokumenter si oss?

Stortinget er formelt sett vårt høyeste avgjørende politiske organ, og hva som kommer opp på den politiske dagsorden der, er et spørsmål om makt i seg selv. (Bachrach og Baratz, 1962) Når vi har valgt å konsentrere oss om synspunkter, vurderinger og beslutninger i det politisk-konstitusjonelle systemet, er det fordi det er her hjelpeordningene har fått sin prinsipielle utforming, både økonomisk, organisatorisk og administrativt. Hva som er tatt opp eller ikke, sier oss noe om hvordan verdiprioriteringer har vært foretatt i utviklingen av hjelpeordningene. Hvilke problemer er synliggjorte og hvilke er det ikke?

Vi antar det finnes en ideologi bak hjelpeordningenes utbygging. Denne prøver vi å kartlegge ved å analysere beslutninger og de prosesser som ligger bak dem. Avgjørelser fattet på stortings- og/eller departementsnivå fører ofte med seg at kommuner pålegges å følge opp disse. Mellom annet er det en vanlig praksis at bevilgninger fra stat til kommune øremerkes spesielle formål slik at staten sikres en viss innsats for å realisere vedtatte mål. På sin side skal dette gi utslag i at den enkelte kvinne og mann skal kunne få offentlig hjelp til å løse problemer de av ulike årsaker ikke kan takle selv. Prosessen er ikke fullt så enkel som framstilt her, men skissemessig skulle den holde for vårt formål.

Nå er vi klare over at en fokusering på det konstitusjonelle systemet utelukker kanskje mange viktige synspunkter som kan ha hatt innflytelse på hjelpeordningenes utforming. Likevel regner vi med at når vi følger stortingets debatter i plenum skulle ulike syn på hjelpeordningenes mål og midler komme til uttrykk. I disse diskusjonene vil det også være interessant å se om der vil forekomme ulike vurderinger mellom kvinner og menn i de standpunkter som fremmes.

Fordi vi er opptatte av ansvars- og omsorgsfordelingen mellom stat og familie i arbeidet for ikke-selvhjulpne eldre, er det også av interesse å se i hvilken grad en har vært oppmerksom på at det er kvinner en egentlig snakker om når en bruker ord som 'pårørende' og 'familien' og 'det uformelle nettverk'. Derfor står begrepet 'synlighet' sentralt i dokumentanalysen.

2.2. Kort historikk

De humanitære, frivillige kvinneorganisasjonene hadde allerede før krigen tatt opp spørsmålet om å organisere statlig hjelp til familier hvor husmoren var syk eller av andre grunner ikke lenger kunne ivareta hus- og omsorgsarbeidet i familien. I de tidlige etterkrigsår bar deres innsats frukter ved at en komité som skulle utrede mulighetene for en statlig støttet husmorvikarvirksomhet, ble opprettet i 1947. Hvorfor kravet om statlig betalt hjelp til hjemmene kom akkurat i dette tidsrommet, har vi ingen eksakt viten om. Vi har likevel gjort oss opp endel antakelser om hva dette kan skyldes.

I motsetning til tredveårenes dårlige økonomiske konjunkturer med stor arbeidsledighet i befolkningen, var etterkrigstida preget av en optimistisk tro på full sysselsetting og kontinuerlig industriell og økonomisk utvikling. I 1920- og -30 årene endret folks livsform og livssituasjon seg slik at vi fikk en nedgang både i spebarns- og ungdomsdødelighet. Prevensjon gjorde det mulig å begrense barneproduksjonen, og det enkelte barn fikk økte muligheter for en trygg og materielt bedre oppvekst. (Voje, 1981) På et par generasjoner skiftet

normalfamilien fra å ha fem til to-tre barn, og familier med ett barn var ikke lenger noen merkverdighet. Ektepar skaffet seg relativt raskt det ønskede antall barn, og vi fikk også flere ektepar som forble barnløse (Voje, 1981) Omvendt av tredveårenes barnebegrensning, kom etterkrigstiden med sin "baby-boom". De bedrede økonomiske forholdene førte til at flere fikk råd til å gifte seg tidligere i livssyklusen. Flere giftemål blant de yngre aldersklassene betydde samtidig at familier med ugifte døtre i husholdet ble færre, og at de derved mistet en verdifull arbeidskraft i hus- og omsorgsarbeidet. Hjemmeboende voksne døtre har tradisjonelt vært en viktig ressurs i familiens pleie- og omsorgsarbeid for sine eldre, sosialt avhengige medlemmer.*)

For å kunne klare seg økonomisk, måtte arbeiderklassefamiliene ofte basere seg på at både kone og mann hadde inntektsgivende arbeid i den grad dette var mulig. Arbeiderbevegelsens forsørgerbevisste²⁾ kamp resulterte etterhvert i bedre lønninger og flere samfunnsmessige goder for den enkelte forsørger, som igjen la et sikrere økonomisk grunnlag for arbeiderfamiliene. Den borgerlige familieorganisering med hjemmeværende kone ble et forbilde for mange arbeidere, og med en høyere økonomisk og sosial levestandard, kunne flere arbeiderkoner slippe å være dobbeltarbeidende med et slitsomt, monotont yrkesarbeid i tillegg til hovedansvar for hus- og omsorgsarbeidet hjemme. For mange mannlige arbeidere ble det dessuten en status å ha råd til å ha kona hjemme.

Arbeiderklassens kvinner hadde i flere generasjoner vært tjenerskap i de borgerlige familier hvor de hadde lange arbeidsdager, lusne lønninger og ofte grimme arbeidsforhold. (Sverdrup Lunden, 1978) Industrialiseringens fremvekst ga disse kvinnene muligheter til tidsregulert arbeid, mer fritid og bedre lønn. Hushjelpinstitusjonen krympet sakte inn, blant annet som følge av at kvinner som tidligere var rekrut-

*) I 1930 levde 16% av alle kvinner over 15 år av å være "hjemmeværende barn med husarbeid". I 1970 var denne prosentandelen gått ned til 1%.
(Historisk statistikk, 1978, Tab. 6)

teringsgrunnlaget for borgerstandens tjenerskap nå hadde både råd til å gifte seg tidligere og anledning til å velge å være hjemme sammen med sine barn.³⁾

Den økte levestandard som ble utviklet i etterkrigstiden førte med seg grunnleggende endringer for familiemønsteret. Synkende ekteskapsalder, flere ekteskap og "baby-boom" betydde færre ressurser for mange familiehushold. Familier mistet arbeidskraften som de ugifte døtrene tidligere bidro med, og borgerlige familier mistet i stor grad sitt tjenerskap. Vi kan tenke oss at de ovenfor skisserte forhold ga grobunn for "erstatningskrav" som statlig institusjonalisering av husmorvikarvirksomheten var et svar på.

Dette offentlige hjelpetiltaket skulle fortrinnsvis hjelpe barnefamilier i perioder hvor husmoren var syk eller av andre grunner ikke kunne ivareta hus- og omsorgsarbeidet. Statstilskott til husmorvikarvirksomheten ble vedtatt av Stortinget og gjort gjeldende fra budsjettåret 1948-49. (Brevik, 1978) Tiltaket sorterte inn under Sosialdepartementet fram til 1956 da det ble overført til Departementet for familie- og forbrukersaker. Et par år senere ble spørsmålet om lovgivning for kommunale husmorvikarer behandlet, og utsatt, og har siden ikke vært tatt opp. (Op.cit.)

I 1953 ble det nedsatt en komité for å utrede spørsmålet om hjemmesykepleie. Da innstillingen kom tre år senere, foreslo den at en hjemmesykepleieordning, som bygde på husmorvikarordningen og på de institusjoner som drev hjemmesykepleie, burde gjennomføres. Fastlagte retningslinjer kom i 1959, og ordningene fikk betegnelsen "Husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie". (Op.cit.)

2.3. Det offentlige sykehusvesen⁴⁾

Med forbedrede levekår fulgte også en høyere levealder. Medisinens framskritt ufarliggjorde flere tidligere dødelige sykdommer. Selv om dette ikke betydde at pasientene ble fullt ut friske og førlige igjen, kunne mange leve videre med sine

sykdommer. Forutsatt at de fikk forskjellige former for hjelp, enten fra det offentlige helse- og sosialvesen eller/og fra sin familie. Offentlige sykehus ble bygget i pakt med mer moderne og bedre helsemessige standarder for sanitære og hygieniske forhold. Derfor økte tilliten til statlige sykehus blant befolkningen. Tidligere hadde den stilt seg skeptisk til offentlig sykehusvesen fordi hygieniske og sanitære forhold innenfor institusjonsveggene ofte hadde være mer smittfarlige enn forholdene utenfor. (Berg, 1973) Almen aksept i det norske folket fikk først sykehusene et stykke ut i 50-årene. Da var de dessuten gratis og tilgjengelig for alle. (Op.cit.)

Urbaniseringen tiltok utover i femti-årene, og folk søkte seg fra utkantstrøkene inn til byer og tettsteder. Det var særlig yngre familier som var på flyttefot. Mer tilårskomne folk ble igjen i utkantstrøkene. (Brox, 1966) Sykehus er og har gjennom tidene vært primært et byfenomen. Vi kan derfor tenke oss at økt innbyggertall i byene medførte større behov for sykehusene. Vi antar at bedre sykehus, utbredt aksept av dem blant folk sammen med voksende urbaniseringsgrad, forårsaket økt press på sykehusene.

I stortingsproposisjonen om statstilskott til hjemmehjelp som kom i 1958, var kjerneproblemet å få gjort noe med sykehusenes situasjon. Det ble meldt om lange ventelister og en presset situasjon. Hjemmehjelpsordningen skulle bl.a. være et avlastningstiltak for sykehusene. Enigheten om riktigheten i en slik tanke, var så grunnleggende at det ble ingen diskusjon i Stortinget om hvorvidt en skulle støtte hjemmehjelpsvirksomhet i statlig regi eller ikke. Debatten dreide seg mer om hvordan ordningene skulle finansieres, administreres, hvilke kvalifikasjoner de ansatte skulle ha og hvilke organer som skulle forvalte arbeidet. Hjelpen måtte være medisinsk forsvarlig og under statlig styring.

2.4. De frivillige, humanitære kvinneorganisasjonene

Tradisjonelt har frivillige, humanitære kvinneorganisasjoner ytt hjelp til vanskeligstilte familier. Motivene bak hjelpen har variert, men det viktige i denne sammenheng er at pleie av hjemmeboende syke i stor utstrekning har vært ivaretatt av organisasjonenes pleiersker. (Seip, 1981) Hjemmesykepleie har lange historiske tradisjoner, og lenge ble sykepleiere primært utdannet for å arbeide i hjemmene. (Martinsen og Wærness, 1979). Derfor hadde flere av de frivillige, humanitære kvinneorganisasjonene et godt utbygd hjelpeapparat med lang erfaring og et trent personell på det tidspunkt staten fattet interesse for hjelpeordningene til hjemmene. De var altså i besittelse av ressurser som myndighetene fattet interesse for.

Organisasjonene på sin side manglet økonomiske midler, og ved at Staten ville bevilge penger til deres virksomhet, ble flere fluer slått i ett smekk. For det første fikk det offentlige, ved å yte betaling for arbeidet etter faste takster, sine egne retningslinjer gjennomført. For det andre fikk de tilgang på et velorganisert apparat som en ventet at kommunene skulle utnytte best mulig. Helst gjennom å opprette avtaler med de forskjellige organisasjonene. Statlig styring og medisinsk forsvarlighet skulle gjennomføres under ledelse av et samarbeidsorgan hvor bl.a. offentlige leger og sykehusadministrasjon skulle være representert. Disses faglige kvalifikasjoner var i utgangspunktet sikret, men det øvrige personellet som skulle jobbe i "felten" manglet i stor grad en ønsket faglig teoretisk bakgrunn.

Statens Husmorvikarråd mente at manglende utdanning hos personalet var et problem man kunne løse ved å knytte større statstilskudd til utdannede husmorvikarer enn til ufaglærte. Det ville presse kommunen til å få utdannet personalet. Men behovet for hjelp til hjemmene var for stort til at en kunne legge for strenge kriterier til grunn for ansettelse. I stedet ble de generelle statlige tilskottene forhøyet for å stimulere kommunene til å øke utbyggingen av hjelpeordningene for hjemmet. På denne måten håpet Stortinget at sykehusene skulle få den avlastning de trengte. I disse årene var hjelpen først

og fremst myntet på pasienter som ble utskrevet fra sykehuset uten å være selvhjulpne. Det var en slik avlastningsordning sykehusene hadde uttrykt behov for. Pleiens nødvendighet måtte bevitnes og være under tilsyn av lege.

Helsedirektøren bekymret seg for sykehusenes press-problemer, og mente at hjemmene var blitt for snare til å sende sine syke til sykehus. Mange av de som opptok senger i institusjon kunne ha blitt liggende hjemme, men fordi staten overtok de økonomiske utgiftene ved sykehusinnleggelse, ble hjemmene spart for store pengesummer. Han mente at boligforholdene satte grenser for mulighetene til å kunne ha syke i hjemmet, og uttalte

"Med det mentale og fysiske press mange mennesker arbeider under bør hjemmet være det sted hvor de kan hvile ut og slappe av uten å ha bekymringene for nær inn på seg, og også rent mentalhygieniske hensyn setter derfor snevre grenser for hva et hjem bør påta seg av sykepleie. Den finansieringsordning som finnes bør også stimulere til videre utvikling av de enklere sykehustyper for slike pasienter."

(St.prp. 1, tillegg 15, 1958)

2.5. Personalproblemer

Et par år etter, da bevilgningene hadde begynt å gjøre sin virkning rundt om i kommunene, kom rapporter om at mange av organisasjonene fant det vanskelig å stille sine sykepleiere til rådighet for kommunen. St.m. 88 (1961-62) meldte dessuten om problemer med å få rekruttert det ønskede personalet til hjelpeordningene. Helsedirektoratets kvalifikasjonskrav var vanskelig å innfri hvis umiddelbare personalbehov skulle dekkes. Selv med liberale adgangsregler var utdanningskursene ikke ettertraktede. Og blant husmorvikarer generelt var frafallet økende, og paradoksalt nok særlig stort blant dem som hadde gjennomgått kurset.

Ved siden av hjelpeordningenes samfunnsøkonomiske lønnsomhet, opptok problemene med personalrekruttering de folkevalgte mest. Hvordan skulle de få kvinner til å gå inn i dette yrket?

Hovedmassen blant søkerne var "kvinner i satt alder". Og, som en stortingskvinne sa, var det ikke lett for disse å reise hjemmefra i utdanningsøyemed.*) (Stortingstidende, 1962-63, s. 397). Men, mente en av de mannlige representantene, en kunne knytte pensjonsrettigheter og yrkesstolthet til arbeidet for å tiltrekke "eldre husmødre og enker som kan gjøre en mindre innsats ved siden av sitt eget husstell". (Ibid.)

Rekrutteringsproblemene ble likevel ingen hindring for at kommunene skulle få de økte tilskottene som var foreslått. Hovedsiden ved tiltaket var at statlig hjelp til hjemmene var et billig og bra sosialpolitisk tilbud som samfunnet burde satse på. På tross av eksisterende personalvansker ble det foreslått å utvide hjelpeordningene med en ny yrkesgruppe - hjemmehjelperne. Dette skulle spesielt være et tiltak for eldre.

2.6 Befolkningsprøgnoser og profesjonsinteresser

Hjemmehjelpstilbudet ble fulgt opp 4-5 år seinere i St.m. 59 (1967-68). Samtidig meldte de statistiske befolkningsprøgnosene sin ankomst for fullt. Erkjennelse om at endringene i den demografiske profilen i befolkningen ville skape økte og andre behov, begynte å spre seg. Økonomiske kalkyler viste at en institusjonsplass i 1968-69 var åtte ganger dyrere enn hva hjemmehjelp i 4-6 timer pr. uke ville koste. Hjemmehjelp var allerede på dette tidspunktet blitt et ledd i den kommunale sosialomsorgen. Sosialkomitéen presiserte at den skulle fange opp både eldre og uføre. Administrativt skulle ordningen legges inn under sosialstyret, og det kom signaler om at alle typer hjelpeordninger for hjemmet burde få en felles administrasjon. Som vi seinere kommer inn på, viste det seg at denne idéen ikke var forenlig med motstridende profesjonsinteresser.

*) Det fantes bare én skole som utdannet husmorvikarer, og den lå på Voss.

Befolkningsprognosene viste svart på hvitt nødvendigheten av å forsere utviklingen av hjelpeordningene, både fordi det ville være økonomisk mer lønnsomt enn institusjonsomsorg og fordi økende behov krevde større innsats. Sykepleiere var en knapp ressurs, og fordi de var få og etterspørselen etter dem var stor, fikk de en nøkkelposisjon i omsorgen utenfor institusjon. Profesjonskrav ble argumentert fram ved hjelp av argumenter som "medisinsk forsvarlighet" og "sikring av det faglige nivå". Sykepleierne mente at den foreslåtte fellesadministrasjon burde bli ledet av en offentlig godkjent sykepleier, at at hjelpeordningene (særlig hjemmesykepleien) burde knyttes nærmere til det offentlige helse- og sosialtjenesten slik at arbeidet kunne bli mer faglig attråverdig for utdannede sykepleiere.

Stortingsmeldingen tok opp hjemmehjelpernes deltids-status som et problem. Sosialdepartementet foreslo et statstilskott på kr 5.000,- pr. år knyttet til heltidsansatte, men ikke til deltidshjelpere. Framlegget fikk liten positiv respons, kanskje fordi en ante at nettopp deltiden var grunnen til at den foretrukne gruppen, de litt eldre husmødrene, søkte yrket. Både befolkningsprognosenes klare tale og sykehusenes pågang for å få avlastning, gjorde det politisk og samfunnsøkonomisk vanskelig å stå fast på departementets forslag. I stedet fikk en generell statlig refusjonsordning på 35% oppslutning, og det ble antatt at dette ville få fortgang i utbyggingen av hjelpeordningene.

2.7. Hvordan drive "god butikk" på en medisinsk og faglig forsvarlig måte?

Kvinnens forpliktelser i hjem og familie ble hovedsakelig tatt opp i den grad de skapte vansker for personalrekrutteringen. I stortingsdebatten om St.m. 59 (1967-68) var det ikke størrelsen på pengebevilgningene som skapte hodebry for de folkevalgte, men det var spørsmålet om hvordan en skulle få fatt i folk (husmødre) som både var villig til å ta utdanning og være stabile i jobben etterpå. Omsorgsapparatet som

var under utbygging måtte sikres et visst "medisinsk og faglig forsvarlig" nivå. Og selv om Halvdan Hegtun syntes det var gledelig at husmødrene søkte disse jobbene, at de var stabile og "lettere lot seg bruke til deltidsarbeid", delte han ikke denne glede med sin kvinnelige kollega Borghild Bondevik Haga (Stortingstidende, 1968-69, s. 1466). Hun så seg tvertimot arg på det paradoksale i at husmoryrket skulle vurderes så høyt at betaling ikke kunne nevnes. Men når arbeidet kom på det offentlige markedet fikk det elendig økonomisk uttelling. (Ibid.) En annen stortingskvinne hevdet dessuten at kvinner som levde i kommuner der det var gode arbeidstilbud for kvinner, ikke ville søke jobb som hjemmehjelper. Arbeidet var hårdt, fysisk og psykisk, og det måtte en sterk person til. Derfor velger kvinner andre bedre betalte arbeidsplasser, mente hun. (Ibid.)

I fokus sto avlastningsbehovet både til de primære og de sekundære medisinske institusjonene. Helse- og sosialpolitiske målsettinger fordret en viss kvalitetsmessig standard og forsvarlighet i pleie- og behandlingstiltakene utenfor institusjon. Bl.a. derfor var utdanningsspørsmålet sett på som kortet som skulle få kabalen til å gå opp. Utdanningen angikk primært hjemmesykepleien og husmorvikarvirksomheten. Til tross for grunnleggende enighet om at hjemmehjelpsordningen var "en mor i nøden" og "en god butikk" for samfunnet, ble et forslag om å bevilge 1 mill. kroner til kommunalt hjemmehjelpsarbeid nedstemt. Derimot fikk bevilgningsforslaget på 3.5 mill. kroner til hjemmesykepleie og husmorvikarvirksomhet flertall.

2.8. Ideologien endres

St.m. 59 (1967-68) sådde spiren til den ideologiske endringen som seinere kom for full tyngde. Det var på dette tidspunkt de eldres individuelle velferd kom inn som et moment i diskusjonene. En mente at det skulle være et offentlig ansvar at eldre som ikke lenger var selvhjulpne skulle kunne forbli i sine vante omgivelser. Institusjonene som fram til slutten

av 60-årene hadde vært et hovedelement i offentlig eldreomsorg, ble møtt med økende skepsis fra flere hold. Massemedia brakte "elendighetsreportasjer" fra institusjonene for eldre. Samfunnsforskere stilte spørsmålstegn ved samfunnsutviklingens innvirkning på nettverk og familiestruktur, og institusjonalisering av eldre ble assosiert med familiens tilkortkommenhet overfor sine egne i et urbanisert og sentralisert samfunn. Under disse omstendighetene fikk hjelpeordningene entusiastisk støtte både blant politikere, fagfolk og i befolkningen. Derfor kan vi lett forestille oss at kvinnes kritiske røster og engstelse for at det hele skulle baseres for mye på kvinners offervilje og innsats overfor familiens avhengige, ble møtt med liten forståelse. Og de få kvinnelige stortingsrepresentantene som formulerte sine innvendinger høyt, fikk da heller ingen positiv respons på sine innlegg. (Stortingstidende, 1968-69)

Et gjentatt argument for å satse på hjelpeordningene var at de eldre ville bli i stand til å betale for tjenester de mottok etterhvert som folketrygden ble utbygd. Det ble understreket at dette var en økonomisk viktig side ved hjelpeordningene. I begeistringen over hjelpeordningenes økonomiske rimelighet og popularitet foreslo en at også andre omsorgstrequende grupper, slik som f.eks. yngre funksjonshemmede, burde innlemmes i hjelpeordningene.

2.9 Avlastningsprinsippet tøyes

St.m. 85 (1970-71), "Om helsetjenesten utenfor institusjon" brakte ingen direkte nye momenter inn i debatten. Sykehjemmenes behov for avlastning sto fortsatt sentralt. Fortsatt var det slik at mangelen på personale og konsekvensene av dette ble sett på som en av de vesentligste hindringene for å få realisert målsettingene. En bekymret seg over at det fantes så mange utdannede sykepleiere ute av arbeidsmarkedet, og en ville forsøke å engasjere disse bl.a. i hjemmesykepleien.

Innstillingen som kom fra Sosialkomiteen på grunnlag av meldingen (St.innst. 236, 1972-73) understrekte nok engang hjemmesykepleiens viktige betydning for å gjøre hjelpeordningene til et faglig medisinsk forsvarlig tiltak. Å bygge ut hjemmesykepleien ble derfor gitt høyeste prioritet. Innstillingen definerte også hjemmehjelpstjenesten ut av tilbudene som hørte inn under "Helsetjenesten utenfor institusjon".

Utdefineringen av hjemmehjelpstjenesten fra helsetjenesten kan forstås på flere måter. Men i denne sammenhengen var det relativt tydelig at en søkte å øke sykepleiernes prestisje ved å knytte dem til det medisinske arbeidet som har høyere status enn sosial arbeid. Ved denne prestisjeøkningen håpet man samtidig å tiltrekke seg flere utdannede sykepleiere.⁵⁾

Finansieringsforslaget fra Sosialdepartementet gikk inn for at hjemmehjelperes og andres yrkesgruppers lønnsutgifter bare skulle dekkes på samme måte som hjemmesykepleiens "i den utstrekning deres arbeid er en forutsetning (vår uth.) for at hjemmesykepleien skal fungere effektivt". (St.innst. 236, 1972-73) Forslaget viser klart at det var det medisinske arbeidet som sto i fokus, - hvilket kan forklares ut fra at det var institusjonene som skulle avlastes. Det var pasientene som trengte omsorg og pleie på et lavere omsorgsnivå som skulle utskrives for å lette presset på institusjonene. Og man trengte utdannede sykepleiere for å gjøre en flytting av pasienter mulig og forsvarlig.

Debattene hadde stort sett dreid seg om pasienter som allerede var kommet på sykehus. Først i 1972-73 kom tankene om hvordan en kunne unngå at folk ble innlagt på institusjon. LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) ble introdusert. I stortingsdebatten om St.m. 85 "Om helsetjenesten utenfor institusjon" ble det mellom annet hevdet at det ikke bare var eldre, uføre og funksjonshemmede som kunne få hjelp hjemme, men også åndssvake kunne behandles i egne hjem hvor behandlingen ble billigere. (Stortingstidende, 1972-73,

s. 3017) Forslaget fikk støtte, og en annen stortingsrepresentant tok til ordet for at både (vår uth.) funksjonshemmede og åndssvake kunne føres tilbake til sine miljøer dersom det var fagpersonale som kunne hjelpe dem til å forbli der (vår uth.). (Ibid.) Tanken om å sette de omsorgstrengendes hjem i fokus som behandlingssted kom av flere grunner på dette tidspunktet. Behandling i hjemmene løste for det første en del av institusjonenes avlastningsproblemer, og for det andre sparte det staten for penger og samtidig oppfylte velferdsstaten sine forpliktelser overfor samfunnets avhengige ved å tilby hjelp til dem hjemme.

2.10. Hjemmenes moralske ansvar

Det var altså nå ikke bare institusjonene som skulle avlastes, men omsorgstrengendes hjem og familie skulle bidra til at innleggelse på institusjon kunne forhindres. Debatten gikk mer over fra å ha vært konsentrert om tiden etter institusjonsopphold til å dreie seg mer om tiden før. Derfor fikk hjemmene og disses moralske ansvar større interesse. Ikke alle folkevalgte var like begeistrete for denne utviklingen bl.a. fordi en bekymret seg for at hjemmene kanskje ikke ville få nok hjelp. En av kvinnene mente at:


"Heimar med moralsk ansvar vil gjerne ha sine hos seg. Jamvel om det både økonomisk og arbeidsmessig kan verte eit tillegg til dagens vanlege børe for dei, vil denne børe vere lettare å bere enn å vite at nokon av deira ligg på framand stad og mistrivst ... Ein må vere sikker på å få hjelp så ikkje heimane går trøtt og kanskje i mange tilfelle tek på seg så store tak-at dei som skal vere hjelpa blir sjuke. Då får samfunnet nye økonomiske byrder."

(Stortingstidende, 1972-73, s. 3052)

Også Kristelig Folkeparti's representant, Odd Holøs, hadde et litt annet perspektiv på hjemmenes funksjon enn det som var vanlig blant representantene. Han holdt et engasjert innlegg om hjemmenes forhold og innsats som vi siterer i sin helhet:

"I lange tider har våre døtre og svigerdøtre fått kastet i fanget den uomgjengelige oppgave som består i å ta hånd om eldre og syke mødre, fedre, sviger-mødre og svigerfedre - onkler og tanter også for den saks skyld. Hvis vi straks skulle ta disse eldre, syke ut av sine leiligheter, sine hus og sine kårstuer og bygge institusjonsvegger rundt dem, ville det bli tale om milliardinvesteringer. Og skulle vi så erstatte våre døtre og svigerdøtre med pleiepersonell, ville vårt 45 milliarder kroners stats- og trygdebudsjett knake i sammenføyningene, og det ganske kraftig. La det være min understreking av at vi i år framover vil være avhengig av de pårørendes ansvar og velvilje, samtidig som vi må se problemene omkring sykehjemssektoren i sammenheng med en lang rekke andre tiltak på helse- og sosialsektoren.

Men vi er underveis, selv om vi har våre bestemte rammer for tempo og muligheter. Inneværende år tas det visst sikte på å bygge snaut 30 sykehjem med ca. 1.300 plasser, og jeg har forstått det slik at det er et siktemål å komme opp i et tall på ca. 2.000 plasser pr. år i de kommende seks - åtte år. Dette vet vi vil frigjøre et større antall sykehus-senger, og det vil lette presset i en rekke unge familier som idag har eldre og syke å ta hånd om, samtidig som de møter barnas krav og har deres tarv å ivareta. Det vil også virke avstressende på landets sosialsjefer, som takket være de pårørendes moralske holdning og offervilje ikke rennes ganske overende. For juridisk sett kan ensønn sette sin syke mor på sosialkontorets trapp i snøføyka og si: Vær så god, her har dere henne, det er deres plikt å ta hånd om henne. - Forsorgslovens bestemmelse om at foreldres og barns forsørgelsesplikt er gjensidig, forsvant som kjent da sosialomsorgsloven kom. Det ansvaret ble overført samfunnet uten at samfunnet hadde det apparat som kan løse oppgaven.



I mellomtiden setter vi vår lit til bl.a. hjemmesykepleieordningen, som mener seg å gjøre krav på hederlig omtale. Og det fortjener den vel også sikkert, til tross for at den forutsetter at døtre og svigerdøtre stadig påtar seg nattevakt fra kl. 17 kveld til kl. 8 morgen. Sosialsjefer og finansrådmenn er lykkelige over refusjonsordningene, men håper dog at ordningen ikke må bli noen sovepute for de makter og myndigheter som har ansvaret for sykehjemsutbyggingen. Jeg vil samtidig understreke komitéens påpeking av ønskeligheten av å høyne refusjonene i husmorvikar- og hjemmehjelpordningene, som er meget viktige komponenter i en effektiv hjemmesykepleie og helsetjeneste.

Et gjentatt argument for hjemmehjelp- og hjemmesykepleieordningen og lignende gode tiltak - som dog også skjuler forsømmelser og uformuenhet i sammenheng med våre institusjonsbehov - er at de fleste mennesker ønsker å være i sitt vanlige miljø så lenge som mulig, også i alderdommen. Vakkert! Og vi nikker megetsigende og bejaende til påstanden og følger opp med restaureringslån i Husbanken, bostøtte, det jeg kaller "suppestasjoner", matombæring og organisert besøksordning."

(Stortingstidende, 1972-73, s. 3054-55)

Holøs' innlegg berørte utformingen av arbeids- og ansvarsfordelingen mellom det formelle og det uformelle hjelpeapparatet. Det var første gang denne problemstillingen kom inn i debatten. Men det fikk ingen gjenklang fra de andre representantene. Diskusjonen om omsorgen utenfor institusjon gikk videre som om Holøs' innlegg ikke var blitt formulert i det hele tatt.

KAP. 3 INSTITUSJONENE SOM MODELL FOR HJELPEORDNINGENE

3.1 Likestilling av pasienter i og utenfor institusjon

Et sentralt utgangspunkt for St.m. 104 (1972-73) "Om hjemmesykepleie" var å likestille pasienter i og utenfor

institusjon. På tross av at hjemmesykepleien var blitt betydelig utbygd og forbedret i løpet av dens virketid, manglet det fremdeles permanente retningslinjer for hjemmesykepleien. I arbeidet med å stake ut disse, kom en formålsdebatt. Det kom klart fram av debatten at hjemmesykepleien ikke bare skulle være et tiltak for utskrevne institusjonspasienter, men fungere både som supplement og alternativ til institusjonsopphold. For å sikre at pasientene virkelig trengte medisinsk pleie, måtte hjemmesykepleie være rekvirert av lege.

Det ble ikke stilt spørsmålstegn ved likestillingen mellom pasienter i og utenfor institusjon da meldingen ble drøftet av sosialkomitéen. I diskusjonen om hvilket kommunalt organ som skulle være mest kompetent til å lede hjemmesykepleien, mente den at sosialstyret med sosialsjefen som administrativ og økonomisk leder skulle være den ansvarlige myndighet. Standpunktet gikk imot sykepleiernes som ville at hjemmesykepleien skulle ledes administrativt av en kvalifisert sykepleier.⁶⁾

En bekymret seg fortsatt over hjemmesykepleiens effektivitet. Sykehusenes pressproblemer fordret at det fantes en effektiv hjemmesykepleie til å avlaste dem. Derfor kastet man blikket på hjemmehjelpstjenesten som en mente var viktig som forutsetning for hjemmesykepleiens effektivitet. Dette var årsaken til at sosialkomitéen ba departementet om å utrede eventuelle konsekvenser av en refusjonssats for hjemmehjelp på høyde med sykepleiens (50%).

En annen viktig side ved komitéinnstillingen var at familieomsorgen for eldre ble tatt opp. Mån erkjente at midlene det offentlige sparte ved å øke innsatsen i nærmiljøomsorgen ofte gikk på bekostning av pårørendes og venners hjelpevillighet til å ta merarbeidet. Selv om komitéen ikke gikk inn for å yte økonomisk bistand til omsorgsyterne, henstilte de til kommunene om å ta hensyn til arbeidstakere som enten ble forhindret eller måtte si opp jobben sin for å ivareta omsorg for familiemedlemmer. Hva kommunene skulle gjøre, ble det ikke sagt noe om. Heller ikke ble det uttrykt bekymring over medisinsk og sosial forsvarlighet i den ulønnede familieomsorgen.

3.2. De frivillige organisasjonene

Mangelen både på personalressurser og på økonomiske midler gjorde sitt til at frivillig, ulønnet omsorgsarbeid i organisasjoner og i familier kom på Stortingets dagsorden i plenumsdebatten over St.m. 104 (1972-73) "Om hjemmesykepleie".

Diskusjonen avspeilte en tvetydig holdning til hjemmesykepleiens sosialpolitiske posisjon. På den ene siden la en vekt på at offentlig hjemmesykepleie overtok det ansvaret hjemmene hadde hatt for pleie av familie og venner. På den andre siden understrekte man at det måtte satses mer på pårørendes hjelperessurser. (Stortingstidende, 1973-74) Pårørende kunne fungere som "amatørterapeuter" som kunne avlaste hjemmesykepleien. Dessuten trengte en "frivillig arbeidskraft til å utføre manuelt og terapeutisk arbeid for pasienten". (op.cit.)

Det dreide seg med andre ord likevel ikke om at hele ansvaret for hjemmeboende pasienters ve og vel var blitt overtatt av det offentlige. Heller var det slik at deler av ansvaret var blitt et offentlig anliggende, mens resten av arbeidet skulle ivaretas av frivillig arbeidskraft. En annen tvetydighet i diskusjonen var at en krevde kompetanse av de offentlige lønnede omsorgsyterne, mens en tilskrev de ufaglærte nok kompetanse til å utføre det arbeidet som den betalte arbeidsstokken ikke gjorde.

Også denne stortingsdebatten kom inn på rekrutteringsproblemet i hjemmesykepleien. I denne sammenheng kom en inn på kvinners forpliktelser overfor familien, og deres problemer med å kunne kombinere hus- og omsorgsarbeid med deltakelse på arbeidsmarkedet. Særlig var det de hjemmeværende sykepleiernes situasjon som opptok en. Skiftordningene på institusjonene ble antatt å være en årsak til at sykepleierne ikke var yrkesaktive. Ut fra dette mente man at hjemmesykepleien ville være et kjærkomment tiltak på arbeidsmarkedet fordi den ga rom for fleksible, individuelle løsninger som deltidsarbeid og enkeltoppdrag. (Stortingstidende, 1973-74) Og hvis

en i tillegg til fleksible løsninger økte yrkets prestisje, kunne man trekke til seg flere sykepleiere. (ibid.)

Å få de frivillige, humanitære organisasjonene inn som en del av det sosialpolitiske terrenget igjen, krevde at en måtte tilpasse disse til den administrative strukturen. Det var også et problem om disse organisasjoners arbeid skulle være refusjonsberettiget eller ikke. Problemet lå i organisasjonenes frie og uavhengige posisjon til staten. Ved å innlemme dem i velferdsstatens område antok en imidlertid at en kunne styre disse inn på felter der staten trengte innsats. En medfinansiering av organisasjonenes budsjetter kunne føre til styringsmuligheter for staten. Uenigheten om organisasjonenes rolle førte til en kompromissløsning der det ble opp til de enkelte kommunene å avgjøre om de frivillige, humanitære organisasjonene skulle regnes som en del av kommunens helse- og sosialtjeneste eller ikke. Dersom de skulle innlemmes i helse- og sosialtjenesten utenfor institusjon, var de berettiget til statstilskott.

Stortingsrepresentantene viste liten interesse for å ta opp sosialkomitéens bemerkninger om pårørendes innsats i omsorgen for de uavhengige. De mente at eventuelle økonomiske ytelser til pårørende var irrelevant i forhold til utbyggingen av de offentlige hjelpeordningene.

Den manglende interesse som stortingsrepresentantene viste for en grunnleggende diskusjon om forholdet mellom offentlig og privat omsorg, kan nok delvis skyldes det private omsorgsarbeidets usynlighet i samfunnssammenheng. På den annen side er det verdt å merke seg at det ble skilt mellom medisinsk ansvar for hjemmeboende eldre og sosialt omsorgsarbeid for samme gruppe. Selv om en var klar over den uformelle omsorgens betydning for hjelpeordningenes virksomhet, var det de helsepolitiske målsettingene som fikk mest oppmerksomhet.

3.3. Stortingskvinnenes skepsis

I motsetning til kvinnene var mennene lite engasjerte i diskusjonen om hjemmenes forhold til hjelpeordningenes arbeid. En av de få mennene som i det hele tatt kom inn på hjemmenes forhold, forklarte sin tilslutning til hjemmesykepleien slik:

"I dag har denne grannhjelpa (dvs. hjelp som ble ytt av naboer uten at det ble betalt for det) kome meir bort. og ved sjukdom kan det derfor bli hardt for ein familie å greie alt sjukestellet aleine. Mange familiar lyt derfor sende sjuke folk bort til institusjonar fordi dei ikkje sjøl maktar å ta på seg alt pleiearbeidet heime. For slike huslydar vil heimesjukepleieordninga vere ei god hjelp som virkelig monnar. Her får dei fagleg rettleiing til det daglege stellet og hjelp til vaking og anna når det trengs."

(Stortingstidende, 1973-74)

Innleggets underliggende holdning er forsåvidt i pakt med myndighetenes generelle holdning til omsorgen utenfor institusjon. Holdningen gir uttrykk for at hovedansvaret for hjemmeboende eldre avhengige tilhører familien, mens staten er en støttespiller til familieomsorgen.

To kvinner, Hanna Kvanmo fra SV og Astrid Gjertsen fra Høyre, problematiserte hjemmenes forhold fra andre perspektiver enn det som hittil hadde vært vanlig.⁷⁾ Begge så på hjemmeliggende syke som en konfliktskytt belastning for pårørende. De advarte mot at hjemmesykepleie skulle bli det eneste alternativet for familier med syke slektninger. Iveren etter å spare samfunnet for store utgifter måtte ikke føre til at hjemmeforholdene ble uutholdelige for familiens friske, mente de. De kritiserte også den idylliseringen av faktiske forhold som besto av mye slit for kvinnene i familier med pleieansvar for hjemmeliggende syke. (Stortingstidende, 1973-74) Men kvinnenes kritiske innvendinger førte ikke til at meldingens bemerkninger ble endret, og St.m. 104, (1972-94) "Om hjemmesykepleie" fikk enstemmig tilslutning av Stortinget.

Før vi går over til den første samlede framstillingen til Stortinget av eldreomsorgen, skal vi kort oppsummere hjelpe-

ordningenes utvikling hittil. Det viktigste utgangspunktet for hjelpeordningene for hjemmene var at de skulle være et avlastningstiltak for de medisinske institusjonene. Den medisinske fokuseringen førte til hjemmesykepleiens nøkkelposisjon i utviklingen av hjelpeordningene. Hjemmehjelpens funksjon ble primært knyttet til hjemmesykepleiens, slik at denne kunne få økt effektiviteten i sitt arbeid. Sammen med den statlige spareøkonomi la sykepleiernes interesser ledende føringer på utviklingen av hjelpeordningene. Omsorg i institusjon faller dyrere for samfunnet enn omsorg utenfor institusjon. Ved å likestille omsorg i og utenfor institusjon kunne en imidlertid legitimere økende satsing på omsorgen utenfor de tradisjonelle institusjoner. Selv om en var klar over at store deler av omsorgsarbeidet for hjemmeboende eldre ble ivaretatt av familiens kvinner, må en kunne si at hjemmenes forhold og pårørendes betydning for den åpne eldreomsorgen bare var en løpende bisetningsdiskusjon i utredninger og debatter.

3.4. Første samlede framstilling av eldreomsorgen til Stortinget

St.m. 22 (1975-76) representerte den første samlede framstilling av eldreomsorgen til Stortinget. Meldingen, som bar navnet "Om de eldre i samfunnet", tok bl.a. sikte på å sammenfatte tiltak som ville fremme de eldres tilpasning i samfunnet.

Som før sto mangelen på sykehjemsplasser sentralt i meldingen. En la likevel ikke lenger så stor vekt på utbygging av flere institusjoner. I stedet gikk en inn for å dempe etterspørselen etter dem. Dette forsterket tendensen til å konsentrere offentlige tiltak om å forhindre institusjonsinnlegging. Dermed ble nettverk og nærmiljø opp-prioriterte ressurser.

Selv om det allerede en god stund hadde vært viktig å stimulere kommunene til å satse på åpen eldreomsorg i stedet for omsorg i institusjon, hadde en hittil ikke sett på sykehjemmene selv som et sted for forebyggende omsorg. I St.m.

22 (1975-76) gikk en imidlertid inn for at sykehjemmene skulle drive forebyggende eldreomsorg, slik at attføring av pasientene ble en reell mulighet. Etter at sykehjemmet hadde lært opp eldre til å klare seg selv, skulle hjemme-sykepleie og hjemmehjelp bidra til å vedlikeholde mulighetene til å forbli i egne hjem. En antok at sykehjemmenes opplæring til selvhjelp skulle kunne føre til at det ble en raskere gjennomgang av pasienter slik at sengene kunne benyttes av flere.

Effektiviseringen av sykehjemmene skulle ikke bare gå ut på selvhjelpstrening, men også på å oppprioritere dagplasser slik at heldøgns plasser kunne reserveres de aller dårligste. I arbeidet med å få sykehjemmene effektivisert, kom dermed familiene inn som et sentralt element. Fordi, som en sa, skulle ikke eldreomsorgen bare være det offentliges ansvar, men "en utfordring til alle på det personlige plan". (St.m. 22 (1975-76, s. 20) Med et slikt utgangspunkt blir familie og venner den primære velferdsfaktor (vår uth.) for den eldre. I meldingen gjøres en også oppmerksom på at "de som venter at det offentlige skal dekke alle Eldres omsorgs- og servicebehov vil bli skuffet. Det vil derfor bli et økende behov for aktiv innsats fra pårørende, naboer o.l. med sikte på menneskelig og praktisk hjelp. Særlig for pensjonister uten pårørende vil hjelp fra nærmiljøet være en prøve på om folk kjenner sitt medmenneskelige ansvar". (St.m. 22, (1975-76, s. 21)

Dette viser at myndighetene var klare over at en bremsing i institusjonsutbyggingen i en tid med stadig flere eldre i befolkningen, ville påføre det uformelle hjelpesystemet flere og tyngre arbeidsoppgaver. For å støtte familiene i arbeidet med eldre ikke-selvhjulpne, skulle en tilby avlastningsplasser på institusjonene. Dette mente en var nødvendig for å gjøre det praktisk gjennomførbart at en hjemmetilværelse kunne bli et alternativ til institusjon.

St.m. 22 (1975/76) erkjente åpent at det offentlige på langt nær hadde overtatt familieomsorgen. Men man gikk heller ikke inn for å overta større deler av den - i stedet mente man at det burde satses mer på familien i arbeidet for hjemmeboende ikke-selvhjulpne eldre. Så den delvise synliggjøringen av uformell og ulønnet omsorg førte ikke med seg endringer i det offentliges syn på arbeidsfordelingen mellom hjem og stat. Familiens moralske ansvar ble heller enda sterkere understreket, og den politiske tendensen dreide mer i retning av å ruste opp familiene til å drive uformell eldreomsorg i stedet for å videreutvikle det statlige omsorgsapparat. Dette uttrykkes slik:

"Til tross for økt offentlig engasjement i eldreomsorgen viser det seg at det likevel, generelt sett, er familien som i første rekke dekker den eldres hjelpebehov. En vet at dette ansvaret i mange tilfelle kan bli en stor belastning, og det må satses sterkere på tiltak som kan gjøre familien bedre i stand til å ha den som er avhengig av hjelp, i hjemmet. De menneskelige ressurser i pasientens hjemmemiljø blir forøvrig alltid tas i betraktning når en vurderer muligheten for hjelp til hjemmet som alternativ til institusjonsinnleggelse."

(s. 54)

Med andre ord ble det sagt at offentlige tiltak skulle komme inn i bildet hvis eller når familieressursene ikke var tilstrekkelige. Inntil dette ble aktuelt, skulle familiene yte den nødvendige omsorgen. Med hensyn til lønn for omsorgsarbeidet mente departementet at:

"Etter departementets oppfatning kan en ikke gå inn for at slektninger som tar hånd om den eldre skal motta lønn som svarer til det arbeid som utføres, selv om det hevdes at de på den måten sparer samfunnet for kostbar institusjonsplass."

(s. 57)

Dette viser at det egentlig ikke ble sett på som et offentlig anliggende å ta vare på ikke-selvhjulpne eldres behov så lenge det fantes familie. Det ble satset mer på familieressurser i eldreomsorgen utenfor institusjon, samtidig som institusjonene skulle effektivisere behandlingen av pasientene

slik at flere kunne utskrives til nærmiljøet etter kortere liggetid.

3.5. Diskusjon om eldreomsorgsinstitusjonenes behandlings-ideologi

Tidligere var de offentlige sykehjemmene primært beregnet til pleie av kroniske og langvarig syke. De senile skulle pleies på psykiatriske sykehjem.

I St.m. 22 (1975-76) gikk en inn for å endre den opprinnelige målsettingen med sykehjemmene, og tok i stedet sikte på å innføre en overordnet målsetting der pasientene skulle gjenopptrenes slik at en fortsatt hjemmetilværelse kunne bli mulig. Det var daghospitalene som fikk til oppgave å gjennomføre slike treningsopplegg for at folk skulle klare hjemmetilværelsen. De skulle også representere en mellomstasjon for pasienter på vei fra sykehuset og hjem.

Denne endringen i institusjonenes behandlingssideologi fører til en overgang fra hva Wærness kaller en stillstandsomsorg til en resultatorientert omsorg. (Wærness, 1982, s. 33) Stillstandsomsorgen kjennetegnes ved at "omsorgsarbeidet ikke vil føre til at mottakeren blir selvhjulpel eller uavhengig, men den vil ha som mål å opprettholde et visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. Institusjoner for kronisk syke og funksjonshemmede vil være typiske virksomheter for denne type omsorgsarbeid". (ibid.) Den resultatorienterte omsorgen er knyttet til vekst eller resultater. Wærness definerer den ved at "resultatene kan frambringes på kortere eller lengre sikt". Videre har hun en tredje kategori omsorgsarbeid som hun kaller tilbakegangssomsorg. Her vil den typiske omsorgsrelasjon være omsorgen for døende mennesker. (ibid.)

Av disse tre kategoriene for ulikt omsorgsarbeid, er den resultatorienterte omsorgen mest attraktiv for profesjonene i helsetjenesten. Institusjoner som driver resultatorientert omsorg har også høyest prestisje i helsetjenesten. (Wærness,

1982, s. 34) En kan derfor forstå endringen i institusjonenes behandlingsideologi som bl.a. et tiltak for å gjøre eldreomsorgen mer attraktiv for helseprofesjonene. Det viste seg at trass i økningen av antall utdannede som helse- og sosialpersonell, hadde de som søkte seg til eldreomsorgen liten eller ingen utdanning. De utdannede søkte heller jobber knyttet til omsorgen for barn, unge og yngre voksne. (St.m. 22, 1975-76), s. 74) I eldreomsorgen var situasjonen i 1973 slik at 2/3 av pleiepersonalet i aldershjem hadde ingen pleieutdanning og 2/5 av pleiepersonalet i kombinerte alders- og sykehjem manglet utdanning. (ibid.)

Utvalget som hadde vurdert institusjonene i eldreomsorgen (Halsutvalget), gikk inn for at institusjonene skulle drives etter miljøterapeutiske prinsipper. På en slik måte kunne de tillegges flere aktive funksjoner (vår uth.) For å få dette til, mente de at offentlige godkjente sykepleiere burde gi opplæring til det øvrige personell. Sosialkuratorer, psykologer, fysioterapeuter, tannleger, prester m.v. skulle knyttes til institusjonene og delta i interne opplæringsprogram. Arbeids- og lønnsforhold skulle bedres. En antok at man da ville få en bedre kvalitetsmessig og mer effektiv omsorg i institusjonene. (ibid.) Tiltakene tok med andre ord sikte på både omsorgskvalitetsøkning og effektivisering som samlet skulle sørge for at pasientene fortere kunne utskrives selvhjulpne til sine hjem.

3.6. Sosialkomitéens vurdering av St.m. 22 (1975-76), "Om de eldre i samfunnet"

Stortingets sosialkomité videreførte debatten om sykehjemmenes behandlingsideologi. De refererte til Sykehusloven av 1969 som gikk inn for at sykehjemmene skulle være aktive behandlingssteder for alle aldersgrupper (vår uth.), og hvor muligheter til rehabilitering til eget miljø sto sentralt. Selv om en forsto Halsutvalgets innstilling i lys av loven, mente man at sykehjemmenes funksjoner måtte opp til ny vurdering. En mente det var lite realistisk at særlig eldre sykehjemspasienter kunne nyttiggjøre seg aktiv behandling - eller var det medisinsk plate disse trengte. Når vi vet at

heller var det medisinsk pleie disse trengte. Når vi vet at sykehjem skulle være siste utvei etter at alle andre tiltak var utprøvd, må vi regne med at de som fikk plass på sykehjemmene ville være så dårlig at rehabilitering var lite aktuelt. Derfor var komitéens vurdering mer jordnær enn "hjelp-til-selvhjelp"-entusiastenes.

Sosialkomitéen tok også opp ventelistepasientenes situasjon og deres behov for hjelp og støtte. Disse mente en måtte sikres hjemmesykepleie og hjemmehjelp, og blant annet for å imøtekomme disses behov gikk en inn for et forslag om å øke hjemmehjelpstjenestens refusjonsandel fra 35 til 50%. Dermed skulle hjemmesykepleie og hjemmehjelp likestilles økonomisk fra statens side. Samtidig ble forslaget begrunnet ut fra effektivitetshensyn. For "forutsetningen for at man ved aktiv behandling i sykehjem skal kunne skrive ut eldre til egne hjem, er at det medisinske og sosiale hjelpeapparatet utenfor institusjon er tilstrekkelig utbygget". (Stortingsinnstilling 56, 1976-77, s. 14) Det eksisterte med andre ord en ambivalens til sykehjemmenes behandlingssideologi. På den ene siden var det lite realistisk å satse på selvhjelpstrening av sykehjemspasienter. På den andre siden kunne man kanskje få det til ved å bygge ut omsorgen utenfor institusjon. Selv om eldre hjelpetrengende først og fremst skulle sikres mest mulig hjelp hjemme og likevel kunne bli sykehjemspasienter, skulle alt satses på hurtig utskriving. I dette ligger det en skjult forutsetning om at tilgjengelige familieressurser finnes. For hvordan kan en regne med at mennesker som er så dårlige at de er blitt definerte som sykehjemspasienter skal kunne klare seg hjemme aleine etter at hjemmesykepleier og hjemmehjelp er gått? Dette må komitéen ha vært klar over fordi de diskuterte ulike avlastningsordninger for familiene for å bøte på de belastningene uformell eldreomsorg påførte dem.

På det ideologiske plan representerte meldingen en interessant utvikling. De demografiske prognosene om det økende antall eldre i befolkningen kom sterkere inn i debattene. Vi kan dermed tenke oss at framtidsvyene om de kommende års sosiale

og økonomiske konsekvenser av befolkningsutviklingen som nedfelte seg i de folkevalgtes bevissthet. Samtidig kom en sterkere understrekning av eldreomsorgens humanistiske og ideelle målsettinger. En forsert utbygging av omsorgen utenfor institusjon ble løsningen på disse problemene. Generasjonsforholdene i familien ble sterkt idyllisert, og familiesammenhengen ble sterkere framhevet enn den enkelte eldres situasjon. Familie og pårørende fikk stadig mer oppmerksomhet.

Som et resultat av fokuseringen på familien fikk avlastningstiltakene større interesse. Komitéen mente at:

"Ikke minst er det påkrevet med tiltak som i større grad kan avlaste pårørende som har det daglige ansvaret for hjelp og pleie."

(Stortingsinnstilling 56, 1976-77)

Dessuten ble det framhevet at "det er spesielt viktig å sørge for tiltak som i peroder (vår uth.) kan avlaste pårørende som har ansvar for hjelp og omsorg for eldre." (ibid.)

Konsentreringen om de uformelle hjelpesystemer utviklet seg parallelt med en sterkere motvilje mot institusjonsomsorg. De negative holdningene til institusjonene gjorde det lettere å få politisk-ideologisk aksept for en utvidet nærmiljøomsorg. Nødvendigheten av teoretisk utdanning for å drive omsorgsarbeid ble dempet - i stedet la man vekt på emosjonelle og sosiale relasjoner mellom omsorgsyter og mottaker.

Myndighetenes avlastningsvilje innebar mange ulike og dels motstridende elementer. For det første var omsorgsyternes kvalifikasjoner ikke lenger så viktige. For det andre ble arbeidet ikke definert som arbeid i den forstand at det skulle lønnes. For det tredje ble ikke pårørendes forpliktelser overfor andre familiemedlemmer diskutert slik det ble når en drøftet rekrutteringsproblemer i hjemmesykepleien (jfr. s. 23) Heller ikke ble det diskutert hvorvidt de familieressursene en forutsatte faktisk var tilgjengelige, og om dette var tilfelle, i hvilken grad den omsorgstrengende selv ville foretrekke hjelp fra sin egen familie.

Trass uviljen mot å lønne pårørende med omsorgsansvar for eldre familiemedlemmer, gikk komitéen, i motsetning til departementet, inn for at departementet skulle utarbeide retningslinjer for eventuelle økonomiske godtgjørelser til familier som pleier sine. Årsaken til dette var ikke at en vurderte arbeidet i seg selv som berettiget til lønn, men heller en misnøye med at det var kommunenes økonomi som skulle være avgjørende for eventuelle ytelser. Man ville heller at det ble lagt vekt på de reelle behov i de enkelte tilfeller. *)

Med de innvendinger og kommentarer sosialkomitéen hadde til St.m. 22 (1975-76) ble innstillingen sendt videre til behandling i Stortinget.

3.7. Generell politisk enighet i Stortinget

Vel førti representanter deltok i plenumsdebatten Stortinget hadde om meldingen "Om de eldre i samfunnet". Stort sett hadde disse sammenfallende synspunkter på eldreomsorgspolitikken idealer. Flere var opptatt av de eldres nye historiske situasjon som var skapt av folketrygdordningene og som ga eldre økonomisk og sosial sikkerhet i et utbygd velferdsapparat.

Det gikk en underliggende tråd gjennom hele diskusjonen. Det var oppfatningene om de eldre som en ikke-integrert gruppe i samfunnet som det var statens oppgave å tilbakeføre til fellesskapet. Talernes iver i å understreke at integreringstanken ikke måtte forbli tomt snakk, var påfallende stor. Særlig bekymret en seg om eldres manglende uformelle nettverk. Diskusjonen om eldreomsorgspolitikken tok opp svært mange sider ved samfunnets sosialpolitiske sider, men i det følgende skal vi konsentrere oss om den rollen som særlig familie og nettverk ble tillagt i omsorgen utenfor institusjon.

*) Hva dette egentlig innebar i praksis, ble ikke kommentert.

Selv om diskusjonen om familiens rolle var nokså springende, var det påfallende at denne bisetningsdiskusjonen engasjerte kvinnene mer enn mennene. Kvinnene kjempet for å få synliggjort det konflikthfulle i familieomsorgen. Blant annet tok Aslaug Fadum opp sosialkomitéens bemerkninger om økonomisk godtgjøring til pårørende med omsorgsansvar. Hun framhevet det merarbeidet det førte med seg å ha ikke-selvhjulpne eldre boende hjemme, og var forarget over at den kommunale økonomien skulle avgjøre eventuelle godtgjørelser i stedet for at reelle behov ble lagt til grunn. Her burde det vært på sin plass å snakke om omsorgslønn, mente hun. (Stortingstidende, 1976-77)

Statsråd Ryste var også opptatt av at kvinnene ikke skulle belastes for mye. Hun mente at avlastning burde ordnes slik at kommunene kunne belaste refusjonsordningene med utgifter til en avløserordning for pårørende med pleieansvar for eldre. En slik ordning ville kunne gi pårørende hjemmehjelp inntil en måned i året betalt etter bestemte satser.

Denne diskusjonen som kvinnene førte ved siden av mennenes konsentrerte seg om hvordan en skulle sikre seg at det offentlige ga tilstrekkelig hjelp. Bl.a. sa Astrid Gjertsen at:

"Man skal ikke glemme at institusjonsplassering for svært mange pårørende er blitt den beste form fordi familiene ikke får nok hjelp fra samfunnets side som den har behov for."

(Stortingstidende, 1975-76)

Lenge etter dette innlegget kom, tok Bodil Bjartnes ordet og benyttet anledningen til å understreke det offentliges ansvar og behovet for flere typer avløserordninger. Hun sa:

"Det er klart at det innebærer en stor arbeidsbyrde for de pårørende dersom den eldre eller andre omsorgstrengende som bor hjemme trenger kontinuerlig tilsyn og hjelp. Slik pleie krever 24-timers vakt i døgnet, og det fører til at de som har ansvaret for pleien blir svært bundet. Hjemmehjelpsordning og hjemmesykepleie kan avlaste noe, men av erfaring vet vi at dette ikke er nok for å hindre at de pårørende får en påkjenning som kan være for stor å makte. Det er derfor behov for ordninger som kan avlaste ytterligere."

(Stortingstidende, 1976-77)

SV's kvinnelige representant var enig i dette, og ga uttrykk for at det burde stå en institusjonsplass åpen slik at kvinner som påtok seg oppgaven å pleie sine eldre, enten av kjærlighet eller plikt, alltid kunne hjelpes. Hjelpeordningene burde ikke nødvendigvis være et tilbud bare til de hjelp-trengende selv, men også en hjelp til ektefelle, datter eller sønn som både ønsker og kan være hjemme for å ivareta omsorgen for et trengende familiemedlem. Dessuten mente hun at mangelen på institusjonsplasser ikke måtte føre til at kvinner ble tvunget ut av arbeidslivet for å ta seg av en syk ektefelle eller andre familiemedlemmer. Statlige tiltak burde sørge for at omsorgsyterne fikk hvile ut i blant, mente hun. (Stortingstidende, 1975-76)

Bare to menn kommenterte forholdet mellom uformelle omsorgsytere og de avhengige. Den ene pekte på at det fantes yngre som både ofret tid og til og med karriere, for at foreldre eller andre de er nært knyttet til, skulle få bli hjemme på sine eldre dager. Den andre berømmet de hundretusener av kvinner som har gjort en kjempeinnsats i eldreomsorgen i sitt arbeid bl.a. i private organisasjoner. Dette mente han de hadde gjort i glede og takknemlighet over å kunne få hjelpe andre (op.cit.)

Debatten som helhet avspeilte en generell anskuelse av tapet av storfamilien som en viktig årsak til myndighetenes økte satsing på eldreomsorgen. Denne problemformuleringen sto så sterkt at motforestillinger nærmest ble slag i løse luften. Kvinnenes problematiserende holdning til omsorgen utenfor institusjon idylliserte ikke forholdet mellom generasjonene. De så eldreomsorgen i et familieperspektiv, og bidro til å synliggjøre omsorgsarbeidet for eldre avhengige i familien.

Avslutningsvis kan vi si at St.m. 22 (1975-76), "Om de eldre i samfunnet", sosialkomitéens vurdering av den og stortingsdiskusjonen om den, tydeliggjorde og forsterket den indirekte økte satsingen på privatfamiliens ansvar for uformell eldreomsorg. Parallelt bremses og endret det offentlige sitt engasjement i omsorgen for eldre. Når en la økt vekt på avløserordninger til pårørende med omsorgsansvar, kan dette forstås

ordninger til pårørende med omsorgsansvar, kan dette forstås som en villighet til å inngå en form for arbeidsdeling, men dessuten som en fraskrivning av det primære ansvaret.

3.8. Arbeiderpartiregjeringens langtidsprogram

Arbeiderpartiregjeringens langtidsprogram for 1978-81 (St.m. 75 (1976-77) hadde et eget kapittel om "Styrking av familie og lokalsamfunn". Der blir myndighetenes omsorgsformer stilt opp mot privatfamiliens, og det hevdes at:

"Mange praktiske oppgaver, som for eksempel hjelp under sykdom, løses bedre innenfor en ramme av nærhet og kjennskap mellom den som yter og den som tar i mot."

(Langtidsprogrammet, 1978-81, s. 47)

Programmet refererer til undersøkelser der det kommer fram at folk flest ser på familien og sine nærmeste som mest naturlig å henvende seg til for å få hjelp, og en peiker på at de fleste som har behov for å bli tatt vare på, helst ser at dette skjer gjennom de som en har kjennskap og tillit til. Om materialet en har basert disse vurderinger på har skilt mellom midlertidig hjelpesløshet eller kontinuerlig og langvarig hjelpesløshet, sies det ingenting om.

Den ikke-profesjonelle omsorgen vurderes nå som et meget viktig engasjement i tillegg til den faglærte pleien fra helsevesenets side, og fordi målsettingen i helsetjenesten blant annet er å øke mulighetene for pleie av syke og uføre i deres nærmeste familie, må de ufaglærtes ressurspotensiale tas med i betraktningen. Men, skrives det, - omsorgsyternes økonomiske situasjon må bedres ved at folketrygdens regler kan innlemme dette omsorgsarbeidet i sine ytelser. Der omsorgen skjer i familien i stedet for på institusjon (vår uth.) skal det ulønnede omsorgsarbeidet medføre visse trygderettigheter for husmødre og andre som pleier eldre, barn og syke i hjemmet. (Langtidsprogrammet, 1978-81)

3.9. Hjelpeordningene og de uformelle hjelpesystemene

Diskusjonen om den private versus den offentliges omsorgens kvalitet fortsetter i St.m. 120 (1980-81), "Om hjelpeordningene for hjemmet". Denne meldingen hadde to hensikter. For det første skulle den diskutere et forslag om hjelpeordningene skulle innlemmes i rammen for sosialtjenesten. I så fall ville den da klart utgjøre den største delen av tilskottsberettigede sosialtjenester. For det andre skulle meldingen oppsummere erfaringene med husmorvikar- og hjemmehjelpsordningen.

Meldingens vurdering av hjelpeordningenes virkemåte i forhold til det uformelle hjelpesystemet reiser spørsmål om offentlige tiltak i den åpne omsorgen kan virke nedbrytende på uformelle nettverk i familie og nærmiljø. Analyser fra 70-årenes samfunnsforskning hadde vist hvordan samfunnsendringer hadde påvirket organiseringen av og innholdet i de uformelle sosiale nettverkene. (Se f.eks. Brox, 1966; Holter, 1973, m.fl.) Forskerne framhevet spesielt de positive kvaliteter ved sosiale nettverksrelasjoner.⁸⁾ De var skeptiske til at disse kvalitetene kunne ivaretas i en samfunnsutvikling basert på materielle prinsipper dersom 70-årenes samfunnsutvikling fortsatt i samme baner.

Disse samfunnsvitenskapelige problemstillingene ble løftet fram i lyset i myndighetenes argumentasjonsrekker for å definere nærmiljøets vedlikehold som et sentralt sosialpolitisk mål. I meldingenes drøfting av hjelpeordningene og det uformelle nettverket vises det til nettverkens betydning for individets velferd og til kvinnenes ulønnede arbeidsinnsats for eldre i nettverkene. Det understrekes at dette ulønnede omsorgsarbeidet som kvinnene utfører, kan påføre kvinnene urimelige belastninger. Samtidig vil en også kjempe for å bevare de uformelle hjelpesystemene. Dette er en problemformulering som både gjør kvinners arbeid i familie og nettverk synlig, og som uttrykker et konkret og vanskelig dilemma i nærmiljøideologien som helhet: Hvordan skal det offentlige både kunne satse på en økonomisk rimelig og en

sosial trygg og akseptert eldreomsorg utenfor institusjon uten å belaste familiekvinnene for mye? Og hvordan skal en bevare sosiale nettverk hvor grunnpillarene bæres oppe av kvinners ulønnede omsorgsarbeid uten at dette strider for mye mot offentlig likestillingspolitikk?

Ved å hevde at omsorgen i uformelle relasjoner er til beste for den omsorgstrengende, og at slik omsorg er bedre kvalitetsmessig enn offentlig omsorg, legitimeres den økte interessen for nærmiljøomsorg. Myndighetene viser seg sitt delansvar bevisst ved å satse på en bredere utvikling av avlastningsplasser til familier med ansvar for ikke-selvhjulpne slektninger. Dermed får en også dekt det kvinnepolitiske aspektet ved familieomsorgen. På denne måten skal det balansere slik at offentlig engasjement ikke fungerer nettverksnedbrytende, men heller fører til at uformelle nettverk stimuleres til vedlikehold eller igangsettelse.

Da Stortingets sosialkomité vurderte St.m. 22 (1975-76), "Om de eldre i samfunnet" etterlyste den retningslinjer for økonomisk godtgjøring til pårørende med omsorgsansvar for eldre slektninger. St.m. 120 (1980-81) var også opptatt av hvordan en skulle kompensere for omsorgsarbeidet for eldre i familien, og det ble nå gitt respons på sosialkomitéens forespørsel. Sosialdepartementet henviste til ulike praktiserte ordninger for økonomisk godtgjøring i kommunene, og ga uttrykk for at størrelsen på beløpene ofte syntes å ligge lavt i forhold til omsorgsyternes reelle arbeidsinnsats. Et generelt prinsipp, mente departementet, burde være "at omsorgsarbeid for syke- og pleietrengende eldre må gi rett til økonomiske ytelser når dette arbeidet utføres i et omfang som overstiger det en med rimelighet kan vente innenfor et familiehushold eller annen nær tilknytning". (s. 27) Likevel mente en at kommunal skjønnsvurdering var å foretrekke framfor statlig regulering av slike tildelingskriterier.

Når det gjelder oppsummeringen av hjelpeordningenes virke, gir en uttrykk for at en gjennom refusjonsordningene oppnådde den ønskede positive effekt. Det uttrykkes også ønske om at flere klientgrupper skal inkluderes. Spesielt nevnes problembelastede familier, enslige forsørgere og oppsøkende virksomhet. En håper videre på å kunne få flere varierte tiltak etter lokale behov i stand når hjelpeordningene i framtiden innlemmes i sosialtjenestens rammetilskott.

3.10. Hjelpeordningene - fra hjemmene til institusjonene og tilbake til hjemmene

Nøkkelordet i hjelpeordningenes utvikling har vært avlastning. Utgangspunktet for de frivillige, humanitære kvinneorganisasjonenes arbeid for å organisere hjelp til hjemmene var primært å kunne hjelpe og støtte familier med hjemmeliggende syke. Arbeidet skulle være både praktisk husarbeid og hjelp til medisinsk pleie. Sykehusenes behov for avlastning førte først til en større interesse for utbygging av sekundære medisinske institusjoner som syke- og aldershem. Deretter ble blikket kastet på hjelpeordningene som et mottakerapparat for pasienter som kunne pleies utenfor institusjon. Dette hjelpesystemet skulle bygges ut slik at pleie i og utenfor institusjon kunne likestilles m.h.t. medisinsk og sosial forsvarlighet. Manglende rekruttering til hjemmesykepleien i en tid hvor det offentliges engasjement i hjelpeordningene var sterkt, ga sykepleieprofesjonen gode forhandlingskort. Dens tillagte nøkkelposisjon i hjelpeordningenes virke, gjorde det senere mulig å definere seg ut av hjelpeordningene og over til helsetjenesten. Hjemmehjelpstjenesten fikk lik økonomisk statsrefusjon for å avlaste sykepleierne slik at deres effektivitet kunne økes.

Målsettingene har endret seg over tid. Fra primært å være et mottakerapparat for utskrevne institusjonspasienter er hjelpeordningene nå et tiltak både for å forhindre institusjonsinnleggelse, muliggjøre utskrivelse og dessuten vedlikeholde og avlaste familieomsorgen. I tillegg er nye grupper som

psykisk utviklingshemmede, uføre, enslige forsørgere, problembelastede familier og andre hjelptrengende blitt hjelpeordningenes målgrupper.

Det sosialpolitiske linjeskiftet som nærmiljøideologien kan forstås som, har ført med seg prinsipielle endringer i velferdsstatens fundament. Forholdet mellom privat og offentlig omsorg har vært en kontinuerlig debatt i hjelpeordningenes utvikling. Men den har hatt forskjellige problemstillinger og ulik relevans alt etter hvilke faser hjelpeordningenes utbygging har vært inne i.

Selv om myndighetene ikke har hatt en særskilt diskusjon om hva som skal være det offentliges ansvars- og arbeidsområde, har det likevel vært en debatt mellom linjene om hvordan arbeidsfordelingen mellom stat og familie skulle utformes. Kvinnenes ulønnede omsorgsarbeid for eldre hjelptrengende familiemedlemmer kan sies å ha vært en neglisjert forutsetning for nærmiljøideologien. Husmødrene i "satt alder" ble i diskusjonene om personalproblemer i hjemmehjelpsyrket ansett for å være tilgjengelige ressurser. Dette er ikke noe spesielt for vårt land. Både i England og Sverige er også middelaldrende husmødre blitt ansett for å være en høvelig stab i hjemmehjelpstjenesten. (Hunt, 1970; Eiskonen m.fl., 1982) Viktige spørsmål i denne sammenhengen blir da: For det første om gruppen av middelaldrende husmødre er tilgjengelige omsorgsressurser? For det andre kan denne gruppen dekke etterspørselen av omsorgstjenester når antallet eldre øker samtidig som flere middelaldrende kvinner allerede er i yrkesarbeid? (Sundstrøm, 1982; Wærness, 1982) Og for det tredje vil og kan middelaldrende husmødre faktisk påta seg omsorgsansvaret i kortere eller lengre tid. Og ikke minst - hvorfor oppleves ikke denne økte satsingen på ufaglært familieomsorg som truende for omsorgsprofesjonenes interesser? Ivaretas "den medisinske og sosiale forsvarlighet" som tidligere var så understreket og viktig, av ufaglært arbeidskraft i hjemmene? Eller er det slik at offentlig lønnet omsorg krever utdanning mens ulønnet familieomsorg kan baseres utelukkende

på emosjonell og sosial tilknytning?

Privatiseringsprosessen av det offentliges ansvar for samfunnets avhengige fører med seg vanskelige prinsipielle diskusjoner om velferdsstatens profil. Ikke minst må en spørre seg om dens familieideologi er basert på empiriske realiteter.

I det kommende skal vi ta for oss særlig to prinsipielle sider ved hjelpeordningenes sosialpolitiske historie. Deretter går vi over til å utkrystallisere hjelpeordningenes familiemodell for å teste denne ut i den empiriske delen av oppgaven.

KAP. 4 FAMILIEN OG SOSIALPOLITIKKEN

4.1. Endring i sosialpolitiske prinsipper

Den svenske samfunnsforskeren, Svante Beckman, hevder at det i dagens sosialpolitiske klima er antydninger til brudd mot to av de mest grunnleggende prinsipper for organiseringen av omsorgen slik den har utviklet seg på 1900-tallet. Det ene er det han kaller for sosialiseringssprinsippet eller grunntanken om at den sosiale omsorgen primært er et myndighetsansvar som "samfunnet" bør påta seg. Det andre er profesjonaliseringsprinsippet eller tanken om at det praktiske omsorgsarbeidet skal utføres av spesielle ansatte som er utdannede og kompetente. Han peiker på at de anti-profesjonelle innslagene i de siste års nordiske og internasjonale omsorgsdebatt stikker seg ut som trendmessige, definitive avvikende innslag i etterkrigstidens utvikling på omsorgsområdet. (Beckman, 1981)

4.2. Fra sosialisering til privatisering?

I 1958 var den norske velferdsstaten i en optimistisk oppbyggingsfase. Selv om en allerede da hadde behov for andre medisinske institusjoner enn sykehus, mente helsedirektøren

at "hjemmet bør være det sted hvor de kan hvile ut og slappe av uten å ha bekymringene for nær inn på seg, og også rent mentalhygieniske hensyn setter derfor snevre grenser for hva et hjem bør påta seg av sykepleie". (se side 13) Derfor gikk en inn for å bygge enklere sykehustyper til pasienter som fremdeles trengte pleie og omsorg etter opphold på akutt-sykehus. Da det viste seg at sengeplassene var dyrere enn forventet, og at behovet for omsorg og pleie var økende som følge av større antall eldre i befolkningen, så en seg om etter rimeligere omsorgsformer. I denne perioden ble hjemmehjelpstjenesten et viktig tiltak ved siden av hjemmesykepleien og husmorvikarene. Og husmødre "i satt alder" skulle drive denne "gode butikken". (Jfr. Stortingstidende, 1968-69)

Bare ti år etter at helsedirektøren ville verne hjemmene mot for mye sykepleiearbeid, rettes igjen søkelyset mot hjemmene. Denne gangen var hjemmene viktig for å verne om de eldres individuelle velferd som en mente ville være bedre om de fikk forbli hjemme.

Fordi det medisinske pleie- og omsorgsansvaret er et nærmest udiskutabelt offentlig anliggende (i motsetning til den sosiale omsorgen) var myndighetenes interesse sterkere knyttet til hjemmesykepleien enn til hjemmehjelpstjenesten og husmorvikarene. Også fordi institusjonene måtte avlastes både ved utskrivninger og ved færre innleggelser og kortere ventelister, ble den medisinske hjelpen gitt høyeste prioritet. Men selv om staten påtok seg rene sykepleieoppgaver, sto fremdeles andre hjelpebehov udekket. Bekymringene for at disse skulle minske sykepleiernes effektivitet og dermed også institusjonenes, resulterte i sterkere satsing på hjemmehjelperne. Hjemmehjelpernes arbeid gjør det mulig for sykepleierne å konsentrere seg om de sykepleiefaglige oppgavene og avlaster samtidig mottakernes familie i arbeidet for den eldre. Likevel er noen få timers hjemmehjelp i uken for svært mange, kanskje de fleste, ikke nok til at de kan klare seg uten ytterligere hjelp. Det er denne hjelpen som i stadig sterkere grad privatiseres og legges på familiekvinnens skuldre. Det privatiseres ikke slik at alt arbeidet

ble utført av offentlig ansatte, men nå legges i private

har vært utført av offentlig ansatte, men nå legges i private hender. Heller er det slik at omsorgen har vært definert som det offentliges ansvar på det ideelle plan, men nå tillegges familien både på det ideelle og det praktiske plan. Det arbeidet som familiekvinnene og hjemmehjelperne gjør for ikke-selvhjulpne eldre, kan ses på som den sosiale delen av hjelpeordningenes virksomhet.

Familiens betydning i den sosiale omsorgen for eldre har økt etterhvert som myndighetene har dempet utbyggingen av institusjoner og i stedet fokusert mer på nærmiljøomsorg. Det som i slutten av 50-årene var et klart offentlig ansvar, å ta vare på eldres praktiske og sosiale hjelpebehov, ble etterhvert et spørsmål om hjemmenes moral og samfunnsmedlemmenes personlige og medmenneskelige ansvar. Utviklingen av den sosiale velferden for eldre har med andre ord gått over fra å ha vært i en sosialiseringssprosess til i dag å være i en privatiseringsprosess, - i den grad en kan snakke om at omsorgsarbeidet for hjemmeboende eldre har vært en statlig oppgave på det hverdagslige, praktiske plan. På det sosialpolitiske plan, slik diskusjonene har vært i de offentlige dokumentene, er det på sin plass å hevde at hjelpeordningenes utvikling har fjernet seg stadig lengre bort fra grunntanken om at omsorgen for hjemmeboende eldre primært skal ivaretas av det offentlige. Sosialiseringssprinsippet kan derfor ikke sies å være utgangspunktet for hjelpeordningens arbeid slik det drives i dag.

4.3. Profesjonalisering og amatørisering

Offentlig lønnet omsorg er både organisert annerledes og har et annet verdigrunnlag enn privat ulønnet omsorg. (Wærness, 1982) Derfor vil en privatiseringsprosess av omsorgen nødvendigvis føre med seg endringer i profesjonaliseringsprinsippet. Profesjonalisering forstås av Beckman som

"Något som har med fördjupning och förstärkning av yrkeskaraktären att göra; genom att yrkesrollen blir mer och mer avgränsad, genom att mer

specialiserad förutbildning krävs, genom utvecklingen av en yrkesetik, genom krav på å bli betraktad som specialister med särskild kompetens, genom bildning av yrkesförbud med krav på yrkesmonopol m.m."

(Beckman, 1981)

Og som det motsatte av profesjonalisering bruker Beckman begrepet amatørisering. Fordi han mener at:

"Där professionalisering betyder att verksamheter dras ut på arbetsmarknader, betyder amatörisering att verksamheter dras bort fra arbetsmarknaden. Där profesjonalisering betyder yrkesutveckling genom spesialisering, betyder amatörisering yrkesutveckling genom kompetensbreddning. Om professionalisering används för att beteckna övergången från uavlönat arbete, så avser amatörisering den motsatta utvecklingen. (....) Om professionalisering innebar att fritid och arbetstid separeras allt skarpere, så betyder amatörisering att distinktionen forsvagas."

(Beckman, 1981)

I dag er ikke lenger sykepleierne en del av de offentlige hjelpeordningene for hjemmene.*) Deres profesjonaliseringsprosess har ført til at de fra den 01.01.84 har gått over fra å være en del av den offentlige sosialomsorgen til å bli en del av helsetjenesten utenfor institusjon.

Selve opphavet til hjemmesykepleien ligger i diakonistjenesten og i de religiøse frivillige kvinneorganisasjonene. Disses sykepleierarbeid var ikke organisert som en del av det offentlige arbeidsmarkedet. Når staten etterhvert knyttet organisasjonene til seg ved å bevilge økonomisk støtte til dem, fikk den samtidig også innflytelse over dem. Denne innflytelsen ble primært brukt til å bygge opp et medisinsk

*) Den nye loven om helse- og sosialtjenesten trådte i kraft 01.01.1984.

apparat som kunne ta vare på utskrevne, men ikke-selvhjulpne institusjonspasienter. Å bli i stand til å lette presset på institusjonene både ved flere utskrivninger og færre innleggelser var viktig både av økonomiske og sosialpolitiske årsaker. Derfor kom sykepleierne i en fordelaktig forhandlingsposisjon overfor staten og fikk relativt raskt utvikle seg som yrkesgruppe på egne premisser. Selve sykepleierutdanningen er primært siktet inn på arbeid i institusjoner. Fordi institusjonene har en hierarkisk oppbygging og spesialisert kompetanse, preger også dette sykepleiernes profesjonelle verdigrunnlag.*) I debattene om rekrutteringsproblemene til hjemmesykepleien var det særlig prestisjehøgning av yrket som ble ansett som en farbar vei til å få flere til å jobbe der. Både av helse- og sosialpolitiske grunner og av profesjonelle hensyn ble omsorgen utenfor institusjon og i institusjon likestilt. Denne likestillingsideologien var stort sett fundert på institusjonenes premisser med den profesjonelle spesialiserte omsorg som forbilde. I sykehusene og i andre medisinske institusjoner er det hjelpepleiere og pleiemedhjelpere som utfører det tyngre og mindre prestisjegivende arbeidet slik at sykepleierne kan konsentrere seg om sykepleiefaglige oppgaver og administrasjon. Den samme arbeidsdelingen gjør seg også gjeldende i hjemmesykepleien hvor det er hjemmehjelperne (eller familiekvinnene) som tar unna "grovarbeidet" for sykepleierne.

Da refusjonsandelen til hjemmehjelpstjenesten ble forhøyet fra 35 til 50% og dermed satt på lik linje med hjemmesykepleiens, var det viktigste argumentet for dette at sykepleiernes effektivitet skulle sikres. Dermed fikk sykepleierne monopol på spesialiserte medisinske oppgaver som ikke inkluderte det sosiale omsorgsarbeidet. Denne arbeidsdelingen gjorde det seinere mulig for sykepleierne å definere seg ut av hjelpeordningene for hjemmet, og over til helsetjenesten utenfor institusjon. Hjelpeordningene for hjemmet tilhører den offentlige sosialtjenesten som ikke er fullt så prestisjegivende som helsetjenesten.

*) For nærmere diskusjon av dette se Wærness, Kari, 1982 "Hjemmesykepleien - er den overprofesjonalisert?" i Kvinneperspektiver på sosialpolitikken.

Sykepleiernes spesialisering førte til at flere oppgaver som tidligere hadde vært under deres arbeidsområde, måtte overtas av hjemmehjelpere og familiekvinner. Her tenkes det spesielt på hverdagshygiene og lettere husarbeid. Det betyr at de ufaglærte ble tildelt et utvidet kompetanseområde i omsorgen utenfor institusjon. Samtidig kan det også være et uttrykk for at troen på at det er de teoretisk skolerte omsorgsarbeidere som yter den beste form for omsorg, er svekket.

Nettverksideologien som helhet hviler på tillit til amatørernes evne til å yte omsorg som er kvalitativt bedre enn de profesjonelles. Det henger sammen med vår kulturs skille mellom kjærlighet og arbeid.*) Mens arbeidet for penger i offentlighetssfæren er instrumentelt og underlagt andre verdier for organisering og innhold, er arbeidet i privatsfæren familie- og slektskapssystemer tillagt verdier som varme, nærhet, kjærlighet og trygghet. Selve begrepet "amatør" betyr som sagt "den som elsker". (Beckman, 1981) Men derfra til å slutte at amatøreringen av omsorgen betyr at vi får en mer kjærlig omsorg, er en idyllisering av omsorgen i nærmiljøet. Kritikken av den profesjonelle og lønnede omsorgen går ofte på at den er upersonlig, universalistisk og kald. Det er imidlertid lite realistisk å tro at vi løser dette problemet ved å amatørere store deler av omsorgen, slik det er blitt gjort de seinere år. Kanskje vi heller skulle løse den profesjonelle omsorgens problemer med å få litt mer "kjærlighet i arbeidstiden", slik Beckman uttrykker det. (Beckman, 1981)

Et annet og viktig poeng ved amatøreringen av omsorgen er at den ofte baseres på en harmoniforståelse av familien. Også hjelpeordningenes framvekst og utvikling er basert på en idyllisert familiemodell.

*)' Se nærmere om dette i Wærness, Kari, 1983; On the Rationality of Caring. Paper presented at the Conference on The Transformation of the Welfare State: Potentialities and Dangers for Women. Italy, Aug. 23-27.

4.4. Hjelpeordningenes familiemodell

Den familiemodellen som implisitt kommer fra i dokumentanalysen kan oppsummeres i fire hovedtrekk:

- 1) Gifte kvinner er økonomisk forsørgede.
- 2) Det er barneomsorgen som er familiens (kvinner) primære omsorgsforpliktelse. Eldre familiemedlemmers omsorgsbehov tillegges ikke en så synlig og selvfølgelig rolle i familiesammenhengen som barn. Derfor er det mulig å anta at:
- 3) middelaldrende kvinner er "frigjorte omsorgsressurser" (fordi barna er blitt selvhjulpne).
- 4) Omsorg i familieregj er bedre for mottakeren enn omsorg fra det offentlige.

Ad. 1

Det er særlig i debattene om personalproblemer at synet på kvinners familieforpliktelser kom fram. Det ble uttrykt forståelse for at omsorgsansvar for barn kunne skape vanskeligheter for utdannede sykepleiere å forbli yrkesaktive. Skiftordningene på institusjonene mente man var en av årsakene til at sykepleierne ikke kunne få til en kombinasjon av yrkes- og familiearbeid. Derimot ville hjemmesykepleien med sine muligheter for å ta enkeltoppdrag og deltidsarbeid gjøre det mulig for sykepleierne å kombinere omsorgsarbeid hjemme og ute (se debatten referert på s.23).

Når det gjaldt rekrutteringen til hjemmehjelpstjenesten skulle en satse på tilårskomne husmødre "som kan gjøre en mindre innsats ved siden av sitt eget husstell" og fordi "de lettere lot seg bruke til deltidsarbeid" (se s.16).

Hverken sykepleiernes eller hjemmehjelpernes arbeid ble definert som arbeid for forsørgelse. Heller ble en eventuell ansettelse i hjelpeordningene sett på som et tilskuddsforetak til en allerede forutsatt forsørgelse. Det leder oss hen til å hevde at den underliggende premisse var at de kvinnene en søkte å rekruttere til hjelpeordningene på forhånd var gifte og forsørgede i ekteskapet. Denne husmorformodningen, som Tove Stang Dahl kaller den, er ikke særskilt for hjelpeord-

ningenes familiemodell. Stang Dahl mener at forventningen om at kvinner vil gifte seg og om at gifte kvinner er helt eller delvis privat forsørget som husmødre, er nedfelt som grunnforutsetning i velferdsstatens regeloppbygging. (Stang Dahl, 1982)

Ad. 2. og 3.

At det primært var barneomsorgen som hindret kvinnene å ta jobb som sykepleier kom klart fram i debattene. At det også kunne være ikke-selvhjulpne foreldre/svingerforeldre eller ektefelle/søsken som bandt kvinnene til hjemmet og opptok deres ressurser, ble ikke diskutert. Det viser at kjernefamiliemodellen (ektefeller og deres felles barn) var grunnlaget for familiesynet. Denne modellen er stort sett begrenset til å gjelde for en av livssyklusene, nemlig den fasen av en families liv som er konsentrert om barneoppforstring. Kjernefamilietankegangen innebærer ofte et syn på familien der barneomsorgen er den primære forpliktelse. Når barna er blitt selvhjulpne anses derfor kvinnene som "frigjorte omsorgsressurser", og det var disse middelaldrende husmødrene som man ville ansette i hjemmehjelpstjenesten for å nyttiggjøre seg disses erfaringer fra praktisk hus- og omsorgsarbeid.

Ad. 4

Hovedvekten i argumentasjonen om nærmiljøets fordeler konsentreres omkring familiens og nettverkens antatte kvalitative bedre omsorg. Selv om det var de medisinske institusjonenes avlastningsbehov som la de ledende føringer på hjelpeordningenes utbygging, sto etterhvert også tanken om at det var best for eldres individuelle velferd å forbli i sine hjem og vante omgivelser, sterkt. Vurderingene av offentlig og privat omsorgskvalitet kom relativt seint inn i debatten, og som en del av denne debatten ble familien tillagt kvaliteter som den profesjonelle offentlige omsorgen ikke kunne tilby. Familien derimot, antok man ville yte omsorg basert på emosjonell nærhet og kjennskap mellom den som yter og den som tar imot. (Se Arbeiderpartiregjeringens Landtidsprogram 1978-81, s. 47.) Ideologien i helse- og sosialsektoren ble samtidig mer orien-

tert mot "selvhjelpstrening" hvor det var viktig å få ikke-selvhjulpne til å kunne klare seg selv hjemme. Å være hjemmeboende og leve blant familie og nettverk er en høyt prioritert målsetting som bl.a. begrunnes med at det er best for de avhengige selv. Denne argumentasjonen baseres på en forståelse av familien som harmonisk enhet.

Ommsummert kan vi videre si at hjelpeordningenes familie-modell har følgende grunntrekk:

- 1) Familien hviler på en kjønnbestemt arbeidsdeling hvor kvinnene har hovedansvar for hus- og omsorgsarbeid mens mannen henter familiens levebrød på lønnsarbeidsmarkedet.
- 2) Familiemodellen forutsetter at familien er en harmonisk enhet med gjensidig omsorgsvilje for hverandre og mellom generasjonene.

4.5. Et konfliktperspektiv på familien

Som en motsetning til hjelpeordningenes familiemodell vil vi presentere et konfliktperspektiv på familien. Å vurdere familien som en harmonisk enhet gir assosiasjoner om en slags likeverd mellom familiemedlemmene. Grunlaget for familiedannelse ligger i ektefellerelasjonen, og det juridiske forholdet er nedfelt i ekteskapslovgivningen. De siste års samfunnsforskning har vist at det er reelt å snakke om "hans ekteskap" og "hennes ekteskap", hvilket avspeiler det forhold at ekteskapet har ulikt innhold og utbytte for kone og mann (se bl.a. Stang Dahl, 1976 og 1982; Haavind, 1982; Wærness, 1982). Også skilsmissestatistikkene og krisesentrenes avdekking av kvinnemishandlingens omfang viser at familieforholdene ikke er så harmoniske. Av stadig flere anses ekteskapet for å være en arena for maktkamp og undertrykking av kvinner. (Dobash og Dobash, 1979; Haavind 1982; Stang Dahl, 1978 m.fl.) Harmoniperspektivets enhetssyn på familien tilslører ulike og motstridende interesser internt i familien. Hartman (1981) hevder at når en ikke fokuserer tilstrekkelig klart på ulikhetene mellom kvinners og menns interesser og erfaringer innad i familiene, overser en viktige aspekter ved den sosiale realitet og potensielle

innvirkende ressurser m.h.t. endringer i familie og samfunn siden folk kjemper både utenfor og innenfor familiene for å fremme sine interesser. Et enhetssyn på familien usynliggjør konflikter og interessenmotsetninger mellom familiemedlemmer, hevder hun.

Både familien og samfunnet forøvrig preges av en kjønnsbestemt arbeidsdeling. Når det gjelder arbeidsdelingen i familien, viser det seg at selv om menn har en fulltidsyrkesaktiv kone, gjør de likevel ikke særlig mer i huset enn de som er gifte med fulltidshusmødre. (Wærness, 1975; Hartman, 1981) Kvinners tilknytning til lønnet arbeid ser med andre ord ikke ut til å ha hatt særlig betydning for hvordan hus- og omsorgsarbeidet deles mellom ektefellene, selv om en kan registrere en viss økning i småbarnfedres omsorgsinnsats det siste tiåret. (Sosialt Utsyn, 1980)

Mens harmoniperspektivet på familien tilslører kvinners og menns ulike innsats i familien og også de samfunnsmessige konsekvensene av den kjønnsbestemte arbeidsfordelingen får for kvinnene, søker konfliktperspektivet å synliggjøre familiens interne forhold og problematisere den skjeive fordelingen av familielivets goder og byrder. Derfor mener vi at konfliktperspektivet er nærmere den empiriske virkelighet, mens harmoniperspektivet stort sett karakteriseres av normative og ideologiske elementer.

Hjelpeordningenes familiemodell er basert på en harmoniforståelse av familien og også på den kjønnsbestemte arbeidsdelingen i familien. Det har gjort det mulig å satse så mye på uformell familieomsorg som det er blitt gjort. Selv om det flere ganger har vært peikt på at det er kvinnene som er grunnpillarene i nærmiljøomsorgen, har dette likevel ikke endret synet på arbeids- og ansvarsfordelingen mellom privatfamilien og staten i nevneverdig grad.

Privatiseringsprosessen som kjennetegner dagens hjelpeordninger må forstås ut ifra normer om familiær forpliktelse

overfor (syke og) omsorgstrengende slektninger. (Nordhus, 1982) De normer som knytter seg til familiær eldreomsorg blir karakterisert som "filial responsibility". Det innebærer at det finner sted et press på middelaldergenerasjonen, internalisert hos denne og hos de eldre selv, om å yte omsorg overfor pleietrengende eldre ut fra familiær forpliktelse. (Margaret Blenkner, 1965)

Men er kvinners og menns holdninger til å motta familiær hjelp og/eller offentlig hjelp samsvarende? Og er ikke presset Blenkner omtaler sterkere følt av kvinner enn av menn? Og til slutt - vil ikke den høyt prioriterte verdi om individuell uavhengighet og selvhjulpenhet også gjøre familiær omsorgsavhengighet vanskelig for hjelptrengende eldre?

I de følgende kapitler skal vi drøfte disse spørsmålene. Vi har valgt å forstå forholdet mellom eldre og deres familie i et konfliktperspektiv, - noe som innebærer at vi vil synliggjøre ulikheter og eventuelle motstridende interesser mellom kvinner og menn og mellom omsorgsytere og omsorgstrengende.

KAP. 5 NORMKONFLIKTER

5.1. Normen om å klare seg selv

Å være selvstendig og selvhjulpen er et vesentlig trekk ved vår kultur hvor nettopp verdier som uavhengighet og selvstendighet rangerer høyt. I sosialpolitisk terminologi er ofte det "å klare seg selv" nærmest synonymt med å leve uten hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Også innad i helse- og sosialprofesjonene står "hjelp-til-selvhjelp"-ideologien sterkt. Egenomsorg er blitt et stadig viktigere mål for profesjonell hjelp også til de eldre. Det satses på å aktivisere eldres egne ressurser, fysiske og psykiske, slik at de enten kan skrives ut fra institusjon eller forlenge hjemmetilværelsen.

Vi antar at de eldre generasjoner som i dag er, eller blir, brukere av offentlige omsorgstjenester har et annet forhold til offentlig hjelp enn kommende generasjoner. Særlig fordi disse generasjonene er vokst opp i en tid hvor offentlig hjelp nærmest var synonymt med "å leve på fattigkassa". Sosial hjelp var da langt mer stigmatiserende enn hva tilfelle er i dag. Det gir oss grunn til å anta at mangelen på selvhjulpenhet og den følgende avhengighet av andre, enten det er av familie eller/og offentlige tjenester, er konfliktfylt for den det gjelder.

Hjelpeordningenes klienter lever i grenselandet mellom offentlig og privat omsorg. De er ofte avhengig av begge deler selv om avhengighetsrelasjonene kan ha ulik karakter. Flere studier av Eldres forhold til familien sin har vist at eldre ønsker å bo for seg selv, men likevel nært familien. (Rosenmayr og Köckeis, 1963; Wærness, 1983; Daatland, 1983)

Når eldre likevel, enten som et resultat av manglende hjelperessurser fra offentlig hold eller av andre grunner, blir avhengige av familieomsorg, endrer dette Eldres rolle i familien. Men før vi går over til å problematisere dette forholdet, skal vi først kort referere noen samfunnsvitenskapelige data om forholdet mellom eldre og familie.

Husholdene endrer sin karakter og funksjon ettersom medlemmene går gjennom ulike livsfaser. Den livsfasen som starter for foreldrene når barna flytter hjemmefra er blitt lengre, og i dag er alderdommen økonomisk sikret gjennom trygdeordningene. Dette gir rom for å organisere innholdet i siste livsfase på andre måter enn tidligere i historien.

Som et ledd i en sosiologisk teoridanning om forholdet mellom eldre og deres familie, har Köckeis og Rosenmayr gått gjennom tilgjengelig og relevant empiri fra flere nasjoner, og de mente å se blant annet følgende tendenser:

- 1) Samboenhet mellom generasjonene i familien er ikke lenger det vanligste, men det er en tendens til at i det minste ett av barna bosetter seg i nærheten av foreldrene.
- 2) Å bo sammen er ikke den viktigste faktor i forholdet mellom generasjoner i familiene. Det ser ut til å være et generelt trekk at samboenhet ikke foretrekkes, men at eldre vil ha egne hjem nært sine barn.
- 3) Ugifte og før gifte eldres livsorganisering er forskjellig fra de eldre ektepars.
- 4) De som besøker eldre, er oftest familiemedlemmer.
- 5) Husarbeid og pleieoppgaver er stort sett hjelpeoppgaver som det forventes at familien utfører.
- 6) Familiebåndene kan ligge latent, og aktiviseres i hjelpesituasjoner. I slike situasjoner (f.eks. ved eldre ektefelles død) kan en reetablering av hushold forekomme.

(Köckeis og Rosenmayr, 1963)

Disse tendensene går klart i retning av at eldre og deres familie gjerne vil ha et godt forhold til hverandre, men ikke for nært. De foretrekker det Köckeis og Rosenmayr kaller for "intimitet på avstand". (ibid.)

5.2. Eldres preferanser av omsorgsytere

Rosenmayr og Köckeis viser til en påfallende diskrepans mellom eldres egne, personlige preferanser m.h.t. hjelp, og hva de mente om andres preferanser. For sin egen del ønsket de ikke å bo sammen med sin familie, men de trodde at andre ville foretrekke en slik løsning på sine hjelpebehov. (ibid.)

Et mindre norsk studie av eldres omsorgspreferanser viser noe av det samme. (Nordhus, 1981) Studien omfatter eldre kvinner, og tar for seg ulikheter av preferanser som oppgis før og etter avhengigheten er blitt et faktum. Nordhus viser at eldre kvinner som ennå er selvhjulpne oftere foretrekker familiehjelp enn de som allerede er blitt avhengige av hjelp. Dette forklarer hun med at de som ennå ikke er blitt avhengige, har ikke vært nødt til å revurdere normene omkring

selvstendighet og uavhengighet. De som ikke er kommet i et avhengighetsforhold til offentlig omsorg, opplever denne hjelpen som mer krenkende for selvoppfatningen enn de som allerede mottar offentlig hjelp. Hun peiker også på eldres ambivalente syn på offentlig omsorg. (ibid.)

Imidlertid er det ikke slik at hjelptrengende eldre bare står overfor valget mellom hjelp enten fra familie eller fra det offentlige. Venner og naboer er også potensielle omsorgsytere.

Arling (1976) har sammenlignet forskjellene mellom familiens rolle og venners og naboers rolle i eldre enkers liv. (Arling, 1976). Han konkluderte med at det var motstand blant eldre mot å innta en "barnerolle" overfor yngre familiemedlemmer. Å miste autoritetsstatus og materiell forsørgerstatus overfor de yngre i familien ble opplevd som konfliktfylt. For å ha en personlig tilfredsstillende familiekontakt var det nødvendig at en ikke mistet sin selvstendige status i forhold til barna. Å være en del av et nabo- og vennenettverk fylte helt andre behov enn familien gjorde. Opplevelser som angst og ensomhet så i stor grad ut til å være en konsekvens av manglende integrasjon i nabo- og vennenettverk, mens forholdet til familien så ut for å bety relativt lite på dette området. På den annen side er nabo- og vennerelasjoner basert på en form for frivillighet og balansert gjensidighet som gjør det enda mindre akseptabelt å bli avhengig av varig og omfattende hjelp som ikke kan gjengjeldes, enn det er å bli avhengig av familien.

5.3. Kvinnegenerasjonene imellom

Fordi det er kvinner som blir eldst og derfor oftest blir de "tyngste" omsorgskrefterne,⁹⁾ og fordi det er kvinner som er omsorgsytere i familieomsorgen, er det viktig å se spesielt på forholdet mellom kvinnegenerasjonene. Den generasjon kvinner som i dag er eldre og omsorgstrengende har levd i en tid hvor mulighetene for å realisere egne livsprosjekter utenfor familien har vært små. De aller fleste har først og fremst vært levere og omsorgsressurspersoner i sine egne hushold.

vært husmødre og omsorgsressurspersoner i sine egne hushold. Mange av dem har pleid eldre slektninger og kanskje ektefeller så lenge dette var mulig og aktuelt. Derfor kjenner de også til de personlige, psykiske og sosiale belastninger det medfører å ha hovedansvaret for omsorgstrengende. Vi antar derfor at overgangen fra å være omsorgsressurs til å bli omsorgskrevende er en svært personlig belastende prosess for de fleste kvinner. Om de ønsker at deres egne døtre skal slippe de begrensninger og bekymringer de selv har opplevd som omsorgsytere, vil vi tro det er særlig vanskelig å måtte bli avhengig av døtres omsorg. En datter kan vanskelig få "foreldremyndighet" og autoritet i et omsorgsforhold til sin mor, noe som gjør det vanskelig å se denne omsorgen som en gjenytelse for den omsorg en selv fikk som barn. Dessuten er det i dag uklare normer med hensyn til i hvilken grad omsorg for foreldre forventes ut fra kjærlighet (som jo forutsetter en slags frivillighet), heller enn ut fra normer om hva en er forpliktet til.

Overgangen fra unnnværlig ressursperson til å bli avhengig av andres omsorg betyr for eldre kvinner ikke en midlertidig avhengighet. Tvert imot må de forvente at behovet for hjelp vil øke over tid. Dette rokker ved en av våre grunnleggende normer om at hjelp og tjenester ytes etter gjensidighetsprinsippet. Når vi mottar noe av en annen person, opplever vi at vi bør yte noe tilbake for å opprettholde en viss balanse i forholdet (Gouldner, 1960). I et maktteoretisk perspektiv vil et forhold der den ene kontinuerlig er giver og den andre mottaker, kunne bety at mottakeren kommer i et avmaktsforhold til giveren (Midré, 1973). Den eldres mangel på relevante byttemidler i familieomsorgen kan tilskrives mangelen på god helse. Og om en ikke har noen mulighet til å trekke seg ut av dette avhengighetsforholdet, understrekes den private avhengigheten ytterligere. Mange eldre kvinner opplever seg selv som en byrde for de andre kvinnene i familien. Som en reaksjon på dette, søker de ofte hjemmehjelp fra sosialkontoret, slik at belastningene på omsorgsyteren kan lettes og deres private avhengighet minskes.

5.4. Oppsummering

Hjelpeordningene for hjemmet har i tider med økonomisk ressursknapphet og stigende behov, tilpasset seg dette ved å satse mer på familiens hjelpevillighet. Selv om sosialkontorets ansatte ser at mange familieforhold er kompliserte, legger de stramme budsjettene klare begrensninger på hvor stor behovsdekking hjelpeordningene kan bidra med. Klientene blir blant annet derfor ofte avhengige både av offentlig og familiær hjelp.

Avhengighetsforholdet som klientene utvikler til det offentlige hjelpeapparatet er substansielt ulikt det som oppstår til den private familie. For å få et bredere perspektiv på klientenes livssituasjon, må vi derfor se på forholdet mellom klient, familie og den statlige omsorgen under ett. Diskrepansen mellom personlige preferanser av omsorgsyttere og generelle formodninger om andres valg, kan være et uttrykk for spenning mellom endringer i privatsfærens familieorganisering og den offentlige ideologiske hang til å vedlikeholde tradisjonelle mønstre i en økonomisk knapphetstid.

I det følgende skal vi se nærmere på kjennetegn ved hjemmehjelpsklienter ut fra opplysninger som fantes i registeret på Landås Sosialkontor i Bergen. Som sentrale variabler i dataene har vi valgt alder, kjønn og sivilstatus. Det er vårt utgangspunkt at forholdet til nære pårørende utformes både kvantitativt og kvalitativt med rot i disse kjennetegnene. For å få fram kvalitative og individuelle opplevelser av det å være mottaker av familiehjelp, og av forholdet til det offentlige hjelpeapparatet, presenterer vi et materiale samlet inn ved hjemmebesøk til en del klienter som søkte hjemmehjelp våren 1982.

Etter å ha gitt en generell presentasjon av noen av de kvantitative empiriske funn fra klientmaterialet, går vi over til en noe dypere diskusjon av klientenes individuelle forhold. Vi vil prøve å legge vekt på både det spesielle og det generelle i situasjonene som klientene beskriver. Det fokuseres på klientenes forhold til den private og offentlige avhengighet.

DEL II EMPIRISK ANALYSE

KAP. 6 PRESENTASJON AV DATA

6.1. Presentasjon av materialet fra Landås Sosialdistrikt

Landås Sosialdistrikt er et boligblokkfelt fra etterkrigstiden. De fleste innbyggerne kom flyttende hit i 1950-årene, og de kom stort sett fra de indre bydeler. Bydelen har i dag en relativt høy gjennomsnittsalder, og kun Sentrum Sosialdistrikt har flere eldre enn Landås. Av den totale befolkning på Landås som helhet er 32% over 60 år.^{*)} Blant disse eldre er det langt flere kvinner enn menn. Tabell 1 viser alders- og kjønnsfordeling i den eldre befolkning på Landås totalt.

Tabell 1 Befolkningen i Landås Sosialdistrikt etter kjønn og alder. Antall og prosent

Alder	Menn	Kvinner	Ialt
60 - 69 år	921 (43%)	1221 (57%)	2145
70 - 79 år	502 (36%)	883 (64%)	1385
Over 80 år	166 (27%)	444 (73%)	610
Sum	1589 (38%)	2551 (62%)	4140

Materialet om de ca. 460 hjemmehjelpsklienter ved sosialkontoret ble samlet inn i perioden september 1981 til mars 1982.

I tillegg til registerdataene, ga brev fra klienter, pårørende og venner verdifull informasjon. Dagboksmaterialet fra tiden som deltakende observatør ved kontoret inneholder stemningsrapporter og løpende informasjon fra de ansatte, som har vært meget viktig for vår forståelse av dette problemområdet. Deltakelse ved intervjuing av søkere til hjemmehjelpsjobber og sist men ikke minst, 16 hjemmebesøk til hjemmehjelpssøkere sammen med ledende hjemmehjelper, har ytterligere utdypet denne.

^{*)} Regnet ut etter befolkningsdata for Landås distrikt, basert på valgkretsdata fra 1980, Plan- og utredningsavd., Bergen Kommune.

For våre formål var registerdataene svært ufullstendige, særlig når det gjaldt opplysninger som sier noe om mengden av uformell familieomsorg som hjemmehjelpsklientene måtte få eller ha tilgang til. F.eks. hadde hele 29% av klientene enten ikke oppgitt navn på nærmeste pårørende eller nærmeste pårørendes adresse manglet, og for hele 43% av klientene var det ikke mulig å skaffe fram noen opplysninger om hvorvidt pårørende ga noe hjelp eller ikke. Vi vurderer det slik at det er mest sannsynlig at disse manglene ved dataene, fører til at den registrerte familieomsorg er mindre enn den faktiske. I tillegg til erfaringene fra kontoret og hjemmebesøk, er grunnlaget for denne vurdering at det for klientene vil være rasjonelt ikke å oppgi tilgang til familieomsorg, fordi de slik reglementet for tildeling er, på denne måten øker sjansen til å få innvilget hjemmehjelp.*) Dessuten vet vi at klienter ikke alltid ønsker at sosialkontoret skal kunne kontakte pårørende direkte. Hvor ofte slike vurderinger har spilt noen rolle for at en ikke har oppgitt navn og adresse til pårørende, vet vi selvsagt ikke. En langt større del av de gifte enn av de ikke-gifte klientene har latt være å oppgi pårørende overheadet (34% av de gifte mot 10% av de ikke-gifte), mens de ikke-gifte oftere ikke har oppgitt pårørendes adresse (9% av de gifte mot 15% av de ikke-gifte). For de gifte regner vi med at i og med at de har ektefelle som nær pårørende, oppleves det ikke alltid som nødvendig å oppgi noen andre. Mer alment er det likevel rimelig å tenke seg at det å la være å oppgi pårørende, kan være en måte å markere selvstendighet på, uten at dette i og for seg sier noe særlig om hva slags og hvor mye familieomsorg en faktisk får.

6.2. Klientenes alder, kjønn og sivilstatus

Hjemmehjelpstjenesten er først og fremst et sosialt hjelpe-tiltak innen eldreomsorgen, selv om også yngre funksjonshemmete i noen grad bruker denne tjenesten. I vårt materiale var det bare ca. 6% av hjemmehjelpsklientene som var under 60 år.

*) Se nærmere om dette i Wærness, 1982, s. 162-167.

Tabell 2 gir en oversikt over kjønnsfordelingen blant hjemmehjelpsklientene i de ulike aldersgrupper.

Tabell 2 Kjønnsfordelingen blant hjemmehjelpsklientene i Landås Sosialdistrikt i de ulike aldersgrupper. Prosent.

Alder	Menn	Kvinner	Totalt	N
Under 60 år	41%	59%	100%	(27)
61 - 69 år	11%	89%	100%	(45)
70 - 79 år	22%	78%	100%	(165)
Over 80 år	19%	81%	100%	(221)
Totalt	20%	80%	100%	
N	(97)	(366)		(458)

Sammenholder vi opplysningene i denne tabellen med fordelingen av den eldre befolkning på kjønn og alder totalt, ser vi at eldre kvinner langt oftere enn eldre menn blir hjemmehjelpsklienter. Både ulikhetene i eldre menns og kvinners husholdssituasjon og hjemmehjelpstjenestens innhold kan forklare dette. Vi vil gå nærmere inn på dette ut fra opplysningene i tabell 3.

Tabell 3 Prosent hjemmehjelpsklienter av befolkningen i Landås Sosialdistrikt etter kjønn, alder og sivilstatus.

Alder	Menn				Kvinner			
	Ugift	Gift	Førgift	I alt	Ugift	Gift	Førgift	I alt
61-69	0	0.4	2.6	0.5	1.5	1.5	7.2	3.6
70-79	4.8	3.0	29.3	6.9	15.6	9.6	18.9	15.1
80 år og over	20.0	19.8	32.9	25.3	34.4	28.8	43.0	39.4
Sum	2.7	2.8	21.2	5.2	15.2	5.2	21.7	13.9

Som vi ser, er kvinner oftere registrert som hjemmehjelps-klienter enn menn i alle aldersgrupper, og med unntak for fergifte menn i aldersgruppen 70-79 år, gjelder denne forskjellen mellom kjønnene i alle sivilstatusgrupper.

At hjemmehjelpsarbeidet er arbeid som tradisjonelt og fortsatt som oftest tilhører kvinnerollen, gir oss et godt utgangspunkt for å forstå disse ulikhetene. At gifte menn sjeldnere er registrert som hjemmehjelpskliener kan forklares både ut fra den vanlige aldersforskjellen mellom ektefeller og ut fra den kjønnsbestemte arbeidsdeling i husholdningen. At menn har yngre ektefeller øker sjansene for å ha en friskere ektefelle i eldre år, mens eldre gifte kvinner som blir skrøpelige, oftest vil ha en enda eldre ektefelle som kanskje er enda skrøpeligere. Menns manglende trening i hus- og omsorgsarbeid, vil ytterligere bidra til å øke denne forskjellen mellom gifte kvinner og menn når det gjelder sjansen for å bli hjemmehjelpsklient i eldre år.*) Hvor sterkt kjønnsrolleideologien slår ut på dette området fikk vi et klart inntrykk av når det gjelder synet på egenandelen av betalingen for hjemmehjelp. Sosialkontoret beregner vanligvis egenandelen ut fra ektefellenes samlede inntekt. En slik vurdering virker ikke selvsagt for alle klienter. Betaling for hjemmehjelpen ble av flere ektepar oppfattet som bare å skulle gå av kvinnens pensjon. Hjemmehjelpen ble ansett å være nødvendig fordi konen ikke lenger kunne oppfylle sine husmorforpliktelser, og da virket det "naturlig" at hun skulle betale. Ut fra de gifte kvinnes lave pensjoner, oppleves en egenandel beregnet ut fra ektefellenes felles inntekt som urimelig høy, og sosialkontoret får i slike tilfelle ofte forespørsel om muligheten for å redusere egenbetalingen. Forskjeller i behovet for institusjonsomsorg bekrefter det samme som forskjellene i bruk av hjemmehjelp: Ekteskapet er en omsorgsressurs for menn i eldre år, mens det for kvinner i noen grad må sies å være en omsorgsbelastning. (Solberg, 1978)

*) Egentlig ville det være mest korrekt i de fleste tilfelle å registrere begge ektefeller som hjemmehjelpsklienter. Hjemmehjelperens arbeid i husholdningen vil som oftest komme begge ektefeller til gode.

Levekårsundersøkelsen 1980 viser at ikke bare ekteskapet, men også det å bo i hushold med andre enn ektefelle, betyr at sjansen for å bli hjemmehjelpsklient minsker, mye for menn, men svært lite for kvinner. Mens 29% av de alene-boende menn i alderen 65-80 år hadde hjemmehjelp gjaldt dette bare 13% av de alene-boende kvinner i samme aldersgruppe. Blant de eldre som bodde i hushold med andre finner vi derimot ingen forskjell, 9% av de som bodde sammen med andre, hadde hjemmehjelp.*)

Denne forskjellen mellom kjønnene mener vi også kan indikere at kvinner oftere enn menn foretrekker å søke offentlig hjelp enn å bli avhengig av andre familiemedlemmer når de ikke lenger klarer de daglige gjøremål i huset. Fordi menn gjennom hele livsløpet har vært vant til at hus- og omsorgsarbeid ikke er deres ansvar, antar vi det er relativt enkelt å kunne ta det som en "selvfølge" at f.eks. andre kvinner i familien overtar om kona faller fra.

I stor grad er det døtre og svigerdøtre som utfører den uformelle omsorgen overfor eldre i familien (Wærness, 1981; Nygård, 1982), og vi antar at en slik privat avhengighet til familien er mindre problematisk for menn enn for kvinner. En amerikansk undersøkelse blant tre generasjoner kvinner om deres holdninger til omsorg, viste at den eldste generasjonen kvinner oftere enn de to andre generasjonene syntes at det var lettere å betale noen for å gjøre arbeidet enn å be barna. De mente dessuten oftere at profesjonell hjelp burde erstatte familiehjelp. Dersom det offentlige hjelpeprogram ble tilstrekkelig utbygd, kunne de eldre få det de trengte uten å be barn eller andre om hjelp. (Brody, Davis, Fulcomer & Johnsen, 1979) Studien har fokusert på kilder til omsorg, men ikke diskutert om det kan være ulike omsorgspreferanser mellom kjønnene. (De intervjuet jo også bare kvinner.) Likevel er det rimelig å anta at fordi kvinner har vært og er omsorgsarbeidere både i det private og i den offentlige sfære,

*) Kari Wærness drøfter dette nærmere i: Og hva når vi blir gamle. Velferdsutlikheter mellom kvinner og menn i alderdommen. Arbeidsnotat til RFSP-prosjektet "Familien og sosialpolitikken". Sosiologisk inst., UiB. 1983 b.

utvikler de andre holdninger både til omsorgsyting og omsorgsmottaking enn menn. Dette mener vi også kan føre til at relativt flere hjelptrengende kvinner enn menn søker hjemmehjelp.

6.3. Klientenes husholdssituasjon

Tabell 4 Hjemmehjelpsklientene i Landås Sosialdistrikt i alder og husholdssammensetning.*) Prosentter.

Husholdssammensetning						
Alder	Bor alene	Med ektefelle	Med egne barn	Med søsken/slekt	Totalt	N =
Under 60	56	22	15	4	97	(27)
61-69	64	29	2	5	100	(45)
70-79	69	23	5	3	100	(165)
80 år og over	77	15	5	3	100	(220)
Sum	72	20	5	3	100	(457)
N =	(328)	(90)	(23)	(15)	(457)	

*) 1 klient som bodde med ektefelle og barn og 1 klient som bodde med ektefelle og søsken er ikke tatt med.

De fleste hjemmehjelpsklienter bor i enpersonhushold, og samboenhet med barn eller annen slekt forekommer sjeldnere enn vi f.eks. fant i et annet sosialdistrikt i Bergen, som er langt mer preget både av landsbygd og villabebyggelse enn Landås er. (Wærness, 1982, s. 170)

Men husholdsfelleskap sier imidlertid langt fra alt om tilgjengelighet til uformell omsorg. Både Rosenmayr's undersøkelse fra 1963 og Lars Nygård's undersøkelse fra 1982 (Rosenmayr og Köckeis, 1963; Nygård, 1982) viste at eldre og pårørende foretrakk å ha separate hushold selv når den eldre fikk betydelig omsorg fra de pårørende. Pårørende vil gjerne ha eget hjem som "friplass" til å leve ut sitt eget privatliv og dessuten verne barna mot konfliktfylte forhold (Nygård, 1982). Eldre på sin side har rapportert at de ikke bodde alene fordi de måtte, men fordi de foretrakk det slik. Ut fra en formod-

ning om at eldre med en sterk familietilknytning skulle være mer orientert mot å bo sammen med sine barn enn de med svak familietilknytning, gjennomførte Friedeburg og Weltz en undersøkelse blant eldre med denne som bærende hypotese.*) Resultatene viste at respondenter med sterk familietilknytning var like mye imot å flytte til sine barn som de med svakere familietilknytning var.

Om felles hushold ikke er en nødvendig betingelse for tilgjengelighet til uformell omsorg, vil tilgjengelighet likevel være avhengig av at den geografiske avstand til nære pårørende ikke er for stor. Vi kan selvfølgelig ikke vurdere familieomsorgens kvalitet ut fra nærhet i rommet. Men nærheten er avgjørende for muligheten til å få visse typer regelmessig hjelp og for opplevelse av trygghet for hjelp ved akutte hjelpebehov. Det å ha "sine egne" i nærheten vil derfor som oftest bety et betydelig velferdsgode i eldre år.

Også i forhold til de tendenser Rosenmayr og Köckeis mente gjorde seg gjeldende i forholdet mellom eldre og deres familie, vil det være av interesse å få fram hvordan familiemønsteret tilpasser seg en ny demografisk og trygdeøkonomisk situasjon. Er foretrekkelsen av "intimitet på avstand" et gjennomgående trekk, kan vi anta at dette også vil gjenspeiles i familiens bosetningsmønster. Dersom det er slik at familieband kan ligge latent og utløses i praktisk hjelp når situasjonen tilsier det, vil den eldres alder og helsetilstand påvirke pårørendes bosetting.

*) Undersøkelsen er referert i Rosenmayr og Köckeis, 1963.

Tabell 5 Klienter i de ulike aldersgrupper etter avstand til nærmeste pårørende. Prosent.

Alder	Avstand					I alt	N
	I samme hus	I nabolaget	Mindre enn 5 km	Mer enn 5 km	Ikke oppgitt		
Under 60 år	15	4	7	30	44	100	(27)
61-69 år	7	4	13	44	32	100	(45)
70-79 år	12	11	14	30	33	100	(167)
80 år og over	16	12	15	32	25	199	(220)
I alt	14	10	14	33	29	100	
N	(62)	(48)	(65)	(153)	(131)		(459)

Av tabellen framgår at ca. 1/4 av hjemmehjelpsklientene har sin nærmeste pårørende i samme hus eller nabolag, og vi finner en viss tendens til at dess eldre klientene er, desto oftere oppgir de å ha sine nærmeste i nærheten. Om hjemmehjelpsklientene er avhengige av uformell hjelp i tillegg til de ukentlige timene hjemmehjelp, ser det ut til at mange har familien såpass nært at tilgangen på hjelperessurser skulle være til stede. Pårørendes tilknytningsform til lønnsarbeidsmarkedet vil selvsagt legge ledende føringer på mulighetene til å kunne imøtekomme hjelpebehov. Men når en ikke bor langt unna, er det lettere å hjelpe. For de klientene over 70 år som oppgir å ha sine nærmeste boende i en avstand på under 5 km borte, regner vi det som sannsynlig at mange også har betydelig uformell hjelp. I neste avsnitt vil vi gå nærmere inn på hva sosialkontoret vet om hjelp som pårørende yter.

6.4. Pårørendes hjelpeinnsats

Fra tidligere forskning vet vi at hjemmehjelpen for mange heller er et supplement enn et alternativ til familieomsorg (Wærness, 1982 og 1983; Nygård, 1982). Som vi tidligere har vært inne på, er sosialkontorets data svært utilstrekkelige

for å få belyst familieomsorgens omfang. Inntil nylig har en ikke registrert om og i tilfelle hvor mye hjelp klientene får fra familien. Kun i spesielle tilfelle der arbeidsoppgavene som pårørende regelmessig har utført, klart har hørt inn under hjemmehjelpenes arbeidsområde, har dette blitt påført klientens arkivkort.

Tabell 6 viser pårørendes hjelpeinnsats slik dette er registrert ved sosialkontoret.

Tabell 6 Har klienten pårørende som gir regelmessig hjelp? Prosent.

Alder	Ja	Gir noe hjelp	Nei	Uoppgitt	Totalt
Under 60 år	7	15	26	52	100 (27)
61 - 69 år	7	38	20	36	101 (45)
80 - 79 år	8	26	22	43	99 (167)
Over 80 år	16	27	14	43	101 (220)
Sum	12	27	18	43	100
(N)	(54)	(124)	(83)	(197)	(459)

Omkring 40% av klientene oppgir at de får noe hjelp fra pårørende, og tendensen er at de eldste klientene oftere enn de yngre oppgir dette. At mange klienter er avhengige av familiehjelp i tillegg til den offentlige hjelpen, mener vi innebærer at de ofte kommer i "klemme" mellom privat og offentlig avhengighet. At det kan gå opp til to år fra en søker om hjemmehjelp til den blir innvilget, regner vi med ofte fører til store påkjenninger for forholdet mellom hjelptrengende og resten av familien.

De fleste pårørende utenom ektefelle som yter hjelp, viser seg å være døtre.*) For de eldste som mottar familieomsorg

*) 93 klienter oppgir å ha hjelp av døtre, 47 av sønner, mens 5 oppgir å ha hjelp både av sønner og døtre. 26 oppgir å ha hjelp av andre kvinnelige slektninger, mens 4 oppgir hjelp fra andre mannlige slektninger.

vil det innebære at den som yter familieomsorg ofte selv vil være tilårskommen og kanskje ha svekket helse. I mange tilfelle kan vi regne med at det er besteforeldregenerasjonen som yter hjelp til oldeforeldregenerasjonen. I lys av dette er det ikke så merkelig at en finner at familiehjelpere innen eldreomsorgen rapporterer utbrenthet (Nygård, 1982).

6.5. Antall timer hjemmehjelp pr. uke

Det er innarbeidet praksis ved sosialkontoret at en ikke skal yte mer enn 12 timer hjemmehjelp pr. uke. Og det er kun det mest nødvendige husarbeidet som hjemmehjelperen tar seg av. Klienten selv avgjør ikke hvor mye hjemmehjelp som trenges. Sosialkontorets ledende hjemmehjelper drar selv på hjemmebesøk til de som har søkt for å foreta en helhetsvurdering av situasjonen. Deretter fastsettes antall timer hjelp som skal ytes pr. uke. Stort sett innvilges det foreslåtte timeantallet. Hjemmehjelperen har faste instruksjoner om hvilke arbeidsoppgaver som hører inn under hennes felt, og hun skal for eksempel ikke ta på seg rundvask av hus og leiligheter. At en del hjemmehjelpere likevel gjør det, har sin bakgrunn i de spesielle særtrekk som yrket har.*)

Det ligger i sakens natur at hjemmehjelpsklientene lider av en eller flere former for funksjonstap. Forestiller vi oss klientenes helsetilstand som et kontinuum med de friskeste på den ene enden og de "syke syke" på den andre enden, vil vi nok i dag finne en overvekt av de sistnevnte blant klientene på Landås. Dette er blant annet en konsekvens av sosialkontorets økonomisering av stadig knappere ressurser som skal fordeles på et økende antall trengende. Derfor prioriteres de sykeste, noe som indikeres ved den store andel klienter som er 80 år og over.

*) For nærmere diskusjon av dette, se Wærness, 1982, s. 136-153.

Av tabell 7 går det fram at en sjelden innvilger mer enn 5 - 6 timer hjemmehjelp og at svært få oppnår det maksimale antall timer hjelp. Det er heller ikke særlig forskjell mellom aldersgruppene på dette området. - Ut fra klientenes helsetilstand, vurderer vi det slik at den hjemmehjelpen som innvilges for de fleste er en minimumshjelp.*)

Tabell 7 Klientene i de ulike aldersgrupper etter antall timer hjemmehjelp pr. uke. Prosent.

Alder	Antall timer pr. uke				(N)
	≥4t.	5-6 t.	7-12 t.	Totalt	
Under 60	59	33	7	99	(27)
61 - 69	55	42	2	99	(45)
70 - 79	58	39	3	100	(164)
Over 80	54	39	7	100	(220)
I alt	56 (254)	39 (177)	5 (24)	100	(456)

Blant de klienter som ikke har pårørende i nærheten, må vi anta at vi finner mange som ut fra rimelige velferdsbetraktninger burde hatt langt mere hjelp. Blant de klienter som har pårørende i nærheten, antar vi at mange er avhengig av en betydelig omsorgsinnsats fra familien, i mange tilfelle langt utover det som både giverne og de hjelptrengende finner ønskelig.

6.6. Oppsummering

De fleste hjemmehjelpsklienter i Landås Sosialdistrikt er kvinner over 70 år. Fordi hjemmehjelpsarbeidet er nærmest synonymt med det hus- og omsorgsarbeid som husmødre utfører generelt, henger fordelingen av hjemmehjelp mellom kjønnene

*) I et annet sosialdistrikt i Bergen fikk hver klient i 1979 gjennomsnittlig noe mer hjelp enn i Landås i 1981 (Warness, 1982, s. 175). Vi antar denne forskjellen skyldes den økonomiseringen med stadig knappere ressurser i forhold til etterspørselen som sosialkontoret nå ser seg nødt til å foreta.

sammen med den tradisjonelle og kjønnsbestemte arbeidsdelingen i familien. Gifte kvinners omsorgsansvar overfor sine menn kan bli en belastning for mange av kvinnene i de eldre år (Solberg, 1978), mens det som oftest betyr en entydig velferdsgevinst for menn å ha en yngre hustru.

De fleste hjemmehjelpsklientene bor aleine i egne hushold. Men det er flere kvinner enn menn som bor aleine. Derfor antar vi at flere menn enn kvinner mottar familiær omsorg. Dette er i pakt med samfunnsvitenskapelige funn fra andre land, som har vist at enslige eldre menn står i favorstilling framfor kvinner med omsyn både til offentlig og privat hjelp (Rosenmayr og Köckeis, 1963). Kjønnsulikhetene kommer mennene til gode i og med at de både oftere får og får mer hjelp enn kvinner, og de gifte mennene betaler i mange tilfeller heller ikke egenandelen som sosialkontoret krever for hjemmehjelpen selv om de nyter godt av den.

Omtrent halvparten av hjemmehjelpsklientene over 70 år har sine nærmeste boende i en avstand under 5 km borte. Dette kan være uttrykk for at vi nå ser tegnene av en ny måte å organisere forholdet mellom eldre og familien på. Avstand mellom eldre og deres pårørende kan ikke si noe om mengde og kvaliteten av den eventuelle omsorg som ytes, men er en forutsetning for kontinuerlig og forpliktende omsorg.

Over en tredjedel av de eldre over 80 år oppgir at de får noe eller regelmessig hjelp fra sine pårørende. Andelen eldre som oppgir at de mottar hjelp fra sine pårørende, øker med økende alder. Dette gir grunn til å anta at hjemmehjelpsordningen ikke bare er et alternativ til institusjon, men også et supplement til familieomsorg. Fordi det ytes relativt lite hjelp pr. uke, antar vi at det i framtiden, på grunn av det økende antall eldre over 80 år stadig vil bli flere som må dekke deler av sine hjelpbehov gjennom 4 - 6 timers hjemmehjelp pr. uke. Derfor er det sannsynlig at eldres avhengighet av sin private familie vil øke, men de

vil likevel forbli "grenselandsklienter" fordi familieomsorgen suppleres med hjemmehjelpstjenesten.

Fra å ha konsentrert oss om forholdene slik de fortøner seg for hjemmehjelpsklienter på distriktsnivå, skal vi nå gå over til de individuelle opplevelsene som eldre har i forhold til offentlig og privat avhengighet. Avslutningsvis skal vi bare slå fast at den typiske hjemmehjelpsklient er en kvinne på over 70 år som bor aleine. Det materialet vi skal ta for oss nå, er basert på uformelle intervjuer ved hjemmebesøk nettopp hos en del eldre, aleineboende kvinner.

KAP. 7 KLIENTENES HELSE OG FAMILIEFORHOLD

7.1. Beskrivelse av en idealtypisk hjemmehjelpsklient

Hjemmebesøkene hos søkere til hjemmehjelp ble foretatt som et ledd i sosialkontorets vanlige rutine. Når det kommer søknader inn, drar ledende hjemmehjelper på visitt til den enkelte for å få innblikk i forholdene. I alt var vi hjemme hos 16 søkere, hvorav 11 var enslige, aleineboende kvinner, 2 enslige menn og 3 ektepar. Blant kvinnene var gjennomsnittsalderen 76.5 år, den ene mannen var 87 år gammel og den andre var i slutten av 70-årene. Ekteparene var alle i andre halvdel av 70-årene. De fleste søkte om hjelp ikke bare ut fra ett problem, men de hadde knipper av problemer som til sammen hadde utløst behov for hjemmehjelp.

For å prøve å beskrive en typisk hjemmehjelpsklient har vi her konstruert en idealtipe - Klara på 78 år - som forteller følgende om seg selv:

"Jeg kom til Bergen som ung jente for å ta huspost. Etter ei tid traff jeg han som jeg giftet meg med, og vi flyttet inn i en mørk og rå kjellerleilighet i sentrum. Etter krigen fikk vi denne leiligheten her på Landås. Men de dårlige boforholdene nede i byen er nok en av grunnene til at jeg nå sliter med store smerter i beina. Den fuktige og råe lufta og

alt småbarnstøyet som alltid hang rundt omkring til tørk gjorde nok sitt for helsa. Jeg har fostra opp fire sønner. Den yngste flyttet hjemmefra for seks år siden, og for to år siden døde mannen min. Siden da har jeg vært mye aleine, og ensomheten er tung å bære for et gammelt menneske som er vant med å ha en stor familie rundt seg. Ikke det -, jeg klandrer ingen. Guttene mine har så evig nok å stri med selv. De har jo sin egen familie og sitt å ta vare på. Men jeg vil nå si at de er flinke å komme på besøk. Hver lørdag er to av sønnene mine her med barnebarna. Men, du vet, det blir jo en del ekstra arbeide og styr og bråk med ungene, og vi gamle blir fort sliten av det. Dessuten vil jeg ikke spørre så mye om hjelp. Det blir lett til mas og kjas og tyting, og jeg vil heller ikke belaste dem for mye med mine problemer.

Jeg har dessuten alltid hatt nerveproblemer, men har møtt lite forståelse for det. Nå er det blitt så ille at jeg ikke engang tør å gå til byen aleine. Jeg makter det bare ikke. Det er et ork stort nok å gå på butikken. Og matlaging, - det har liksom mistet noe av hensikten sin når jeg er aleine. Maten smaker meg ikke lenger. Naboene inviterer meg nå og da på middag og da hender det at jeg går. Men jeg plages med magesår, så det er ikke all mat jeg kan spise, og det er så leit å være gjest og ikke kunne ta imot det som serveres. Både medisinen for hjertet mitt og den medisinen som jeg fikk etter å ha hatt hjernedrypp, gir meg store magesmerter så de unngår jeg helst å ta.

Nei, helsa er skrøpelig.

Før pleide jeg å vaske rundt her tre ganger i året, og når jeg ikke lenger greier å holde huset reint, men må sitte her aleine dag etter dag mens støvet legger seg rundt meg, gjør det meg så deprimert. Så

det ville vært fint om jeg kunne få hjemmehjelp til husarbeid en gang i uka. Det ville dessuten gi meg noen å vente på."

Det almengyldige i Klaras framstilling kan oppsummeres i fire hovedsider ved hjemmehjelpsklientenes situasjon:

1. Det dreier seg stort sett ikke om en helsemessig skavank, men flere som virker sammen.
2. Det søkes om lite hjelp i forhold til de eksisterende behov. Og det er de tyngste, reint praktiske husholdsoppgavene som det søkes hjelp til.
3. De ønsker ikke å bli en byrde for familien.
4. Ensomheten er et problem.

7.2. Generelle helsemessige forhold

Klara har smerter og problemer med beina sine. I tillegg plages hun med hjertetrøbbel, magesår og hun har vært innlagt på sykehus for hjernedrypp. Ved siden av dette kommer hennes dårlige nerver. Et slikt sykdomsbilde er ikke uvanlig blant hjemmehjelpsmottakerne. Mange blir lett svimle og tør av den grunn ikke bøye eller tøye seg av redsel for å besvime og falle slik at de ødelegger armer og bein. Derfor fortoner oppgaver som vedhenting fra kjelleren, opphengig av ferdigvasket tøy, vasking av vinduer og golv og handling av litt tunge kolonialvarer seg som uoverstigelige hindringer for dem.

Mange lider av øyesykdommer slik som grå stær. Det innebærer at den daglige handleturen blir vanskelig både når det gjelder å se varer og priser i supermarkedet og når det dreier seg om glatt føre på veiene vinterstid. For kvinnene gir øyeproblemer vansker med å gjennomføre det daglige stellet i huset. De ser ikke godt nok til å måle og veie under matlagingen, og blir redde for å brene seg når de står ved komfyren. Dessuten blir det en psykisk påkjenning for mange kvinner at de ikke lenger makter å ha kontroll over renslighetsstandarden i huset. Om det skulle komme

gjester er de engstelige for at folk skal tro de er blitt sjuskete og skittenferdige på sine eldre dager. Tiden faller også lang når en ikke kan lese, sy eller holde på med andre gjøremål som krever normalt syn.

Når eldre kvinners helse gjør at de ikke lenger kan ivareta husarbeidet, rokker det ved en av de mest grunnleggende normer hos kvinner. Fordi "når husmoren bryter med rolleforventningene, bryter hun ikke bare samfunnets normer, men også med sin egen selvoppfattelse og identitet" (Oakley, 1974). I eldre år går rollen fra å ha vært den som gir og/eller sørger for at andre får omsorgsbehov dekket, sakte over til å bli rollen som er avhengig av andres omsorg. Skjer dette i relativt ung alder oppleves svekkelsen av husmor- og omsorgsrollen sterkere, særlig hvis det er barn og ektefelle i husholdet. I slike tilfeller er det ikke alltid sykdommen som er den største påkjenningen, men umuligheten av å kunne fylle mors- og hustruforpliktelsene. Følgende "case" illustrerer et slikt forhold.

Eksempel 1

Gift kvinne i 50-årene som bor sammen med datter i tenårene og sin mann:

Etter et langvarig sykehusopphold ble hun utskrevet under forutsetning av å få hjelp i huset. Denne forutsetningen var for henne det avgjørende punkt fordi hun på forhånd kjente til hvordan det ville bli både for henne og familien dersom hun måtte sette sin lit til de andres hjelpevillighet. Cirka et halvt år etter at kvinnen var kommet hjem, hadde hun ennå ikke fått hjemmehjelp, og forholdene var fortvilte. Kvinnen var utslitt av de psykiske påkjenningene hun fikk av å måtte "rote til" familielivet ved sin sykdom. Hun var flere ganger under vårt besøk på nippet til å gråte, og hadde vanskeligheter med å snakke. Sykdommen hennes holdt henne våken store deler av natta fordi hun hadde sterke smerter. Enda mer fortvilt gjorde det henne at hennes smerteanfall også holdt mannen våken. Han var sliten, og forholdet mellom dem var etterhvert blitt tynnslitt. Hun følte det slik at

det ville vært best for alle om hun forsvant - "det ville gitt de fri", som hun sa.

Avhengigheten av de andre krenket og ydmyket henne, og mannens og datterens mangelfulle innlevelsessevne i hennes situasjon gjorde henne bitter. Datteren var i opposisjon til moren, kjeftet på henne og viste forakt overfor hennes svake stilling. Da besøket vårt var avsluttet og vi skulle gå, kommer datteren hjem fra skolen. Hun spør om middagen er ferdig, og får vite at moren har hatt for sterke smerter til å gå ut for å handle. Da stønner datteren oppgitt, går inn på sitt eget rom og smeller døren hardt igjen.

Slik vi forsto denne kvinnen, var det primære problemet for henne at hun ikke måtte overføre sin mors- og husmorsforpliktelser på sin mann og datter. Hun mente det var belastning nok for dem at hun var syk. Hjemmehjelp vil i slike tilfeller være avlastende for andre familiemedlemmer som er friske nok til å ivareta både hus- og omsorgsoppgaver, men som de på grunn av tradisjonelle kjønnsrolleforventninger ikke mener skal pålegges dem. Samtidig vil hjemmehjelpen fungere som konfliktdempende for kvinnens forhold til seg selv og til de andre familiemedlemmene, og vært en forutsetning for at kvinnen skal kunne fortsatt være i sitt hjem. Det offentliges hjelpetilbud var hennes eneste byttemiddel som kunne lette på forholdene. At mors- og husmorsoppgavene i hennes øyne ble rangert framfor hennes helsetilstand, er kanskje ikke et særtrekk hos bare denne kvinnen, men gjelder nok mer generelt. Nå er ikke denne kvinnen blant de aller mest typiske hjemmehjelpsklientene, men hun har likevel det til felles med andre kvinnelige hjemmehjelpsklienter at hun har gått over fra å være omsorgsyter til å bli omsorgstrende. Sykerollen var ikke legitim hos henne i den forstand at hun kunne "tillate" seg å være helt hjelpeløs. Tilstanden var, som hos de fleste andre klientene, irreversibel. Bytteforholdet til de andre i familien vil derfor ha en konstant skjevhet i seg, og rollekonfliktene er på flere måter uløselige. Posisjonen som underlegen i den for-

stand at avhengigheten ikke vil opphøre, men forsterkes over tid, var belastende både for henne selv og familien.

Å oppleve seg selv som en byrde for familien på grunn av sin svekkede helse, er utbredt blant klientene. Etter en tid hvor de har vært avhengige av familiens hjelpevillighet, blir dette en brysom kjensgjerning. Økende grad av privat avhengighet aktualiserer de offentlige hjelpeordningene som en mulighet til å få et mer balansert forhold til familien ved å få hjemmehjelpen til å ta det tyngste, mest grunnleggende arbeidet.

7.3. Grunner for å søke hjemmehjelp

Hjemmehjelpstilbudet er i praksis et ledd i den åpne eldreomsorgen. Opprinnelig skulle tiltaket rettes inn på flere omsorgstrengende grupper som levde utenfor institusjon, men etterhvert som behovene økte sterkt blant de eldste gruppene, ble hjemmehjelpstjenesten først og fremst et svar på de eldres etterspørsel.

De eldre generasjonene har sterkere internaliserte normer om å leve uten hjelp fra det offentlige enn de yngre har. For de fleste har det latt seg gjøre å holde disse normene i hevd gjennom et langt liv. Revurdering av normene blir neppe aktuelt før en ikke lenger klarer seg uten hjelp fra andre. Dessuten er det mer legitimt å trenge hjelp når en er gammel, fordi en ikke forventer av eldre at de på alle måter skal være selvhjulpen. Det betyr imidlertid ikke at det er uproblematisk for eldre mennesker å komme i en avhengighetssituasjon. Det er vår erfaring at ambivalens preger bildet både med omsyn til den private og den offentlige avhengighet.

En 84 år gammel kvinne uttrykte sitt forhold til sosialkontoret slik:

Eksempel 2

"Jeg har aldri hatt hjelp fra "sosialen". Men nå er jeg blitt så gammel og skal snart dø, så nå er det vel på tide at jeg kunne få litt hjelp til det grovste husarbeidet. For det klarer jeg ikke lenger. Og legen min har sagt til meg at siden jeg nå er så gammel og skrantete, burde jeg kunne få hjelp. Jeg vet at mange som ikke er så gamle og skrøpelige som jeg har fått hjelp, men jeg ville helst klare meg lengst mulig selv."

Kvinnen bodde i et gammelt trekkfullt hus, og var så pass svakelig at det var uforsvarlig å ikke ha telefon. Vi gjorde henne derfor oppmerksom på at hun kunne søke på brensels- og telefontilskott. Til det svarte hun:

"Nei, jeg har aldri søkt myndighetene om noe før, for jeg vil helst ikke søke på noe fra det offentlige."

En annen kvinne understrekte det brysomme i den private avhengigheten:

Eksempel 3

"Du vet, datteren min bor nå i andre etasjen her i huset. Det er ikke det at hun ikke hjelper meg, men hun sliter og strever med sitt. Og det er ikke kjekt å måtte be om hjelp så mye. Jeg vet at der finnes mange andre søkere som har det mye verre enn meg og som er sykere enn meg, men Du vet, det er så ekkelig å være opphavet til så mye bryderi for de andre."

Mens den ene kvinnen understreker det berettigede ved å søke om hjelp ved å henwise til legeutsagn og høy alder, poengterer den andre kvinnen at hun har tilgjengelig hjelp i huset, men vil helst slippe å leve i den avhengighetssitua-

sjonen som oppstår. Dessuten vil hun verne datteren sin mot for mange forpliktelser. For henne vil det skape et mer balansert forhold til datteren om hun kunne få offentlig hjelp. Argumentet om å ikke måtte belaste døtrene for mye gikk svært mye igjen, som f.eks. i følgende tilfelle:

Eksempel 4

"Vi måtte flytte fra gaten der vi har bodd i 40 år fordi kommunen skulle sanere. Dette huset er gammelt og tungstelt, altfor tungvint for meg. Datteren min, som bor oppe har småbarn og er dessuten høygravid, så hun har nok å henge fingrene i. Hun vasker jo tøyet mitt og handler inn og sånt for meg, men unger og mann krever sitt, og jeg husker selv hvor slitsom småbarnsperioden var. Hadde jeg enda bodd i gaten vår, ville naboer og venner hjulpet meg."

Denne kvinnen vil også unngå å virke belastende på datteren, men mener at hjelp fra naboer og venner hadde vært å foretrekke framfor det offentlige.

Å ha hjemmeboende, voksne barn kan også utløse behov for offentlig hjelp. I sånne forhold er det ikke primært avlastning for andre som er motivet, men et klarere behov for avlastning for seg selv. En 79 år gammel kvinne har sin 40-årige sønn boende hjemme hos seg. Selv har hun slitasje i hoftene slik at hun faller ofte og hun plages med et lårhalsbrudd som gjør at hun må gå med krykker. To ganger i uken er hun på dagsenter for eldre, og hun trenger hjemme-sykepleie hver dag som hjelper henne med påkledningen og gir henne insulinsprøyte. Vi spør henne om hvorfor hun mener hun trenger hjemmehjelp når sønnen bor sammen med henne og kan ta husarbeidet. Hun svarer:

"Nei, du vet, mannfolk - det e'kje no hjelp i de. Han handler og vasker litt kopper, men du vet ... Jeg gjør husarbeidet selv når jeg klarer å stå lenge nok av gangen. Helst ville jeg bo på et hjem -

det ville vært et godt liv. Men jeg vil nå ikke søke ennå. Sønnen har kjærest, så vi får se hva det blir til. Nei, på hjemmet får vi mat og kan preike med folk og personalet er så kvikke og greie at ..."

I motsetning til de kvinnene som ikke ville belaste døtrene sine for mye med sine problemer, søkte denne kvinnen hjelp til å fortsatt klare å holde huset på stell for sønnen sin. Fordi kvinnene gjerne har høyere standardmål på husarbeidet, ville sønnens eventuelle overtakelse bety mindre trivsel for moren. Morsforpliktelsene overfor sønnen var like levende, selv om hun kunne ønske å komme på et sted der hun ville blitt servert mat, utsatte hun det til hun kunne "overlate" sønnen til en annen kvinne. Hjemmehjelp i slike hushold er hjelp til kvinner for å vedlikeholde morsrollens tjenesteytende funksjon overfor friske, hjemmeboende barn.

I alle disse eksemplene har det vært søkt om hjelp mellom 2 til 4 timer i uken. Det var opplagt behov for mer hjelp enn det som kunne tilbys. Den offentlige hjelpeinnsatsen alene dekker deler av behovsspekteret.

7.4. Hjemmehjelpstjenesten og de pårørende

Det viser seg at det oftest er pårørende (mest døtre og svigerdøtre) som tar initiativ til å søke hjemmehjelp, og som presser på for å få søknadene igjennom. Flest henvendelser kommer på mandagene etter at de har vært på besøk hos sine eldre i helgen. Det er ikke bare barn som kontakter sosialkontoret, men også venner og litt fjernere slekt kan skrive til sosialkontoret fra andre steder i landet eller sågar utlandet for å be om hjelp til en eldre person de mener ikke lenger kan klare seg uten. Det er tilfeller der pårørende reiser titalls mil annenhver helg for å se til sine eldre. Et eksempel på dette var en niese som reiste fra Porsgrunn til Bergen annenhver helg for å ta seg av sin tante.

Dette hadde hun gjort i flere år uten vederlag, men da hun selv ble så sliten at hun ikke maktet mer, tok hun kontakt med sosialkontoret for å be om hjemmehjelp til tanten sin.

Pårørende som bor i samme hus som klienten, kan oppleve å enten få avslag eller få trukket hjemmehjelpen tilbake med den begrunnelse at klienten har pårørende i huset som kan ta seg av dem. Dette skjer oftest i tilfeller der det er døtre eller svigerdøtre i huset fordi det forventes av dem at de skal ta vare på sine egne. Denne forventningen er generell - det vil si at det formodes at den kvinnelige pårørende skal være en ressurs. På tross av at døtrene selv kan være syke og/eller utslitte eller være i fullt yrkesarbeid, forventes det at omsorgsoppgavene skal prioriteres så høyt av vedkommende at sosialkontoret kan lite på at den eldre ikke lider nød. Kvinners omsorgssamvittighet strekker seg langt, og vi vet at i mange tilfeller slutter kvinner i arbeid for å kunne ta omsorgen for sine eldre, avhengige familiemedlemmer (Nygård, 1982; Wærness, 1982). I Nygårds undersøkelse var det bare 5 av 28 pårørende som ikke opplevde noen endringer i forhold til arbeidslivet da de påtok seg omsorgsansvaret. De 23 andre måtte enten redusere arbeidstida, få fleksible ordninger, slutte eller skifte jobb (Nygård, 1982).

For pårørende er hjemmehjelpstjenesten en måte å få avlastning og hjelp på. I mange tilfeller er det den eneste måten å kunne få levd sitt eget liv på et noenlunde anstendig vis ved å få fri noen timer i uken fra omsorgsforpliktelsene. I det følgende skal vi sitere et brev fra en datter hvis mor ble fratatt hjemmehjelp.

"Jeg refererer til telefonsamtale min mor hadde med Dem ang. hjemmehjelp. Jeg er blitt fortalt at hun er fratatt hjemmehjelp på grunn av at datteren (undertegnede) bor i samme hus og at jeg derfor kan yte den nødvendige hjelp. Dette skal være kommet fram etter en rapport fra en dame som hadde besøkt min mor og hatt en samtale med henne. Dessverre hadde min mor ikke nevnt noget om min helsetilstand, og på grunn

av denne mener jeg at min mor i aller høyeste grad har rett på hjemmehjelp.

Som De antagelig allerede vet, har min mor hatt leddgikt i mange år og er nå så invalidisert at hun ikke kan klare seg uten hjelp. Foruten leddgikt har hun nå i flere år vært plaget av for høyt blodtrykk. I ca. 1 1/2 år har hun vært så dårlig at hun har vært svært meget sengeliggende. En tid før jul fikk hun et nytt og smertefullt utbrudd av leddgikten. Kort tid etter ble hun en natt så syk (mistet bevisstheten) at min mann og jeg i all hast fikk fatt i ambulanse og brakt henne til legevakten. Hun kom seg etter en stund såpass at hun kunne bringes hjem igjen. Hun ble etter jul innlagt på sykehus hvor hun ble behandlet i 4 uker. Jeg har i samtale med hennes lege fått vite at hun hadde vært på kanten av et slag, og at vi måtte være forberedt på at dette kunne komme igjen. Hun har i alle disse årene hun har vært plaget av leddgikten, kjempet tappert mot sykdommen og klart seg uten hjelp, men nå klarer hun det ikke lenger.

Jeg er en gift kvinne i 40-årene med to døtre. Fra jeg var ganske ung, har jeg slitt med "dårlige nerver". To ganger har jeg vært så syk (dyp depresjon og angstnevrose) at jeg har måttet få behandling for dette. Siste gang ble jeg innlagt på nervesanatorium og ble da behandlet med medikamenter. Det er ikke så lett å forklare hvilken lidelse en dyp depresjon er, men selv om behandlingen tar bort de verste symptomer, kan jeg forsikre Dem om at helsetilstanden er meget redusert. Etter flere år med stadige tilbakefall og mange samtaler med lege fikk jeg det råd å forsøke å komme ut i arbeidslivet igjen. Det viste seg å være et meget godt råd, og etter en tid kom jeg meg betraktelig og fikk en del selvtillit tilbake. Imidlertid ble min mann meget syk, han fikk hjerteinfarkt og er i dag sterkt plaget av angina pectories. Han er i fullt arbeid igjen, men er forståelig nokså trett

etter arbeidstidens slutt, sånn at jeg verken vil eller kan be om hjelp til husarbeidet eller plage ham med problemer som dukker opp. Min eldste datter bor for tiden i en annen by hvor hun holder på med sin utdanning. Min yngste datter går på ungdomsskole. Hun har sine lekser etter at hun kommer fra skolen, men hjelper meg med det hun kan klare. Arbeidspresset på meg har likevel vært stort, og når jeg nå i 1 1/2 år i tillegg til mitt eget også skulle hjelpe og ha ansvaret for min mor, så ble dette for meget for meg. Jeg har det siste halve året ikke vært frisk, depresjonsanfallene tiltar og jeg er klar over at det er på grunn av for meget arbeid og ansvar. Jeg må få tilføye at jeg fremdeles må bruke medikamenter for å holde depresjonen i sjakk. Jeg har arbeidet full dag, men for noen mnd. siden måtte jeg gå over til halvdagsstilling.

Jeg har kjempet hardt for å komme over depresjonen og kunne fungere uten å ligge noen til byrde, men når det forventes av meg at jeg foruten å skulle stelle mitt eget hjem med en syk mann, også skulle overta alt arbeid hos min mor, så er dette meget mer enn jeg kan makte. Selv med hjemmehjelp vil det likevel være meget som faller på meg - først og fremst ansvaret for et sykt menneske. Jeg kan nevne at jeg ikke har hatt noen skikkelig ferie på flere år fordi jeg ikke våger å la min mor være alene i huset.

Jeg håper at De etter disse opplysninger forstår at forholdene er uholdbare, hvis det skal fortsette på samme måte som nå, er det bare et tidsspørsmål før jeg bryter samme igjen. Jeg vil derfor innstendig be Dem om å ta saken opp igjen omgående så min mor kan få den hjelpen hun trenger.

Med hilsen N.N.

Brevet taler egentlig godt nok for seg selv. Likevel finner vi det nødvendig å understreke at ansvaret for ikke-selv-hjulpne eldre hviler på familiekvinneres skuldre på tross av hjemmehjelpens arbeid. Selv om hjemmehjelpstjenesten er en hjørnestein i den åpne eldreomsorgen, er pårørendes omsorgs-ansvar og hjelp ofte grunnmuren som steinen hviler på.

Rosenmayr og Körl's studie av hushold med hjelptrengende eldre viste at hushold som har pleietrengende eldre og som mottar hjemmehjelp oftere rapporterer om følelse av byrdefylt ansvar enn andre grupper gjør (Rosenmayr og Körl, 1981). Uansett om husholdene får lite eller mye hjelp, vil det mest sannsynlig være snakk om en viss arbeidsfordeling heller enn ansvarsfordeling.

7.5. Klientenes hjemmehjelpstjeneste - pårørendes hjemmehjelpstjeneste

Fordi hjemmehjelpsklientenes fysiske og psykiske tilstand fordrer innsats både fra det formelle og det uformelle hjelpesystemet, betyr det at vi må vurdere og forstå vekselvirkningene mellom det offentlige og det private for å få et helhetlig perspektiv på klientenes situasjon.

De mange og ulike helseproblemene klientene har, og som ikke bare kan avhjelpes med noen få ukentlige timers arbeid fra hjemmehjelpers hånd, er det pårørendes ansvar å imøtekomme. Hjemmehjelpens innsats gjør det ikke mulig for de mange å unngå den private avhengigheten selv om den kan være ydmykende og også i visse tilfeller kontrollerende. Derimot gjør sosialkontoret det mulig å endre litt på innholdet i avhengigheten ved at de mest slitsomme, usynlige og tyngste arbeidsoppgavene tas av hjemmehjelperen. Ved å "fjerne" slike oppgaver fra forholdet mellom klient og familie, kan det oppleves som en mer balansert relasjon fra klientens side. Vi antar dessuten at foreldreautoriteten som eldre har overfor sine barn har større muligheter for vedlikehold desto mer

uavhengig den eldre er. Det betyr samtidig at det for mange Eldres vedkommende blir verdigere vilkår i familielivet når rollen som totalt hjelpeløs kan unngås lengst mulig. På denne måten kan hjemmehjelpen bidra til å verne om de positive sider i forholdet mellom de eldre og familien, og om ikke hindre, så i hvert fall lindre, opplevelsen som mange av klientene har av at de er en byrde for sine nærmeste.

Tidligere forskning har vist at forholdet mellom omsorgsreserver i nettverket og de omfattende omsorgsbehov som utvikles som følge av Eldres relative økende andel i befolkningen, ikke står i forhold til hverandre (Wærness, 1975; Sundstrøm, 1982; Moroney, 1976). Den såkalte "omsorgsreserven" som gifte middelaldrende kvinner har utgjort for samfunnets avhengige er i ferd med å svinne hen, blant annet som en følge av gifte kvinners økende yrkesaktivitet. I 1979 var ca. 55% av gifte kvinner mellom 45 og 66 år i yrkesarbeid (Sosialt utsyn, 1980). Dette betyr at etterspørselen av offentlige omsorgstjenester også øker bl.a. fordi den uformelle omsorgen for familiens eldre vanskelig lar seg forene med både hus- og omsorgsarbeid hjemme og yrkesarbeid ute. Kvinners tidsbudsjett strekker ikke til. Nå vet vi at det ofte er familiekvinner som kontakter sosialkontoret for å få hjemmehjelp til sine ikke-selvhjulpne, eldre familiemedlemmer. Selv om vi ikke har konkrete data som forteller hvorfor pårørende ringer i stedet for den hjelp-trengende selv, kan vi gjøre oss noen antakelser. For det første kan det være fordi de selv ønsker eller må få litt avlastning i arbeidet for de eldre. For det andre kan det være at de mener den eldre selv er best tjent med hjelp fra noen som ikke er emosjonelt og biologisk knyttet til vedkommende. Og det kan være slik at den avhengige selv ønsker hjemmehjelp, men kvier seg for å oppsøke offentlige myndigheter.

Dagens hjemmehjelpstjeneste er et avlastningstiltak både for de eldre og deres familie. Hjemmehjelpens arbeid kommer ikke bare de registrerte klientene til gode, men også deres ektefeller og hjemmeboende barn.

DEL III DISKUSJON OG AVSLUTNING

KAP. 8 NERMILJØMSORGEN - FOR HVEM?

8.1. Hjemmehjelpstjenesten og det endrede familiemønster

I lys av de demografiske endringer vi har hatt i befolkningen generelt og i lys av endringer i familiemønsteret i samme periode (1970-årene) vil det være interessant å vurdere hvordan hjemmehjelpstjenesten har tilpasset seg disse endringer. Er tjenesten et elastisk tiltak som følger seg etter utviklingen eller er den et vedlikeholdstiltak for en bestemt type familieadferd?

For å belyse disse spørsmålene er det viktig å vite hvordan det offentlige planlegger for kommende års eldreomsorg. Dagens situasjon er slik at når vi legger myndighetenes planparameter til grunn for behovet for institusjonsplasser (7.5 senger pr. 100 eldre over 70 år) har vi i dag et underskudd på over 6.000 senger (Alsvåg, 1983). Men trass i dette underskuddet på institusjonsplasser foreslår ikke det offentlige utvalget som vurderte forholdene, at en primært skulle satse på utbygging av institusjonene, selv om vi vet at antall eldre over 80 år vil stige helt til ca. år 2.000. I stedet foreslås det å satse på andre tiltak (Alsvåg, 1983).

Siden hjemmehjelpstjenesten har vært det sentrale og mest ekspansive tiltaket i offentlig eldreomsorg de seinere år, går vi ut fra at denne utviklingen vil fortsette i årene framover, - særlig når vi vet at det ikke kommer til å bli satset på primærutbygging av institusjonene.

Familiekvinnens usynlige, men forutsatte innsats i den uformelle eldreomsorgen, har lenge hatt status som "de glemte aktører" i myndighetenes eldreomsorgsprogrammer. Det er ingen grunn til å tro at dette vil endres radikalt i kommende år. Hvilken vei eldreomsorgen vil utvikle seg kan følgende sitat fra statsråd Astrid Gjertsen si oss noe om:

"Kortvarig avlastning med visse mellomrom kan være det som skal til for at familien kan gjennomføre en slitsom pleieperiode. I vårt land har vi nylig vedtatt en lov som gir en arbeidstaker rett til å

reducere sin arbeidstid hvis hun eller han pleier syke familiemedlemmer. Dette vil gjøre det lettere å hjelpe sine eldre. Jeg tror i det hele tatt det er viktig at vi alltid ser etter løsninger som vil gjøre det lettere å kombinere omsorgsarbeid med lønnsarbeid."

(Innlegg på familieministerkonferansen, København, sept. 1983.
Sosialt Forum/Sosialt arbeid, 10/83)

Vi velger å tolke sitatet dithen at det offentliges tiltak mer og mer vil gå i retning av å ville vedlikeholde et familiemønster dominert av en kjønnsbestemt arbeidsdeling. Omsorgsarbeid har alltid vært en kvinneoppgave, og vi ser det som lite realistisk at mennene på et vanskelig arbeidsmarked vil være de som søker fleksible løsninger for å ta vare på et eldre avhengig familiemedlem.

8.2. Til lags å t alle kan ingen gjera - familiekvinnens situasjon

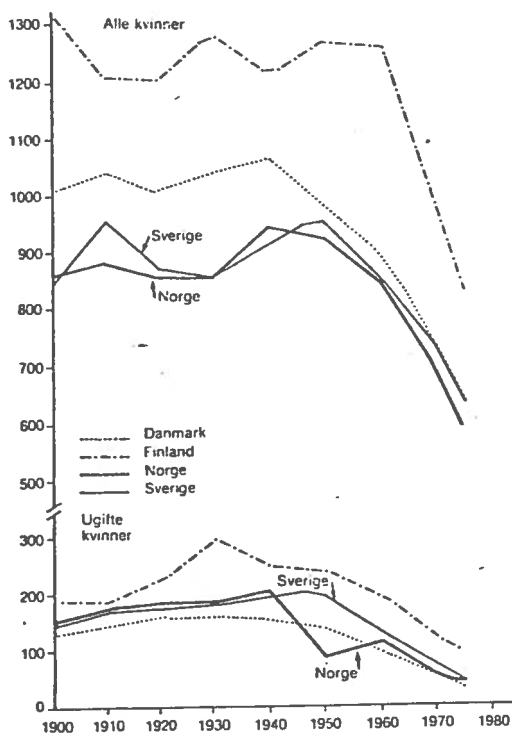
Denne nye demografiske situasjonen fører blant annet til at familiekvinnene ofte konfronteres med både tradisjonelle og endrede kjønnsrolleforventninger. Særlig gjelder dette for middelaldrende familiekvinner.*) Egne foreldre og svigerforeldre er gjerne i 80-årene når en selv er i 50-årene og ens egne barn i etableringsfasen, ofte med små barn. I tillegg krever ektefelle sitt av omsorg og personlig tjenesteyting i husholdet. Middelaldrende husmødre er dessuten som vi før har vært inne på, særlig ettertraktede som hjemmehjelpere idet en antar at disse skal ha "frigjorte omsorgshender" og være en tilgjengelig ressurs. Når foreldre og svigerforeldre krever ettersyn og hjelp samtidig som ens egne barn trenger bestemødrene til barnepass, kan vi tenke oss at tids- og omsorgsbudsjettet kan bli vanskelig å håndtere slik at alle blir fornøyde.

*) For utdyping av disse forholdene, se Wærness, Kari: "Samliv og nærmiljø" i Det moderne Norge, bd. 2, Gyldendal Norsk Forlag, 1982. Og også Sundstrøm, Gerdt: "Uformell omsorg - et alternativ til velferdsstaten?" i Wærness, Kari og Ringen, Stein (red.): Sosialpolitikk i 80-åra, Gyldendal Norsk Forlag, 1982.

Spørsmålet vi kan stille oss er hvordan vi skal forholde oss til en situasjon der det uformelle omsorgspotensialet synker, samtidig som behovstrengende eldre øker og det offentliges omsorgsansvar stykkevis privatiseres. Og hvilke vilkår skal de eldre avhengige kunne forlange å leve under i sine siste år? Kan eldre få forhøyet sin individuelle velferd uten at de middelaldrende kvinner må senke sin? Bidrar hjemmehjelpstjenesten til å forbedre eldres og/eller omsorgskvinnens velferd?

I en privatiseringstid av eldreomsorgens problemer er disse empiriske aspektene viktig å ta for seg. Figur 1 viser hvordan forholdet mellom antall eldre og omsorgskvinner har endret seg i dette århundret. I hele etterkrigstiden har omsorgspotensialet minsket i forhold til antatt etterspørsel fra eldre.

Figur 1 "Omsorgsreserve": Kvinner 45-59 år pr. 1.000 eldre (65 år og over).



Kilde: Haavio Mannila og Kari (1980)

Som figur 1 viser, har vi i dag et halvert omsorgspotensiale i forhold til situasjonen på århundreskiftet. Eller for å få et nærmere tidsintervall kan vi si det slik at mens vi i 1950 hadde 18 voksne kvinner pr. gammel over 80 år, har dette forholdstallet sunket til nesten 9 til en. (Sosialt Forum/Sosialt arbeid, nr. 10, 1983) Ut fra dette blir det urealistisk å forestille seg en økning av den uformelle omsorgen. Når vi dessuten vet at det ytes langt mer uformell omsorg enn vi kan registrere, må vi anta at familiekvinneres omsorgsbudsjetter må være enten meget stramme eller sprengte. Hvor mange tilfeller som kjennetegnes ved at det er "den halte som hjelper den blinde", kan vi bare ane.

En psykologisk studie av pårørendes forhold og reaksjoner på omsorgsarbeidet i den private sfære, viser at flertallet synes at ansvaret for en avhengig stenger for deres personlige frihet. Som reaksjon på dette blir en trett, sur, stresset, får dårlig samvittighet, blir lett irritert og deprimert, apatisk, ensom og redd for at livet skal renne bort for en (Nygård, 1982). Pårørende gir dessuten uttrykk for bitterhet fordi de ikke får mer offentlig hjelp og støtte når de har valgt å påta seg et omsorgsansvar som egentlig er definert som det offentliges (op.cit.). Følelsesmessig utbredthet er ikke en uvanlig reaksjon på langvarig stress og følelsesmessig belastning i omsorgsarbeid. En forsvarsmekanisme er å bli fjern og uengasjert i arbeidet med den pleietrengende. Dette er etterhvert blitt et problem i eldreomsorgsinstitusjonenes personalstab (Ingebrektsen, 1979). Fordi institusjonsarbeidene tross alt har regulert arbeidstid, lønn og ferier, kan vi regne med at problemet vil være mer utbredt blant alle de som har ansvar for en slektning som ikke kan være aleine lenge av gangen. I slike totale avhengighetsforhold er noen få timer hjemmehjelp i uken mange ganger den eneste avløsning pårørende har.

En av Nygård's intervjuede hadde følgende å si om sin situasjon:

"Eg gjer det same arbeidet som dei på sjukeheimen. Eg har ofte tenkt å sende far på sjukeheimen, ta meg jobb der og så gi han omsorg der borte. Da ville eg ha fått god betaling, og det beste av alt - fridager og ferie."

(Nygård, 1982, s. 93)

8.3. Privat omsorg - i klientenes interesse?

Vi har tidligere vært inne på at det forekommer diskrepanser mellom eldres egne oppgitte omsorgspreferanser og hvem de tror andre foretrekker som omsorgsytere. Den ideologien som rår innenfor det offentliges eldreomsorg, gir inntrykk av at familien ikke lenger tar vare på sine eldre. Ideologien nedfeller seg i folks bevissthet slik at mange opplever det som et moralsk press å ikke søke offentlig hjelp selv om de trenger det. Nå kan vi med rette stille spørsmålsteget ved både offentlig og privat omsorg. Den private avhengigheten er konfliktfull både for klienten og for pårørende. Likedan medfører offentlig avhengighet også problemer. Men, slik de rådende forhold er med omsyn til forholdet mellom antall trengende og antall givere, vil en utbygging av offentlig omsorg for eldre, ikke-selvhjulpne mennesker være mer i pakt med den empiriske virkeligheten og kanskje bedre for klientenes individuelle velferd. Å være vitne til og føle seg som årsaken til sine næres psykologiske og sosiale problemer, er en side ved den private avhengigheten som får lite plass i offentlige eldreomsorgsdiskusjoner.

Nå er det vanskelig å få systematiske kunnskaper om den private omsorgens kvalitet. Men vi vet det fra klientens side ikke entydig oppleves som godt og nært å være avhengig av "omsorgen i nærmiljøet". Heller ikke opplever omsorgsyterne det som bare positivt å ta vare på sine nære på deres eldre dager. I USA hvor en er begynt å forske på hva en kaller eldremishandlingsproblemet, rapporteres mellom 500.000 og 2 1/2 million tilfeller av foreldremishandling til politi, sykehus og sosialmyndigheter. En studie har også antydnet at én av ti gamle som lever hos familiemedlemmer, har vært utsatt for mishandling. (Rytter Evensen, 1984) Rytter Evensen

hevder videre at eldremishandlingen må ses i sammenheng med utmattelse i pleieforhold, og skriver:

"En gammel, avhengig person kan bli en nesten uoverkommelig byrde for en yngre familie. Også ektefeller kan utmattes av et pleieforhold som strekker seg over 24 timer i døgnet. I trett-het, desperasjon kan fysisk og psykisk mishandling samt vanskjøtsel bli følgen."

(Rytter Evensen, 1984, s. 179)

For å bøte på dette problemet peker Rytter Evensen på betydningen av avlastning og hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet slik at ingen blir tvunget til å påta seg tung, privat pleie for sine nærmeste når de ikke orker mer. (ibid.)

Hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien vil være viktige tiltak for å forhindre og/eller avhjelpe situasjoner der forholdene er blitt så vanskelige at det kan ende med mishandling av avhengige eldre. Derfor balanserer hjemmehjelpstjenesten mellom pårørendes og klientenes interesser. Den avlaster familiekvinnenes omsorgsforpliktelser slik at en ikke utmattes, og hjelper klientene til å vedlikeholde eventuelle positive familieforhold. Skulle dette realiseres, måtte hjemmehjelpstjenesten påta seg flere timer i uken enn hva som er vanlig i dag, og slik ivareta klienters og familiers interesser. I dag dekkes påtrengende behov i stor grad av familiekvinnene, og dette fører ofte til en understreking av den eldres private avhengighetsstatus.

8.4. Nærmiljøideologien - en koloss på kvinneføtter?

Selvom hjemmehjelpstjenesten har en marginal, men uunnværlig rolle i familieomsorgen, bør den neppe bli den eneste muligheten for å kunne organisere en viss arbeidsdeling mellom stat og familie. Moroney (1976) mener at statlige tiltak i hjemmene vitner om delt ansvar, men ut fra våre vurderinger er det heller snakk om at hjemmehjelpstjenesten som et statlig tiltak bidrar til å vedlikeholde familiens hovedansvar. Staten har, fordi den har ansvaret for hvilke

alternativer familien kan velge mellom, muligheter til å kontrollere familiens valg av hjelpeformer. (Moroney, 1976) Og når den framtidige utbyggingen av eldreomsorgsinstitusjoner ikke vil være særlig ekspansiv, vil det si at familiekvinner og klienter må "ta til takke med" de få ukentlige timer avlastning som hjemmehjelpen tilbyr. Det er mulig at en sterkere satsing på institusjoner ville bedret forholdet for familiene og deres avhengige eldre.

Eldreomsorgens institusjoner gir mange mennesker kun negative assosiasjoner. En vanlig tanke er at institusjonalisering symboliserer familiens tilkortkommenhet overfor eldres behov (Falde Smith og Bengtson, 1979). I motsetning til utbredte antakelser om forholdet mellom eldre langtidsinstitusjonerte og deres familie, viser en amerikansk studie at forholdet mellom de middelaldrende barn og deres gamle foreldre tvert imot kan bli bedre når hovedansvaret for omsorgen overtas av en kvalitativt god institusjon. Kontakten bedres kvalitativt nettopp fordi innslaget av frivillighet øker og fordi emosjonelle og sosiale sider kan prege bildet mer enn det er mulig å få til ved å ha sine avhengige foreldre boende hjemme (Falde Smith og Bengtson, 1979).

Fra foreldrenes side kom det også fram at de var lettet over å ikke måtte være en daglig belastning for sine barn (særlig mødre sa dette m.h.t. døtrene) (op.cit.). Med andre ord kan offentlig omsorgsovertakelse styrke familiebånd og forbedre det kvalitative innholdet når forpliktelser, moral og press faller bort. En 56 år gammel datter som hadde sin mor på vedkommende institusjon mente at:

"We are close now because the 24 hour pressure of taking care of my mother is lifted. She is doing more for herself here than she did at home."

(Falde Smith og Bengtson, 1979)

Dette forskningsarbeidet viser at offentlig avhengighet kan ha positive sider som hittil har vært lite påaktet.

Til tross for at store deler av den kvinnelige middelaldergenerasjonen strir med de problematiske sidene ved å ha hovedansvaret for foreldres og svigerforeldres personlige velferd, er aksepten av uformell omsorg som det beste alternativ, skremmende stor blant folk. Institusjonalisering av hjelpetrengende eldre nyter en langt fra så stor aksept, - kanskje fordi mange av våre institusjoner rett og slett er for dårlige?

Både hjelpeordningene som helhet og den uformelle omsorgen i nærmiljøet er avhengig av kvinnes villighet til å påta seg omsorgsarbeidet for avhengige eldre slektninger. Velferdsstaten kan derfor opprettholde et skjær av legitimitet fordi kvinnene utfører den "borgerplikt" som den kjønnsbestemte arbeidsdelingen pålegger dem. Forholdet mellom kvinnene og velferdsstaten preges av en gjensidig avhengighet. Helga Hernes (1982) hevder at:

"I den utstrekning velferdsstatens krise blir betraktet som en finansiell krise vil kvinner bli mere påvirket enn menn av eventuelle forsøk på å løse den gjennom nedskjæringer og liknende. I den utstrekningen velferdsstatens krise blir betraktet som en legitimitets krise er det også kvinner som gjennom sin støtte og sine krav kan opprettholde troen på staten (i motsetning til markedet) som problemløser. Betrakter man "krisen" hovedsakelig som et overloadsproblem, vil tilbakeføringen av tjenester til familien og til markedet også i stor utstrekning berøre kvinner som klienter og arbeidstakere. På mange måter utvikler det seg et gjensidig avhengighetsforhold mellom staten og kvinner, og dette kan kanskje delvis forklares ved at markedet som institusjon, arena og problemløser har spilt en så marginal rolle i de fleste

kvinner liv sammenliknet med familien og staten."

(Hernes, 1982)

Forholdet mellom hjelpeordningene og det uformelle nettverket kan sies å være et "overloads"-problem. Dagens middelaldrende kvinner har internaliserte normer om å yte omsorg overfor avhengige i familien, men det vil sannsynligvis skje en endring i disse normene etterhvert som flere kvinner får utdanning og mer stabile arbeidsmarkedskarrierer. Samtidig vil vi få flere gamle over 80 år (Alvsvåg, 1983) og dermed økende behov for hjelp. Det som i dag er et "overloads"-problem kan med andre ord utvikle seg til å bli både en legitimitetskrise og en finansiell krise dersom det fortsatt satses på å løse sosialpolitiske problemer ved å fokusere på uformelle løsninger.

8.5. Framtidens eldreomsorg - skal nye problemer løses etter gamle modeller?

Dagens eldre har enten hatt offentlig eller privat hjelp når de ikke lenger har klart seg selv. Den nye helseloven som trådte i kraft 01.01.1984 gjør det imidlertid mulig å kunne få kjøpt helsetjenester på markedet. Vi skal ikke her drøfte hvilke mulige konsekvenser dette kan få for eldreomsorgen, men nøye oss med å nevne at markedet hittil har spilt liten rolle som problemløser i kvinners liv. (Hernes, 1982) Om markedet i kommende år kan få en annen betydning for kvinnene enn tidligere, er mulig. Særlig fordi stadig flere kvinner får stabile arbeidsmarkedskarrierer og derved egne penger til disposisjon.

Det vi avslutningsvis vil diskutere, er hvordan myndighetene i tiden framover tenker seg å organisere forholdet mellom offentlig og privat, familiær omsorg. Vi har slått fast at den økte satsingen på familiær omsorg for eldre baseres på bestemte oppfatninger om familien og forholdet mellom generasjonene. Nærmiljøideologien i seg selv kan sies å være

en lengsel mot hva vi forestiller oss tidligere tiders familieforhold har vært. Disse forestillingene er imidlertid ofte sprunget ut av nostalgisk vedmod, heller enn av historiske fakta om familiens utvikling over tid. Mytene om tidligere tiders familiegenerasjonsforhold har særlig vært konsentrert om eldres såkalte fremmedgjorthet overfor vårt samfunns moderne familie. Shanas (1979) har oppsummert og tilbakevist fire hypoteser som har oppstått fra fremmedgjøringsmyten:

- 1) På grunn av geografisk mobilitet bor mesteparten av eldre folk langt borte fra deres barn.
- 2) På grunn av fremmedgjorthet overfor barna, ser eldre sine barn sjeldent.
- 3) På grunn av kjernefamiliens dominans, ser eldre sjeldent sine slektninger.
- 4) På grunn av eksistensen og tilgjengeligheten av store sosiale servicebyråkratier, er familiene ikke lenger viktig som omsorgskilde for eldre folk.

(Shanas, 1979, sitert i Wærness, Kari, 1984, s. 5. Egen oversettelse)

Også denne hovedoppgaven har vist at mytene er sosiale myter, og ikke rotfestet i empiriske forhold.

Men mytene har implikasjoner for eldreomsorgspolitiske tiltak. Ved å anta at eldre som gruppe ikke er integrert i samfunnets fellesskap, slik det ble antatt i St.m. 22 (1975-76) "Om de eldre i samfunnet", blir det legitimt å satse på en "tilbake-til-familien"-politikk. Selv om vi står ansikt til ansikt med en historisk ny demografisk befolkningsprofil og et endret familiemønster, ser det ut for at framtidens eldreomsorg skal baseres på en familiemodell en antar har eksistert tidligere, og som løste tidligere tiders omsorgsproblemer:

Det faktum at vestlige industrisamfunn har en relativt høy levealder, får konsekvenser for forholdet mellom generasjonene. Blant annet må vi forvente at multigenerasjonsfamilien blir mer vanlig. (Wærness, 1984) Besteforeldre

opplever i økende grad å bli oldeforeldre, og barn og foreldre vil i framtiden kunne dele noen år som pensjonister sammen. (ibid.) Teoretisk sett kan vi også tenke oss at barn og foreldre kan bli pasienter i samme eldreomsorgsinstitusjon. Og framtidens middelaldrende kvinner kan få både hjelp-trengende besteforeldre og foreldre å ta seg av ved siden av sine egne barn og eventuelle barnebarn.

Skal disse endrede generasjonsforhold løses ved uformell omsorg fra familien, slik en antok ble gjort når familiene besto av færre generasjoner, vil det være å benytte gammelt verktøy på nye problemer.

Framtidens eldreomsorgspolitikkk må se i øynene at "den syvende far i huset" kan fortære bli "en historie fra virkeligheten" enn vi tenker oss.

FOTNOTER

- 1) I oppgaven som helhet defineres omsorgsarbeid som:
"Omsorgen for de av samfunnets medlemmer som etter allment aksepterte samfunnsnormer ikke er selvhjulpne, og hvor en derfor ikke kan basere seg på likeverdige gi-og-ta-forhold når det gjelder hjelp og støtte i dagliglivets mange ulike situasjoner. Disse gruppenes velferd er avhengig av at noen er forpliktet til å yte "omsorg for andre".
(Wærness, 1982, s. 21)
- 2) Marit Hoel har peikt på at bedriftene i fagbevegelsens startfase ikke anerkjente de mannlige arbeiderne som familieforsørgere. Derfor var det en viktig kampsak for arbeiderne å få anerkjent sin økonomiske forsørgerbyrde. Med denne bakgrunn utviklet det seg en forsørgerbevissthet blant arbeiderklassens menn. Se Hoel, Marit, 1982: "Det todelte omsorgsapparatet" i Sosiologi i dag, 3/1982.
- 3) Denne hypotesen er tidligere framsatt i Martinsen K. og Wærness, K.: Pleie uten omsorg?, Pax Forlag, Oslo
- 4) I referatene av Stortingsmeldingene, innstillingene og debattene, klargjøres det for hvert avsnitt hvilke meldinger, innstillinger og referater fra Stortings-tidende som det refereres til. Når referansegivningen ikke alltid er helt gjennomført, skyldes det estetiske hensyn. Imidlertid kommer det fram av sammenhengen hvilke dokumenter som refereres.
- 5) For nærmere utdyping av hjemmesykepleiens utdefinering fra sosialtjenesten, se Wærness, K., 1982: Kvinneperspektiver på sosialpolitikken, Universitetsforlaget, Oslo.
- 6) Norsk sykepleieforbund mente, med den medisinske for-svarligheten som argument, at det var nødvendig å skille hjemmesykepleien ut fra sosialstyrets myndighetsområde. Det medisinske og faglige arbeidet ville best ivaretas av en egen sykepleiesjef som kunne knyttes til sosial-

styret administrativt. Som kvalifikasjonskrav til sjefssykepleiestillingen ble det nevnt diverse administrativ utdanning og erfaring i tillegg til grunnutdanning i sykepleie, men praksis fra feltet ble ikke tatt opp. Norges Sosialsjefers Landslag gikk imot Sykepleierforbundet og mente at det ville svekke helheten i arbeidet om ikke sosialstyret skulle kunne ha oversikten over hele virksomheten.

- 7) Enigheten blant kvinnene i synet på de konfliktfulle sidene ved familieomsorg gikk på tvers av partiskiller. Hanna Kvanmo har forklart dette sammenfallet i synspunkter som et resultat av felles erfaringer. (Telefon-samtale, 13.01.1982).
- 8) Forskerne seg imellom var uenige i nettverksanalysene. Mens noen var tilhengere av funksjonstømmingsteser, som hevdet at familiens oppgaver var i stadig større grad overført til det statlige marked, mente andre at demografiske og andre endringer førte med seg økte omsorgsbelastninger på familiekvinnene. Flere ga uttrykk for at omsorgen i familieregi hadde vesentlige kvaliteter i seg som offentlig omsorg manglet. De sosiale nettverkene ble framholdt som bevaringsverdige grunnpilarer for å sikre individuell trygghet og velferd. Kvinnenes rolle i dette ble også problematisert. For nærmere diskusjon, se Holter, H. og Ve, H. m.fl.: Familien i klassesamfunnet, Pax, 1977 og Kolberg, J.E.: Uformelle og formelle hjelpe-systemer. En kritisk drøfting av funksjonstømmingsteser. Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø, 1978, og Wærness, K.: "Likestilling, nærmiljø og sosiale hjelpetiltak", i Berg m.fl. (red.): I kvinners bilde, Pax, 1977, s. 135-150.
- 9) Susan Lingsom (1983) har vist at de fleste menn har ektefellen som den viktigste omsorgsgiver. Hun viser at 25% av alle kvinner i alderen 65-74 år hadde eller hadde hatt omsorg for en hjelpetrengende ektefelle, mens 8% av mennene i samme alder oppga det samme. De hjelpetrengende ektemennene var dessuten langt mer uføre enn de

hjelptrengende hustruene, og kvinnene var langt oftere alene om omsorgen for mannen enn omvendt. Se Susan Lingsom, 1983: Ektefelleomsorg. Paper presentert på den 12. Nordiske sosiologikongress i Stavanger, aug. 1983.

Imidlertid innebærer ektefelleomsorg andre problemer i forholdet mellom offentlig og privat omsorg enn de som drøftes her, hvor det er omsorgen generasjonene i mellom som belyses.

LITTERATURREFERANSER

- Alvsvåg, Herdis, 1983 : Er myndighetenes planer for eldreomsorgen realistiske? Grunnfagsoppgave i sosiologi, Sosiologisk Institutt, Universitetet i Bergen, våren 1983.
- Arling, Greg, 1976: "The Elderly Widow and Her Family, Neighbours and Friends." Journal of Marriage and Family, Nov. 1976, s. 757-768.
- Bachrach og Baratz, 1962: "The Two Faces of Power" i American Political Science Review, 5:947-952.
- Beckman, Svante, 1981: Kärlek på tjänstetid. Om amatörer och professionella inom vården. Arbetslivssentrum, Rapport 17/81, Stockholm.
- Berg m.fl. (red.), 1977: I'kvinnens bilde, Pax, Oslo.
- Berg, Ole, 1973: Medisinen som samfunnsinstitusjon. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Blenkner, Margaret, 1965: "Social Work and Family Relationships in Later Life with some Thoughts on Filial Maturity." i Shamas & G.F. Strib (eds.): Social Structure and the Family. New Jersey, Englewood Cliffs. Prentice Hall., s. 38-52.
- Brevik, Ivar, 1978: "Hjelpeordninger for hjemmene." NIBR, 13/1977, Oslo.
- Brody, Davis, Fulcomer & Johnsen, 1979: Three Generations of Women. Comparison of Attitudes and Preference for Social Providers. Paper presented at the 32nd Annual Meeting of the Gerontological Society, Washington D.C. Nov. 1977.
- Boforholdsundersøkelsen, 1980
- Brox, Ottar, 1966: Hva skjer i Nord-Norge?, Pax Forlag, Oslo
- Dobash og Dobash, 1979: Violence against Wives. Free Press, New York.
- Daatland, Svein O., 1983: "Eldreomsorg og eldres omsorg." i Wadel et.al. Dagliglivets organisering. Serien Kvinnens levekår og livsløp, Universitetsforlaget, Oslo.
- Eiskonen m.fl., 1982: "Social hemhjälp i riksdagsdiskussionerna 1940-1980." Institutionen för socionomutbildningen, Socialhögskolan, Stockholm.
- Falde-Smith, K. og Bengtson, V.L., 1978: "Positive Consequences of Institutionalization: Solidarity Between Elderly Parents and Their Middle-Aged Children." The Gerontologist.

- Finch og Groves, 1982: "By Women for Women: Caring for the Frail Elderly." i Womens Studies International Forum. Vol. 5/1982, Pergamon Press, New York.
- Gjertsen, Astrid, 1983: Innlegg på familieministerkonferansen i København, September 1983. Sosialt Forum/Sosialt arbeid, nr. 10/1983.
- Gouldner, A.W., 1960: "The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement" i American Sociological Review, Vol. 25, s. 161-178.
- Haavind, Hanne, 1982: "Makt og kjærlighet i ekteskapet" i Kvinneforskning. Bidrag til samfunnsteori. Serien Kvinners levekår og livsløp. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hartman, Heidi, 1981: "The Family as Locus of Gender, Class and Political Struggle: The Example of Housework." i Signs, Journal of Women in Culture and Society, Vol. 6, Nbr. 3. The University of Chicago Press.
- Hernes, Helga, 1982: "Offentliggjøring av familien" i Kvinneforskning: Bidrag til samfunnsteori. Serien Kvinners levekår og livsløp, Universitetsforlaget, Oslo.
- Hoel, Marit, 1982: "Det todelte omsorgsapparat" i Sosiologi i dag, 3/82.
- Historisk Statistikk, 1978
- Holter, Harriet m.fl., 1973: Familien i klassesamfunnet, Uni Pax, Oslo.
- Hunt, Audrey, 1970: The Home Help Service in England and Wales. Her Majesty's Stationary Office, London.
- Ingebretsen, R., 1979: "Har snille omsorgskvinner lov til å bli følelsmessig utslitt? Med utgangspunkt i personale på aldersinstitusjon" i Lønnet og ulønnet omsorg, NAVF's Sekretariat for kvinneforskning, Oslo. Seminarrapport.
- Kolberg, J.E., 1978: "Uformelle og formelle hjelpesystemer". En kritisk drøfting av funksjonstømmings-tesen. Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Land, Hilary, 1978: "Who cares for the Family?" i Journal of Social Policy, Vol 7, Part 3., Cambrigde University Press, London.
- Levekårsundersøkelsen, 1980.
- Lingsom, Susan, 1983: Ektefelleomsorg. Paper presentert på den 12. nordiske sosiologikongress, Stavanger, Aug. 83.

- Lundén, Mimi S., 1977: De frigjorte hender. Tanum-Nordli, Oslo.
- Moroney, R.M., 1976: The Family and the State. Considerations for Social Policy. Longman, London-New York.
- Martinsen; Kari og Wærness, Kari, 1979: Pleie uten omsorg?, Pax Forlag, Oslo.
- Midré, Georges, 1973: Å bli gammel. Gyldendal, Oslo.
- Nordhus, Inger Hilde, 1982: Eldres avhengighet av omsorg - holdninger og reaksjoner. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen. Stensil.
- Nordhus, Inger Hilde, 1983: Avhengighet av omsorg - sosialpolitisk rettighet eller familiær forpliktelse. Arbeidsnotat til prosjektet "Familien og Sosialpolitikken." NAVF/RFSP. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Nygård, Lars, 1982: Omsorgsressurser hos nære pårørende. Rapport 2/82. Norsk INstitutt for sykehusforskning, Trondheim.
- Oakley, Ann, 1974: The Sociology of Housework. Pantheon Books, New York.
- Rosenmayr og Köckeis, 1963: "Propositions for a Sociological Theory of Aging and the Family" i Int. Soc. Science Journal, 15:410-426.
- Rosenmayr og Körl, 1981: Assistance ot the Elderly as a Common Task of the Family and Social Service Organizations. Paper presented at the XIIth International Congress of Gerontology, Hamburg, July 12-17.81.
- Rytter Evensen, Åse, 1984: Om eldremishandling. Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 3, 1984.
- Seip, Anne Lise, 1981: Framveksten av velferdsstaten. Universitetsforlaget, Oslo.
- Sundstrøm, Gerdt, 1982: "Uformell omsorg, et alternativ til velferdsstaten?" i Sosialpolitikk i 80-åra av Wærness, K. og Ringen, S. (red.), Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Solberg, Leif Kåre, 1978: Behovet for sykehjemsplasser i Oslo. De enkelte faktorerens betydning. Arbeidsnotat. Oslo Helseråd.
- Stang Dahl, Tove, 1976: "Ekteskapskontrakter - vår tids husmannskontrakt." i Stølen m.fl. Kvinnekunnskap. Gyldendal, Oslo.

- Stang Dahl, Tove, 1982: "Kvinneres rett til penger" i Kvinneforskning: Bidrag til samfunnsteori. Serien Kvinneres levekår og livsløp. Universitetsforlaget, Oslo.
- Sosialt Utsyn 1980.
- Sosial Forum - Sosialt arbeid, nr. 10, 1983.
- Voje, Kirsten, 1981: Kvinner blir velgere. En studie av politisk mobilisering i mellomkrigstiden. Hovedfagsoppgave i sammenlignende politikk. Senter for kvinneforskning. Institutt for sammenlignende politikk. Universitetet i Bergen.
- Wærness, Kari, 1975: Kvinneres omsorgsarbeid i den ulønnede produksjonen. Arbeidsnotat, nr. 80, Levekårsundersøkelsen, Bergen.
- Wærness, Kari, 1977: "Likestilling i nærmiljø og sosiale hjelpetiltak" i Berg m.fl. (red.): I kvinners bilde, Pax, Oslo.
- Wærness, Kari, 1982: "Samliv og nærmiljø" i Det moderne Norge, bind 2, Gyldendal Norsk Forlag.
- Wærness, Kari, 1982: Kvinneperspektiver på sosialpolitikken. Serien Kvinneres levekår og livsløp, Universitetsforlaget, Oslo.
- Wærness, Kari, 1983^a): On the Rationality of Caring. Paper presented on the Conference on The Transformation of the Welfare State: Potentialities and Dangers for Women. Bellagia, Italy, Aug. 23-27.
- Wærness, Kari, 1983^b): Og hva når vi blir gamle? Om velferdulikheter mellom kvinner og menn i alderdommen. Arbeidsnotat til RFSP-prosjektet "Familien og sosialpolitikken", Sosiologisk Institutt, Universitetet i Bergen.
- Wærness, Kari, 1984: The Effects of Ageing and Pension Systems on Family Relations. Paper prepared for the IUFO-Conference on Family and the Population. May 25-27 1984 in Hanasaari, Espoo, Finland.

Stortingsdokumenter

- St.prp. nr. 1, tillegg 15 (1958), Om statstilskott til hjemmehjelp.
- Innstil. S. nr. 232 (1958), Om statstilskott til hjemmehjelp.
- Debatten over Innst. S. nr. 232 i Stortingstidende, 1958,
s. 3077-3079.
- St.m. 88 (1961-62), Om husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie.
- Innst. S nr. 12 (1962-63), Tilråding frå Sosialnemda om husmorvikarverksemda og heimesjukepleie.
- Debatten over Innst. S. nr.12 (1962-63) i Stortingstidende,
1962-63, s. 395-402.
- St.m. 59 (1967-68), Om hjelpeordningene for hjemmet.
- Innst. S. nr. 46 (1968-69), Innstilling fra Sosialkomitéen om hjelpeordningene for hjemmet.
- Debatten over Innst. S. nr. 46 (1968-69) i Stortingstidende,
1968-69, s. 1465-1485.
- St.m. 85 (1970-71), Om helsetjenesten utenfor sykehus.
- St.innst. nr. 236, (1972-73), Innstilling fra sosialkomitéen om helsetjenesten utenfor sykehus.
- Debatten over Innst. nr. 236 (1972-73) i Stortingstidende,
1972-73, S. 3013-3060.
- St.m. 104 (1972-73), Om hjemmesykepleievirksomhet.
- St.innst. nr. 171 (1973-74) Om hjemmesykepleievirksomhet.
- Debatten over St.innst. nr. 171 (1973-74) i Stortingstidende,
1973-74, s. 2394-2424.
- St.innst. 22 (1975-76), Om de eldre i samfunnet.
- St.innst. 56 (1976-77), Om de eldre i samfunnet.
- Debatten over St.innst. 56 i Stortingstidende, 1976-77,
s. 2292
- St.m. 75 (1976-77), Langtidsprogrammet 1978-81.
- St.m. 120 (1980-81), Om hjelpeordningene for hjemmet.
- Forskrifter for statsstøttede hjelpeordninger i hjemmene.
Forbruker- og administrasjonsdepartementet,
1. jan. 1974.